

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Conocimiento y actitudes sobre métodos anticonceptivos en  
adolescentes. Institución Educativa José Cardo  
Sullana 2017**

**Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Obstetricia**

**Autora:**

**Fernandez Vargas, Susana Milagros**

**Asesora:**

**Mg. Markovic Rujel, Ginger Karina**

**Sullana – Perú  
2018**

**Palabras clave:**

Español

Tema:	Adolescentes Conocimientos Actitudes Métodos anticonceptivos
Especialidad	Obstetricia

English

Topic	Adolescence Knowledge attitudes Contraceptive methods
Specialty	Obstetrics

**Línea de investigación:**

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Sub área: Ciencias de la Salud

Disciplina: Ciencias Socio Biomédicas

**Conocimiento y actitudes sobre métodos anticonceptivos en  
adolescentes. Institución Educativa José Cardo**

**Sullana 2017**

## ***DERECHO DE AUTOR***

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

*Bach. Obstetricia. Susana Milagros Fernandez Vargas*

## PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera profesional de obstetricia, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Conocimiento y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. Institución Educativa José Cardo Sullana 2017.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, también se describe el problema en el cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo exponemos material y métodos, donde se presenta el nivel , tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas en este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones; por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

## INDICE

PALABRA CLAVE	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORÍA	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
TABLAS	Viii
GRÁFICOS	Ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
1. INTRODUCCIÓN	1-62
2. METODOLOGÍA	63-66
3. RESULTADOS	67-76
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	77- 83
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84-85
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	86-87
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	88-90
ANEXOS Y APÉNDICE	91-109

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: Nivel de Conocimiento y Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.	67
TABLA N° 02: Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.	69
TABLA N° 03: Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana	70
TABLA N° 04: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.	71
TABLA N° 05: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.	73
TABLA N° 06: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.	75



## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01	Nivel de Conocimiento y Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 68
GRAFICO N° 02:	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 69
GRAFICO N° 03:	Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 70
GRAFICO N° 04:	Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 72
GRAFICO N° 05:	Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 74
GRAFICO N° 06:	Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. 76

## RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la institución educativa José cardó-Sullana. **Metodología:** La muestra fue de 97 adolescentes. El método de investigación fue cuantitativo de tipo descriptivo porque se recolecto sistemáticamente la información numérica a través de procedimientos estructurados e instrumentos formales. Los datos fueron recolectados aplicando un cuestionario. **Resultados:** 67% de los adolescentes de la Institución educativa José Cardó obtuvieron conocimiento regular y actitud de aceptación sobre métodos anticonceptivos.

**Conclusiones:** En términos generales 67% los adolescentes de la Institución educativa José Cardó obtuvieron conocimiento regular y actitud de aceptación sobre métodos anticonceptivos, seguido del nivel de conocimiento bueno con la actitud de aceptación con 12.4% mientras que el nivel de conocimiento bajo con actitud de aceptación engloba el 11.3%.

---

**Palabras clave:** adolescencia- conocimiento- actitud- métodos anticonceptivos

## ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the Objective: Determine the level of knowledge and attitudes about contraceptive methods in adolescents of the José Cardó - Sullana educational institution. Material and Methods: The sample was 97 adolescents. The research method was descriptive quantitative because the numerical information was systematically collected through structured procedures and formal instruments.

The data was collected by applying a questionnaire.

Results: 67% of adolescents from the José Cardó educational institution obtained regular knowledge and an attitude of acceptance about contraceptive methods.

Conclusions: Overall, 67% of the adolescents at the José Cardó educational institution obtained regular knowledge and an attitude of acceptance about contraceptive methods, followed by the level of good knowledge with the attitude of acceptance with 12.4%, while the level of low knowledge with attitude of acceptance includes 11.3%.

---

**Keyword:** adolescence- knowledge- attitude- Contraceptive methods.

# 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, una de cinco personas, aproximadamente, tiene entre 15 y 24 años, el 18% de la población global son adolescentes. En el Perú hay algo más de 3, 600,000 peruanos entre los 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población, de ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% mujeres.

En algunos países latinoamericanos, como en el Perú, la educación sexual, lamentablemente, ha sido concebida como una forma de proveer a la población adolescente de preservativos y una educación sexual deficiente lo cual acarrea toda una serie de problemas entre ellos el embarazo de alto riesgo o a temprana edad, índice mayor de separación marital, incremento del aborto sin garantías de seguridad y sus secuelas, deserción escolar y/o laboral, incremento de la morbilidad perinatal, infantil y materna.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, 13.6% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas, proporción que continúa siendo alta y que incrementa entre aquellas adolescentes que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. Así, entre aquellas que sólo terminaron primaria 1 de cada 3 estuvo embarazada (37.9%); entre las más pobres, 1 de cada 4 (24.9%), al igual que entre las adolescentes de la Selva; mientras que entre aquellas que provienen de zonas rurales, 1 de cada 5 (22.5%).

Durante los últimos años muchos de los métodos anticonceptivos son conocidos por los adolescentes, pero la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, vergüenza de adquirirlos, carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecida.

## 1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

### 1.1.1 Antecedentes

La adolescencia se trata de un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En términos de salud sexual y reproductiva los adolescentes son considerados una población de alta vulnerabilidad. Los riesgos y consecuencias negativas de las relaciones sexuales no protegidas en los adolescentes son motivo de preocupación nacional, existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública de cualquier país, debido a las consecuencias para las y los jóvenes, El incremento de las tasas de fecundidad en las adolescentes, incide en una mayor demanda de los servicios de salud, un aumento de la morbilidad y mortalidad materno perinatal, riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y realización de abortos por la falta de conocimiento y práctica anticonceptiva.

Se han encontrado estudio relacionado con las variables del presente estudio y a continuación se detalla:

**Quintero, C. y Duarte, D. (2013)** *Conocimiento Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los y las adolescentes de la Institución Concepción de María, del Municipio de San Francisco Libre, Departamento de Managua, del 1<sup>a</sup> de marzo al 30 de junio del 2013.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo y de corte transversal. Llegaron a las siguientes conclusiones, el 55.1% de los Adolescentes tenían edades comprendidas entre 10 a 14 años, del sexo femenino en un 54.6%, un 98.4% eran solteros y de religión católica (45.9%). El 73.2% tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuentes de los jóvenes de este estudio en que obtuvieron la información fue en un 96.4% de radio y televisión, seguido de un 90.7% en el colegio, un 73.3% del hospital o centro de salud. El nivel de actitud que demostraron tener los jóvenes fue favorable en un 77.8% y desfavorable en un 22.2%. El nivel de práctica en un 67.0% fue mala, 19.6% fue regular y tan solo 13.4% tenían un buen nivel de práctica.

**Moreno, J. (2010)** *Conocimiento sobre metodos anticonceptivos en estudiantes de 9no de la U.E Nuestra Señora de Lourdes Puerto Ordaz, Estado Bolivar.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo prospectivo y de corte transversal. Concluyo que el mayor número de estudiantes con edades entre 13 – 14 años tuvieron un conocimiento excelente sobre métodos anticonceptivos. Existió predominio del sexo femenino con un conocimiento excelente sobre métodos anticonceptivos. En la procedencia de la información sobre métodos anticonceptivos hubo predominio de los medios de comunicación, para el sexo femenino. En la preferencia de la información sobre métodos anticonceptivos hubo predominio de la escuela para el sexo masculino. El mayor número de estudiantes con edades entre 13 – 14 años no utilizan métodos anticonceptivos. El mayor número de estudiantes del sexo femenino no utiliza métodos anticonceptivos.

**López, M. y Tenorio, V. (2015)** *Conocimiento, Actitudes y Practicas sobre los Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito-Rio San Juan , en junio 2015.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal. Concluyo que las adolescentes estudiadas la mayoría en edades entre 14-16 años, de la comunidad de San Bartolo, tuvieron un regular conocimiento respecto a generalidades de los métodos anticonceptivos, careciendo de información sobre reacciones adversas, uso y diversidad de estos. La actitud que demostraron tener las adolescentes fue favorable en cuanto a la orientación y consejería que han recibido acerca de los métodos anticonceptivos, así como también como protegerse de ITS y VIH y desfavorable sobre los beneficios del uso del preservativo, creencias de mitos perjudiciales, poca o no confianza sobre consejería a la pareja de algún método anticonceptivo, prevaleciendo aún el temor de decidir el método a usar siendo más importante la opinión de la pareja. Las adolescentes en estudio mostraron una práctica adecuada respecto al uso actual de métodos anticonceptivos, las parejas usaron alguna vez el preservativo y todas acuden a la unidad de salud para obtener el método; en cambio mostraron una práctica inadecuada al ser la minoría las usuarias que usaron un método en su primera relación sexual y siendo solo las píldoras e inyectables los métodos usados por las adolescentes del grupo de estudio.

**Ríos, J. y Reyes, Y. (2013)** *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes del instituto público San Francisco de Asís, del municipio de Mozonte, departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1° de febrero al 31 de mayo del 2013.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo y de corte transversal. Concluyo que la mayoría de los adolescentes tenían edades de 10 a 14 años, del sexo femenino y de religión católica. El 72.8% del adolescente tuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuentes fue por medio de radio y televisión, compartida con amigos y obtenida en el colegio. El nivel de actitud que demostraron tener los jóvenes fue favorable, en un 68.2%. El nivel de práctica en su mayoría fue malo, que correspondió a un 67.3%.

**Pérez, M. y Zelaya, K. (2013).** *Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Conocimientos Actitudes Y Prácticas sobre Métodos distrito 5, del municipio de Managua, departamento de Managua, en el periodo del 1° de febrero al 31 de mayo del 2013.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo y de corte transversal. Concluyo que el 62% de los Adolescentes estaban en edades comprendidas entre 10 a 14 años, con predominio de sexo femenino 57.4%, 92.6% son solteros. El 78.7% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno respecto a los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuentes de donde los jóvenes de este estudio obtuvieron la información fue 90.3% de radio y televisión, seguido 83.3% en el colegio, un 67.6% del hospital o centro de salud. La actitud que demostraron tener los jóvenes fue favorable en un 81% y desfavorable en un 19%. El nivel de practica en un 63.9% fue malo, 19.9% fue regular y tan solo 16.2% tenían buen nivel de práctica.

**Dávalos , N. y Cols. (2015).** *Nivel de Concocimiento y actitudes hacia el uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de I.E S.M Iquitos.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo correlacional. Concluyo que el 82.3% (214) de adolescentes de I.E.S.M. MORB presentaron un nivel de conocimiento inadecuado, mientras que 17.7% (46) de los adolescentes un nivel de conocimiento adecuado. El 93.8% (244) de los adolescentes de I.E.S.M. MORB presentaron una actitud de rechazo hacia el uso de métodos anticonceptivos, sólo el 6.2% (16) de los adolescentes presentaron actitud de aceptación. Se logró determinar que existe

relación entre el nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada ( $X^2$ ), donde  $X^2 = 17.406$ ,  $a = 0.05$ ,  $gl = 1$  y  $p = 0.000$ , aceptándose la hipótesis formulada de la siguiente manera: existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Mixta MORB- Iquitos 2015.

**Cáceres , M. y Huaynillo , M. (2016)** *Conocimiento y actitudes hacia los Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 15 A 17 Años de la I.E Micaela Bastidas*. El presente trabajo de investigación, es de diseño no- experimental transversal. Concluyo que, la mayoría de las adolescentes entre 15 y 17 años de la I.E Micaela Bastidas no poseen información precisa y adecuada acerca de los Métodos Anticonceptivos. Un porcentaje elevado de las adolescentes muestra una actitud indiferente hacia los métodos anticonceptivos. En cuanto al nivel de conocimiento y la edad de las adolescentes, existe una relación significativa, ya que a mayor edad mayor es el nivel de conocimientos hacia los métodos anticonceptivos. Al establecer la relación entre la edad y los núcleos de las actitudes (sentimiento de culpa, creencias religiosas, ideología sociocultural y satisfacción sexual), en las adolescentes no se encontró una relación significativa. En cuanto a la relación entre la actitud general y la edad no se halló un grado de significancia, lo que indica que la edad no influye en las actitudes hacia los métodos anticonceptivos. Al establecer la relación entre el conocimiento y las actitudes de las adolescentes entre 15 y 17 años se concluye que existe una relación positiva con un alto grado de significancia, lo que nos indica que a mayor conocimiento mayor será la actitud de aceptación hacia el uso de los métodos anticonceptivos y con lo cual queda confirmada la hipótesis planteada.

**Mallma, k. (2015)**. *Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 4to.-5to. de secundaria del colegio Andrés A. Cáceres. setiembre a noviembre-Lima - 2015*. El presente trabajo de investigación, es de tipo descriptivo transversal. Concluyo que, los factores sociodemográficos más frecuentes en los adolescentes encuestados fueron la edad de 16 años con un 40%, el sexo masculino representando un 50.5%, la religión católica 54.5% de los alumnos, y el tipo de familia nuclear con un 45.5%. En cuanto a la fuente de información señalan en su mayoría al colegio representando en un 56.6% del total.



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

**Velásquez, L. (2011)** *Conocimiento de Metodos Anticonceptivos y Factores Biosicocioculturales en Adolescentes de 4to Y 5to grado de secundaria de la I.E Fe y Alegria N° 16, AA.HH. San Juan, Chimbote 2011*. El presente trabajo de investigación, de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, corte transversal. Concluyó que, la mayoría de adolescentes del 4to y 5to de educación secundaria presentaron nivel de conocimiento bajo sobre métodos anticonceptivos. En cuanto a los factores biosociales la mayoría del adolescente son de edad tardía, de género masculino, del 5to grado de instrucción, la fuente de información son los amigos y son de religión católica. La edad, género, grado de estudios y fuentes de información de los adolescentes en relación al nivel de conocimiento presentaron relación estadística significativa  $p < 0,05$  probándose la hipótesis propuesta H1. del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. La religión que profesan los adolescentes en relación al nivel de conocimiento no presentó relación estadísticamente no significativamente  $p > 0,05$ .

**Zúñiga, M. (2015).** *Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los estudiantes del cuarto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 109 Inca Manco Cápac, distrito de San Juan de Lurigancho-2015.* El presente trabajo de investigación, de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, corte transversal. Concluyó que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en términos generales, alcanza un nivel medio de 63,3%, un nivel bajo de 36,6% y un nivel alto de 0%. El nivel de conocimiento sobre métodos de barrera los estudiantes alcanzan en su mayoría el nivel medio del 73,3%, mientras que el 10% alcanza el nivel alto y el 16.6% en el nivel bajo. El nivel de conocimiento sobre métodos hormonales los estudiantes alcanza en su mayoría el nivel bajo con el 73,33%, mientras que el 0% alcanza el nivel alto y el 26.66% en el nivel intermedio. El nivel de conocimiento sobre método natural los estudiantes en su mayoría alcanza el nivel bajo del 63.3%, mientras que el 23.3% alcanza el nivel alto y el 13.3% en el nivel medio. El nivel de conocimiento sobre el método definitivo los estudiantes alcanzan en su mayoría el nivel bajo del 66.6%, mientras que el 10% alcanza el nivel alto y el 23.3% en el nivel medio.

**Pardo, Y. y Apolo, R. (2016)** *Relación entre el nivel de conocimiento y actitud hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes de quinto año de la institución Educativa Inmaculada Concepción – Tumbes.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo correlacional. Concluyó que los estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Inmaculada Concepción, tienen un nivel de conocimiento medio sobre los métodos anticonceptivos. Se determinó que los estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Inmaculada Concepción, tienen una actitud favorable hacia los métodos anticonceptivos. Se concluye que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia los métodos anticonceptivos. Esto se pudo determinar mediante la prueba de  $\chi^2$  obteniendo como resultado que  $p > 0.05$  por esta razón se rechazó la hipótesis alterna.

**Días, E. (2015)** *Nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y Factores Sociodemográficos en Adolescentes del colegio nacional Nicolás la Torre.* El presente trabajo de investigación, de tipo descriptivo de corte transversal. Concluyó que, el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás

La Torre de Chiclayo es relativamente alto (58,4%). Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son: la edad interviene en el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos, la religión incide en el conocimiento de los métodos anticonceptivos, el tipo de familia influye en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

**López, D. (2010).** *Nivel de conocimiento, actitud y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de los colegios secundarios del distrito de Tacna.* El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos por parte de los escolares del nivel secundario, es mayormente deficiente (51,01 %) , lo que no resultó significativo ( $P > 0,05$ ). La actitud hacia los métodos anticonceptivos por parte de los escolares del nivel secundario, es mayormente poco favorable en más de la mitad (51,68 %) y favorable (22,82 %) ( $P < 0,05$ ). Los estudiantes del nivel secundario mayoritariamente (76,51 %), no usan métodos anticonceptivos ( $P < 0,05$ ).

**Chiroque, E. (2015).** *Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 14-17 Años de la institución educativa Nuestra Señora de Fátima-Piura.* En términos generales, el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en forma global, reportaron con el 64,14% un nivel de conocimiento regular. En relación a los métodos anticonceptivos hormonales, los resultados nos muestran que los adolescentes presentan conocimiento bueno (51,73%). En lo que respecta a la dimensión de métodos anticonceptivos de barrera un 64,83% presenta un conocimiento bueno. Encontramos que el 76,55% del objeto de estudio demuestra tener un nivel de conocimiento regular en la dimensión de métodos anticonceptivos intrauterinos. En cuanto a lo que corresponde a los métodos definitivos se concluye que 64,83% presentan un nivel de conocimiento bueno. El lugar donde adquiere los métodos anticonceptivos según los resultados encontrados de demuestra que el 51,03% los adquiere en la farmacia. De acuerdo a las fuentes de información más solicitadas por el adolescente, se concluye que un 62,76% acudiría a internet. Las características socio demográficas reportaron que

la edad de mayor representación la de 16 años con un 66.21% de los adolescentes manifestaron como opción sexual la heterosexualidad, del total de alumnas encuestadas el 73,97 % son de religión católica. En relación a la distribución de adolescentes según si ha tenido enamorado se reportó una cifra del 55,86%. El 81,38% de los adolescentes manifestó aun no haber iniciado sus relaciones sexuales y finalmente en cuanto a la edad de inicio de la actividad sexual el 18,62% reporto a los 15 años como edad de inicio de la relación sexual.

