

*Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
Facultad De Ciencias Médicas - León*



*Tesis Monográfica para optar al título de
Doctores en Medicina y Cirugía*

“Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos
anticonceptivos en estudiantes adolescentes de algunas escuelas
de secundarias del municipio de León”

Autores:

Br. Douglas Israel Montoya Guerrero.

Br. Aracelly Deyanira Reyes.

Tutor:

Dr. Jairo García¹

Asesor:

Dr. Juan Almendárez Peralta²

León Nicaragua Octubre del 2005

¹ Doctor en Medicina y cirugía. Especialista en Gineco Obstetricia. Docente de la facultad de Ciencias Médicas. Médico de base del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A”.

² Doctor en Medicina y Cirugía, Maestro en Salud Pública. Profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

RESUMEN

La adolescencia, etapa sensible y vulnerable de todo ser humano en cualquier parte del mundo en donde se viven nuevas experiencias y además la búsqueda de la identidad personal.

En nuestro país se han encontrado altas tasas de natalidad en los y las adolescentes por lo cual consideramos la realización de un estudio que nos permitiera conocer el conocimiento y actitudes que tienen los adolescentes sobre métodos de planificación familiar de las escuelas de secundaria del municipio de León de tal manera que nos sirviera de guía para conocer las prácticas que tienen sobre sexo seguro.

Dando como resultados de 700 adolescentes encuestados en colegios de secundaria públicos y privados del área urbana de León con edades comprendidas de 14 a 19 años de edad, 636 cumplieron criterios de inclusión excluyéndose 64 por estar las fichas mal llenadas o incompletas en donde el 98.9 % son solteros y el 1.1% casados.

Se encontró que 96.1% conocían algún método de planificación familiar, en donde se determinó que los encuestados de colegios privados tienen mejor conocimiento sobre el tema, el método más conocido resultó el condón, seguido de los Gestágenos orales y los inyectables.

Sobre las actitudes, los adolescentes femeninos consideraron que debería ser el hombre quien decidiera el método de planificación, ya que según ellas afecta en su relación, además el Centro de Salud resulta insegura para ellos ya que expresan temor a ser criticados, otro punto importante no tienen bien definido la edad óptima para tener el primer hijo.

El 31% de nuestro universo ya inició vida sexual activa. Donde solamente el 32% de los que iniciaron vida sexual activa usaron algún método de planificación familiar del cual el más utilizado fue el preservativo con un 43%. Notándose que actualmente de estos ninguno utiliza algún método de planificación familiar, mostrándonos la necesidad de ofertar el programa de planificación familiar de los Centros de Salud con mayor calidez y confidencialidad posible.

INDICE

I-	INTRODUCCION.....	1
II-	ANTECEDENTES.....	3
III-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
IV-	JUSTIFICACIÓN.....	6
V-	OBJETIVOS.....	7
VI-	MARCO TEORICO.....	8
VII-	DISEÑO METODOLOGICO.....	21
VIII-	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	23
IX-	RESULTADOS.....	25
X-	DISCUSIÓN.....	40
XI-	CONCLUSIONES.....	46

XII-	RECOMENDACIONES.....	48
XIII-	BIBLIOGRAFÍA.....	49
XIV-	ANEXO.....	52

Introducción

La planificación familiar continúa haciendo gran progreso a la salud reproductiva de mucha gente en el mundo. La salud reproductiva implica que las personas puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, (cuando y con que frecuencia).

Implícito en esta última condición queda el derecho del hombre y de la mujer a adquirir información y tener acceso a métodos aceptables de planificación familiar que ellos prefieran, que sean seguros, eficaces y a precios razonables. En forma similar los derechos reproductivos se apoyan en el reconocimiento de que todas las parejas tienen el derecho esencial de decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean tener, el espaciamiento entre ellos y el momento en que llegan y además a tener el más alto nivel en salud reproductiva y sexual. (1)

El embarazo en adolescentes no es solo un problema cualitativo, también tiene dimensión cuantitativa, a nivel mundial cada año, de cada 10 adolescentes entre 15-19 años 5 se convierten en madres, lo que asciende a un total de **22,473** niños nacidos de padres adolescentes al año. En América Latina **3,312,000** niños nacidos cada año de madres adolescentes. (4)

En el departamento de León, se reporta en el nonestre del 2,004 una población de 402,710 habitantes, de estas 94,398 (23.4%) son adolescentes en edad de 10 a 19 años. En este período se registran 3,723 nacimientos de madres entre edades de 10 a 49 años; de estos nacimientos 1,135 son hijos(as) de adolescentes representando el 30% del total de nacimientos, porcentaje mayor al del 2,003 que fue de 28%.

En cuanto a la planificación familiar se captó 14,760, de éstas: 5,562 son usuarios adolescentes representando el 38% del total, mejorando el porcentaje en comparación al 2,003 que fue de 22%.(26)

Tomando en cuenta la información recaudada, apreciamos que en los últimos años el porcentaje de captación de los adolescentes ha aumentado en el programa de planificación familiar; mas sin embargo el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes ha aumentado, por lo que consideramos que es necesario el pronto análisis en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en este grupo, ya que de esta manera será posible valorar los logros que han alcanzado las autoridades de salud ante esta temática y valorar las intervenciones que hay por hacer ante este problema en dicha población vulnerable; por lo que es evidente la necesidad de confirmar el fortalecimiento educacional en salud sexual y reproductiva.

Antecedentes

En varias convenciones y conferencias en el campo de los derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar (7)

En una encuesta realizada en la universidad de Chile en cuanto al empleo de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, la mayoría de los adolescentes respondió que no usaron un método anticonceptivo para prevenir los embarazos no deseados porque no habían planeado tener relaciones sexuales en esa ocasión o bien no conocen los métodos de planificación familiar. (9)

En una encuesta realizada en la Ciudad de Guatemala entre jóvenes de 15-24 años el 10.4% de las mujeres y el 14.9 % de los varones dijeron haber usado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual, el método más usado fue Gestágenos Orales, seguido del Condón, el Ritmo y el método del retiro. (8)

En un estudio realizado en el municipio de Río Blanco Matagalpa en septiembre de 1997 se concluyó que los conocimientos sobre métodos de planificación familiar son incompletos e incorrectos, sobre todo en cuanto al uso de métodos auxiliares para evitar un embarazo, inconvenientes del uso de los métodos y período de mayor riesgo de embarazo durante el ciclo menstrual. Se encontró que los métodos más usados fueron los Gestagenos Orales, el Preservativo y los Inyectables debido al fácil acceso y amplia propaganda; constituyéndose la familia en la principal fuente de información. (15)

En un estudio realizado en el municipio de Nagarote – León (C/S) de octubre a diciembre de 1997 concluyeron que el 20.5% de la población en estudio admitió que el conocimiento que posee acerca de métodos anticonceptivos lo obtuvieron a través de sus amigos, seguido de los medios de comunicación con un 37.5%. La fuente médica MINSA y enfermeras obtuvieron 33% y 9% respectivamente y las menos mencionadas corresponden a brigadista como educadores comunitarios con un 1.5%.

Los adolescentes que conocen los Gestágenos orales el mayor porcentaje se ubica en las edades de inicio de vida sexualmente activa entre 14 y 15 años y en segundo lugar se ubica el grupo etáreo de 16 a 17 años. Igual situación sucede con los preservativos y con el DIU, el mayor porcentaje de los adolescentes que lo conocen inician su vida sexual entre los 16 y 17 años. (16)

En el municipio de Muy Muy de Matagalpa en febrero de 1999 se llevó a cabo un estudio donde los resultados fueron que los adolescentes sujetos a estudio la mayoría conoce al menos un método anticonceptivos, siendo los más conocidos y usados el condón, los Gestágenos orales y los inyectables. La principal fuente donde obtuvieron la información fueron el personal de salud y los medios de comunicación masivo. A mayor grado de escolaridad es mayor el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. La mayoría de los estudiantes no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Se registró un alto número de adolescentes con antecedentes de tener uno o más hijos en la población estudiantil femenina.(4)

Se realizó un estudio dirigido a 152 adolescentes que asistieron al Centro de Salud Edgar Lang de la ciudad de León con el fin de determinar las características de los anticonceptivos en los mismos, de mayo a junio 1997 obteniendo los siguientes resultados: los métodos anticonceptivos más conocidos por los adolescentes son; los Gestágenos Orales, el Condón, el Dispositivo Intrauterino (DIU), los Inyectables, la Esterilización Quirúrgica, las causas de abandono fueron, Reacción Adversa, Sin actividad sexual, no conoce, opción del cónyuge y religión. (10)

Planteamiento del problema

1. ¿Cuál es el grado de conocimiento sobre el uso de métodos de planificación familiar que tienen los adolescentes estudiantes de secundarias del municipio de León?
2. ¿Cuáles son las actitudes ante el sexo no protegido y el acceso a la información sobre método anticonceptivo que tienen los adolescentes en estudio?
3. ¿Cuáles son las prácticas alrededor del sexo protegido que tienen las estudiantes adolescentes de las escuelas de secundaria públicas y privadas del Municipio de León?

Justificación

El embarazo en adolescentes es considerado un problema en incremento en los últimos años, como respuesta el Ministerio de Salud y Organizaciones no gubernamentales han impulsado una campaña de información y mercadeo de atención y servicios en Salud Sexual y Reproductiva en la población en general y sobre todo en adolescentes.

En León se ha observado un incremento de uso de anticonceptivos mas sin embargo los embarazos en este grupo etáreo han aumentado considerablemente. Lo que nos lleva a preguntarnos: ¿Qué barrera impide que los adolescentes alcancen un comportamiento anticonceptivo más efectivo? Explorar sus necesidades especiales puede ser una contribución significativa al conocimiento de ellos.