**Vasquez, B. (2008)** *Nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y relación con el entorno Socio Familiar de los Estudiantes del cuarto y quinto año de Educación Secundaria, de la I.E José Carlos Mariátegui, Asentamiento Humano Tacalá-Castilla.* Las características sociodemográficas que predominan en los estudiantes adolescentes del cuarto y quinto año de educación secundaria, de la institución educación José Carlos Mriategui, asentamiento humano tacala son : 16 años de edad (50.4 %). El nivel de conocimiento científico sobre anticonceptivos de los estudiantes adolescentes de la institución educativa José Carlos Mariátegui-Tacalá de mayor prevalencia fue el nivel regular (46.29 %). Referente al nivel de conocimiento teniendo en cuenta el entorno socio familiar de nivel medio, primó el nivel de conocimiento regular (49.7 %) y deficiente (32.9 %). Se encontró una relación directa entre el nivel de conocimiento científico sobre métodos anticonceptivos y el entorno socio familiar social, cultural y económico ( $X^2 c=9.19, 2.40$  y  $13.15$  respectivamente superaron a los valores de  $X^2$  tabular) de los estudiantes adolescentes del cuarto y quinto año.

## **1.1.2 Fundamentación científica**

Base teórica.

Con la finalidad de tener un sustento científico para el presente tema a continuación se fundamenta con las siguientes bases conceptuales.

### **1.2.1.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Según Mallma, K. (2015) Método proviene del latín methōdus, modo de decir o hacer con orden, de obrar o proceder, hábito o costumbre que cada uno tiene y observa. Anticonceptivo adj. Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: que evita la preñez. Un método anticonceptivo es cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción.

La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos es llamado planificación familiar. Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX. Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable. (p.31)

Otro autor en su informe sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos (2013) nos dice que la anticoncepción impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible. (p.28)

Según la investigación de Sánchez K. (2007) un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción. (p. 11)

## **A. Métodos de abstinencia periódica**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (MINSA, 2016), este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual, se incluyen: Método del ritmo, método del moco cervical (de Billings) y el método de los días fijos o método del collar.

### **Fundamentos fisiológicos y conductuales**

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

Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil, las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles. (p. 37)

### **Método del ritmo, Ogino-knaus, de la regla o del calendario**

Según la guía nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva (MINSA, 2004) , la define como un método de abstinencia periódica. Se usa en las mujeres con ciclos entre 27 y 30 días, instruir a la pareja que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual. (p. 5)

Mecanismo de acción: Según la guía norma técnica de salud de planificación familiar (MINSA, 2016) basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

### **Características**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicio y otros.
- No protege de las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, NI HTVL1.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para su orientación y consejería apropiada.

### **Forma de uso**

- La mujer debe registrar la duración de sus ciclos menstruales 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: resta 18 al ciclo más corto.
  - Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
  - De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19no día del ciclo menstrual. (p. 38)

### **Método de Billings, de la ovulación o de moco cervical**

Según la guía norma técnica de salud de planificación familiar (2016) Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia del moco cervical o sensación de humedad en genitales. (p. 39)

### **Mecanismo de acción**

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

### **Características**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres en cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por cualesquiera razones no desean utilizar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para reconocer características fisiológicas del moco, facilitando su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viajes, enfermedad y otros).
- No previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, HTVL1.

## **Forma de uso**

- La mujer debe identificar el periodo fértil de acuerdo a las características del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de 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 pueden ayudar el uso del papel higiénico antes y después de miccionar observando la presencia de moco cervical hay o en la ropa interior, si se desean puede tomarse de los genitales externos la presencia del moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y termino de la menstruación, los días de sequedad, las de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), desacuerdo con la simbología convencional disponible con el método.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1. (p. 39)

## **Método de los días fijos o del collar**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (MINSA, 2016) Métodos de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

## **Mecanismo de acción**

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

## **Características**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva con ciclos regulares entre 26 y 32 días.
- Apropiado para parejas que por diversas razones no deseen usar otros métodos.



- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que altere el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las infecciones de transmisión sexual ITS, VIH /SIDA.

#### **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 virtual 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 esta la mujer.
  - Una perla roja que representa el primer día de la menstruación.
  - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
  - Doce perlas blancas que representan días fértiles o de alta posibilidad de embarazo.
  - Trece perlas marrones que representan los días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule negro en la perla roja y anotarlo en el calendario.
- La mujer debe avanzar el anillo de hule negro todos los días y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscuro) o dura más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar. (p. 40)

#### **Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)**

Según norma técnica de salud de planificación familiar (MINSA, 2016) nos dice que es el único método natural, basado en la infertilidad temporal de la mujer durante la lactancia.

## **Mecanismo de acción**

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

## **Características**

- Criterios básicos: la usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas condiciones:

- La 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 6 horas durante la noche.
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

- Fácil de aplicar
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos,
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses.
- No previene las infecciones de transmisión sexual, ni de VIH/SIDA. (p. 41)

## **B. Métodos de barrera**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016), este método está basado en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el ovulo.

### **Condón masculino**

Define como una funda delgada de látex, lubricada, sin nonoxinol 9. Que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

### **Mecanismo de acción**

Impide que los estar espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

## **Características**

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos colaterales (alergia al látex).
- De fácil obtención y de bajo costo.
- No requiere examen ni preinscripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto otorga doble protección. Protege de embarazos no planificados y de riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual / VIH-SIDA y HTVL1
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.
- Condiciones de almacenaje.
  - El ambiente debe ser seco.
  - Evitar fuente directa de calor o de luz solar.
    - Averiguar que se encuentre dentro de los 5 años de fabricación o mano factura.
    - Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de almohadilla de aire. (p. 41)

## **Forma de uso**

- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de 5 años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación use otro condón.
- Si fuera necesario, se puede usar lubricantes a base de agua y no oleosos.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo. (p. 42)

## **Condón Femenino**

Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de cada relación sexual. (MINSa, 2016) p.43

Según Mongrut S. (2000) Prácticamente es una bolsa de poliuretano blando de 15cm de largo por 7 de diámetro, que introducida en la vagina recepciona al pene y el semen como método de barrera.

En el extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva. En el extremo posterior hay otro anillo que permite la introducción a la parte alta de la vagina y su retención se acompaña de buena lubricación, que puede ser un espermicida.

- Tiene función anticonceptiva de barrera.
- Protege a la mujer contra infecciones y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Protege contra el sida y hepatitis B.
- Como su uso es local y transitorio no tienen efectos generales o sistemáticos. (p. 765)

### **Mecanismo de acción**

Impide el pase de los espermatozoides al tracto reproductor femenino. (MINSA, 2016)p.43.

### **Características**

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

- Ofrece doble protección: Protege de embarazos no planificados y de riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual / VIH-SIDA y HTVL1
- Brinda doble protección frente al ITS que tengan úlceras o vesículas, como el herpes y el chancro blanco, pues el condón femenino cubre parte de los genitales externos de la mujer.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón masculino.

### **Forma de uso**

- Evitar el uso del condón pasada su fecha de vencimiento (3 años).
- Lavarse las manos con jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
- Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
- Antes de ningún contacto físico penetración, introducir el condón en la vagina.
- Elegir una posición en que esta cómoda para la inserción (en cunclillas levantado una pierna, sentada o recostada)
- Sostener el condón con el extremo abierto colgando con el extremo hacia abajo. Apretar el anillo interno con el pulgar y el dedo medio.
- Sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.
- Sosteniendo el condón con los 3 dedos de una mano, con la otra mano separa los labios de la vagina.
- Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
- Luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina. Unos 2.5 cm del condón del anillo externo quedaran fuera del cuerpo.
- Asegurar que el pene se sale fuera del condón retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se empuja hacia dentro durante el acto sexual, colocar otra vez el condón en su sitio.
- Después de que el hombre retire su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro de los fluidos y suavemente retirarlo de la vagina.
- Sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura, no en el inodoro.
- Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual. (p. 43)

## **ESPERMICIDAS**

Son productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; contienen nonoxinol-9. (MINSa, 2016) p.44.

Según Mongrut S. (2000) son compuestos químicos que inactivan y destruyen a los espermatozoides en la vagina. Se expenden en forma de cremas, jaleas, espumas, óvulos, tabletas espumantes y aerosoles, para ser aplicados directamente en el fondo de la vagina.

Los espermicidas en uso son el nonoxinol-9 y el octoxynol-9, que son agentes surfactantes, es decir tensioactivos, que atacan la membrana que cubre la cabeza del espermatozoide, lo paraliza y destruye. (p. 763)

### **Características**

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Requiere motivación constante.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen las infecciones de transmisión sexual VIH-SIDA, ni el HTVL 1.

### **Forma de uso**

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel lo más profundo de la vagina ,15 a 20 minutos antes de cada relación sexual.
- La mujer debe quedarse acostada durante estos 15 a 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
- El efecto solo dura hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no sea detenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener una relación sexual.
- Para cada relación sexual se debe colocar una nueva tableta u ovulo o gel. (MINSa, 2016)p.45.

## **ESPONJAS**

Según Mongrut S. (2000) , se fabrican estéticamente de polimetano blando en forma de hongos que contienen 1gr. de nonoxinol-9 que se libera en 24 horas de uso. Además de la función de barrera contra el orificio cervical uterino, libera espermaticida lentamente y absorbe el semen.

Se mantiene activa por 24 horas y debe retirarse 6 horas después del último coito. No puede ser reusada. El espermicida agrega al efecto anticonceptivo, propiedades bactericidas y virusidas que protegen contra el riesgo de infecciones y enfermedades de transmisión sexual. (p. 763).

## **DIAFRAGMA**

Según Mongrut S. (2000) , está constituido por la lámina generalmente de látex que cubre el cuello uterino. Debe ser usado conjuntamente con un espermaticida para conseguir máximo efecto anticonceptivo.

El uso de diafragma requiere instrucciones claras para su aplicación y hábitos educativos para el cuidado, higiene y mantenimiento del diafragma. Debe indicarse la técnica de aplicación: de 2 a 10 horas antes de las relaciones sexuales y que debe quedar hasta 6 horas después, pero no más de 24 horas para ser extraído y lavado. Como riesgo se encuentran trastornos e infecciones urinarias, hipersensibilidad al látex o al espermicida. (p. 763)

## **C. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) , los anticonceptivos hormonales, se dividen en dos grandes grupos: anticonceptivos hormonales combinados y anticonceptivos hormonales solo de progestina.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluye: anticonceptivos orales combinados (AOC), anticonceptivos orales combinados de depósito, parche hormonal combinado, anillo vaginal combinado.

Los anticonceptivos solo de progestina incluyen: píldoras solo de progestina, inyectables solo de progestina de depósito, implantes solo de progestina, anillo vaginal de solo progestina. (p. 45)

## **Anticonceptivos hormonales combinados**

### **Anticonceptivos orales combinados (AOC)**

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral. (p. 45)

Según la dosis de estrógenos:

- AOC de alta dosis: formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.
- AOC de baja dosis: contienen EE <50 mcg. (p. 46)

Según Hatcher.R (1999) hay dos tipos de presentaciones para la píldora. Algunos paquetes contienen 28 píldoras: 21 píldoras “activas” que contienen hormonas, seguidas por 7 píldoras de diferente color que no contienen hormonas y que sirven como “recordatorio”. El otro tipo de presentación contiene solo Píldoras “activas”  
Deben tomarse todos los días para lograr su máxima efectividad, muchas mujeres no pueden tomar la píldora correctamente y aumenta su riesgo de quedar embarazada. (pp 3-5)

Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo:

- Monofásicos: contiene la misma cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos activos.
- Trifásicos: poseen tres fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración y en la tercera el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta. (MINSa, 2016) p.46.

### **Contraindicaciones**

- Embarazo posible o confirmados.
- Sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe)
- Lactancia hasta antes de los seis meses del post parto.
- En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
- Hepatitis viral aguda.
- Tumor hepático.
- Cirrosis severa.
- Tabaquismo: en mujeres mayores de 35 años y más de 15 cigarrillos por día.



- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
- Hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 100 mmHg.
- Evidencias de enfermedad vascular.
- Trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.
- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardiaca, enfermedad valvular, cardiomiopatía.
- Antecedente de accidente cerebro vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos.
- Cáncer de mama.
- Diabetes mellitus con nefropatía o enfermedad cardiaca o retinopatía. (p. 46)

### **Características**

- Muy eficaz.
- Método dependiendo de la usuaria.
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Pues puede ser usado por mujeres de cualquier edad o paridad.
- Disminuye el flujo y los cólicos mestúrale.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Es posible que mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) existe la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causan efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- No previenen las enfermedades de transmisión sexual. (p. 46)

### **Formas de uso**

- Toma diaria.
- Inicio del método:
  - Entre el primer y quinto día del ciclo menstrual.

- En caso de iniciarse la toma después del quinto día, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
- La puérpera que no están lactando, pueden empezar a partir de la sexta semana.
- En las mujeres que están amamantando do pueden diferir el inicio hasta los seis meses.
- En el postaborto se puede iniciar entre el primero y el quinto día post-intervención.
- En los siguientes ciclos:
  - En los productos de 28 píldoras: se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
  - En los productos de 21 píldoras: se deja de tomar las píldoras por 7 días y se reinicia la toma al octavo día.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). debe reiniciarse con la siguiente menstrual y un intervalo no menor de dos semanas de alta.
- Instrucciones en caso de olvido 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 olvidan dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por deprivación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
  - En caso de olvido de cualquiera de las píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial. (p. 47)

## **D. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE DEPOSITO**

### **INYECTABLE COMBINADO**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) , son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones:

- 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.

- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona. (p. 48)

### **Mecanismo de acción**

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

### **Características**

- Eficaz y de efecto rápido
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas)
- No requieren examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón de sangrado menstrual (sangrado /goteos irregulares).
- Puede producir variación de peso.
- Es retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

### **Forma de uso**

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la z.
- Primera dosis
  - Entre el primer y quinto día del ciclo menstrual.
  - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
  - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
  - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Siguiendo dosis
  - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual. (p. 48)

## **PARCHE HORMONAL COMBINADO**

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

Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina 6.00 mg.
- Etinilestradiol 0.60mg. (MINSA, 2016)p.49

Según Ochoa A (2007) es un método anticonceptivo a largo plazo, consiste en una pequeña varilla de plástico flexible que se inserta bajo la piel del brazo. Aquí ira liberando poco a poco, durante años, una única hormona en dosis muy bajas que pasan a la sangre y frenan la ovulación; es decir, impiden que el ovario ponga en circulación los óvulos. Adicionalmente provoca que el moco del cuello uterino sea más espeso, para bloquear la entrada de espermatozoides de la semana masculina. Por último, hace que la capa interna del útero permanezca adelgazada de modo que no favorece la implantación de un embarazo. La protección es total como anticonceptivo.

La varilla clásica del implante anticonceptivo es de una materia plástico sintético no biodegradable, mide 40 milímetros de longitud, libera una única hormona la progestona, no contiene estrógenos. (p. 406)

### **Mecanismo de acción**

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides. (MINSA, 2016) p.49

### **Características**

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (nulíparas).
- No requieren un examen pélvico para su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Regulariza los ciclos menstruales.

- Disminuye la incidencia de dismenorrea.
  - Pueden mejorar y reducir el crecimiento del vello no deseado.
  - Puede producir variación de peso.
  - El retorno de la fecundidad es inmediato.
  - Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluados por médicos especializados.
  - No previenen las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, ni el HTVL1.
- (p.49)

### **Forma de uso**

- El parche puede colocarse en los glúteos, la parte superior de la espalda o del brazo o del abdomen. Su uso no interfiere las actividades regulares, como bañarse, hacer ejercicio o nadar.
- El parche se inicia en el primer día del ciclo y se usa uno por semana por 3 Semanas consecutivas.
- Durante la cuarta semana, se suspende el uso del parche y ocurre el sangrado por privación. Al cabo de la cuarta semana se coloca un parche nuevo y el ciclo se repite. Deberá aplicar el parche el mismo día de la semana aun si todavía está sangrando.
- El parche también se puede utilizar como un método anticonceptivo de dosis continua. para hacerlo, deberá aplicarse un nuevo parche el mismo día de cada semana sin omitir ninguna semana. El uso del parche de esta manera reducirá el sangrado de la menstruación o evitará que este ocurra.
- Debe usar el método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana del primer ciclo según el día en que se encuentre de su ciclo menstrual cuando comience a usar el parche. (p. 50)

### **ANILLO VAGINAL COMBINADO**

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

Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol      2.7 mg.

- Etonogestrel 11.7 mg.

### **Mecanismo de acción**

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

### **Características**

- Fácil de usar.
- Se usa por 3 semanas.
- No interrumpe las relaciones sexuales.
- No protege contra infecciones transmitidas sexualmente incluyendo el VIH/SIDA.

### **Forma de uso**

- El anillo puede colocarse cualquier día entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.
- Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta la posición que le permita insertar el anillo fácilmente (por ejemplo, en cunclillas, recostada, de pie con una pierna levantada).
- El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice y se inserta en una -posición cómoda en la vagina. El anillo vaginal debe tomar una ubicación cómoda en la vagina; si el anillo da incomodidad, podría ser necesario empujarlo un poco más hacia dentro.
- El anillo no necesita ser colocado alrededor del cuello uterino, ya que la posición del anillo en la vagina no es crítica para el logro de su eficacia. La forma circular y la flexibilidad del anillo permite buen ajuste, minimizando el riesgo de explosión.
- Una vez insertado, el anillo debe quedar en su lugar durante 3 semanas y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado.
- El anillo se extrae enchanchándolo con el dedo índice por debajo del borde, o sujetando el borde con el dedo mayor y el índice tirando hacia fuera suavemente. (MINSa, 2016) p 50.

## **E. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTINA**

### **PÍLDORA SOLO DE PROGESTINA**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) ,son aquellas que poseen solo progestágeno. (p. 51)

## **Mecanismo de acción**

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

## **Contraindicaciones**

- Embarazo posible o confirmado.
- Hepatitis viral aguda.
- Tumor hepático.
- Cirrosis severa.
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad, diabetes e hipertensión arterial (mayor de 160/100 mmHg).
- Evidencia de enfermedad vascular.
- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardiaca.
- Antecedentes de accidente cerebro-vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos.
- Cáncer de mama.
- Diabetes mellitus con nefropatía o enfermedad cardiaca o retinopatía.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujer que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina anticonvulsivos, griseofulvina, excepto ácido valproico. (p. 51)

## **Características**

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato.
- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna.
- No aumenta el riesgo de fenómeno trombóticos o embólicos venosos
- Métodos alternativos en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.

- Rápido retorno de la fecundidad al suspenderla.
- 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.
- 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. VIH-SIDA, ni el HTVL 1. (pp. 51-52)

### **Forma de uso**

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluida 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 de la menstruación, debe usarse un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante los primeros siete días de uso.
  - En mujeres que dan de lactar iniciar después de seis semanas post parto sin embargo podría ser utilizado antes de las seis semanas en caso de: en características dice que se puede usar
    - No tener otra opción anticonceptiva.
    - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
    - Como estrategia de no poder tener seguimiento adecuado de la usuaria.
  - En los primeros cinco días post aborto.
    - Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender). Incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 o más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
    - La eficacia se presenta en las 24 horas de inicio de la toma. (p. 52)

Según Hatcher, Blackburn & Geller (1999) se debe iniciar:



Lactancia: se puede comenzar tan pronto como 6 semanas después.

- La lactancia a exclusividad o casi a exclusividad protege efectivamente contra el riesgo de embarazo por lo menos por los primeros 6 meses después del parto o hasta que aparezca la primera menstruación postparto.
- Si la mujer está dando lactancia parcial y el bebé está recibiendo otro tipo de alimentación o líquido, a las 6 semanas después del parto es el mejor momento para comenzar el uso de los anticonceptivos orales solo de progestágenos. Existe el riesgo de que la mujer regrese a una etapa fértil si decide esperar por más tiempo.

Después del parto, si no está dando de lactar:

- Inmediatamente o en cualquier momento durante las primeras 4 semanas después del parto. No hay ninguna necesidad de esperar el regreso de su periodo menstrual.

Después del parto, si no está dando de lactar:

- Después de las 4 semanas, se puede iniciar en cualquier momento mientras sea razonablemente seguro que ella no está embarazada. Si no hubiera seguridad razonable acerca de que ella no esté embarazada, la mujer debería evitar el coito o usar condones o espermicidas hasta que su periodo comience y luego comenzar el uso de los anticonceptivos orales solo de progestágenos.

Después del aborto inducido o espontáneo

- Inmediatamente o durante los primeros 7 días después de sufrir un aborto inducido o espontáneo ocurrido en el primer o segundo trimestre.
- Posteriormente, en cualquier momento que sea razonable seguro que ella no está embarazada.

Mujer que tiene ciclos menstruales:

- Se puede comenzar a usar anticonceptivos orales sólo de progestágeno en cualquier momento mientras sea razonablemente seguro que ella no está embarazada.
- Durante los primeros 5 días después del inicio de su sangrado menstrual. El primer día de su ciclo es el mejor día para comenzar. No se necesita protección extra de ningún otro método anticonceptivo.
- Si no va a comenzar a usar anticonceptivos orales sólo de progestágeno en cualquier momento mientras sea razonablemente seguro que ella no está embarazada.

- Durante los primeros 5 días después del inicio de su sangrado menstrual. El primer día de su ciclo es el mejor día para comenzar. No se necesita protección extra de ningún otro método anticonceptivo.
- Si no va a comenzar el uso dentro los primeros 5 días del sangrado menstrual, la mujer necesitará usar también condones o espermicidas o evitar el coito por lo menos durante las siguientes 48 horas. Si es por lo menos durante las siguientes 48 horas. Si es posible, hay que entregarle condones o espermicidas.
- Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación.
- En el postparto, inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.

Cuando ha interrumpido el uso de otro método

- Inmediatamente. No hay necesidad de esperar a que aparezca el periodo menstrual después de usar inyectables. (págs. 6-10)

## **INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA**

### **Acetato de medroxiprogesterona de depósito y enantato de noretisterona**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) ,son aquellos que contienen solo progestágeno:

- Acetato de medroxiprogesterona (AMPD) 150mg. X 1 ml. para uso intramuscular.
- Acetato de medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Para uso subcutáneo.
- Enantato de noretisterona (EN-NET) x 200mg. para uso intramuscular.

### **Mecanismo de acción**

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación en un 50%. (p. 53)

### **Contraindicaciones**

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa. Tumor hepático).
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial o accidente CV.
- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.

- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que puedan aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cv, tales como hipertensión o diabetes.

### **Características**

- Altamente efectiva y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad. 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 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 cualquiera otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con EN=NET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) producirá disminución de la densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:
  - Puede mejorar la anemia.
  - Disminuir la crisis de anemia falciforme.
  - Prevención de cáncer de endometrio.
  - Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria, miomas uterinos y endometriosis.
  - En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones.
  - Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).

- El retorno de la fertilidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año). En el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, ni el HTVL 1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo. (p. 53)

### **Forma de uso**

- Acetato de medroxiprogesterona 150mg. X 1 ml. Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoides utilizando la técnica z y sin realizar masaje post aplicación.
- Acetato de medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Administrar por vía subcutánea.
- Enantato de noretisterona 200 mg x 1 ml, administrar por vía intramuscular.
- Primera dosis:
  - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en post parto, siempre que sea este razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente de los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
- Sigüientes dosis:
  - En caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
  - En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas. (p. 55)

### **IMPLANTE SOLO DE PROGESTINA**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) ,los implantes son pequeños cilindros o capsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contiene estrógenos. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado con comunes, pero no perjudicial.

## **Tipos de implantes**

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

## **Mecanismo 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. (p. 55)

## **Contraindicaciones**

- Sangrado vaginal inexplicado antes de la evaluación
- Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones.
- Cáncer de mama.
- Hepatopatía severa infección o tumor de hígado.
- Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.

## **Características**

- Eficacia elevada y de larga duración.
- No interfiere en el sexo.
- Puede ser indicados en cualquier edad en cualquier edad y paridad.
- Brinda protección de 3 a 5 años.
- Permite un rápido retorno de la fecundidad.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual.
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Brinda cierta protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Puede producir cambios en el peso.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual.

- 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.
- 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. VIH-SIDA, ni el HTVL 1. (p. 56)

### **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 exista gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no han vuelto la menstruación antes de los meses post parto, sin método de respaldo, si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tiene ciclos menstruales.
- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco días post evaluación. Si se colocan después de necesita utilizar un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud capacitado.
- 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. (p. 57)

## **F. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)**

### **Dispositivo Intrauterino Liberador De Cobre T cu 380 A**

Según la norma técnica de salud de planificación familiar (2016) ,son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre, en los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de cobre 380 A que tiene una duración de hasta 12 años.

### **Mecanismo de acción**

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmunizándolos o destruyéndolos.
- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

### **Contraindicaciones**

- Embarazo.
- Post parto de 48 horas a cuatro semanas.
- Sepsis puerperal.
- Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado.
- Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
- Tuberculosis pélvica.
- SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales. (p. 58)

### **Características**

- Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el coito y es inmediatamente reversible.
- Debe ser colocado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción.
- Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
- Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
- Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No protege contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS a VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.

- Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU. los proveedores de servicios deben orientar a la usuaria sobre las conductas personales y las situaciones en su comunidad que puedan exponer a las mujeres a las ITS. (p. 58)

### **Formas de uso**

- Se puede insertar:
  - En los primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
  - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
  - Durante la operación cesárea.
  - En el puerperio durante la cuarta semana.
  - En el post aborto inmediato.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal de salud calificado.
- Inserción del dispositivo intrauterino de la “técnica de no tocar”
  - Colocar la T de cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
  - Colocar el espejo y realizar la limpieza del cuello uterino y la vagina con una sustancia antiséptica.
  - Colocar el tenáculo en el labio anterior y realizar la estereometría.
  - Ubicar el calibrador del DIU a nivel del histerómetro.
  - Sujetar el tenáculo del cuello del útero y jalar firmemente para alinear el útero con el canal cervical.
  - Colocar suavemente el tubo de inserción a través del canal cervical.
  - Mantener el calibrador en posición horizontal.
  - Introducir el DIU cargado hasta que el calibrador toque el cuello del útero o se sienta el fondo uterino.
  - Sostener el tenáculo y la varilla blanca colocada en una mano.
  - Con la otra mano, retirar el tubo de inserción hasta que toque el pulgar que sujeta la varilla blanca. Esto liberara los brazos de la T de cobre en el fondo uterino.



- Una vez que los brazos se hallan liberado, nuevamente el tubo de inserción hacia el fondo del útero, hasta que se sienta una ligera resistencia. Este paso asegura que los brazos de la T están tan lo más arriba posible en útero.
  - Sostener el tubo de inserción mientras retiran la varilla blanca.
  - Retirar el tubo de inserción del canal cervical suave y lentamente. Los hilos deben sobresalir del útero de manera visible.
  - Cortar los hilos para que sobresalgan solo tres centímetros del ectocérvix.
  - Retirar el tenáculo.
  - Si el cuello del útero está sangrando, realizar hemostasia por compresión en la zona de sangrado.
  - Retirar el espejulo.
  - Preguntar al usuario si tiene dudas visitarla entre 3 a 6 semanas para control.
- (p. 61)

### **Dispositivo Intrauterino Liberador De Progestágeno.**

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan Levonorgestrel, tiene una duración de 5 años. Contiene 52 mg de Levonorgestrel.

### **Mecanismo de acción**

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

### **Contraindicaciones**

- Embarazo.
- Sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Enfermedad pélvica antiinflamatoria actual o reciente.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.

- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos de útero que distorsionan en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad del trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática.
- Tumores benignos o malignos apáticos. (p. 62)

### **Características**

- Eficacia elevada inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Requiere de examen pélvico previo, recomendándose la decisión clínica de infecciones del tracto genital antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejora la anemia.
- Previene los embarazos ectópicos tubáricos.
- No provienen las ITS, VIH, /SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo de parejas en riesgo.

### **Formas de uso**

- Evaluación pre inserción: previamente a la inserción debe informarse a la usuaria de la eficacia, riegos, características y efectos secundarios de DIU de progestágenos. Se debe realizar un examen físico incluyendo, examen ginecológico (tacto vaginal, determinar tamaño del útero, toma de muestra para PAP, examen de mamas). Descartar la existencia de embarazo y la presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Se puede insertar:
  - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. también puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la certeza razonable de que ella no está embarazada o está usando otro método.

- En el post parto inmediato hasta las 48 horas.
  - Durante la operación cesárea.
  - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
  - En el post aborto inmediato: en los primeros 5 días post aborto no complicado.
  - En cualquier momento que usted razonablemente seguro de que la usuaria no esté embarazada.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal de salud calificado.
  - Inserción del dispositivo intrauterino debe ser con la “técnica de tocar”. (p. 62)

## **G. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA**

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

Puede ser:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina.

### **ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA.**

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

#### **Mecanismos de acción**

- En la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el ovulo (p. 63)

#### **Contraindicaciones**

- Consideraciones psicosociales.
  - Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
  - Usuarías que han tomado su decisión bajo presión.
  - Usuarías con conflictos no resueltos de índole religioso o cultural.
  - Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

- Mujeres en estado de presión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
- Adolescentes.
- Consideraciones médicas, si presenta algunas de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:
- Cautela: utilizar con prudencia o precaución:
  - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
  - Cáncer de mama
  - Mioma uterino.
  - Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana.
  - Hipertensión arterial leve, antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones.
  - Epilepsia.
  - Hipotiroidismo
  - Cirrosis o tumores hepáticos.
  - Nefropatías.
  - Hernia diafragmática.
  - Obesidad.
- Postergación o demora:
  - Embarazo.
  - Puérpera post preeclampsia severa o eclampsia.
  - Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
  - Aborto complicado (hemorragia, infección).
  - Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
  - Cervicitis purulenta.
  - Cáncer ginecológico.
  - Enfermedad trofoblástica maligna.
  - Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
  - Infección cutánea abdominal.
- Manejo especial en:
  - VIH/SIDA
  - Útero fijado a causa de cirugías j o infecciones previas.
  - Endometriosis.

- Hernia de pared abdominal o umbilical.
- Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.
- Conjunto de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión moderada o severa.
- Diabetes de más de 20 años.
- Valvulopatía complicada.
- Coagulación intravascular diseminada CID.
- Tuberculosis pélvica.
- Patologías pulmonares crónica.
- Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones.
- Hipertensión severa. (pág. 64)

### **Características**

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina.
- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere previamente, dos sesiones de orientación / consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL 1. es recomendable el uso del preservativo para mayor protección. (p. 64)

### **Forma de uso**

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto.
- Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
- Tipos de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general.
- No se recomienda la minilaparatomía en casos de usuarias con:

- Antecedente de cirugía pélvica previa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
- Obesidad.
- Problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
- En caso de alergias al anestésico local usar anestésico general.
- Momento de la intervención:
  - Post parto hasta las 48 horas.
  - En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.
  - Post aborto no complicado.
  - De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
  - Transcesarea. (p. 65)

## **ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA**

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

### **Mecanismo de acción**

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

### **Contraindicaciones**

- Consideraciones psicosociales.
  - Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
  - Usuaris que han tomado su decisión bajo presión.
  - Usuaris con conflictos no resueltos de índole religioso o cultural.
  - Usuaris con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
  - Varones en estado de presión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
  - Adolescentes.
- Consideraciones médicas: según categoría de la OMS todos los varones pueden someterse a la vasectomía.  
Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda:
  - cautela

- Lesión escrotal previa.
- Gran varicocele o hidrocele.
- Testículo no descendido.
- Diabetes.
- Con precaución
  - Menores de 25 años.
  - Usuarios sin hijos vivos.
  - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
  - Unión de pareja inestable.
- Postergación o demora: realizar la vasectomía luego de ser tratada la patología.
  - Infección de transmisión sexual activa.
  - Glande, conductos espermáticos y testículos tumefactados, dolorosos o inflamados.
  - Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal.
  - Infección sistémica o gastroenteritis.
  - Filariasis o elephantiasis.
  - Depresión.
- Medidas especiales
  - Hernia inguinal, de ser capaz el proveedor debe hacer la hernioplastia más vasectomía, si no es posible repara primero la hernia.
  - Testículos de ambos lados no descendidos.
  - Trastornos de coagulación. (p. 71)

### **Características**

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación y consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia se garantiza cuando demuestra que haya ausencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.

- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL 1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.
- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular. (p. 72)

### **Forma de uso**

- La convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto.
- La técnica sin bisturí, en la que se pinza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí. (p. 73)

### **1.2.1.2 ADOLESCENCIA**

#### **Definición**

La Organización Mundial de la Salud (2015) 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, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. 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.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (párr. 2).

En el estudio realizado por Davalos, Ríos & Ruiz, la adolescencia es un período de la vida que comienza con los cambios biológicos puberales, los que se inician en las muchachas a los 10 años y medio y en los muchachos a los 12 años y medio aproximadamente. Se puede caracterizar como un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las



hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada. (pág. 10)

### **Sexualidad en Adolescentes**

Según Albornoz I. (2006) Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado.

Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando. (p. 17)

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y del adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones de placer (al tocarse, ser besado o acariciado), además de la observación del comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de imitar; desde este punto el niño desarrollará la actitud que tendrá sobre su sexualidad, abarca por tanto aspectos relativos a la afectividad, sentimientos, emociones que pueden ser expresados a través de la genitalidad, pero no de forma exclusiva a través de ella.

El acto sexual es una relación interpersonal y por lo tanto debe evaluarse en términos de sus efectos si ayuda o perjudica a cada uno de los componentes de la pareja. La sexualidad es paradójal puede ser fuente de alegrías o sufrimiento por eso es importante que los jóvenes comprendan que su sexualidad debe ser pensada como otro aspecto más de su proyecto de vida y no ser vivida al azar. (Ríos & Reyes, 2013, pág. 15)

### **Educación sexual en adolescentes**

En la investigación de Ríos & Reyes (2013), La educación sexual debe iniciarse desde que el niño es pequeño. Los padres se deben referir a los órganos sexuales sin eufemismos, considerar normal la curiosidad por los genitales propios y ajenos, y responder a las preguntas que les hagan sobre el sexo con naturalidad y de acuerdo a su nivel madurativo. Durante la adolescencia los jóvenes necesitan algo más que conocimiento para poder adoptar comportamientos saludables y responsables. Es

necesario un abordaje basado en la adquisición de habilidades cognoscitivas, sociales y técnicas, y no sólo en la resolución de problemas.