Nuestro estudio pretende determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los y las adolescentes sobre planificación familiar ya que con todas las estrategias utilizadas en los últimos años para disminuir el embarazo en adolescentes aún continua siendo un gran problema multisectorial, ya que en los adolescentes continúan las altas tasas de embarazos no deseados por consiguiente abandono escolar, abortos, partos en adolescentes que son causas significativas de mortalidad maternas y neonatal, además repercute grandemente en la economía de la familia y el estado, ya que aumenta las dependencias a la persona económicamente activa de la familia, se tornan familias numerosas; por consiguiente formándose un problema de salud pública debido al hacinamiento familiar, inmadurez materna, nivel socio-cultural bajo que son aportadores para la morbi mortalidad infantil.

Por todo esto y más consideramos que la información recolectada será valiosa para ayudar a informar mejor y por ende el uso adecuado de anticonceptivos en este grupo etáreo de riesgo y así realizar propuestas a autoridades de la salud y a educadores que trabajen con adolescentes para lograr el desarrollo de estrategias apropiadas.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes de algunas escuelas de secundarias públicas y privadas del municipio de León. Del 1 de abril al 30 de junio del 2005.

Objetivos específicos:

- 1- Determinar el conocimiento sobre el uso de métodos de planificación familiar que tienen los adolescentes estudiantes de secundarias del municipio de León.
- 2- Conocer las actitudes ante el sexo no protegido y el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes estudiantes de secundaria del municipio de León.
- 3- Identificar las prácticas alrededor del sexo protegido que tienen los estudiantes adolescentes de las escuelas de secundaria del Municipio de León.

Marco teórico

La adolescencia se define como el periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 9 y los 11 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18-20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo, el sujeto sufre grandes cambios físico, psicológicos, emocionales y de personalidad. (11)

La pubertad se define como el periodo durante el cual empiezan a aparecer los caracteres sexuales secundarios y se obtiene la capacidad para la reproducción. (12)

Los cambios físicos que acompañan el desarrollo de la pubertad son el resultado directo o indirecto de la maduración del hipotálamo, la estimulación de los órganos sexuales y la secreción de los esteroides sexuales, en la mujer se caracteriza por el reajuste del asa de retroalimentación negativa clásica de los esteroides gonadales, alteración en los ritmos circadianos y ultradianos de las gonadotropinas y la adquisición de una asa de retroalimentación de estrógenos positivos que controlan el ritmo mensual como expresión interdependiente de las gonadotropinas y los esteroides ováricos.(12)

Las etapas de la adolescencia según Tañer

MUJER		VARON
MAMA	VELLO PUBICO	ÓRGANOS GENITALES
I. Ausencia de tejido mamario Palpable, areola menor de 2 cm. de diámetro, pezón invertido o elevado.	No hay presencia de vello púbico	Pre- puberal,
II. el montículo mama rió, el tamaño de las aureolas se eleva, la piel se adelgaza, y el pezón desarrolla grado variable.	Primera aparición de bello púbico grueso, largo y rizado a lo largo de los labios mayores.	Aumenta de tamaño el testículo, la longitud varia de 3.5 cm. – 2.5cm., también aumenta de tamaño el pene, vello púbico pigmentado, rizado alrededor de la base del pene
III. crecimiento y elevación aun más de mama de manera integral.	Vello grueso y rizado se extiende sobre el monte de Venus.	Crecimiento del pene en longitud y diámetro, se desarrolla más el escroto y la longitud del testículo se incrementa, pelo más grueso arriba del pene.
IV Proyección de la areola y la papila por arriba del contorno mamario general en un montículo secundario.	Vello de mujer adulta en cuanto a grosor y textura pero no tan distribuido	Crecimiento de los genitales, extensión del vello púbico sobre la región genital pero menor que en el adulto, próstata palpable al tacto rectal.
V mama madura en contorno y proporción	El vello se extiende hacia la superficie interna del muslo	Tamaño promedio del adulto.

FASES DE LA ADOLESCENCIA

- I. ADOLESCENCIA TEMPRANA: Desde los 10-13 años, en esta etapa los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales, tanto para el adolescente como para el que lo rodea.
- II. ADOLESCENCIA MEDIA: Desde los 14-16 años, la separación de la familia comienza a hacerse mas real, la cercanía de los amigos es más selectiva y se pasa a actividades en parejas, la conducta es exploratoria.
- III. ADOLESCENCIA TARDIA: 17-19 años, la tendencia al cambio y la experimentación comienza a disminuir y surgen las relaciones interpersonales estables, tanto en el plano biológico como el psicológico, existe a esta altura mayor capacidad de compromiso. (13)

La sexualidad humana representa mucho mas que la capacidad de procrear. A través de la sexualidad nos comunicamos, gozamos y alcanzamos momentos de gran felicidad y amor compartido.

Pero la capacidad de procrear seguirá estando, a pesar de que una pareja no quiera tener hijos, y esto no quiere decir que esa actividad sexual está vacía de contenido. Muy por el contrario, planificar la llegada de una nueva vida es cada día mas necesario para ejercer la responsabilidad que las personas experimentamos frente a la paternidad. Hombres y mujeres solteros desarrollaran su sexualidad usando estos métodos hasta el momento en que una pareja estable dé marco a su responsabilidad de ser padre.

Cada vez más la anticoncepción es aceptada y practicada por millones de parejas que no están en condiciones de traer niños al mundo,. La experiencia dice que los anticonceptivos es la mejor manera de evitar la interrupción de embarazos no

deseados. El aborto es una causa muy importante de muerte y enfermedad para la mujer, muy especialmente para aquellas de bajos recursos económicos y culturales.(17)

Se llama embarazo adolescente a la preñez de la mujer menor de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Sin embargo, muchos psicólogos advierten que esta edad se está ampliando. Algunos aseguran que se ha extendido hasta los 24 años promedio. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional. Por lo tanto, el adolescente es considerado un embarazo no deseable. (18)

CAUSAS:

Dejando de lado la causa obvia de que un embarazo proviene de una relación sexual, podemos decir que las causas de un embarazo adolescente son muchas y muy complejas.

La primera y más importante es la falta de educación sexual. Muchos adolescentes llegan a esta edad sin información sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y cómo se previene la preñez. Sin embargo, la sola información no es suficiente. La verdadera educación no solo consiste en datos, sino en un conjunto de valores que les dan sentido y permiten construir un proyecto de vida. Dentro de ese proyecto el sexo, la pareja, el matrimonio y la procreación podrán ser elegidos con libertad y responsabilidad.

La falta de ese tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar. En los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo. Muchos padres, dominados por mitos y temores, rehúsan la responsabilidad de formar a sus hijos en el tema del sexo a pesar de que ellos mismos sufrieron esa carencia en sus familias.

Los sistemas educativos oficiales suelen no brindar tan poco una formación adecuada en este y otros temas que hacen al desarrollo de la persona.

A esto debemos sumar la sobre valoración del sexo que existe en la cultura actual. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde la TV. , el cine, la música, los videos clips, la publicidad y los lugares de encuentros y diversión se pueblan de mensajes en los cuales la relación sexual sin amor son comunes, aceptadas y esperables.

La información sobre los métodos anticonceptivos a los que pueden recurrir aquellos que deciden ser sexualmente activos en escasas y muchas veces erróneas. En sectores sociales con fuertes carencias económicas se suma la imposibilidad de adquirir preservativos u otros métodos para evitar el embarazo.

El creciente uso de alcohol y drogas desde edades cada vez más tempranas también hace su aporte negativo. Los adolescentes, bajo los efectos de esas sustancias, están en peores condiciones para prevenir el embarazo.(19)

PREVENCIÓN:

Muchos modelos para la prevención del embarazo adolescente han sido probados en el mundo entero con diferentes grados de éxito.

Algunos abogan por la abstinencia, procurando el aplazamiento del inicio en los contactos sexuales hasta que la persona es madura y suficientemente diestra para manejar la actividad sexual sin riesgo de embarazos no deseados. Otros consideran que el adolescente puede mantener relaciones sexuales a partir del momento en que desea hacerlo, y por lo tanto debe contar con información suficiente sobre su cuerpo y los métodos anticonceptivos.

En cualquier caso, la opción por los valores del amor responsable y el respeto por la nueva vida que pueda engendrarse será el núcleo de la prevención no solo del embarazo adolescente, sino de numerosas patologías de transmisión sexual entre las

cuales han tomado una importancia relevante en nuestro tiempo el VIH/SIDA y la hepatitis B. (20)

TIPOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS UTILIZADOS EN ADOLESCENTES:

1-Métodos naturales:

A- Coitus interruptus:

Son métodos cuya responsabilidad es compartida entre ambos integrantes de la pareja, y en los cuales no se utiliza aditivos y elementos extraños.

El método mas antiguo y talvez el mas usado a lo largo de la historia de la humanidad es el Coitus Interruptus. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. Es uno de los métodos de anticoncepción de menor efectividad, ya que frecuentemente algo de semen es expelido a través del pene aún antes de la eyaculación y esto puede ser suficiente para iniciar un embarazo. No es, por lo tanto un método muy recomendable. Tampoco resulta muy confortable, ya que propone un corto abrupto de la relación en el momento de mayor excitación.

B- Método del ritmo:

En método de conteo de los días de fertilidad, y la abstinencia sexual en ese periodo es otro de los métodos naturales y compartidos por ambos integrantes de la pareja. Requiere información y practica para reconocer cambios en el cuerpo femenino, y un gran esfuerzo y compromiso continuo, muchas veces difíciles de cumplir. Sumado a esto, no presenta un alto grado de efectividad. Pero es una alternativa para quienes por razones religiosas o de otro tipo no quieren interferir en la natural posibilidad de engendrar. Consiste en predecir en que día del período tendrá lugar la ovulación, observando algunos signos en el cuerpo de la mujer, tales como cambios del moco cervical, temperatura, etc.