Una buena forma de llevarlo a cabo es mediante la creación de programas en los que se propicie la participación activa de los jóvenes en su diseño, prestación y evaluación. La interacción con sus padres les hace sentir más cómodo, compartir preocupaciones, y permite la práctica de ejercicios interactivos basados en la vida real. En cuanto a los contenidos, se sabe que aquellos basados exclusivamente en la promoción de la abstinencia no han demostrado su eficacia para demorar el inicio de las relaciones sexuales con coito, ni para que éstas sean más seguras; además, el término abstinencia conlleva un modelo de sexualidad genitalizado, al considerar que el coito es la única forma de obtener una satisfacción sexual plena; estas creencias son a veces el germen de futuras disfunciones sexuales. En cambio, sí han sido eficaces los que junto a la promoción de prácticas sexuales anticonceptivas (sin coito), presentan un modelo de sexualidad no exclusivamente genital, fomentando el desarrollo de habilidades y ofreciendo información sobre métodos de prevención de ITS y anticonceptivos.

Para que los jóvenes puedan tomar una decisión informada, deben conocer las distintas opciones anticonceptivas y anticonceptivas, y elegir libremente la que más se adecua a sus valores y creencias, tipo de prácticas sexuales y frecuencia de las mismas. Partiendo de la premisa de que no existe un método ideal, y de que las necesidades contraceptivas pueden variar a lo largo del tiempo, todo aquel que se recomiende en la adolescencia debe reunir las siguientes características: reversibilidad, facilidad de uso, adecuación a la actividad sexual, y no interferencia con el desarrollo físico.

Muchos jóvenes que iniciaron sus relaciones coitales precozmente, refieren que no estaban preparados para mantenerlas. La anticoncepción (prescindir del coito en las relaciones sexuales) es especialmente recomendable en los más jóvenes, y constituye la forma más eficaz de prevenir el embarazo y las ITS (en este caso, si se evitan también las prácticas oro genitales sin protección). A la hora de promover la anticoncepción y la abstinencia de prácticas oro genitales sin protección, debemos tener presente que no sólo deben aprender a decir NO, si éste es su deseo, sino como hacerlo. (pp. 17-18)

## **Fisiología de la adolescencia**

### **Cambios físicos**

En el sitio web titulado la adolescencia (2016) nos dice que, los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación del adolescente, el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores). (párr. 16)

### **Hombres**

Crecimiento de vello en las axilas, vello púbico y crece el bigote, tono de voz, engrosamiento de los músculos, la piel se vuelve grasa (aparición del acné), hormonas sexuales (testosterona), aumenta el tamaño del pene y los testículos, producción de espermatozoides, cambios de tamaño y peso. (Davalos, Ríos, & Ruiz, 2015)

En el sitio web titulado la adolescencia (2016) nos dice que, los principales órganos sexuales masculinos son el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimo, glándulas de Cowper, uretra y conductos deferentes. Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en esos órganos. Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan una y media veces su tamaño y su aproximadamente ocho y media veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutralizan la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación. El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras. El proceso total de espermatogénesis, desde el momento en que se forma el espermatogonio primitivo hasta que se convierte en un

espermatozoide maduro. Los muchachos adolescentes pueden preocuparse por poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos, dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad. (p. 11)

## **Mujeres**

Crecimiento de vello en las axilas y vello púbico, aumento de los senos, engrosamiento de la cadera, la piel se vuelve grasa (aparición del acné), hormonas sexuales (estrógenos), tono de voz, crecimiento del útero y vagina, producción de óvulos y cambio de tamaño y peso. Aparece la primera menstruación (Menarquia). En el sitio web titulado la adolescencia (2016) dice que, los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen. En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El monte de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario. Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer. (párr. 18)

## **Maduración y funciones de los órganos sexuales.**

### **En el hombre:**

Los principales órganos sexuales masculinos son el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimo, glándulas de Cowper, uretra y conductos deferentes. Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en esos órganos. Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan una y media veces su tamaño y su aproximadamente ocho y media veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutralizan la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación.

El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras. El proceso total de espermatogénesis, desde el momento en que se forma el espermatogonio primitivo hasta que se convierte en un espermatozoide maduro. Los muchachos adolescentes pueden preocuparse por poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos, dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad.

### **En la mujer**

Los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de Venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen. En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolín empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el

clítoris. El monte de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario. Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer. (párr.24)

### **Cambios psicológicos**

En el estudio realizado por Davalos, Ríos & Ruiz (2015) los adolescentes, tienen un pensamiento más formal, aparece la búsqueda de identidad, invencibilidad, audiencia imaginaria, fabula personal, indecisión e inseguridad.

### **Cambios sociales.**

Dejan los juegos infantiles y tienen una separación progresiva de los padres, surge el aislamiento la rebeldía y una tendencia grupal.

Los adolescentes se consideran un grupo de alto nesgo, su adelantada maduración sexual en la actualidad, lo lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas cómo inició de su vida sexual activa. Estas características los exponen a las infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación para la práctica de relaciones sexuales. (p. 21)

## **1.2.1.3 CONOCIMIENTO**

### **Definición**

Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o información almacenada a través de la experiencia, o del aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori).

Según Albornoz I. (2006) ,el conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad

consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. (p. 11)

### **Teoría del conocimiento**

Según Vargas J. (2006) , la teoría filosófica del conocimiento comprende dos partes:

1. teoría general del conocimiento, Gnoseología; estudia las diferentes teorías sobre el conocimiento, su posibilidad y origen, su esencia y sus formas, subjetividad.

teoría especial del conocimiento, epistemología; que tiene por objeto, el estudio del conocimiento científico, el concepto de ciencia, sus características, su método.

### **Historia de la Gnoseología**

El termino griego `` Gnosis``, significa conocimiento, él hombre produce diversas formas de conocimiento, que se conocen como ciencia, arte, tecnología, fisiología, etc.

Este conocimiento propio y exclusivo del hombre es el objeto de la Gnoseología, o teoría del conocimiento, la Gnoseología busca una explicación fisiológica del conocimiento humano, el conocimiento es el resultado de un proceso sumamente complejo y difícil.

Las dudas sobre la posibilidad y la veracidad del conocimiento se han planteado desde épocas muy remotas; pero es en la época moderna, a partir de descartes, que los filósofos se ocupan de la esencia y el origen del conocimiento los interrogantes ¿es posible el conocer?, ¿podemos tener seguridad o no de lo que conocemos?, han sido respondidos de diversas maneras y ha dado lugar a diferentes doctrinas a saber:

1. El dogmatismo: el conocimiento no es un problema, los objetos son captados directamente (presocráticos)
2. El escepticismo: el conocimiento no es posible, el sujeto no puede aprehender al objeto. El método de la duda sistemática de descartes es un escepticismo metódico, también hay un escepticismo mitigado cuando se niega la certeza y se acepta la probabilidad.
3. El subjetivismo y el relativismo: el primero considera que algo puede ser verdadero para una persona, pero no para otras y el segundo piensa que el conocimiento es relativo al contexto cultural.
4. El pragmatismo: los conocimientos humanos tienen sentido solamente en el campo práctico, la verdad consiste en la congruencia entre los fines prácticos y los pensamientos.
5. El criticismo: propone la confianza en cuanto al conociendo humano en general y al mismo tiempo la desconfianza hacia todo conocimiento determinado.

## **El origen del conocimiento**

1. El racionalismo: es la postura epistemológica que sostiene que es el pensamiento, la razón la fuente principal del conocimiento humano sus planteamientos más antiguos los encontramos en platón, posteriormente en platino y san Agustín.
2. El empirismo: sostienen que el conocimiento procede de la experiencia, del contacto directo con la realidad. Se desarrolla en la edad moderna con Locke y Hume, Condill y John Stuart Mill.
3. El intelectualismo: es una postura que trata de mediar entre el racionalismo y el empirismo. Aristóteles inicia este trabajo de síntesis y en la edad media se desarrolla con Santo Tomás de Aquino, concibe el elemento racional como derivado del empírico.
4. El apriorismo: es un segundo intento de mediación entre racionalismo y empirismo, se considera a Kant como su fundador considera que el elemento a priori no proviene de la experiencia, sino del pensamiento. (p. 12)

## **Los elementos del conocimiento**

Según Sáenz R. (2017) En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

### **El sujeto.**

Se trata de la persona que conoce. Se llama también sujeto cognoscente. Es el que capta algo, el que se posesiona con su mente de las características de un ser. Las facultades cognitivas (ojos, oídos, entendimiento, etc.) posibilitan que haya alguien que se dé cuenta de lo que pasa alrededor de él. Ese centro de conocimiento es el sujeto cognoscente.

### **El objeto.**

Es la cosa o persona conocida. Siempre el sujeto conoce un objeto. El acto de conocer uno de estos elementos, el sujeto y el objeto, de tal manera que la cosa conocida no se llamaría objeto si no fuera porque es conocida. Y del mismo modo, la persona que conoce, se llama sujeto por el hecho de conocer a un objeto. En esta correlación cognoscitiva, el sujeto se modifica durante el acto del conocimiento. En cambio, el objeto queda tal cual.

### **La representación.**

En las facultades cognitivas del sujeto se producen ciertas representaciones; y se llaman así porque de algún modo tratan de reproducir en la mente del sujeto lo que pasa en el exterior. Cualquier persona puede darse cuenta de esto, cerrando por un



momento los ojos y reproduciendo en su interior la imagen de los objetos que tiene alrededor.

En el fenómeno del conocimiento, el papel de estas representaciones es capital; tanto que algunos autores llaman “conocimiento” precisamente a tales representaciones. Nosotros llamaremos conocimiento a todo fenómeno que envuelve los cuatro elementos aquí descritos.

La representación interna es, pues, un contenido instrumental que se refiere a un objeto. El objeto, la mayoría de las veces es extra mental, o sea, fuera de la mente.

### **La operación.**

El acto de conocer. Es el proceso psicológico necesario para ponerse en contacto con el objeto y lograr obtener una representación fiel de dicho objeto.

La operación cognoscitiva es instantánea. En cambio, la representación obtenida perdura en el interior del sujeto, en su memoria, de la cual se puede extraer en el momento que se quiera con un nuevo esfuerzo mental.

Hay que tener cuidado de no confundir la operación con la representación. La operación cognoscitiva es un esfuerzo mental, y la representación es el resultado de ese esfuerzo. La operación es momentánea, y la representación es permanente, o sea, permanece en la mente del sujeto.

- El sujeto que conoce
- El objeto conocido
- La operación misma de conocer
- El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto, dicho de otra manera, el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad. (párr. 12)

## **Tipos De Conocimiento**

### **Conocimiento Empírico**

En el estudio realizado por Davalos, Ríos & Ruiz (2015) , el conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos, es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente, es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención, ni a la fuente de información.

Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se producen por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones metafísicas y son dogmáticos; sin embargo, el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico.

### **Conocimiento Científico**

El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas, se integra en un sistema de conceptos, teorías y leyes. El conocimiento científico rebasa los hechos empíricos, puede generalizarse y pronosticarse. El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad, descarta explicaciones metafísicas utiliza fuente de primera mano. Sin embargo, al estudiar las determinantes históricas, políticas, culturales, económicas, demográficas, ecológicas, educativas, etc. puede describir, explicar, generalizar y predecir (conocimientos científicos) las causas de una práctica profesional en relación con una técnica.

La Teoría de conocimiento de Piaget, que sustenta el nivel de conocimientos, explica la evolución de pensamiento (particularmente de la inteligencia) a través de las distintas edades y también él como la mente requiere y emplea los conocimientos. La mente continuamente recibe estímulos, los cuales son asimilados y organizados en estructuras cognoscitivas con el fin de aceptar la nueva información, pues la inteligencia de la vida, es adopción, y la adopción un equilibrio entre asimilación y la acomodación, es decir un equilibrio de los intercambios entre el sujeto y los objetos.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico; el conocimiento sensible, consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones, los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano, los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.

El conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales, la principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. El conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición' se ha utilizado para hablar de premoniciones y corazonadas).

En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

A través del conocimiento, el ser humano logra dominar a la naturaleza y en la mayor parte de los casos, da respuestas a las interrogantes que le plantea una serie de fenómenos que en distintos momentos rebasan su capacidad comprensiva. (p. 13)

#### **1.2.1.4 ACTITUD**

##### **Definiciones**

Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser, son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores, predisposiciones estables avalorar de una forma y actuar en consecuencia, en fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros mismos. (p. 14)

Según Albornoz I. (2006) es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta. (p. 12)

Whitaker define la actitud como: "Una predisposición para responder de manera predeterminada a un objeto específico". se encuentra integrada por los siguientes componentes:

Cognoscitivo: Componente relacionado con las experiencias perceptuales que las personas viven cotidianamente y que consiste en un conjunto de categorías

Afectivo: respuesta emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud", el cual, se forma a partir de los contactos que hayan ocurrido entre la categoría y las circunstancias experimentadas como placenteras o desagradables.

Conductual: Es la predisposición conductual que tiene un individuo hacia un objeto de la actitud. Nótese que esta predisposición, que implica que hay una relación entre la actitud y la conducta observable, sólo permite predecir la probabilidad de que ocurra una conducta determinada que tiene como base una actitud con la que se ha categorizado y evaluado positiva o negativamente un objeto en particular.

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente, también se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas, tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo, siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular, una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen; en efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después, otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo.

### **Características de las actitudes**

Entre las principales características de las actitudes tenemos: son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de modificación o sustitución, sin de extensión variable es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tiene una dirección u orientación frente a los objetos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente). (p. 14)

### **Teorías de las Actitudes**

En el estudio realizado por Davalos, Ríos & Ruiz (2015) , entre las teorías de las actitudes tenemos:

#### **Teoría del aprendizaje**

Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de las cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas asociadas a estos aprendizajes.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes, es un tema que en la actualidad requiere ser impartido de forma constante, puesto que en esta etapa presentan más curiosidad y muchas veces no manejan la información más adecuada, debido a que su fuente de información proviene de los medios de comunicación, grupo de amigos, o en algunos de los casos de los padres, pero estos por vergüenza o por falta de conocimiento no son capaces de hablar con los hijos abiertamente sobre el tema.

Los conocimientos insuficiente o erróneos sobre metodología anticonceptiva y la falta de orientación sexual conduce a situaciones conflictivas, de gran tensión y frustraciones que ocasionan un número considerable de madres jóvenes, no se asume una paternidad responsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos, infecciones de transmisión sexual, inicio temprano de la actividad sexual, trastornos depresivos y suicidio, alteraciones psíquicas, elementos que indirectamente interfieren en el adecuado desarrollo de los y las adolescentes dentro de la sociedad.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, cabe resaltar la importancia de estudiar a los adolescentes su conocimiento y actitud sobre metodología anticonceptiva, lo que conlleva un cambio al paradigma, que considere la salud del adolescente con una visión holística, basada en las necesidades percibidas por ellos, que sirva para instrumentar posteriormente acciones de promoción y prevención que mejoren su salud sexual y reproductiva.

La investigación planteada contribuirá a generar estrategias de información, educación, promoción sobre anticoncepción segura, lo cual permitirá que no solo haya un buen conocimiento de métodos anticonceptivos si no también lograr el adecuado uso de estos. Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a crear una mayor conciencia entre los adolescentes de la I.E José Cardó evitando embarazos precoces y de esa manera disminuir la tasa de morbimortalidad y la deserción escolar.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó Sullana 2017?

### **1.4 CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **1.4.1 Conceptualización**

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción.

**ADOLESCENCIA:** 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.

**CONOCIMIENTO:** Definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

**ACTITUDES:** Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta.

## **VARIABLES**

### **Variable General**

Conocimiento y actitudes en métodos anticonceptivos.

### **Variable Interviniente**

sociodemográficos.

### 1.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE APOYO FAMILIAR

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIVISIÓN	INDICADOR	ESCALA NOMINAL
conocimiento	Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o información almacenada a través de la experiencia, del aprendizaje o a través de la introspección. (Davalos, Ríos, & Ruiz, 2015)	Encuesta escrita tomada del estudio realizado por Nixan y Ríos en su investigación Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E S.M, el cual ha sido modificado por la autora del presente estudio.	Método anticonceptivo reversible  Método anticonceptivo irreversible	Definición Uso correcto Ventaja Desventaja	Definición Uso correcto Ventaja Desventaja	Bueno 9-10 Regular 6-8 Bajo 0-5
Actitud	es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta. (Albornoz, 2006)	Encuesta escrita tomada del estudio realizado por Nixan y Ríos en su investigación Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E S.M, el cual ha sido modificado por la autora del presente estudio.	Actitud de aceptación          Actitudes de rechazo	Cuando los sujetos de estudio evidenciaron conductas positivas sobre los métodos anticonceptivos.       Cuando los sujetos de estudio evidenciaron conductas negativas sobre los métodos anticonceptivos		Aceptación 54-72 Rechazo 24-53

Fuente: elaborada por la autora del presente estudio



## **1.5 HIPÓTESIS**

**Hg** Los adolescentes de la institución educativa José Cardó presentaron conocimiento y actitud sobre Métodos Anticonceptivos.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la institución educativa José cardó Sullana.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la institución educativa José Cardó.
- Identificar las actitudes de los adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos de la Institución Educativa José Cardó.
- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó.
- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó.
- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El alcance de la investigación es de tipo descriptivo; con enfoque cuantitativo y de corte transversal, el diseño de la investigación es no experimental.

- Descriptivo: porque permitió describir o detallar la situación de las variables tal y como se presentaron.
- Cuantitativo: porque se utilizó una encuesta que proporcionó números y cantidades sobre los cuales se logró aplicar análisis estadístico.
- transversal: porque se estudió la variable simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

### 2.2. ÁREA DE ESTUDIO:

Institución Educativa José Cardo

### 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

#### **Población:**

La población en estudio estuvo conformada por alumnos del 5to año de educación secundaria por un total de 130. La muestra fue de 97 adolescentes obtenida a través de la aplicación de la fórmula para poblaciones finitas.

**Muestra:** se utilizó la siguiente formula

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

**N:** es el tamaño de la población.

**α:** es el valor del error 5% = **0.05**

**Z= 1.96**

**p** = probabilidad de éxito= **0.5**.

**q**= probabilidad de fracaso= **0.5**

**n:** es el tamaño de la muestra.

#### **Reemplazando:**

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 130}{129 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{124.8}{1.2825}$$

$$n = 97.3$$

$n$  = La muestra estuvo compuesta por 97 alumnos del 5to grado de la I.E José Cardo.

**Criterios de inclusión:**

- Adolescentes matriculados (hombres y mujeres) del nivel secundario que cursan el 5º, turnos tarde.
- Adolescentes con discapacidad que pudieron brindar información.

**Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que no desearon participar.
- Adolescentes que no estuvieron matriculados.
- Adolescentes con discapacidad que no pudieron brindar información.

## 2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Técnica: Encuesta**

**Instrumento:** fue un cuestionario elaborado por Nixan Dávalos, Ríos Sayón & Ruíz Pinedo en su tesis “Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E S.M-2015” y adaptado por la autora del presente estudio, que consto de las siguientes partes: presentación, instructivo, datos generales, contenido conformado por 10 preguntas, observaciones, evaluación despedida y agradecimiento; además una escala tipo Likert para evaluar actitudes de los adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos consto de las siguientes partes: presentación, instructivo, datos generales, contenido de 24 ítems, observaciones, evaluación, agradecimiento y despedida.

El nivel de conocimientos se midió de acuerdo a las respuestas obtenidos; respuesta correcta = 1 puntos y respuesta incorrecta= 0 puntos; el total me dio como resultado en:

Bueno = 9 a 10 puntos

Regular = 6 a 8 puntos

Malo = 5 a 0 puntos

Para medir las actitudes se determinó; por cada actitud positiva: De acuerdo (3), Indeciso (2), Desacuerdo (1); por cada actitud negativa: Desacuerdo (1), Indeciso (2), Desacuerdo (3).

Aceptación = (54 a 72 puntos)

Rechazo= (24 a 53 puntos)

Validación de instrumentos para contrastar la hipótesis se aplicaron la prueba de la estadística No Paramétrica del Chi cuadrado el cual es un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 1.000 alcanzando un 973 y un Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente.

## **2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

1. Se presentó una solicitud de permiso a la decanatura de la Facultad de obstetricia.
2. Se solicitó autorización de la institución educativa “José Cardó “mediante un documento formal a través de la Decanatura de la Facultad de obstetricia, en donde se dio a conocer el propósito de la investigación y las responsables de la misma.
3. Se coordinó con los profesores responsables de las aulas.
4. Se explicó a los adolescentes el propósito del estudio solicitándoles su colaboración con previa autorización a través del llenado del consentimiento informado; respondiendo a un cuestionario y a una escala de actitudes en forma veraz sincera e individual.
5. Con absoluta discreción se procedió a la aplicación de los instrumentos para identificar el nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de los métodos anticonceptivos.
6. Los instrumentos tuvieron una duración de 10 a 15 minutos cada uno, dejando en claro cualquier duda o inquietud del estudiante, sobre el cuestionario y/o investigación.
7. Después de aplicar los instrumentos se procedió a tabular los datos para los respectivos resultados.

Los resultados se interpretaron y se elaboró una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Se presentó los datos en tablas, el Análisis Bivariado se utilizó la prueba estadística chi cuadrada( $X^2$ ), para medir la relación entre las variables. Se consideró el nivel de significancia del 95% con alfa  $\alpha = 0.05$ . (ver anexo D).

## **2.6 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO**

- a) Principio de beneficencia: garantía que no sufrirán daño, esto se refiere a que los participantes no serán expuestos a experiencias que les provoque incomodidad, para ello el instrumento será aplicado solo por el investigador.
- b) Principio de respeto a la dignidad humana: la participación es en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse en el momento que deseen.
- c) Consentimiento informado: se les informará que los datos obtenidos serán utilizados en forma confidencial y a la que solo tendrá acceso el investigador. Se incluirá un formulario de consentimiento, el mismo que documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre la investigación.
- d) Principio de anonimato: los datos fueron manejados en forma anónima solo para la investigación.
- e) Principio de ética: se respetará la integridad de los participantes sin interrumpir el procedimiento.

## **2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de las variables, se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y la comprobación de la hipótesis establecida. Se utilizó representaciones gráficas; para ello se empleó el programa SPSS versión 20

Para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico del presente estudio.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

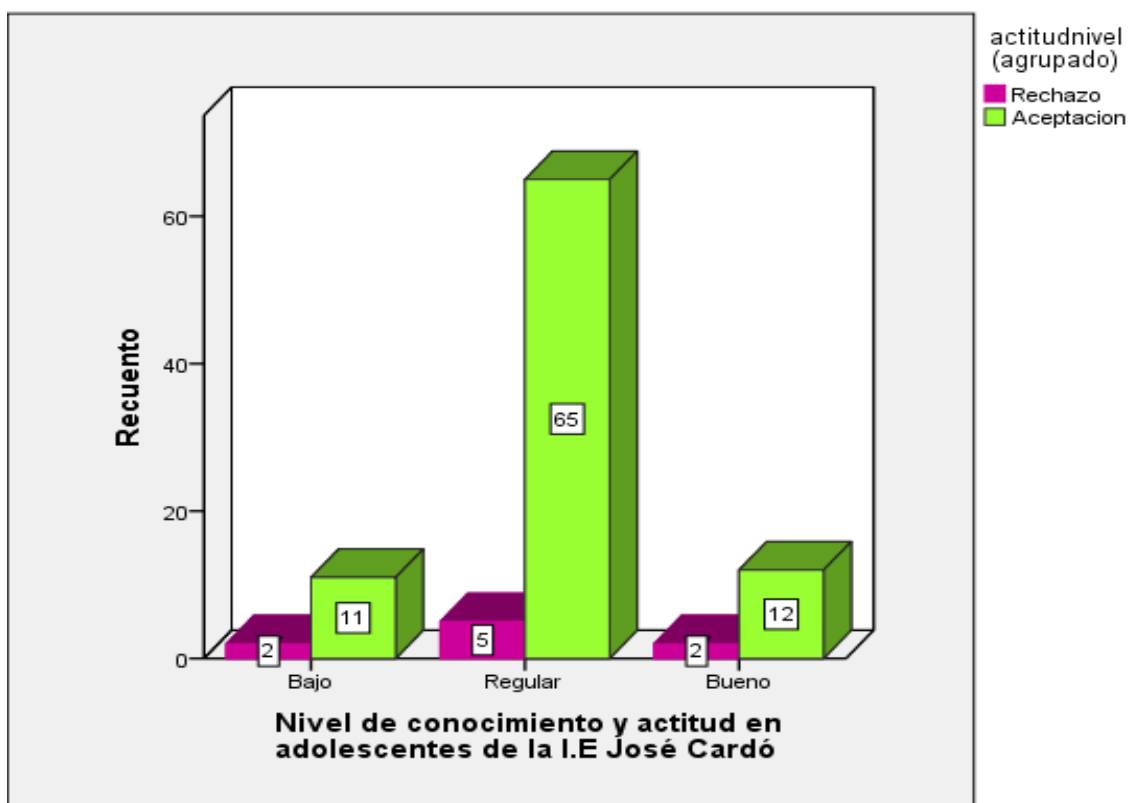
**TABLA N° 01: Nivel de Conocimiento y Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.**

			Actitud		Total
			Rechazo	Aceptación	
Nivel de conocimiento	Bajo	Recuento	2	11	13
		% del total	2,1%	11,3%	13,4%
	Regular	Recuento	5	65	70
		% del total	5,2%	67,0%	72,2%
Bueno	Recuento	2	12	14	
	% del total	2,1%	12,4%	14,4%	
Total	Recuento		9	88	97
	% del total		9,3%	90,7%	100,0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardó 2017 (anexo c)

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,372 <sup>a</sup>	2	,504
Razón de verosimilitudes	1,262	2	,532
N de casos válidos	97		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.21.

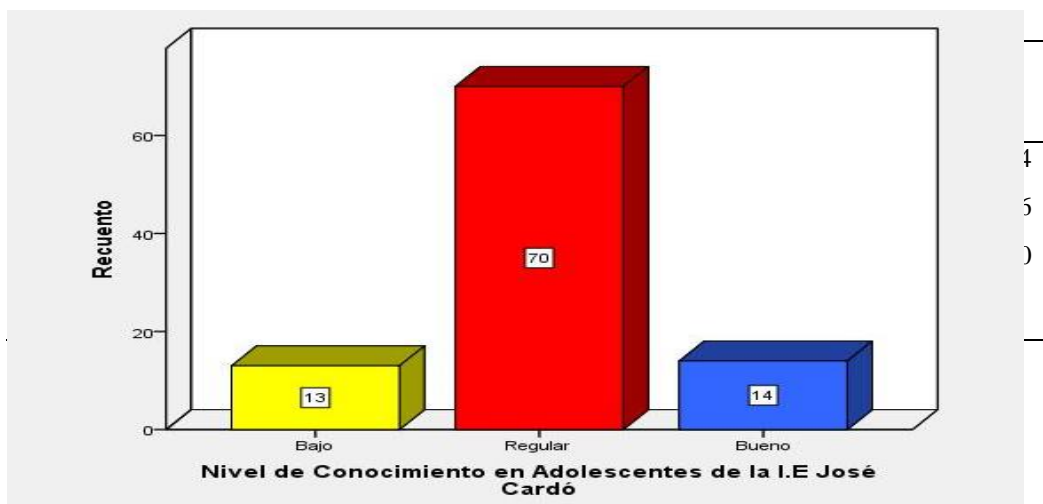


**Gráfico N° 01:** Nivel de Conocimiento y Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

**Interpretación:** La investigación muestra que 100.0% (97) adolescentes de la Institución Educativa José cardo, dentro del grupo de los adolescentes con un nivel de conocimiento regular, 67% (65) de ellos presentaron una actitud de aceptación y 5.2% (5) presentaron una actitud de rechazo. Con respecto a los adolescentes que tuvieron un nivel de conocimiento bueno 12.4% (12) obtuvieron una actitud de aceptación y 2.1% (2) obtuvo una actitud de rechazo. En el grupo de adolescentes con un nivel de conocimiento bajo, 11.3% (11) presento una actitud de aceptación y solo 2.1% (2) de rechazo.

**TABLA N° 02:** Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardo 2017.



**Gráfico N° 02:** Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

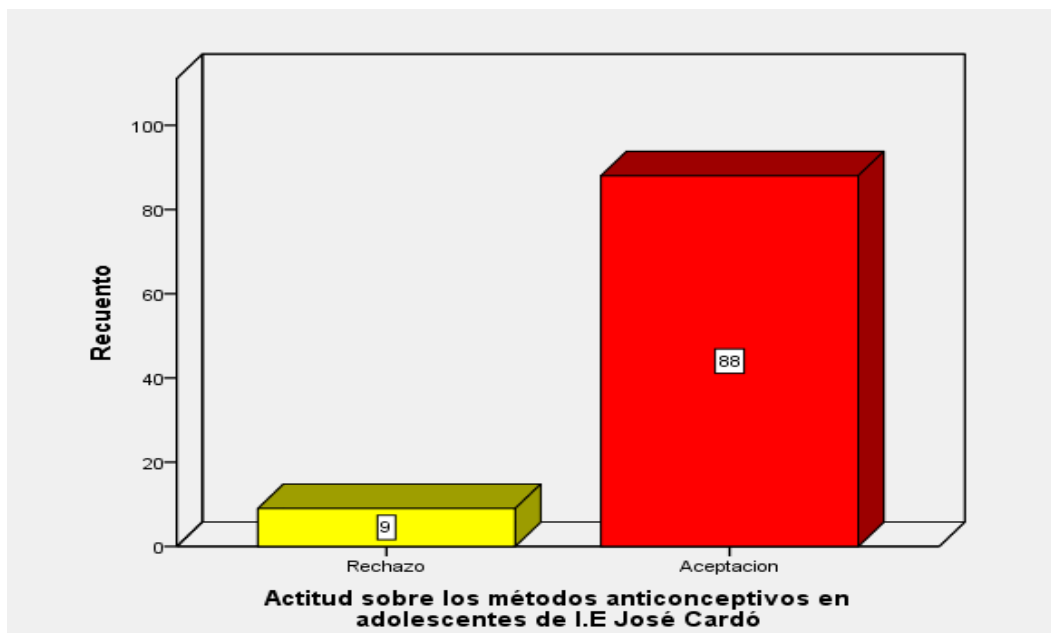
**Interpretación:** La investigación muestra que 100.0% (97) adolescentes de la Institución Educativa José Cardo estudiantes de 5to de secundaria, 72.2% (70) de ellos presentaron nivel de conocimiento regular, el 14.4% (14) de ellos presentaron nivel de conocimiento bueno, mientras que el 13.4% (13) de los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre el uso de métodos anticonceptivos.

**TABLA N° 03: Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.**

Actitud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rechazo	9	9,3	9,3	9,3
Aceptación	88	90,7	90,7	100,0
Total	97	100,0	100,0	

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardo 2017.





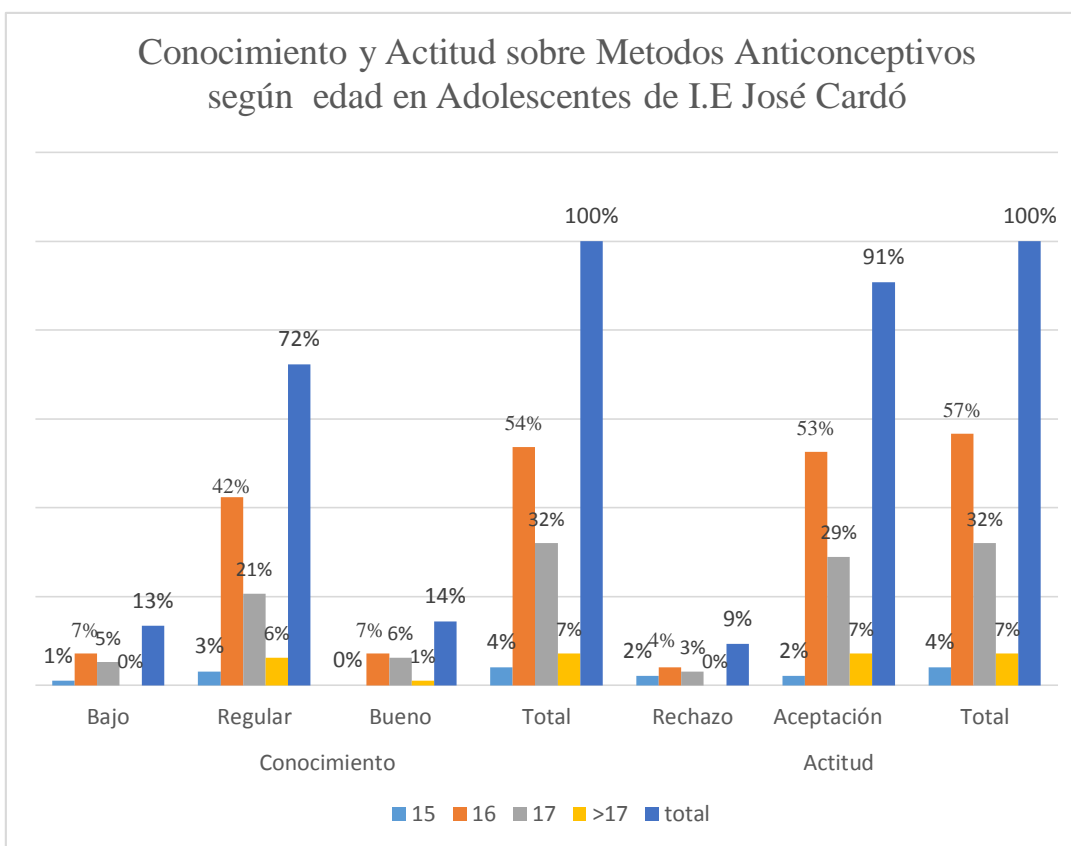
**Gráfico N° 03: Actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana**

**Interpretación:** La investigación muestra que 100.0% (97) adolescentes de la Institución Educativa José cardo estudiantes de 5to de secundaria, 90.7% (88) tienen una actitud de aceptación hacia el uso de métodos anticonceptivos y 9.3% (9) de los adolescentes tienen actitud de rechazo.