La pareja que se decide por esta técnica deberá llevar un calendario para determinar cuando aparece la ovulación y abstenerse de la relación sexual durante varios días

antes y después de ese momento. (21) La ovulación ocurre idealmente en el día 14 de un ciclo de 28 días; pero, en ocasiones, puede presentarse en el día 12 o entre los días 16 ó 18. (22)

2-Anticonceptivos hormonales:

Los distintos anticonceptivos que actúan sobre los mecanismos hormonales, resultan el método más importante en la historia de la contracepción.

Su acción se basa en la interrupción del proceso del ciclo sexual femenino en algunos de sus distintos niveles, el más usado ha sido la inhibición de la ovulación. Ello se consigue con la administración de dosis pequeñas de sustancias sintéticas similares a las hormonas sexuales femeninas, las que introducen una serie de cambios en el ciclo sexual natural. La forma mas frecuente de presentación es la oral, lo que conocemos como “píldora anticonceptiva”, de las que existen diversos tipos según la proporciones y combinaciones de sus componentes. El tratamiento consta de 21 comprimidos que deben tomarse diariamente y, para que sea efectivo, hay que tomarlo a la misma hora cada día. Con la interrupción del tratamiento, una vez terminado el envase, se produce una hemorragia parecida a la menstruación, aunque suele ser de menor intensidad. Al cabo de 7 días, contando a partir de la última píldora ingerida, se reanuda la toma de los comprimidos.

Además de este tipo de administración, existen otras modalidades como la vía parenteral, o sea mediante inyecciones. Consiste en una combinación de estrógenos y progesterona con capacidad para depositarse en el tejido graso e ir liberándose lentamente a lo largo de todo el mes. Otra forma frecuente es una inyección que se administra cada 3 meses.

Su mecanismo de acción consiste en mantener constantes los niveles de hormonas sexuales inhibiendo los picos que se producen durante el ciclo, los cuales estimularían, a nivel del sistema nervioso central, la liberación de hormonas reguladoras del mecanismo de la ovulación, evitando que ésta ocurra.

Además, producen otros efectos en los órganos de la reproducción. El útero, detienen el crecimiento del endometrio (capa interna que reviste el útero) produciendo un ambiente hostil para la anidación del óvulo fecundado. El moco del cuello del útero aumenta su espesor y disminuye su cantidad, dificultando el paso de espermatozoides. En las trompas uterinas se producen alteraciones de su movilidad, muy importante para el transporte del útero. Todas estas modificaciones son mecanismos adicionales de anticoncepción.

En cuanto a los efectos secundarios, son comunes los síntomas digestivos como la intolerancia digestiva, las náuseas y, alguna vez vómitos. Generalmente desaparecen con el tiempo, con la toma continuada. El efecto sobre el peso es variable, algunas aumentan de peso, otras lo disminuyen y en otras no lo modifica. También se observa aumento de las cefaleas, irritabilidad o depresión y cansancio. Puede producir una retención de líquidos con sensación de tensión e hinchazón, sobre todo en las pantorrillas.

Favorecen la producción de trombos y trombo embolismos en las venas, pudiendo llegar a la obstrucción de las arterias. Aunque en el desarrollo de éstos, resultan de importancia factores predisponentes como la edad, el hábito de fumar, la obesidad, la herencia genética y la hipertensión. En diversos estudios se ha demostrado que el riesgo de infarto de miocardio aumenta por el uso de anticonceptivos hasta 4 veces, mientras que en fumadoras de más de 1 atado por día, el riesgo aumenta 12 veces.

Otro aspecto a considerar, es su asociación por el cáncer. Numerosos estudios informan un probable aumento del cáncer de cuello uterino, reducción del cáncer del endometrio, moderada reducción del cáncer de ovario y efecto, aún discutido, de poca magnitud, sobre el cáncer de mama.

Existen contraindicaciones absolutas para este tipo de terapia como son los antecedentes de enfermedades cardiovasculares, diabetes, tumores, enfermedades del hígado y displasias del cuello del útero, útero y mama; tabaquismo importante (más de 20 cigarrillos por día), especialmente en mujeres mayores de 35 años. (23)

3-Preservativos o condón:

Ayudan a prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedad presente en el semen ingrese en la vagina.

Ventajas:

- * Previenen de ITS
- * Seguros, no hay efectos colaterales
- * Pueden interrumpirse en cualquier momento
- * Usados por hombres de cualquier edad
- * Ayudan a prevenir la eyaculación prematura

Desventajas

- * Alergia al látex
- * Deslizamiento fuera del pene
- * Vergüenza de comprarlos. (2)

4-DIU (Dispositivo intrauterino)

Es un aparatito de plástico, por lo general recubierto de hilo de cobre, que se coloca dentro del útero con finalidad anticonceptiva. Existen distintos modelos, de distintos tamaños para adaptarse a las dimensiones del útero. Del extremo del DIU que queda en el cuello del útero pende un hilo que sale hasta la vagina y que sirve para controlar que la colocación es correcta. Si bien su mecanismo de acción no está del todo aclarado, se sabe que dificulta el ascenso del espermatozoide y provoca, además una inflamación del endometrio, dificultando o impidiendo la anidación del

óvulo fecundado; además, evita los movimientos normales de las trompas, con lo que se dificulta el desplazamiento del óvulo hacia el útero.

Para su colocación no suele ser necesaria ningún tipo de anestesia ni preparación especial, el médico inserta el DIU en el útero mediante un aplicador en forma de tubo. El momento adecuado para su colocación es durante el período menstrual, alrededor del 3er y 5to día del ciclo, que es cuando el cuello del útero esta mas dilatado.

Luego de cada período menstrual, la mujer puede comprobar que el DIU sigue en su lugar correcto y que no ha sido expulsado, observando que el hilo esté siempre en su sitio y tenga la misma longitud.

No está indicado en mujeres que aún no han tenido ningún hijo, está contraindicado en mujeres con una elevada promiscuidad sexual (mayor riesgo de contraer I.T.S.), sospecha de infecciones, anomalías del útero, y tampoco en caso de reglas muy abundantes.

Las complicaciones más frecuentes son: Embarazo fuera del útero, aborto espontáneo en caso de embarazo, episodios hemorrágicos, reglas más abundantes y dolorosas y molestias durante todo el ciclo. El mayor riesgo son las infecciones que, si no se detectan y tratan a tiempo, pueden provocar esterilidad e incluso la muerte. (24)

5-Esterilización quirúrgica:

Procedimiento quirúrgico menor que tiene como objeto terminar en forma permanente la fertilidad masculina (vasectomía) o femenina (mini-laparotomía y laparoscopia).

El mecanismo de acción en la vasectomía es que al bloquear el conducto deferente (conducto eyaculador) no hay espermatozoides en la eyaculación, y en la mini-

laparotomía o laparoscopia al bloquear las trompas de Falopio (atándolas o cortándolas, con anillos, clips o cauterios) se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo.

Dentro de los beneficios de la esterilización quirúrgica están: es altamente eficaz, es permanente, no interfiere con el coito, el procedimiento quirúrgico es sencillo y se realiza con anestesia local, no poseen efectos secundarios a largo plazo, no modifica la función sexual, es recomendable cuando en embarazo impone un alto riesgo para la salud de la mujer.

Las limitaciones de este procedimiento son: debe considerarse permanente (no es reversible) el(la) usuario(a) puede arrepentirse con posterioridad, puede haber complicaciones especialmente cuando se realiza bajo anestesia general, dolor y malestar a corto plazo después de realizado el procedimiento, debe ser realizado por un médico capacitado, no protege contra las ITS. (25)

6- Anticoncepción de emergencia:

La anticoncepción de emergencia es una forma de prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección. (14)

Existen dos opciones de anticoncepción de emergencia: ambas son conocidas como PAE (pastillas anticonceptivas de emergencia), en Nicaragua existe un producto dedicado llamado PPMS-Plan B y los ciclos regulares de anticonceptivos comunes como Neogynon Microgynon, Nordiol; etc. (14)

Las PAE solo se pueden utilizar hasta las 72 horas después de la relación sexual sin protección.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE) requieren dos dosis y se deben tomar de la siguiente manera:

MARCA	1RA DOSIS	2DA DOSIS
	Dentro de la 72 horas después de la relación sexual sin protección.	12 horas después de haber tomado la 1ra. Dosis.
Ovral Eugynon Nordiol Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
PPMS Plan B	1 pastilla	1 pastilla
Microgynon Nordel Lo-femenal	4 pastillas	4 pastillas

El mecanismo de acción de las PAE al igual que todos los anticonceptivos de emergencia no puede ser determinado de manera precisa ya que depende del momento en que se administran a lo largo del ciclo menstrual de la mujer, de cuándo ocurrió la relación sexual y de cuándo se administraron. (14)

Varios estudios proveyeron pruebas directas de que ambos regímenes de PAE combinados y los progestagenos solo actúan previniendo o retrasando la ovulación, inhibiendo el desarrollo folicular y la maduración o la expulsión del propio óvulo. (14)

Algunos estudios han demostrado cambios en las características histológicas y bioquímicas del endometrio después del tratamiento con PAE combinadas, lo cual sugiere que estas pueden actuar disminuyendo la capacidad receptiva del endometrio a la implantación de un óvulo fecundado. (14)

Otro posible mecanismo de acción a nivel del ovario es la perturbación de la receptividad y suficiencia del cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo es el responsable de producir el estrógeno y la progesterona, hormonas que preparan el endometrio para la implantación. (14)

Entre las reacciones adversas de las PAE tenemos:

- + Nausea,
- + Dolor de cabeza
- + Cansancio
- + Sensibilidad de los senos
- + Vómitos

Dosificación: 1.5mg de levonorgestrel dosis única o 0.75mg separados por 12 horas entre la primera dosis y la segunda. (14)

Diseño metodológico

TIPO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo de corte transversal, desarrollado mediante la aplicación de una encuesta de opinión sobre aspectos relacionados con el conocimiento, las actitudes y las prácticas.

UNIVERSO DE ESTUDIO: Estudiantes adolescentes que estudian en algunas escuelas de secundaria del municipio de León en el período del 1 de abril al 30- junio 2005.

MUESTRA: Se seleccionaron 700 estudiantes adolescentes de los que se tomaron 636 fichas que fueron llenadas correctamente y se excluyeron 64 que fueron mal llenadas o llenadas incompletas, los cuales pertenecían a 14 escuelas de secundaria de las cuales 7 de ellas son públicas y 7 son privadas de donde se estudiaron 50 estudiantes adolescentes de cada una de ellas; los colegios fueron seleccionados al azar resultando:

Escuelas de secundarias públicas:

- ✓ Instituto Nacional de Occidente,
- ✓ Centro Escolar Sutiava,
- ✓ Colegio Santa Lucia,
- ✓ Colegio Madre Maria Eugenia,
- ✓ Anexo La Pureza,
- ✓ Colegio Mariano Fiallos,
- ✓ Colegio San Luis.

Escuelas de Secundarias privadas:

- ✓ Colegio Pureza de Maria,
- ✓ Colegio La Asunción,
- ✓ Colegio La Salle,
- ✓ Colegio San Ramón,
- ✓ Politécnico de Occidente,
- ✓ La Mercantil,
- ✓ El Calasanz.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Que los datos estén incompletos o mal escritos.

PERIODO DE ESTUDIO: Comprende de 1 de abril – 30- junio 2005

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se diseñó un cuestionario con preguntas generales y otras relacionadas a los conocimientos, actitudes y prácticas, según objetivos de estudio. Este instrumento fue validado bajo la realización de una prueba piloto para establecer la seguridad de que sea bien comprendido por los adolescentes y que sus respuestas respondan a los objetivos de la información buscada (ver anexo).

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN:

1. Se visitó la delegación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y se discutió los objetivos del estudio y se solicitó autorización para la recolección de los datos.
2. Se visitó la dirección de los colegios seleccionados y se discutieron los objetivos del estudio y se solicitó apoyo para la recolección de los datos.
3. Se reunieron a los estudiantes de los colegios seleccionados, se les explicó los objetivos del estudio, la técnica de llenado de datos y los criterios de confidencialidad y se solicitó su participación en el mismo. Los que estuvieron de acuerdo por participar se les entregó la encuesta y prosiguieron a su llenado. Una vez llenado lo depositaron en una caja para asegurar su confidencialidad.
4. Los investigadores nos dispusimos a responder dudas de los estudiantes, instándolos a llenar todos los datos solicitados.
5. El estudiante que no quiso participar, se le agradeció y se retiró del recinto donde se realizó la reunión.
6. Una vez recolectada la información se inició su procesamiento en una base de datos.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

Primaria: Mediante encuestas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	VALOR
Edad	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento al momento de la encuesta.	10-13 años: 1 14-16 años: 2 17-19 años: 3
Sexo	Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	Masculino: 1 Femenino: 2
Religión	Conjunto de creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado.	Católico: 1 Evangélico: 2 Ateo: 3 Otros: 4
Estado civil.	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Soltero(a): 1 Casado(a): 2 Acompañado(a): 3
Conocimientos	Acción o hecho de conocer. Se refiere a evaluar si las personas encuestadas tienen la información que se considera deben saber sobre métodos anticonceptivos. Se mide a través de 10 preguntas y se clasifica según la cantidad de respuestas correctas	No sabe: Si responde menos de 5 preguntas correctamente. Sabe poco: Si responde entre 5 y 7 respuestas correctas. Sabe mucho: Si responde más de 7 respuestas correctamente.
Actitudes	Predisposición a la acción. En nuestro caso es la predisposición a responder de alguna manera hacia el sexo protegido y la búsqueda de información sobre métodos de planificación familiar. Hay 7 preguntas individuales, sus respuestas siguen las escalas de Likert.	Muy en desacuerdo: 1 En desacuerdo: 2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 De acuerdo: 4 Muy De acuerdo: 5

Prácticas	Son los hechos o comportamientos de las personas, en nuestro caso hace referencia al inicio de la vida sexual activa y de los que han tenido vida sexual si han tenido hijos, si usan métodos, y tipos de métodos que usan.	Si Tipos de métodos No
-----------	---	------------------------------

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico Epi-info. 3.3.2 para Windows.

Se estimó frecuencia simple de las variables y se calculó prevalencia de conocimientos en sus preguntas individuales y de forma global mediante sumatoria de todas sus respuestas.

Las actitudes fueron evaluadas como preguntas individuales

Las prácticas se evaluaron solamente en los grupos que habían iniciado vida sexual activa.

Cómo prueba de significancia estadística se utilizó el valor de p de la prueba de Chi cuadrado. Los resultados se plasman en tablas y gráficas.

Resultados

Se aplicaron encuestas a 700 adolescentes en donde se excluyeron 64 estudiantes por no haber llenado correctamente la encuesta, quedando en el estudio una muestra de 636 estudiantes que estudian en los colegios de secundaria del área urbana de la ciudad de León para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor del uso de métodos de planificación familiar.

Características de la población estudiada:

Encontramos una edad promedio de 16.6 años, y una distribución proporcionada entre los grupos etáreos de 14 a 16 y 17 a 19. El sexo fue también bastante proporcional entre hombres y mujeres con una pequeña diferencia. Predominó la religión católica con el 88.4% de los encuestados, seguido por los evangélicos en muy pequeña proporción.

El estado civil que predominó fue el soltero en el 98.9% de los encuestados. Solo 7 muchachas tenían pareja (Ver cuadro 1).

El 65.3% de los encuestados procedían de colegios públicos (Ver gráfico 1).

Sobre los conocimientos:

De todos los estudiantes encuestados el 96.1% conocen algún método de planificación familiar (Ver gráfico 2). Y los métodos que mejor conocen fueron el condón, los gestágenos orales y los inyectables. Un 19.8% conocen los métodos anticonceptivos de emergencia (Ver cuadro 2).

Al valorar sumativamente las respuestas a las preguntas de conocimientos encontramos una curva hacia valores bajos (Ver gráfico 3). Al codificar los valores en tres categorías “no saben” el que tenga de 0 a 30 puntos, “saben poco” de 31 a 60 y

“saben” de 61 a más puntos encontramos casi la mitad de los adolescentes no saben, casi la otra mitad saben poco. Los que pudieron responder bien solo representaron el 6.8% (Ver gráfico 4)

Al valorar el nivel de conocimientos según las variables sociodemográficas encontramos que hay pocas diferencias entre los grupos, sin embargo se observa que los más jóvenes tienen mayor frecuencia de no saber, aunque tienen mayor frecuencia de saber bien que el grupo de edad mayor. En cuanto al sexo la distribución es bastante equitativa a excepción que las mujeres tienen ligeramente mayor frecuencia de saber bien que los hombres. Los católicos igualmente mostraron ligeramente mejores conocimientos que los que se identificaron con otras religiones igual que las personas solteras (Ver cuadro 3).

El conocimiento es mejor en los estudiantes de los colegios privados en relación a los públicos ya que los que saben poco y los que saben bien son más frecuentes en estos colegios (Ver gráfico 5).

El nivel de conocimientos es bastante similar con algunas leves diferencias en los grupos que han iniciado vida sexual o no. Sin embargo se nota un ligero aumento en pocos conocimientos en el grupo que ya inició vida sexual. Esta relación tuvo significancia estadística (Ver gráfico 6).

Sobre las actitudes:

Las actitudes mostraron variación importante en cada una de las preguntas, sin embargo se puede observar alguna tendencia. Cuando se dice que **“La planificación familiar debe iniciarse desde la primera relación sexual hasta estar completamente seguro de querer tener un hijo”** se observan personas que están completamente en desacuerdo y otros que están completamente de acuerdo pasando por todas las escalas, sin embargo una buena cantidad (más del 50% se encuentran “completamente de acuerdo”).

Para la aseveración: **“El condón es el mejor método de planificación familiar en la primera relación sexual”** igualmente que el punto anterior una cantidad importante se concentra en estar completamente de acuerdo., sin embargo encontramos una proporción importante que están en la posición “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

En cuanto a la aseveración: **“La planificación familiar afecta la relación de una persona con su compañero sexual”** se observa una tendencia a estar en el centro “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

La aseveración: **“La edad óptima para tener el primer hijo es a los 20 años”** presentó igual tendencia, lo mismo que **“En una relación el hombre es el que debe decidir el uso de métodos de planificación familiar”**.

En cuanto a la función de la familia en la educación y la información sobre la planificación familiar, se observa una tendencia a estar “completamente de acuerdo”, igualmente en cuanto a la aseveración de que los jóvenes no asisten a los Centros de Salud por temor a ser criticados por el personal de salud. (Ver cuadro 4).

Al estimar el promedio de las actitudes por grupos específicos de población por edad y sexo no se encuentran muchas diferencias en cuanto a sus actitudes. Solamente cuando se dice que: **“La planificación familiar afecta la relación de una persona con su compañero sexual”** encontramos alguna diferencia pequeña con significancia estadística a estar más hacia lo “completamente de acuerdo en mujeres que en varones (Ver cuadro 5a).

Algo similar se observa en la aseveración: **“La edad optima para tener el primer hijo es a los 20 años”** y en **“En una relación el hombre es el que debe decidir el uso de métodos de planificación familiar”**

Sobre las prácticas:

El 31% de los y las adolescentes que estudian en los colegios de secundaria han iniciado vida sexual activa (Ver gráfico 7). Lo que equivale al 18.8% de todas las mujeres y le 44.6% de todos los varones (Ver cuadro 6). De éstos el 32.0% utilizaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual (Ver gráfico 8). Siendo el 33.3% de las mujeres y el 31.4% de los hombres (Ver cuadro 6).