**TABLA N° 04: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.**

Edad	Conocimiento				Actitud									
	Bajo		Regular		Bueno		Total		Rechazo		Aceptación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>15</b>	1	1.0%	3	3.1%	0	0.0%	4	4.1%	2	2.1%	2	2.1%	4	4.1%
<b>16</b>	7	7.2%	4	42.3 1 %	7	7.2%	55	53.7%	4	4.1%	51	52.6%	55	56.7 %
<b>17</b>	5	5.2%	2	20.6 0 %	6	6.2%	31	32.0%	3	3.1%	28	28.9%	31	32.0 %
<b>&gt;17</b>	0	0.0%	6	6.2%	1	1.0%	7	7.2%	0	0.0%	7	7.2%	7	7.2%
<b>Total</b>	13	13.4%	7	72.2 0 %	14	14.4%	97	100%	9	9.3%	88	90.7%	97	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardo 2017.



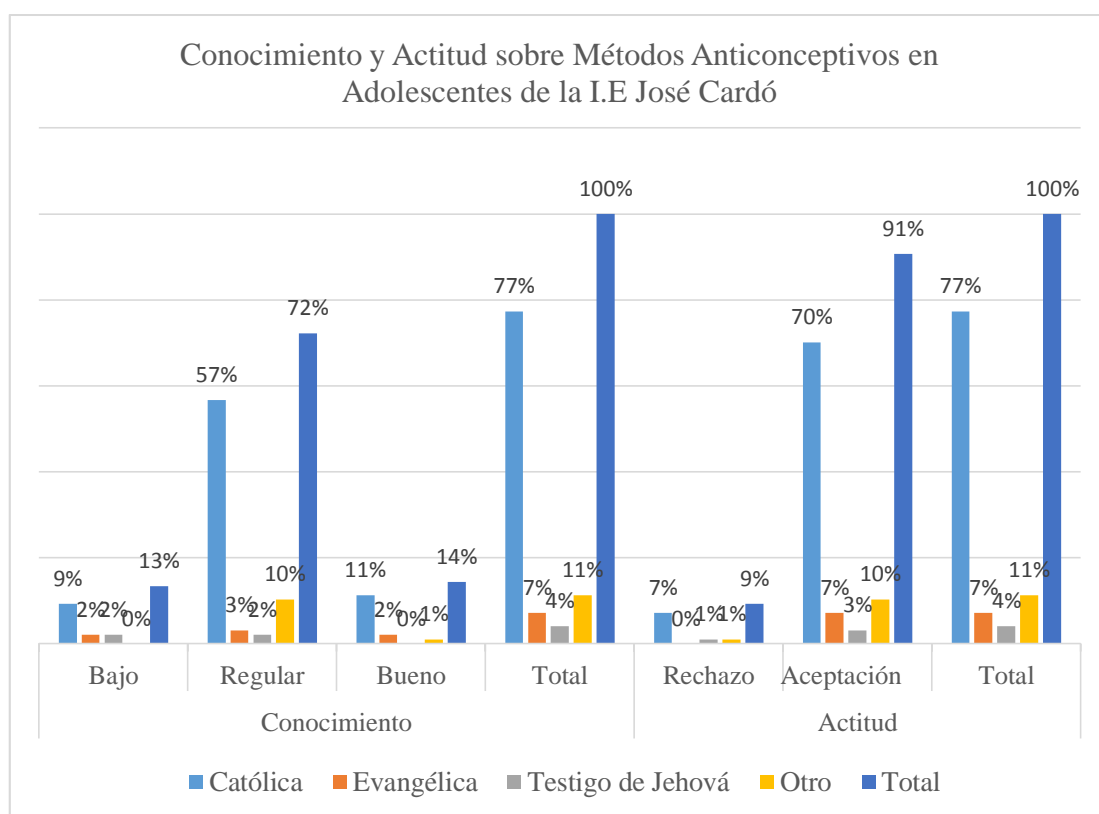
**Gráfico N° 04:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

**Interpretación:** En la tabla N· 04 se observa que 100.0% (97) adolescentes de la Institución Educativa José cardo, donde se evidencia que la edad predominante fue el grupo de adolescentes de 16 años con el 57%, 42% de obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 52% presentaron una actitud de aceptación .32% de los adolescentes tiene 17 años, 21% de ellos obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 29% presentaron una actitud de aceptación. 7% de adolescentes tenía de >17 años, 6% de ellos obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 7% presentaron una actitud de aceptación. 4% de los adolescentes tenía 15 años, 3% obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 2% presentaron una actitud de aceptación sobre el tema.

**TABLA N° 05: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.**

Religión	Conocimiento						Actitud							
	Bajo		Regular		Bueno		Total		Rechazo		Aceptación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Católica</b>	9	9.3%	55	56.7%	11	11.3%	75	77.3%	7	7.2%	68	70.1%	75	77.3%
<b>Evangélica</b>	2	2.1%	3	3.1%	2	2.1%	7	7.2%	0	0.0%	7	7.2%	7	7.2%
<b>Testigo de Jehová</b>	2	2.1%	2	2.1%	0	0.0%	4	4.1%	1	1.0%	3	3.1%	4	4.1%
<b>Otro</b>	0	0.0%	10	10.3%	1	1.0%	11	11.3%	1	1.0%	10	10.3%	11	11.3%
<b>Total</b>	13	13.4%	70	72.2%	14	14.4%	97	100%	9	9.3%	88	90.7%	97	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardó 2017.



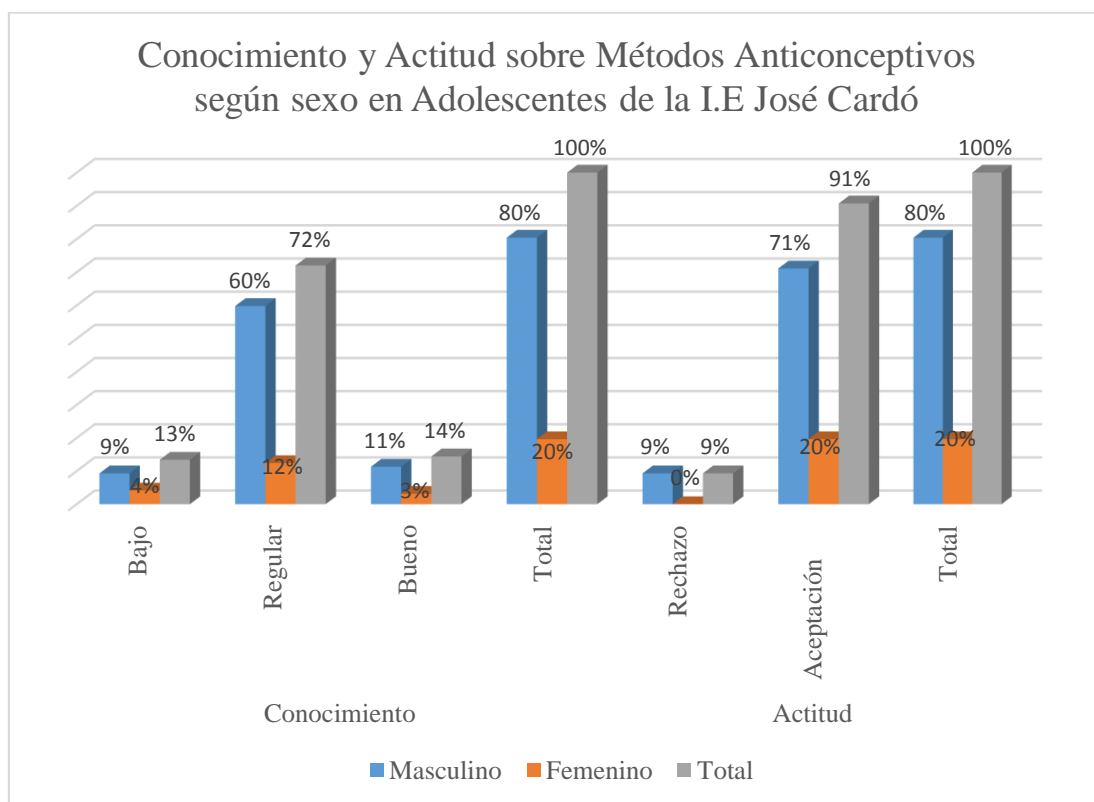
**Gráfico N° 05:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

**Interpretación:** En el gráfico N°05 se observa que 100.0% (97) adolescentes de la I.E José Cardó estudiantes de 5to de secundaria, donde se evidencia que la religión predominante fue la católica 77% de los cuales 57% obtuvieron un conocimiento regular, 11% nivel de conocimiento bueno, referente a la actitud 70% obtuvieron una actitud de aceptación y 7% actitud de rechazo. 11% de los adolescentes indicaron profesar otras religiones 10% obtuvieron un nivel de conocimiento regular. 10% presentaron una actitud de aceptación y 1% una actitud de rechazo. 7% de adolescentes indicaron profesar la religión evangélica, 3% nivel de conocimiento regular, 2% nivel de conocimiento bueno, 7% de ellos presentaron una actitud de aceptación 1% actitud de rechazo. 4% indicaron profesar la religión testigo de Jehová, 3% obtuvieron un nivel regular seguido 2% nivel bueno, 3% presentaron una actitud de aceptación mientras 1% presentaron actitud de rechazo.

**TABLA N° 06: Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.**

Sexo	Conocimiento						Actitud							
	Bajo		Regular		Bueno		Total		Rechazo		Aceptación		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Masculino</b>	9	9.3%	58	59.8%	1	11.3%	7	80.4%	9	9.3%	69	71.1%	78	80.4%
<b>Femenino</b>	4	4.1%	12	12.4%	3	3.1%	1	19.6%	0	0.0%	19	19.6%	19	19.6%
<b>Total</b>	13	13.4%	70	72.02%	4	14.4%	9	100%	9	9.3%	88	90.7%	97	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a los adolescentes de la I.E José Cardó 2017.



**Gráfico N° 06:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana.

**Interpretación:** En el grafico N· 06 adolescentes de la I.E José cardó estudiantes de 5to de secundaria, donde se evidencia que el sexo predominante es el masculino con un 80% de los cuales, 60% presentaron un nivel de conocimiento regular, 11% presentaron un nivel de conocimiento bueno y 9% nivel de conocimiento bajo, en relación a la actitud 71% presentaron una actitud de aceptación, mientras que 9% presento una actitud de rechazo. En el sexo femenino 12% adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento regular, seguido 4% obtuvieron un nivel bajo y 3% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. Respecto a la actitud en el sexo femenino de adolescentes, 20 % presentaron una actitud de aceptación.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En nuestro país los adolescentes son una población de alto riesgo, debido a las condiciones propias del momento del desarrollo humano en que se encuentran, y además sometidos a múltiples factores de riesgo socioculturales que giran alrededor de sus vidas.

**Tabla N° 01:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó, se obtuvo dentro del grupo de los adolescentes con un nivel de conocimiento regular, 67% (65) de ellos presentaron una actitud favorable y 5.2% (5) presentaron una actitud de rechazo. Con respecto a los adolescentes que tuvieron un nivel de conocimiento bueno 12.4% (12) obtuvieron una actitud de aceptación y 2.1% (2) obtuvo una actitud de rechazo. En el grupo de adolescentes con un nivel de conocimiento bajo, 11.3% (11) presento una actitud de aceptación y solo 2.1% (2) de rechazo. Datos similares se encontraron en un estudio realizado Mariana y Tenorio en el año 2015 en morrito de acuerdo al conocimiento de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos versus la actitud de los mismos se encontraron que la adolescente que presento un conocimiento excelente tuvo una actitud favorable 1 (2.22%). 10 (22.22%) adolescentes tuvieron muy buenos conocimientos y una actitud favorable, 11 (24.44%) presentaron buen conocimiento y una actitud favorable, y 7 (15.56%) desfavorable. De las adolescentes que presentaron un conocimiento regular 8 (17.78%) mostraron una actitud favorable y 7 (15.56%) una actitud desfavorable. La única adolescente que presento un conocimiento deficiente presento una actitud desfavorable. En el estudio realizado por Antezalna Aspajo y Perez Guillen en el año 2013 en instituciones educativas secundarias estatales mixtas, distrito de Iquitos 52.7% (136) tienen nivel de conocimiento adecuado y actitud de rechazo hacia los métodos anticonceptivos, mientras un 20.6% (53) adolescentes reportan nivel de conocimiento inadecuado y actitud de rechazo hacia los métodos anticonceptivos. El 15.5% (40) adolescentes sus nivel de conocimiento es adecuado y presentan actitud aceptable hacia los métodos anticonceptivos, asimismo el 11.2% (29) tienen nivel de conocimiento inadecuado y aceptable actitud hacia los métodos anticonceptivos. Datos diferentes se encontraron en un estudio realizado por Nixan y Ríos en el año 2015 en la I.E secundaria mixta en Iquitos, se observa que del 100.0% (260), de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Mixta MORB, el 93.8% (244) de ellos tienen una actitud de rechazo hacia el uso de métodos anticonceptivos, de los cuales el 79.6% (207) presentaron nivel de conocimiento inadecuado.



Analizando la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los adolescentes se pudo apreciar una marcada tendencia a una actitud de aceptación de forma general, dicha tendencia se vio acrecentada conforme el nivel de conocimiento iba en aumento, Se ha consolidado el hecho de que el nivel de conocimiento logra fortalecer en el ser humano una mejor actitud hacia ese hecho.

**Tabla N° 02:** Al analizar el nivel de conocimiento hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó, se obtuvo que 72.2% obtuvo un nivel de conocimiento regular, seguido por el 14.4% cuyo nivel de conocimiento fue bueno y 13.4% fue bajo. Datos similares se encontraron en un estudio realizado por (Zúñiga) en el año 2015 en la I.E 109 Inca Manco Cápac del distrito de San Juan de Lurigancho, se obtuvo el 63.3% un nivel de conocimiento medio; según Vásquez Ramírez en el año 2008 en la I.E José Carlos Mariátegui en Tacala-Castilla, concluye que el 46.29% tiene un nivel de conocimiento regular sobre métodos anticonceptivos. Así como Chiroque Yangua en el año 2015, concluye en la I.E Nuestra Señora de Fátima-Piura, que 64.14% tiene un nivel de conocimiento regular en conocimiento hacia métodos anticonceptivos .sin embargo en el estudio realizado por Mallna Yactayo en el año 2015 en la I.E Andrés Avelino Cáceres en la ciudad de lima, encontró que el 63.3% obtuvieron un nivel de conocimiento alto en métodos anticonceptivos, así como resultados que difieren como el estudio realizado por Ríos y Reyes en el año 2013 en Nicaragua obtuvieron 78.2% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

El nivel de conocimiento es regular con tendencia a la baja este fenómeno se debe a que él o la adolescente es un paciente particularmente "crítico", con dificultades para asumir responsabilidades, portador, la mayoría de las veces, de información errónea y "mitos" sexuales. Aún en países con información disponible, el grupo con mayor necesidad insatisfecha sobre anticoncepción es el de los adolescentes Si estas realidades los países en vías de desarrollo en sus componentes socio económicos promueven a que los jóvenes tengan mínimas oportunidades de avanzar en los diferentes niveles del conocimiento. Con características propias y fenómenos culturales específicos.

**Tabla N° 03:** La actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa José Cardó se obtuvo 90.7% tuvieron una actitud de aceptación sobre métodos anticonceptivos y 9.3% una actitud de rechazo. Datos similares se encontraron en un estudio realizado por Quintero Delgadillo y Duarte en el año 2013 en el departamento de

Managua concluye que 77.8% obtuvieron una actitud favorable y 22.2% una actitud desfavorable, sin embargo un estudio realizado por Antezalna Aspajo y Perez Guillen en el año 2013 en instituciones educativas secundarias estatales mixtas, distrito de Iquitos se observa que del 100% (258), 26.7% (69) manifiestan actitudes de aceptación hacia los métodos anticonceptivos y un 73.3% (189) de ellos tienen actitudes de rechazo, así como estudios que difieren Nixan, Ríos, Ruiz en el año 2015 en su estudio realizado en la I.E S.M en Iquitos 93.58% de los adolescentes presentaron una actitud de rechazo y solo 6.2% de los adolescentes presentaron una actitud de aceptación.

Los adolescentes obtuvieron una actitud de aceptación sobre métodos anticonceptivos se relaciona con la serie de cambios que sufren como son la capacidad potencial para influir en procesos de cambios, pues es un estadio crucial del desarrollo humano, en el que la persona busca y asume ideales, poniendo en cuestión la ideología, actitudes y prácticas de su familia y entorno inmediato. La información que obtienen los adolescentes de los padres y docentes, al ser estos los modeladores de las conductas, pasan a hacer también los pilares fundamentales en la formación de sus actitudes, valores y creencias sobre metodología anticonceptiva. Aunque las actitudes sean favorables no necesariamente llevan a conductas adecuadas. Muchos factores culturales influyen en este fenómeno, la persistencia del machismo de forma tradicional a lo largo de todos estos años ha provocado que los jóvenes todavía en el momento actual sufran de los efectos directos de este tipo de comportamiento. Y las condicionantes sociales y culturales todavía mantienen un estado constante de agresión y afectación en las relaciones entre los adolescentes.