El método más utilizado en la primera relación sexual fue el condón, seguido de pastillas (Ver gráfico 9).

En total, 15 adolescentes presentaron un embarazo y de ellas 10 culminaron en partos y 5 en abortos (Ver cuadro 6).

Actualmente el 60.5% de los que iniciaron su vida sexual activa no se encuentran usando ningún método anticonceptivo. Los métodos más usados actualmente fueron el condón y los gestágenos orales (Ver cuadro 7) íntimamente asociados a los métodos se su preferencia (Ver cuadro 8).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los y las adolescentes de la ciudad de León, encuestados para conocer sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
✓ 14 a 16	323	50.8%
✓ 17 a 19	313	49.2%
Sexo		
✓ Masculino	300	47.2%
✓ Femenino	336	52.8%
Religión		
✓ Católica	562	88.4%
✓ Evangélica	42	6.6%
✓ Otras	32	5.0%
Estado civil		
✓ Solteros	629	98.9%
✓ Casadas	3	0.5%
✓ Acompañadas	4	0.6%
Total	636	100.0%

Cuadro 2. Métodos de planificación familiar mencionados por los y las adolescentes de la ciudad de León, encuestados para conocer sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos (n = 636).

Métodos que conocen	Número	Porcentaje
Condón	472	74.2%
Gestágenos orales	356	55.97%
Inyectables	227	35.69%
Anticonceptivo de emergencias	126	19.81%
Esterilización quirúrgica	102	16.03%
Coito interrumpido	99	15.56%
DIU	98	15.4%
Ritmo	95	14.93%
Otros	50	7.86%
No conocen	25	3.93%

Cuadro 3. Nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre Métodos de planificación familiar de acuerdo a variables de interés. León, 2,005.

Variables	Nivel de conocimientos						Total	
	No saben		Sabén poco		Sabén			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edad								
✓ 14 a 16	166	51.4	133	41.2	24	7.4	323	50.8
✓ 17 a 19	142	45.4	152	48.6	19	6.1	313	49.2
Sexo								
✓ Masculino	146	48.7	137	45.7	17	5.7	300	47.2
✓ Femenino	162	48.2	148	44.0	26	7.7	336	52.8
Religión								
✓ Católico	266	47.6	255	45.4	41	7.3	562	88.4
✓ Evangélico	23	54.8	18	42.9	1	2.4	42	6.6
✓ Otros	19	59.4	12	37.5	1	3.1	32	5.0
Estado civil								
✓ Soltero	306	48.7	280	44.4	43	6.8	629	98.9
✓ Acompañada	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	0.6
✓ Casada	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	0.5
Total	308	48.4	285	44.8	43	6.8	636	100.0

Diagrama 1. Respuestas establecidas en la escala de Likert para identificar una aproximación a la determinación de actitudes en la investigación Psico-social.

Respuestas en actitudes				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

La estimación del promedio nos permite establecer una aproximación de la tendencia de la orientación de grupos de población

Bibliografía: Pág.: 1976^a ó 1976b Séller y Hough Escalamiento tipo Likert (1976) y Padua (1979),

Cuadro 4. Actitudes que tienen los adolescentes ante diferentes situaciones planteadas alrededor de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. León, 2,005.

Situaciones	Actitud									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
La planificación familiar debe iniciarse desde la primera relación sexual hasta estar completamente seguro de querer tener un hijo.	39	6.1	21	3.3	82	12.9	120	18.9	374	58.8
El condón es el mejor método de planificación familiar en la primera relación sexual	34	5.3	17	2.7	19 5	30.7	89	14.0	301	47.3
La planificación familiar afecta la relación de una persona con su compañero sexual	75	11. 8	65	10. 2	18 2	28.6	220	34.6	94	14.8
La edad optima para tener el primer hijo es a los 20 años	23	3.6	77	12. 1	24 4	38.4	164	25.8	128	20.1
En una relación el hombre es el que debe decidir el uso de métodos de planificación familiar	69	10. 8	76	11. 9	20 1	31.6	175	27.5	115	18.1
La información sobre planificación familiar debe adquirirse en la familia después en la escuela.	5	0.8	18	2.8	75	11.8	206	32.4	332	52.2
Los jóvenes no solicitan a los Centros de Salud información sobre métodos de planificación familiar por temor a ser criticados	19	3.0	37	5.8	80	12.6	209	32.9	291	45.8

Cuadro 5a. Puntaje promedio de las actitudes que tienen los adolescentes ante diferentes situaciones planteadas alrededor de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Según edad y sexo. León, 2,005.

Situaciones	Puntaje Promedio
La planificación familiar debe iniciarse desde la primera relación sexual hasta estar completamente seguro de querer tener un hijo.	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	4.16
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	4.25
✓ Adolescentes mujeres	4.25
✓ Adolescentes hombres	4.15
El condón es el mejor método de planificación familiar en la primera relación sexual	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	3.95
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	3.95
✓ Adolescentes mujeres	3.8
✓ Adolescentes hombres	4.0
La planificación familiar afecta la relación de una persona con su compañero sexual	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	3.27
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	3.33
✓ Adolescentes mujeres ³	3.4
✓ Adolescentes hombres	3.1

³ Valor de p = 0.013330

Cuadro 5b. Puntaje promedio de las actitudes que tienen los adolescentes ante diferentes situaciones planteadas alrededor de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Según edad y sexo. León, 2,005. (Continuación).

Situaciones	Puntaje Promedio
La edad optima para tener el primer hijo es a los 20 años	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	3.43
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	3.50
✓ Adolescentes mujeres ⁴	4.44
✓ Adolescentes hombres	3.49
En una relación el hombre es el que debe decidir el uso de métodos de planificación familiar	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	3.33
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	3.26
✓ Adolescentes mujeres ⁵	3.59
✓ Adolescentes hombres	2.97
La información sobre planificación familiar debe adquirirse en la familia después en la escuela.	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	4.30
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	4.34
✓ Adolescentes mujeres	4.29
✓ Adolescentes hombres	4.35

⁴ Valor de p = 0.000000

⁵ Valor de p = 0.000000

Cuadro 5C. Puntaje promedio de las actitudes que tienen los adolescentes ante diferentes situaciones planteadas alrededor de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos. Según edad y sexo. León, 2,005. (Continuación).

Situaciones	Puntaje Promedio
Los jóvenes no solicitan a los Centros de Salud información sobre métodos de planificación familiar por temor a ser criticados	
✓ Adolescentes con edades de 14 a 16	4.17
✓ Adolescentes con edades de 17 a 19	4.07
✓ Adolescentes mujeres	4.17
✓ Adolescentes hombres	4.07

Cuadro 6. Aspectos reproductivos de los y las adolescentes relacionados con sus prácticas sexuales. León, 2,005.

Característica y grupo	Número	Población	Frecuencia
Mujeres que han iniciado vida sexual	63	336	18.8%
Hombres que han iniciado vida sexual activa	134	300	44.6%
Mujeres que usaron un método de planificación en su primera relación	21	63	33.3%
Hombres que usaron un método en su primera relación sexual	42	134	31.4%
Mujeres que han tenido un embarazo	15	63	23.8%
Mujeres que han tenido partos	10	15	66.7%
Mujeres que han tenido abortos	5	15	33.3%
Mujeres que han tenido cesáreas	0	15	0.0%

Cuadro 7. Uso actual de métodos anticonceptivos en adolescentes que iniciaron vida sexual activa. León, 2,005.

Métodos que usan actualmente	Número	Porcentaje
Condón	39	19.8%
Pastillas	23	11.7%
Inyectables	6	3.0%
Coito interrumpido	5	2.5%
Anticonceptivo de emergencia	3	1.5%
Ritmo	2	1.0%
No están usando algún método	119	60.5%
Total	197	100.0%

Cuadro 8. Métodos que prefieren los adolescentes que iniciaron vida sexual activa.
León, 2,005.

Métodos que usan actualmente	Número	Porcentaje
Condón	110	55.8%
Pastillas	56	28.4%
Inyección	22	11.2%
Ritmo	13	6.6%
Coito interrumpido	9	4.6%
Anticonceptivo de emergencia	8	4.1%
Otros	3	1.5%
DIU	1	0.5%

DISCUSIÓN

CONOCIMIENTO

Es importante notar que el 96.1% de los encuestados respondieron que conocen sobre los métodos de planificación familiar adquiriendo los conocimientos de los Amigos, Medios de comunicación y Escuelas, en primeras instancias y quedando la Familia y Centro de salud como última instancia de fuente de adquisición de información. Esto se debe a la falta de una educación sexual debido a una carencia familiar, en los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo, ya que muchos padres dominados por mitos y temores rehúsan a la responsabilidad de formar a sus hijos en el tema del sexo; y por otra parte los jóvenes no visitan los Centros de Salud que es la segunda fuente importante de información sobre el tema, debido a que el 78.7% de los encuestados están de acuerdo tener temor de ser criticados.

En cuanto a los métodos de planificación familiar que más conocen, el Condón se encuentra en primer lugar con un 74.2% esto se debe a la gran campaña de promoción, la facilidad de adquisición y uso, encontramos en segundo y tercer lugar los Gestágenos orales y los Inyectables también por la facilidad de adquisición.

Hablando del nivel de conocimiento es importante destacar que el 48.4% **No Sabe** y 44.8% **Sabe Poco**, sumando estos dos indicadores se obtiene 93.2% representando un alto porcentaje de jóvenes que perciben la información de forma errónea, y solo el 6.8% respondieron de manera correcta. El grupo etareo más afectado es el de 14-16 años ya que tienen mayor frecuencia de **no Saber** con un 51.4% que el grupo de 17-19 años con un 45.4%, aunque tienen mayor frecuencia de **Saber Bien** con un 7.4% que el grupo de mayor edad con un 6.1%, aun más el sexo más afectado es el masculino con solo 5.7% de este grupo tiene conocimiento o **Sabe** comparado con el grupo femenino con un 7.7% de conocimiento. Esto se da por la sobre valoración del sexo que existe en

la cultura actual donde la TV, el Cine, la Música, los Videos clips, la publicidad y los lugares de encuentro y diversión se pueblan de mensajes en los cuales la relación sexual sin amor son comunes, aceptados y esperables.

Con respecto a la religión por el simple hecho de que los católicos no tienen mitos, temores y tabúes al conversar y solicitar la información se encuentran en primer lugar de los que **saben** con 7.3%, con respecto a los evangélicos y otra religión de 2.4% y 3.1% respectivamente.

Los estudiantes acompañados y casados presentan menos conocimientos sobre esto ya que dentro de los que respondieron correctamente un 6.8% son solteros y 0% de los acompañados y casados, debido a que la información sobre los métodos anticonceptivos a los que pueden recurrir aquellos que deseen ser sexualmente activos es escaso y muchas veces errónea. En sectores sociales con fuerte carencia económica se suma la imposibilidad de adquirir preservativos u otros métodos para evitar el embarazo.

ACTITUDES

En cuanto a las actitudes en la aseveración “La planificación familiar debe iniciarse en la 1ro. Relación sexual hasta estar completamente seguros de querer tener un hijo” encontramos un 58.8% **Muy de acuerdo** sumado esto con el criterio cuatro que es **De acuerdo** que es 18.9% nos da un total de 77.7% lo que nos quiere decir que los adolescentes en esta edad tienen una tendencia positiva en su mayoría, en cuanto al sexo seguro aunque nos encontramos con un 9.4% que está en **Desacuerdo** que aunque sea un porcentaje bajo sigue provocando impacto en cuanto a las consecuencias.

Estimando el promedio de actitudes por grupo específico de población por edad y sexo no hay diferencia significativa ya que ambos grupos de población se inclina más a lo muy **De acuerdo**.

En la aseveración “El condón es el mejor método de planificación familiar en la primera relación sexual” nos encontramos una actitud positiva de 61.3% pero es importante notar un porcentaje muy significativo de 30.7% con una actitud imparcial que no está **De acuerdo y Desacuerdo**, ya que esto representa un gran riesgo, el adolescente puede llegar a tener una relación sexual sin tener bien definido la importancia del sexo sobre los beneficios que brindaría el condón. Al estimar el promedio de esta aseveración por grupo poblacional edad y sexo tampoco hay diferencias inclinándose ambos grupos al **De acuerdo**.

Con respecto a la aseveración “La planificación familiar afecta la relación de una persona con su compañero sexual” aquí nos encontramos con una actitud negativa ya que la mayoría considera de que si se afecta la relación con un 49.4% y sumado a esto la respuesta imparcial **Ni de acuerdo Ni desacuerdo** con 28.6% podemos notar que la mayoría de la población en estudio considera que al iniciar la planificación familiar podría afectar la relación familiar con su cónyuge, esto es importante ya que podría representar una de las causas por lo cual los adolescentes no inician una planificación familiar y por ende un sexo seguro.

Estimando el promedio de estas aseveraciones por los grupos poblacionales en cuestión encontramos que los grupos étnicos no hay diferencia significativa, mas sin embargo hay una pequeña diferencia por sexo ya que hay una inclinación más por el **Muy de acuerdo** por parte de las mujeres con un 3.4 en comparación a los hombres con un 3.1 que nos indica que en la mujer predomina más el temor de uso de métodos anticonceptivos por lo que piense su compañero de vida y saliendo a luz una vez más el machismo.

En “La edad óptima para tener el primer hijo es a los 20 años” nos encontramos con un 45.9% con tendencia positiva contra un 15.7% con tendencia negativa, sumado a esto un 38.4% neutral podemos apreciar que 54.1% de los adolescentes no tienen bien definido la edad óptima para iniciar la procreación y en cuanto al promedio se encuentra

una diferencia en el grupo poblacional de sexo en donde las mujeres se inclinan más al **Muy de acuerdo** con 4.44 en comparación a los hombres con un 3.49 indicándonos así la mayor capacidad de planificación en mujeres que en varones, pero esto se contrapone a resultados demostrados estadísticamente en el municipio en estudio en donde el 17% de los embarazos fueron en adolescentes.

“En una relación es el hombre quien debe decidir el método de planificación familiar” encontramos un 45.6% con tendencia a que si es el hombre quien debe decidir sumando el 31.6% con respuesta imparcial, podemos apreciar de que la gran mayoría mantiene un criterio machista demostrado aun más al estimar el promedio por sexo en donde la mujer se inclina más a la tendencia con un 3.59 con respecto a los hombres con un 2.97 lo que refleja que aun continúa la dependencia femenina ante la masculina.

En “La información sobre planificación familiar debe adquirirse en la familia y después en la escuela” nos encontramos un porcentaje bastante alto inclinado a la positividad con un 84.6% en donde apreciamos que la gran mayoría de los adolescentes considera las vías o los canales lógicos para adquirir la información en donde debe ser siempre en la familia, esto no se relaciona con lo encontrado en el acápite de conocimiento en donde se encontró que la principal fuente de información fueron los amigos y en última instancia la familia, lo cual vemos que la información que están recibiendo no es la más idónea o no está siendo canalizada de la forma adecuada.

“Los jóvenes no solicitan a los Centros de Salud la información sobre métodos de planificación familiar por temor a ser criticados”, encontramos que un 78.7% se inclina a estar **De acuerdo** ante esta aseveración demostrándonos esto la poca confiabilidad que existe ante los centros asistenciales, apreciándose que la promoción no ha sido la adecuada en dicho grupo vulnerable, considerando la población en estudio que no se le brinda la confidencialidad que esto merece ubicándolo esto en el penúltimo lugar donde los jóvenes se lucran de información.

PRACTICAS

En cuanto a las prácticas anticonceptivas nos encontramos que un 30% de la población en estudio ya inició vida sexual, en esta población que ya inició vida sexual activa solo el 32% utilizó algún método de planificación familiar en su primera relación, con una leve diferencia de predominio en las mujeres con 33.3% sobre los varones con 31.4%; siendo el método más utilizado el condón en 1er. Lugar con 19.8% y los Gestágenos orales con un 11.7%, inyectables con 3% tienen la misma secuencia los métodos de mayor preferencia se mantienen en un orden lógico para este grupo en estudio.

Estas cifras nos reflejan la realidad que están viviendo los adolescentes ya que solo el 32% utilizó algún método de planificación familiar conservándose así las altas probabilidades de embarazos en adolescentes, todo esto por una inadecuada promoción de salud sexual ya que la educación debe de iniciarse desde la familia pero los padres no han adquirido conciencia de la importancia del tema en el núcleo familiar, la insatisfacción de los adolescentes ante una adecuada y segura atención en los Centros de Salud y más aun teniendo como primera fuente de información a la más baja calidad que son los mismos estudiantes (sus amigos), quienes son los que conservan información insuficiente e inadecuada y que se ha ido transmitiendo de un joven a otro, demostrado esto en nuestro estudio ya que un 48.5% de los adolescentes encuestados se calificó como que **No Sabe** un 44.7% **Sabe Poco** y apenas los que tienen información adecuada o **Sabe** es el 6.8% de dicha población.

De las mujeres que han tenido relación sexual el 23.8% ya ha presentado un embarazo y de estos el 66.7% terminó en parto y el 33.3% en aborto reflejándonos que se conservan cifras alarmantes de embarazo adolescentes, en donde cualquiera de las formas que termine el embarazo son de alto riesgo para la mujer adolescente, en donde además de los riesgos maternos potencializa la cifra obtenida o registrada en tal municipio manteniéndose la doble probabilidad de niños con bajo peso al nacer de madres adolescentes que de mujeres adultas, además nos refleja el gran porcentaje de embarazos aun mayor que la registrada por el MINSA.

También se registran cifras muy desfavorables para la planificación familiar ya que del 100% de los adolescentes que iniciaron vida sexual el 60.5% no están utilizando ningún método de planificación familiar, valor alarmante que nos orienta a la necesidad inmediata de intervenir ante este grupo vulnerable, ya que en vez de mejorar esto se iría deteriorando, lo poco que se ha logrado en lo que concierne a salud sexual y reproductiva en el grupo en estudio

Conclusiones

Conocimientos

Los conocimientos sobre métodos de planificación familiar de la población en estudio son incompletos e insuficientes ya que la gran mayoría no sabe o sabe poco, siendo el condón el método más conocido, siguiendo los Gestágenos orales y los Inyectables, contribuyendo a esto el tipo de religión ya que la gran mayoría de los que saben son católicos y los de otras religiones saben muy poco; el punto de vista más importante a notar es que los jóvenes casados o acompañados tienen pocos conocimientos con respecto a los solteros.

Actitudes

Las actitudes de los adolescentes en cuanto a la salud sexual está desequilibrada ya que hay tendencias positivas por una parte y tendencias negativas por otra parte, ya que consideran de que la planificación familiar se inicia desde la primera relación sexual, el condón es el mejor método para planificar en la primera relación sexual, la información debe de adquirirse primeramente en la familia y después en la escuela la mayoría está de acuerdo; pero también la mayoría se inclina a que la planificación afecta la relación con su pareja y el hombre es el que debe decidir el método de planificación familiar, siendo el sexo femenino los que están más de acuerdo, apreciándose así el predominio del machismo en dicha población; también es importante notar que los adolescentes no tienen definido la edad óptima para tener el primer hijo.

Otro punto importante es que el lugar de mayor seguridad y calidad de información y atención en salud sexual que es el Centro de Salud resulta inseguro para los jóvenes

en nuestro estudio, ya que la mayoría está de acuerdo en que no visitan al Centro de salud por temor a ser criticados.