**Tabla N° 04:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana. donde se evidencia que la edad predominante fue el grupo de adolescentes de 16 años con el 57%, 42% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 52% presentaron una actitud de aceptación. 32% de los adolescentes tiene 17 años, 21% de ellos obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 29% presentaron una actitud de aceptación. 7% de los adolescentes tenía de >17 años, 6% de ellos obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 7% presentaron una actitud de aceptación. 4% de los adolescentes tenía 15 años, 3% obtuvieron un nivel de conocimiento regular y 2% presentaron una actitud de aceptación en metodología anticonceptiva. En el estudio de Ríos y Reyes Reyes en el año 2013 en Nicaragua el grupo de edad que predomina en el presente estudio se encontró que en el grupo de adolescentes de 10-14 años, 43.7% (95) tuvieron un nivel

conocimiento bueno, 17.9 % (39) Adolescentes para un nivel conocimiento regular, y 6.4% (14) Adolescentes tuvieron un conocimiento malo, 42.3 % (92) presentaron actitud favorable, 25.8% (56) tuvieron una actitud desfavorable. En las edades comprendidas entre 15-19 años, 29 % (63) de Adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bueno y 2.7 % (6) Adolescentes (15.9%) un conocimiento regular, 25.8 % (56) de los Adolescentes presentaron actitud favorable y 5.99 % (13) de los Adolescentes presentaron una actitud desfavorable en metodología anticonceptiva. Datos similares se encontraron en un estudio realizado por Mariana y Tenorio en el año 2015 en morrito (Nicaragua) donde se obtuvo el grupo de 14-16 años el 24.4% de estos, tuvieron un conocimiento bueno, 2.22% presento un conocimiento deficiente en metodología anticonceptiva. Del mismo grupo etario presentaron actitud favorable 19 (42.22%) y 6 adolescentes actitud desfavorable. En el grupo de 17-19 años el 2.2% presento un conocimiento excelente y el resto fue equitativo; 13.3% muy bueno, 15.5% bueno y 13.3% regular; se encontró que 11 adolescentes tuvieron una actitud favorable (24.44%) y 9 (20.00%) desfavorable

Si comparamos estas realidades demuestra que la edad es un factor muy importante que influyen en el conocimiento de los métodos anticonceptivos, puede ser determinado desde etapas tempranas. De acuerdo a la investigación realizada se sabe que los adolescentes entran a una etapa de operaciones formales, siendo el más alto nivel del desarrollo cognitivo; aunque es posible que su pensamiento siga siendo inmaduros muchos tienen la capacidad de razonamiento abstracto y sofisticado; así mismo pueden plantearse metas de manera más realista para su futuro, es por ello que al desarrollarse la capacidad de abstracción y adquirir información sobre determinado tema mayores serán las habilidades para tomar decisiones.

Si comparamos estas realidades tenemos tendencia a una actitud favorable de forma general, dicha tendencia se vio acrecentada conforme el nivel de conocimiento iba en aumento, Se ha consolidado el hecho de que el nivel de conocimiento logra fortalecer en el ser humano una mejor actitud hacia ese hecho. Es así como el mayor conocimiento acerca de los Métodos Anticonceptivos, fue el principal factor que influyó en desarrollar una mejor actitud ante la temática. Reflejando estos datos que la edad no determina la valoración hacia determinado tema, ya que en un inicio de la formación de actitudes existen fuentes de influencia y reforzamiento, los cuales vienen a ser los padres, compañeros, los medios de comunicación y la educación recibida, siendo esta fuente la

más importante ya que entre más años de educación formal reciba una persona, sus actitudes tienden a ser más liberales.

**Tabla N° 05:** Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la institución educativa José Cardó Sullana, donde se evidencia que la religión predominante fue la católica 77% de los cuales 57% obtuvieron un conocimiento regular en metodología anticonceptiva, 11% nivel de conocimiento bueno, referente a la actitud en metodología anticonceptiva 70% obtuvieron una actitud de aceptación y 7% actitud de rechazo. 11% de los adolescentes indicaron profesar otras religiones 10% obtuvieron un nivel de conocimiento regular. 10% presentaron una actitud de aceptación y 1% una actitud de rechazo. 7% de adolescentes indicaron profesar la religión evangélica, 3% nivel de conocimiento regular, 2% nivel de conocimiento bueno, 7% de ellos presentaron una actitud de aceptación 1% actitud de rechazo. 4% indicaron profesar la religión testigo de Jehová, 3% obtuvieron un nivel regular seguido 2% nivel bueno, 3% presentaron una actitud de aceptación mientras 1% presentaron actitud de rechazo sobre el tema. En el estudio realizado por Ríos y Reyes Reyes en el año 2013 en Nicaragua, en el grupo de adolescentes que indicaron profesar la religión católica, 56.6 % (123) adolescentes tuvieron un conocimiento bueno en metodología anticonceptiva, 4.6 % (10) Adolescentes tuvieron un conocimiento regular y 1.38 % (3) de Adolescentes tuvieron un conocimiento malo, 41.4 % (90) Adolescentes presentaron una actitud favorable, 21.1% (46) de Adolescentes tuvieron una actitud desfavorable sobre metodología anticonceptiva. En relación al grupo de Adolescentes que profesaban la religión Evangélica, 14.7 % (32) de adolescentes presentaron un conocimiento bueno, 18.4 % (40) de Adolescentes tuvieron un conocimiento regular y 0.4 % (1) de Adolescentes tuvieron un conocimiento malo, 23.9 % (52) Adolescentes presentaron una actitud favorable y 9.6 % (21) Adolescentes tuvieron una actitud desfavorable. Los Adolescentes que indicaron profesar Otras Religiones, 1.3 % (3) Adolescentes presentaron un conocimiento bueno y el 2.3 % (5) adolescente tuvo un conocimiento regular, 2.7% (6) adolescentes presentaron una actitud favorable y 0.9 % (2) Adolescentes tuvieron una actitud desfavorable. Sin embargo, en el estudio realizado por Mariana y Tenorio en el año 2015 en Morrito (Nicaragua), llegaron a las siguientes conclusiones, en relación a la religión de las adolescentes en los conocimientos sobre metodología anticonceptiva la religión evangélica presentó 3 adolescentes con un conocimiento bueno (6.67%), y 4 (8.89%) regular, también presentaron una actitud favorable en metodología anticonceptiva con 5

(11.11%) adolescentes y desfavorable en 2 (4.44%). Las adventistas 2 (4.44%) muy bueno, 2 (4.44%) bueno y 3 (6.67%) regular, con relación a la actitud 4 adolescentes tuvieron una actitud favorable (8.89%) y 3 (6.67%) desfavorable. Las adolescentes católicas 1 presento un conocimiento excelente (2.22%), 8 (17.78%) muy bueno, 11 (24.44%) bueno y 6 (13.33%) regular, con relación a la actitud 19 adolescentes tuvieron una actitud favorable (42.22%) y 7 (15.56%) desfavorable. Las que no profesaban ninguna religión mostraron un conocimiento bueno en 2 adolescentes (4.44%), 2 (4.44%) regular y 1 (2.22%) deficiente, las adolescentes encuestadas que no profesaban ninguna religión 2 (4.44%) presentaron una actitud favorable y 3 (6.67%) desfavorable.

En su mayoría los Adolescentes profesan la religión católica, lo que indica que sigue prevaleciendo en la mayor parte de nuestra población, probablemente determinada por el efecto tradicional de los valores y cultura de la familia sullanense. A pesar que la religión católica prohíbe el uso de los métodos anticonceptivos, se sabe que los que profesan esta religión conocen y aceptan en su mayoría los métodos anticonceptivos.

**Tabla N° 06:** Según el conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó Sullana, el sexo predominante es el masculino con un 80% de los cuales, 60% presentaron un nivel de conocimiento regular, 11% presentaron un nivel de conocimiento bueno y 9% nivel de conocimiento bajo, en relación a la actitud 71% presentaron una actitud de aceptación, mientras que 9% presento una actitud de rechazo. En el sexo femenino 12% adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento regular, seguido 4% obtuvieron un nivel bajo y 3% de los adolescentes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. Respecto a la actitud en el sexo femenino de adolescentes, 20 % presentaron una actitud de aceptación. Datos similares se encontraron en el estudio realizado por Ríos y Reyes Reyes en el año 2013 en Nicaragua, en el sexo masculino 37.7 % (82) de los Adolescentes tuvieron un conocimiento bueno y el 2.3 % (5) de Adolescentes presentaron un conocimiento regular. Respecto a la actitud el sexo masculino, 29.9 % (65) de los adolescentes presentaron una actitud favorable y 10.1 % (22) de los adolescentes tuvieron una actitud desfavorable. En relación al sexo femenino 35% (76) presentaron un conocimiento bueno, 18.4 % (40) tuvieron un conocimiento regular (14 y 6.4 %) de adolescentes presentaron un conocimiento malo, con respecto a la actitud el sexo femenino, 33.3 % (73) de los Adolescentes presentaron una actitud favorable, y 26.2 % (57) de Adolescentes presentaron una actitud desfavorable. En el estudio realizado por Quintero y Duarte en el año 2013 en el departamento de Malagua,

en el sexo masculino 62 (70.5%) tuvieron conocimiento bueno, 19 (21.6%) conocimiento regular y 7 (7.9%) conocimiento malo. En relación al nivel de actitud ,73 (82.9%) varones presentaron actitud favorable y 15 (17.1%) una actitud desfavorable. El sexo femenino 88 (75.5%) presentaron conocimiento bueno, 15 (17%) conocimiento regular y 3 (7.5%) conocimiento malo, En relación a la actitud 78 (73.6%) mujeres presentaron actitud favorable, y 28 (26.4%) de los varones actitud desfavorable.

Según la investigación realizada el conocimiento es creado a través de la transformación de la experiencia. Esto englobaría a que los adolescentes de sexo masculino conozcan y tengan una actitud de aceptación acerca de los métodos anticonceptivos ya que la forma en que esa experiencia se transforma para producir aprendizaje parece seguir un patrón que es natural e instintivo.

El nivel de actitud es más aceptable por el sexo masculino esto refiere a que ellos obtuvieron un mayor nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos por lo tanto mayor nivel de aceptación pudiendo evitar complicaciones en el futuro inmediato.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

- El 67% de los adolescentes de la I.E José Cardó obtuvieron conocimiento regular y actitud de aceptación en métodos anticonceptivos ,12.4% conocimiento bueno con la actitud de aceptación y 11.3% conocimiento bajo con actitud de aceptación.
- El 72.2% de los adolescentes de la Institución educativa José Cardó obtuvieron un nivel de conocimiento regular, seguido de un buen nivel de conocimiento con 14.4% mientras que 13.4% obtuvo un bajo nivel de conocimiento.
- los adolescentes de la Institución educativa José Cardó, obtuvieron actitud de aceptación frente a los métodos anticonceptivos con 90.7%, solo 9.3% obtuvieron una actitud de rechazo frente al tema.
- El nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos de la I.E José Cardó según edad fueron adolescentes de 16 años con 42.3% obteniendo un nivel de conocimiento regular y 52.6% obtuvieron actitud de aceptación.
- El nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E José Cardó, según religión, prevaleció la religión católica 56.7% obtuvieron nivel de conocimiento regular y 71.1% actitud de aceptación.
- El nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E José Cardó, según sexo, el sexo masculino prevaleció con 59.8% con nivel de conocimiento regular y 71.4% obtuvieron actitud de aceptación

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- A la dirección regional de salud y las instituciones educativas comprometidas con la salud del adolescente, desarrollar programas que orienten sobre conocimiento y actitudes en métodos anticonceptivos y así lograr comportamientos sexuales responsables, a los establecimientos de salud realizar actividades extramurales de trabajo con las familias y comunidad para identificar pautas inadecuadas de conocimiento y actitud sobre metodología anticonceptiva y realizar sesiones de consejería y/o demostración que orienten a fortalecer las practicas adecuadas.
- A la dirección de la institución educativa José Cardó incorporar en la los planes curriculares temas concernientes a educación sexual reproductiva y planificación familiar invitando a un profesional de la salud para su ponencia.
- A los padres de familia de los adolescentes de la Institución Educativa José Cardó, crear consciencia de la problemática que enfrentan sus hijos sobre temas de Sexualidad y comprender su rol fundamental en la consolidación de un buen conocimiento sobre la temática de los métodos anticonceptivos.



## **DEDICATORIA**

A Dios, padre incondicional, quien me guía por el buen camino, quien me enseña amar la vida, porque cuando más sola me sentí más cerca de mi estaba y por darme la fuerza de cumplir todas mis metas trazadas.

A mis padres José y Elsa, que son mis más preciados tesoros, símbolo de trabajo, dedicación gracias por su comprensión, apoyo constante, dándome la fuerza y ganas de seguir adelante ante los obstáculos que se presenten.

A mis hermanos: Ruth, Neyser, Hilder por incentivar me cada día a ser mejor y dedicarme su amor y cariño a lo largo de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A la “Universidad San Pedro”, porque en sus aulas recibí el conocimiento intelectual y la oportunidad de formarme en esta noble y humana profesión.

A mi facultad de obstetricia, formadora de grandes profesionales competentes y a su plana docente por su enseñanza, orientación y consejos.

A mi asesora Mg. Ginger Markovic Rujel por sus conocimientos y apoyo en la elaboración de la tesis.

A mis compañeros con quienes compartimos cada día conocimientos y experiencias y nos apoyamos mutuamente para conseguir nuestros objetivos trazados.

A los adolescentes estudiantes de la Institución Educativa José Cardó, que participaron en esta investigación a sus docentes por las facilidades brindadas para el desarrollo y ejecución.

## REFERENCIAS

- Albornoz, I. (2006). *Conocimientos y Actitudes hacia los Métodos Anticonceptivos en los Estudiantes de Enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006*. tesis para optar el título de licenciada en enfermería, Lima.
- Cáceres, M., & Huaynillo, M. (2016). *Conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 17 años de la I.E Micaela Bastidas*. Universidad Nacional De San Agustín, arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3633/Pscamam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chiroque, E. (2015). *Conocimiento sobre Metodos Anticonceptivos en Adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima-Piura 2013*. Universidad Católica los Angeles de Chimbote, piura. Recuperado el 14 de enero de 2018
- Davalos, N., Ríos, A., & Ruiz, S. (2015). *Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de metodos anticonceptivos en adolescentes de I.E S.M.* Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos. Recuperado el 14 de noviembre de 2017, de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/2581>
- Días, E. (2015). *Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del colegio Nacional Nicolás la Torre*. Recuperado el 10 de enero de 2018, de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz\\_e.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf)
- Hatcher, R., & Blackburn, J. (1999). Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. population reports.
- López, D. (2010). *Nivel de conocimiento , actitud y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de los colegios secundarios del distrito de Tacna*. tesis, Tacna. Recuperado el 15 de enero de 2018, de <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/756/TM0058.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mallma, K. (2015). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 4to-5to de secundaria del colegio Andres A. Cáceres.setiembre a noviembre-2015*. lima. Recuperado el 17 de enero de 2018, de [file:///C:/Users/susana/Downloads/Mallma-Yactayo-Katia-Giuliana\\_2017-uso-de-metodos-%C3%B1a%C3%B1ita.pdf](file:///C:/Users/susana/Downloads/Mallma-Yactayo-Katia-Giuliana_2017-uso-de-metodos-%C3%B1a%C3%B1ita.pdf)
- Mariana, L. , & Tenorio, V. (2015). *conocimiento, actitudes y practicas sobre los metodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito-Rio San Juan , en junio 2015*. tesis, universidad nacional autonoma de

- Nicaragua, Managua recinto universitario Ruben Darío, Managua-Nicaragua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1455/1/71170.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSA) (2004). *Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Perú. Obtenido de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63\\_guiasnac.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSA) (2016). *Norma técnica de salud de planificación familiar*. Lima.
- Mongru, A. (2000). *Tratado de obstetricia (normal y patológico)* (Vol. 4ta edición). Monpress. Recuperado el 15 de enero de 2018
- Moreno, J. (2010). *Conocimiento sobre metodos anticonceptivos en estudiantes de 9no de la U.E Nuestra señora de Lourdes Puerto Ordaz, Estado Bolivar*. tesis, Universidad de Otiente Nucleo Bolivar, Bolivia. Obtenido de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2226/1/29%20Tesis.%20QV9%20M843.pdf>
- Ochoa, A. (2007). *Anticonceptivos explicados para Jovenes*. Mexico: grupo editorial mexico. Obtenido de [https://books.google.com.pe/books?id=5iGV956GPMYC&pg=PT67&dq=implante+anticonceptivo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8hNmf5\\_\\_WAhVGHJAKHfyMDSMQ6AEIJTAA#v=onepage&q=implante%20anticonceptivo&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=5iGV956GPMYC&pg=PT67&dq=implante+anticonceptivo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi8hNmf5__WAhVGHJAKHfyMDSMQ6AEIJTAA#v=onepage&q=implante%20anticonceptivo&f=false)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Salud de los Jovenes*. Obtenido de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- Pardo, Y., & Apolo, L. (2016). *Relación entre el nivel de conocimiento y actitud hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes de quinto año de la I-E Inmaculada Concepción-Tumbes 2016*. Tumbes. Recuperado el 18 de Enero de 2018
- Pérez, A. (2013). *Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos distrito 5, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013*. tesis, Managua. Recuperado el 16 de enero de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1537/1/47021.pdf>
- Pérez, M., & Zelaya, K. (2013). *Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos distrito 5, del Municipio de Managua, departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013*. tesis, Managua. Recuperado el 16 de enero de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1537/1/47021.pdf>
- Quintero, C., & Duarte, D. (2013). *Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los y las adolescentes del Instituto Concepción de María, del municipio de San Francisco Libre, Departamento de Managua, del 1° de Marzo al 30 de Junio del 2013*. tesis, Universidad Nacional Atonoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Medicas Recinto Universitario "RUBEN DARIO", Nicaragua. Recuperado el 14 de enero de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/3294/1/47612.pdf>