Prácticas

En cuanto a las prácticas sexuales nos encontramos que un porcentaje considerable ya ha iniciado vida sexual y de estos la gran mayoría no utilizó algún método de planificación familiar en la primera relación sexual, de los pocos que si utilizaron algún método los más utilizados y de más preferencia fueron el condón en primer lugar, Gestagenos orales e Inyectables en segundo y tercer lugar respectivamente.

De las mujeres que iniciaron vida sexual un alto porcentaje ya presentó un evento obstétrico resultando de estos 2/3 en partos y un alto índice de abortos con 1/3 de la población con evento obstétrico.

Los de mayor consideración en nuestro estudio es que del 100% de la población que ya inició vida sexual activa el 60.5% refiere no estar utilizando algún método de planificación familiar.

Recomendaciones

- 1- Fomentar en los centros de salud públicos y privados consejería familiar sobre salud sexual y reproductiva con ayuda de un profesional capacitado que ayude a Concientizar a los padres sobre la importancia del tema.
- 2- Ofertar el programa de planificación familiar de los Centros de salud con mayor calidez humana y así la mayor confidencialidad posible de tal manera que le garantice la confianza al adolescente de acudir y solicitar ayuda.
- 3- Implementar un control y seguimiento estricto por parte del ministerio de educación a que se cumplan estrictamente el temario sobre educación sexual que tiene programado en todos los colegios principalmente en los privados.
- 4- Desarrollar actividades recreativas sobre salud sexual con un profesional (psicólogo) en los centros educativos en donde los estudiantes adolescentes tengan mayor participación y puedan expresar inquietudes y dudas sobre el tema.

Bibliografía

- 1- Labbok, M., Cooney, C., y Coly, S. Guía para la lactancia materna, la planificación familiar y el método de lactancia y amenorrea – MELA. Washington, D.C., Georgetown University, Institute for Reproductive Health, 1994.
- 2- Hatcher, R.A., Rinehart, w., Blackburn, R., Geller, J.S. y Shelton, J.D. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, facultad de salud publica, Universidad de Johns Hopkins, Programa de información en población, Julio, 1999.
- 3- Aburto Hernández K., Arauz Gonzáles C., Manual de anticoncepción post-evento obstétrico. 1ª.ed.-Managua: MINSA-FNUAP, 2001.
- 4- Bravo López R. López Iglesia M. Conocimientos, Actitudes y uso de metodos anticonceptivos en adolescentes del Instituto José Bartocci Muy Muy Matagalpa feb.1999.
- 5- López Guillermo y Cols. Planificación Familiar y Salud en las América. Washintong Editorial. 1992, Pág 58.
- 6- Ministerio de Salud “Manual de Salud Reproductiva”. caps 1,4,7,8 y 10, 1997.
- 7- Ministerio de Salud “Normas de planificación familiar”. Cap. 5, 1996.
- 8- Monroy Anameli. El embarazo en la adolescencia. La experiencia en América Latina. En : “Salud reproductiva en las América” Washintong Editorial. Cap. VI, 1992.

- 9- Universidad de Chile y Cols. Informe preliminar, salud reproductiva de adultos jóvenes. Santiago 1998.
- 10-Zamora Alejandra, Cabrera Martha: Anticoncepción en adolescentes atendidos en el C/S Edgar Lang. Mayo - Junio de 1997.
- 11-Nursing and Allied Dictionary Mosby's Medical.
- 12-Jonathan S. Berek, MD, MMsc. Ginecología de Novak. 13va. Edición. Pág. 657-663.
- 13- López Espinoza R. J. Conocimientos y prácticas Referidas por los y las adolescentes de 15-19 años de La Cruz de Río Grande sobre metodos anticonceptivos. Oct 2000-feb 2001.
- 14-Association of Reproductive Health Professionals and cols. posicionamiento sobre la anticoncepción de emergencia. Julio 2003. Disponible en www.cecinfo.org o www.clae.info.
- 15-Alvarado García O. F., Salinas Pineda A. J., Zelaya Torrez H. M. Conocimientos actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de secundaria del I.P.A. Sor Olivas Lombardy (IPASOL), Río Blanco. Matagalpa. Sep. 1997
- 16-Urcuyo García A. C. Conocimientos y usos de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas asistentes al control prenatal en el C/S de Nagarote. Silais León. Oct-Dic 1997.
- 17-Anticonceptivos masculinos-LatinSalud.com disponible en www.reproline.jhu.edu/spanish/5tools/5role/adolescents.htm

18-Embarazo adolescente-LatnSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00258.asp?ap=1

19-Embarazo adolescente-LatnSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00258.asp?ap=2

20-Embarazo adolescente-LatnSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00258.asp?ap=3

21-Anticonceptivos masculinos-LatinSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00068.asp?ap=2

22-Contracepción-LatinSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00165.asp?ap=2

23- Contracepción-LatinSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00165.asp?ap=5

24-Contracepción-LatinSalud.com disponible en
www.latinsalud.com/articulos/00165.asp?ap=4

25-Introducción general a la esterilización voluntaria. Disponible en
www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1methods/1vso/vsospq.htm

26- Fuente de análisis del programa de adolescentes SILAIS-León, 2003-2004.

ANEXOS

Gráfico 1. Tipo de colegio donde estudian los adolescentes encuestados. León, 2.005.

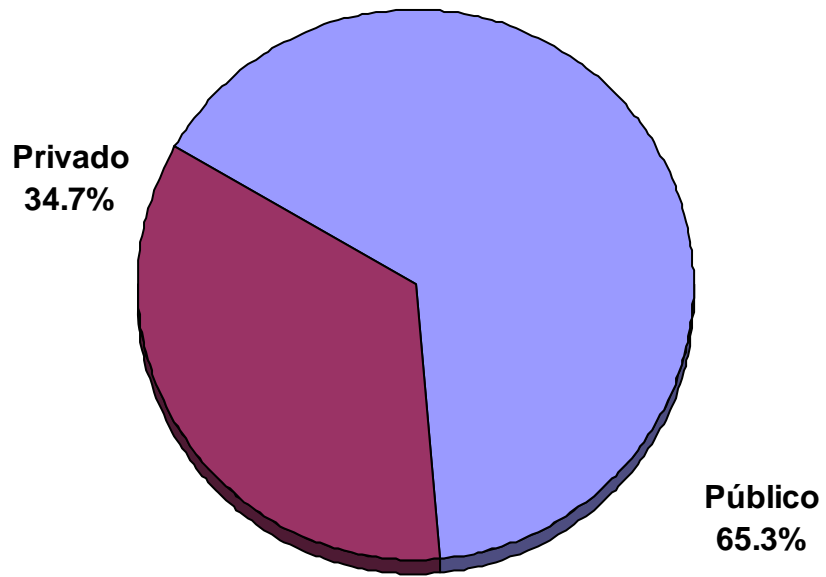


Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes que conocen algún método anticonceptivo. León, 2.005.

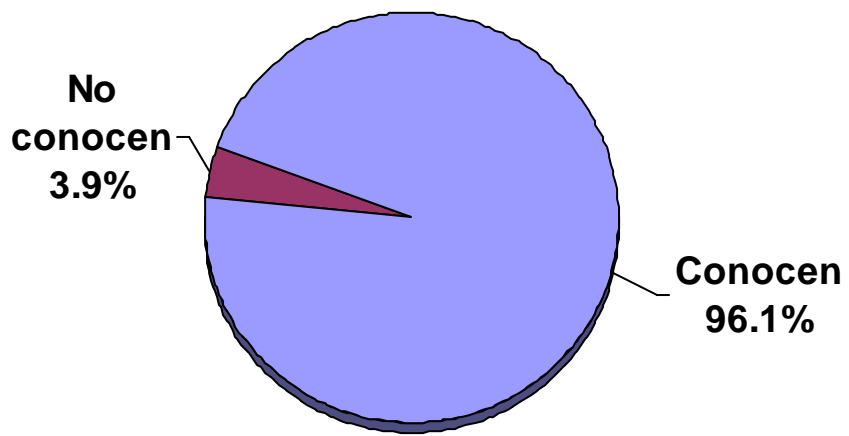


Gráfico 3. Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos alcanzado por los adolescentes encuestados. León, 2,005.

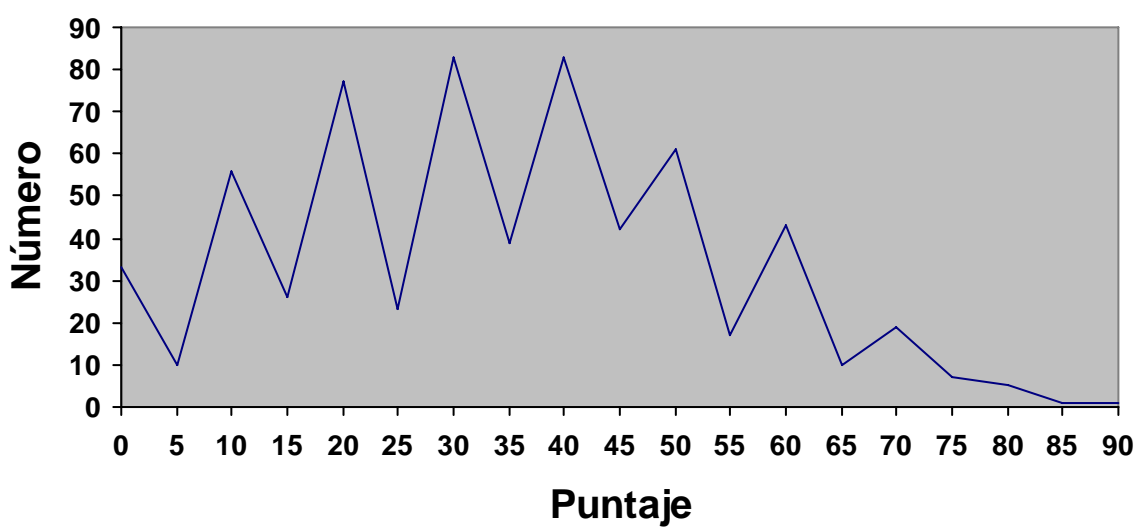
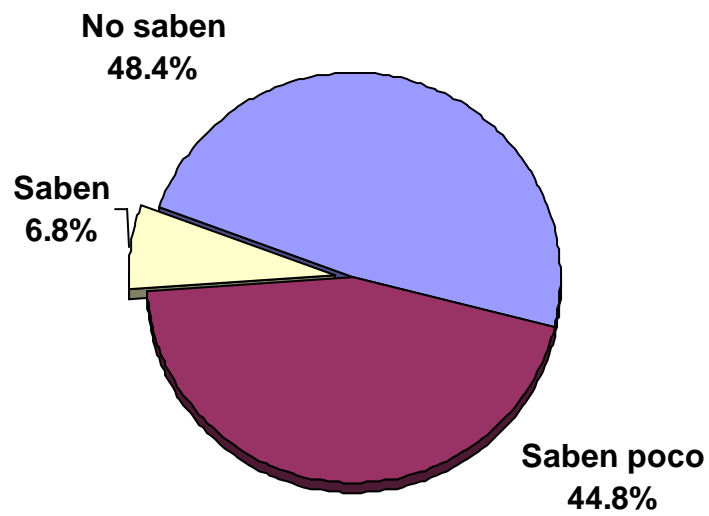
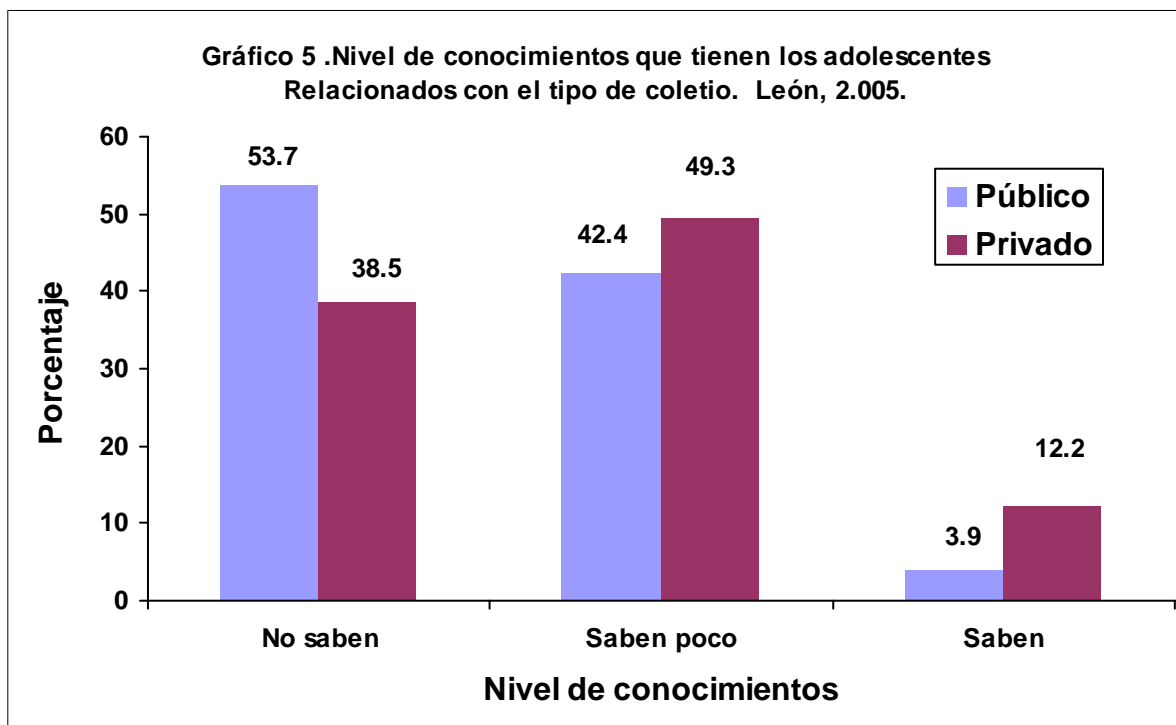


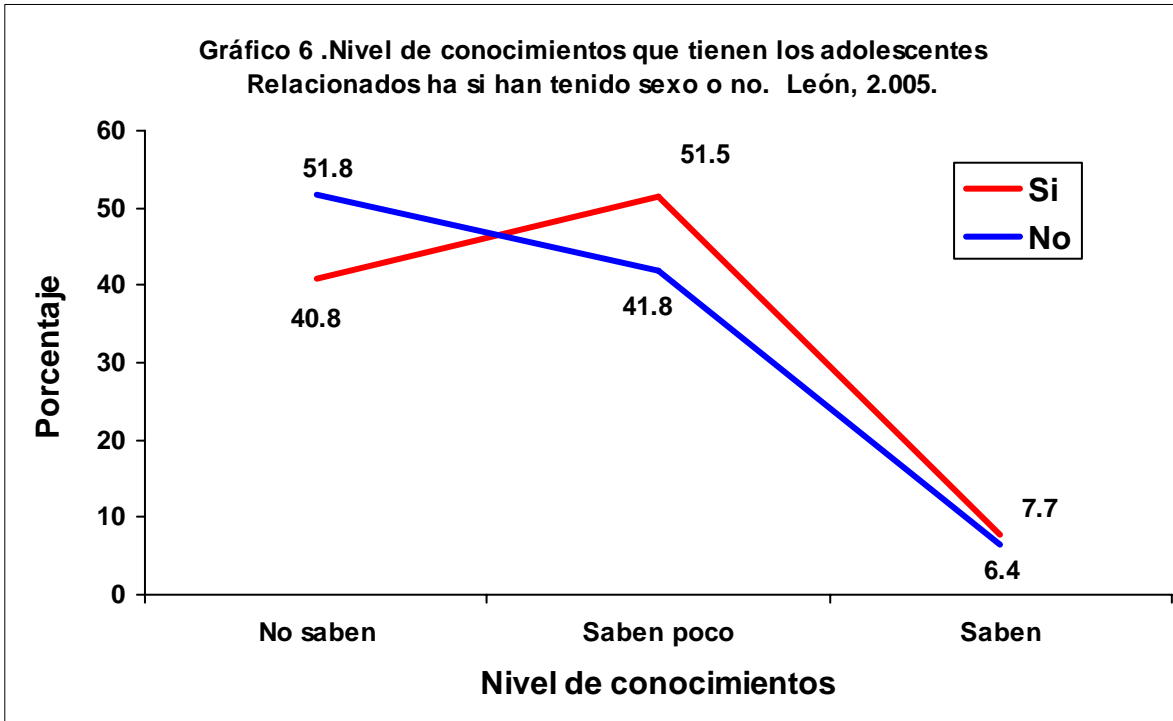
Gráfico 4. Nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre métodos anticonceptivo. León, 2.005.





6

⁶ Valor de p = 0.00000831



Valor de p = 0.03730928 <---

Gráfico 7. Frecuencia de adolescentes que ya han iniciado la Vida Sexual Activa. Estudiantes de León, 2.005.

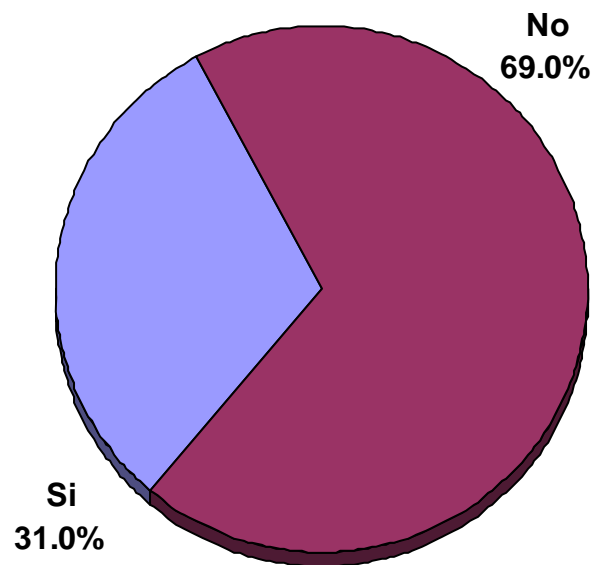


Gráfico 8. Frecuencia de adolescentes que ya han iniciado la Vida Sexual Activa y que usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Estudiantes de León, 2.005.

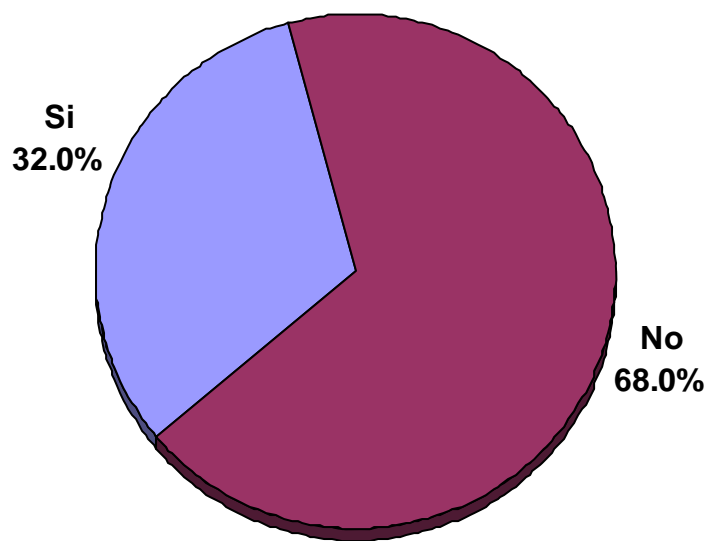


Gráfico 9. Método anticonceptivo que utilizaron las Frecuencia de adolescentes que ya han iniciado la Vida Sexual Activa y que usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Estudiantes de León, 2.005.