- Ríos, J., & Reyes, Y. (2013). *Conocimientos , actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del Instituto Público San Francisco de Asís, del Municipio de Mozonte, departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013*. tesis, Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Nicaragua. Recuperado el 14 de enero de 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1968/1/63228.pdf>
- Sáenz, R. (2017). *Los Elementos del Conocimiento*. Obtenido de Aeterna Imperio: <https://aeternaimperoblog.wordpress.com/2017/01/09/los-elementos-del-conocimiento-el-sujeto-el-objeto-la-representacion-y-la-operacion/>
- Sanchez, K. (2007). *relación entre nivel de conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del quinto año de la escuela académico profesional de educación de la UNMSM*. tesis, Lima. Recuperado el 18 de enero de 2018
- Universidad Pedagógica Experimental. (2016). *la Adolescencia*. Obtenido de <http://www.sicapacitacion.com/librospsicologia/LA%20ADOLESCENCIA.PDF>
- Vargas, J. (2006). *Teoría del Conocimiento*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/328227543/Teoria-Del-Conocimiento>
- Vasquez, B. (2008). *Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y relación con el entorno Socio Familiar de los Estudiantes del cuarto y quinto año de educación secundaria, de la I.E José Carlos Mariategui, asentamiento humano tacalá-castilla 2008*. tesis, Universidad César Vallejo, Piura. Recuperado el 14 de enero de 2018
- Velasquez, L. (2011). *Conocimiento de métodos anticonceptivos y factores biosocioculturales en Adolescentes de 4TO Y 5TO grado de secundaria de la I.E. FÉ Y ALEGRÍA N° 16, AA.HH. San Juan, Chimbote 2011*. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Chimbote. Recuperado el 16 de enero de 2018, de [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1401/ADOLESCENTES\\_factores\\_biosocioculturales\\_velasquez\\_carrasco\\_luzmila\\_yolanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1401/ADOLESCENTES_factores_biosocioculturales_velasquez_carrasco_luzmila_yolanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zúñiga, M. (2015). *Nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en los Estudiantes del cuarto grado de secundaria de la Institución Educativa N° 109 Inca Manco Cápac, distrito de San Juan de Lurigancho - 2015*. tesis, Lima. Recuperado el 17 de enero de 2018, de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3536?show=full>

ANEXO  
Y  
APÉNDICE

## ANEXO A

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa José Cardó Sullana 2017</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E José cardó Sullana.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E José Cardó.</li> <li>- Identificar las actitudes de los adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos de la I.E José Cardó.</li> <li>- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según edad en adolescentes de la I.E José Cardó.</li> <li>- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según religión en adolescentes de la I.E José Cardó.</li> <li>- Identificar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos según sexo en adolescentes de la I.E José Cardó.</li> </ul>	<p>Hg los adolescentes de la I.E José cardó presentaron conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos</p>	<p><b>Variables</b> <b>Variable General</b> Conocimiento y actitudes en métodos anticonceptivos</p> <p><b>Variable Interviniente</b> Sociodemográficos</p>	<p><b>TIPO</b> Cuantitativo</p> <p><b>DISEÑO</b> No- experimental</p> <p><b>MÉTODO:</b> Descriptivo simple.</p> <p><b>POBLACIÓN</b> Adolescentes del 5to año de educación secundaria de la I.E José Cardó</p> <p><b>MUESTRA:</b> No probabilístico</p> $n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 p q}$ <p><b>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:</b> Se utilizará el método de la encuesta y la técnica del cuestionario elaborado por Nixan Dávalos modificado por la investigadora</p> <p><b>TRATAMIENTO ESTADÍSTICO</b> Programa SPSS versión 20.</p>

**ANEXO B**

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Conocimiento Y Actitudes Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes.  
Institución Educativa José Cardó Sullana 2017.**

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Conocimiento Y Actitudes Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes De La Institución Educativa José Cardó Sullana 2017.

Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

---

**Firma de Participante**



**Huella digital de participante**

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimado alumno

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte.

Susana Milagros Fernández Vargas

Autora del estudio.



## **ANEXO C**

### **UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Conocimiento Y Actitudes Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes.  
Institución Educativa José Cardó Sullana 2017.**

#### **I. PRESENTACIÓN:**

Joven estudiante tenga Ud. ¡muy buenas tardes! soy Susana Milagros Fernández Vargas bachiller en obstetricia egresadas de la Facultad ciencias de la salud, escuela profesional de obstetricia de la Universidad san Pedro-Sullana identificada con el DNI 75563747 , me encuentro realizando un estudio de investigación referente a "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E. José Cardó-Sullana-2017 , los resultados que se obtengan en este trabajo servirán de base referencial para mejorar y optar estrategias de intervención adecuadas que conlleven a la toma de decisiones acertadas correctivas referidas al nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos.

Por lo cual requiero de su colaboración: responder con veracidad a las preguntas del cuestionario. Los datos que se obtengan serán totalmente anónimos y servirán solo para los efectos del estudio de investigación, por lo que agradecemos anticipadamente sus respuestas y así poder alcanzar los objetivos trazados. El tiempo de duración aproximada de la aplicación del cuestionario será de 15 min.

#### **II. INSTRUCCIONES:**

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de enunciados o preguntas en la cual debe marcar con una "X" en uno de los paréntesis que corresponda a la respuesta que más se aproxime a lo que conoce respecto al tema.

#### **I. Datos Generales**

1. Edad

a) 15                      b) 16                      c) 17                      d) otro

2. Sexo

a) Masculino    b) femenino

### 3. Religión

- a) católica   b) Evangélica   c) testigo de Jehová   e) otro

### 4. Procedencia

- a) Sullana   b) bellavista   c) Marcavelica   d) Ignacio escudero   e) otro

### 5. Sección

- a) A   b) B   c) C   d) D

## II.- DATOS ESPECÍFICOS:

### Preguntas de conocimiento:

1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?
  - a) Métodos para controlar el número de hijos.
  - b) Formas de evitar el embarazo y prevenir las infecciones de transmisión sexual.
  - c) Formas de provocar el aborto.
  - d) Métodos para quedar embarazada.
2. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos existen?
  - a) Naturales, hormonales, de barrera y quirúrgicos.
  - b) Naturales, hormonales y quirúrgicos.
  - c) Condón, ampollas y quirúrgicos.
  - d) Artificiales y quirúrgicos.
3. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de barrera?
  - a) El condón o preservativo.
  - b) Píldoras e inyectables.
  - c) Método del ritmo, temperatura basal, método de Billings.
  - d) Vasectomía y ligadura de trompas de Falopio.
4. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?
  - a) El condón o preservativo, T de cobre.
  - b) Método del ritmo, temperatura basal, método de Billings.
  - c) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio.
  - d) Píldoras e inyectables.
5. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos naturales?
  - a) Método del ritmo, temperatura basal, método de Billings.
  - b) El condón o preservativo y T de cobre.

- c) Píldoras e inyectables.
  - d) Vasectomía y ligadura de trompas de Falopio.
6. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos o Quirúrgicos?
- a) Píldoras e inyectables.
  - b) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio.
  - c) El condón o preservativo, T de cobre.
  - d) Método del ritmo, temperatura basal, método de Billings.
7. ¿Cómo se evita un embarazo con el método anticonceptivo del ritmo o de la menstruación?
- a) No tener relaciones sexuales ocho primeros días desde el inicio de la menstruación, tener relaciones sexuales a partir del noveno día sin riesgo de embarazo.
  - b) Tener relaciones durante todo el ciclo menstrual.
  - c) Tener relaciones sexuales ocho días desde el inicio de la menstruación, no tener relaciones sexuales a partir del noveno día porque existe riesgo de embarazo.
  - d) Tener relaciones sexuales ocho primeros días desde el inicio de la menstruación, evitar relaciones sexuales en los once días posteriores y a partir del día diecinueve del ciclo se puede tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.
8. ¿Cuál es la Forma correcta de abrir el condón o preservativo?
- a) Cuidadosamente con las uñas para no romper el condón.
  - b) Con la yema de los dedos, cuidadosamente de uno de los bordes para no romper el condón.
  - c) Cuidadosamente con los dientes para no romper el condón.
  - d) Cuidadosamente con la tijera para no romper el condón.
9. ¿Cuál es el uso correcto del condón?
- a) El mismo condón para otra relación sexual.
  - b) 2 condones por cada relación sexual.
  - c) 1 condón por cada relación sexual.
  - d) Limpiarlo y volverlo a utilizar.
10. ¿En qué momento se coloca el condón?
- a) Antes de tener relaciones sexuales y cuando el pene esta erecto.
  - b) Durante la relación sexual y cuando el pene esta erecto.

- c) Después de tener relaciones sexuales.
- d) Durante la relación sexual.

## ACTITUDES

### INSTRUCTIVO.

La presente escala contiene un conjunto de ítems o experiencias respecto a los métodos anticonceptivos que experimentan las personas.

Marca con un (x) la letra que mejor se adecue a tu forma de pensar y actuar, contesta todas las preguntas sin dejar de contestar ningún ítem, haciéndolo de la siguiente manera:

- ✓ Si tu respuesta es de acuerdo marca la letra “A”
- ✓ Si tu respuesta es de desacuerdo marca la letra “D”
- ✓ Si al responder tuvieras dudas en uno o más ítems, marca la letra “I” que significa indeciso.

No hay respuesta buena ni mala, solo interesa tu sinceridad para contestar.

### III. CONTENIDO

1. usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos planificados.

 A D I

2. usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.

 A D I

3. Sanos y con ITS deben usar métodos anticonceptivos.

 A D I

4. solo los que tienen ITS deben usar métodos anticonceptivos.

 A D I

5. la fidelidad de la pareja promueve el uso de los métodos anticonceptivos.

 A D I

6. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.

A

D

I

7. Usar métodos anticonceptivos favorece el sexo seguro.

A

D

I

8. Solo los métodos naturales favorece el sexo seguro.

A

D

I

9. Hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales.

A

D

I

10. Al iniciar las relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos.

A

D

I

11. Todas las parejas que tiene relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos.

A

D

I

12. Solo las parejas enfermas que tienen relaciones sexuales deben usar métodos anticonceptivos.

A

D

I

13. Personas sanas o con VIH deben usar algún método anticonceptivo.

A

D

I

14. Solo las personas con VIH usan algunos métodos anticonceptivos.

A

D

I

15. Los adolescentes deben usar mayoritariamente los preservativos.

A

D

I

16. Los preservativos deben ser usados más por los adultos.

A

D

I

17. El uso de spermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.

A

D

I

18. El uso de espermicidas incomoda en el acto sexual.

A

D

I

19. El uso del condón favorece la sensación de placer durante el acto sexual.

A

D

I

20. El uso del condón incomoda durante el acto sexual.

A

D

I

21. El uso de píldoras anticonceptivas produce bienestar y seguridad en la mujer.

A

D

I

22. El uso de píldoras anticonceptivas incomoda el acto sexual.

A

D

I

23. La obesidad no depende al uso de métodos anticonceptivos.

A

D

I

24. La obesidad depende solo del uso de métodos anticonceptivos.

A

D

I

## TABLA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

<b>1.- ¿Qué son los métodos anticonceptivos?</b>	Puntaje
Métodos para quedar embarazada.	0
b) Formas de evitar el embarazo y prevenir las infecciones de transmisión sexual	1
c) Formas de provocar el aborto.	0
d) Métodos para quedar embarazada.	0

<b>2.- ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos existen?</b>	Puntaje
a) Naturales, hormonales, de barrera y quirúrgicos.	1
b) Naturales, hormonales y quirúrgicos	0
c) Condón, ampollas y quirúrgicos.	0
d) Artificiales y quirúrgicos.	0

<b>3.- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos de barrera?</b>	Puntaje
a) El condón o preservativo.	1
b) Píldoras e inyectables.	0
c) Método del ritmo, temperatura basal, Método De Billings.	0
d) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio	0

<b>4.- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos hormonales?</b>	Puntaje
a) El condón o preservativo, T de cobre.	0
b) Método del ritmo, temperatura basal.	0
c) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio.	0
d) Píldoras e inyectables.	1

<b>5.- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos naturales?</b>	Puntaje
a) Método del ritmo, temperatura basal, Método De Billings.	1
b) El condón o preservativo y T de cobre	0
c) Píldoras e inyectables.	0
d) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio.	0

<b>6.- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos definitivos o Quirúrgicos?</b>	Puntaje
a) Píldoras e inyectables	0
b) Vasectomía y ligadura de Trompas de Falopio.	1
c) El condón o preservativo, T de cobre.	0
d) Método del ritmo, temperatura basal, Método De Billings.	0

<b>7 cómo se evita un embarazo con el método anticonceptivo del ritmo o de la menstruación?</b>	Puntaje
a) No tener relaciones sexuales 8 primeros días desde el inicio de la menstruación, tener relaciones sexuales a partir del noveno día sin riesgo de embarazo.	0
b) Tener relaciones durante todo el ciclo menstrual.	0
c) Tener relaciones sexuales 8 días desde el inicio de la menstruación, no tener relaciones sexuales a partir del noveno día porque existe riesgo de embarazo.	0
d) Tener relaciones sexuales 8 primeros días desde el inicio de la menstruación, evitar relaciones sexuales en los 11 días posteriores y a partir del día 19 del ciclo se puede tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.	1

<b>8.- ¿Cuál es la Forma correcta de abrir el condón o preservativo?</b>	Puntaje
a) Cuidadosamente con las uñas para no romper el condón.	0
b) Con la yema de los dedos, cuidadosamente de uno de los bordes para no romper el condón.	1
c) Cuidadosamente con los dientes para no romper el condón.	0
Cuidadosamente con la tijera para no romper el condón.	0



<b>9.- ¿Cuál es el uso correcto del condón?</b>	Puntaje
a) El mismo condón para otra relación sexual.	0
b) 2 condones por cada relación sexual.	0
c) 1 condón por cada relación sexual.	1
d) Limpiarlo y volverlo a utilizar.	0

<b>10.- ¿En qué momento se coloca el condón?</b>	Puntaje
a) Antes de tener relaciones sexuales y cuando el pene esta erecto.	0
b) Durante la relación sexual y cuando el pene esta erecto.	1
c) Después de tener relaciones sexuales.	0
d) Durante la relación sexual.	0

## CÓDIGO DE TABLA

<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA</b>
1	B
2	A
3	A
4	D
5	A
6	B
7	D
8	B
9	C
10	B

ÍTEMS	Dirección	Resultado		
		De acuerdo	Desacuerdo	Indeciso
	Positiva	3	1	2
	Negativa	1	3	2
1. Usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos planificados.	+			
2. Usar de métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.	-			
3. Sanos y con ITS deben usar métodos anticonceptivos.	+			
4. Solo los que tienen ITS deben usar métodos anticonceptivos	-			
5. La fidelidad de la pareja promueve el uso de los métodos anticonceptivos	+			
6. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.	-			
7. Usar métodos anticonceptivos favorece el sexo seguro.	+			
8. Solo los métodos naturales favorece el sexo seguro	-			
9. Hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales	+			
10. Al iniciar las relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos.	-			
11. Todas las parejas que tienen relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos.	+			
12. Solo las parejas enfermas que tienen relaciones sexuales deben usar métodos anticonceptivos.	-			
13. Personas sanas o con VIH deben usar algún método anticonceptivo.	+			
14. Solo las personas con - VIH usan algún método anticonceptivo.	-			
	+			

15. Los adolescentes deben Usar mayoritariamente los preservativos	-			
16. Los preservativos deben ser usados más por los adultos	+			
17. El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria	-			
18. El uso de espermicidas incomoda en el acto sexual	+			
19. El uso del condón favorece la sensación de placer durante el acto sexual.	-			
20. El uso del condón incomoda durante el acto sexual.	+			
21. El uso de píldoras anticonceptivas produce bienestar y seguridad en la mujer	-			
22. El uso de píldoras anticonceptivas incomoda el acto sexual.	+			
23. La obesidad no depende al uso de métodos anticonceptivos	-			
24. La obesidad depende solo del uso de métodos anticonceptivos.				

## ANEXO D



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

**Tema:** "Conocimiento y Actitudes sobre Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de la Institución educativa José Cardó Sullana 2017.

**Autor:** Bach. Obst. Susana Milagros Fernandez Vargas

### ALFA DE CRONBACH Y CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable

  
LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS  
COESPE 214  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

## Análisis de fiabilidad

```
GET
  FILE='D: \Susana fernandez.sav'.
DATASET NAME Conjunto_de_datos1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=item1 item2 item3 item4 item5 item6 item7 item8 item9 item10
  actitud1 actitud2 actitud3 actitud4 actitud5 actitud6 actitud7 actitud8
  actitud9 actitud10
  /SCALE ('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.
```

## Análisis de fiabilidad

[Conjunto\_de\_datos1] D:\susana fernandez.sav

## Escala: TODAS LAS VARIABLES

### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	67	100,0
Casos	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	67	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,940	20

  
LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS  
COESPE 214  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item1	42,15	159,826	,755	,935
Item2	42,15	159,826	,755	,935
Item3	42,15	159,826	,755	,935
Item4	42,15	159,826	,755	,935
Item5	42,15	159,826	,755	,935
Item6	42,40	157,153	,724	,936
Item7	42,15	159,826	,755	,935
Item8	42,40	157,153	,724	,936
Item9	41,64	172,688	,498	,940
Item10	42,15	159,826	,755	,935
Item11	42,64	169,779	,557	,939
Item12	42,64	169,779	,557	,939
Item13	42,64	169,779	,557	,939
Item14	42,64	169,779	,557	,939
Item15	42,64	169,779	,557	,939
Item16	42,64	169,779	,557	,939
Item17	42,64	169,779	,557	,939
Item18	42,64	169,779	,557	,939
Item19	42,64	169,779	,557	,939
Item20	42,64	169,779	,557	,939

El Trabajo de investigación tiene como resultado un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.940 alcanzando un Coeficiente alfa >.9 es excelente.



## ANEXO E

