

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León
Facultad de Ciencias Médicas**



**Trabajo Monográfico para optar al Título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes de los municipios de Camoapa y San Isidro. Marzo- Abril del 2007.

Autores:

Bra. Maria Dolores Munguia Pacheco.
Bra: Karen Samaria Palma Cano.

Tutor:

Dr. Jairo García.
Especialista En Ginecología Y Obstetricia.

Asesor

Dr. Juan Almendárez Peralta.
Especialista En Salud Pública.

León, Julio del 2007

Dedicatoria

A Dios, fuente de infinita sabiduría.

A nuestros padres, causa de nuestro ser.

A nuestras hermanas (os) y tías, origen y sangre compartida.

A nuestros seres queridos, con los que compartimos alegrías y tristezas.

Agradecimiento

A Dios por habernos permitido culminar nuestra carrera universitaria.

A nuestros padres y seres queridos por brindarnos su apoyo incondicional.

A nuestros maestros por guiarnos y ayudarnos a concluir nuestra investigación y a las personas que colaboraron en la realización de esta.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de dos grupos poblacionales de adolescentes: asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Para ello se les aplicó un cuestionario a 200 adolescentes de ambos sexos que estaban asistiendo a los espacios de jóvenes de Camoapa (Boaco) y San Isidro (Matagalpa) y 200 adolescentes que no estaban asistiendo.

Al evaluar de forma general los conocimientos de los (as) adolescentes se encontró que el 83.0% de los asistentes y solo el 69.0% de los inasistentes tienen un buen conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, el 15.0% y 25.5% tienen poco conocimiento respectivamente, seguido del 2.0% y 5.5% que no tienen ningún conocimiento para cada grupo.

Las actitudes de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes son en gran medida muy favorable y favorables, ya que consideran importante retrasar el inicio de las relaciones sexuales, planificando desde la primera relación sexual en coordinación con su pareja, negando que el aborto sea un método de planificación familiar y a favor de los adolescentes a tener acceso a los métodos anticonceptivos sin ningún tabú social.

Las prácticas son adecuadas para los(as) inasistentes e inadecuadas para los(as) asistentes. Los(as) adolescentes en general que ya iniciaron vida sexual activa están planificando, siendo los métodos más usados el condón y los inyectables.

Los espacios de jóvenes tienen un impacto positivo en la población adolescente, aunque no el esperado, reflejando deficiencia en la calidad de la información impartida, lo que puede deberse a la falta de vigilancia de la calidad de la enseñanza y del programa en sí, ya que se encontraron inconsistencias en aspectos que deberían conocer mejor.

Índice

Contenido	Páginas
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	4
3. Objetivo	5
4. Marco teórico	6
5. Diseño metodológico	27
6. Resultados	31
7. Discusión	35
8. Conclusiones	39
9. Recomendaciones	40
10. Referencias	41
11. Anexos	43

1. Introducción

La actual generación de jóvenes es la más grande registrada en toda la historia humana. Casi la mitad de la población mundial (más de 3000 millones de personas) tiene menos de 25 años. De esos jóvenes, 1200 millones son adolescentes de 10 a 19 años de edad y el 85% vive en países en desarrollo, enfrentando múltiples riesgos en la salud sexual y reproductiva. En este sentido, cada vez más se aumenta el número de adolescentes que inician la vida sexual activa a edades más tempranas. (1)

Aunque en los últimos años la tasa de fecundidad en adolescentes ha disminuido, siendo en 1993 de 158 por mil, 1998 de 139 por mil, y 2001 de 119 por mil según ENDESA (2, 3,4), el embarazo en adolescentes continua ubicándose como uno de los principales problemas de salud pública, el 10% de los partos en el mundo son de madres adolescentes. La tasa de muerte relacionada con el embarazo y parto es de 2 a 5 veces más alta entre las mujeres menores de 18 años que entre las mujeres de 20 a 29 años. Cada año la cifra de aborto a la que se someten las adolescentes alcanza los 4.4 millones, la mayoría de los cuales son practicados en condiciones de riesgo. Un 10% de todos los abortos ocurren en las adolescentes de 15 a 19 años. La mortalidad materna en los países en desarrollo es de 2 a 5 veces más alta entre las muchachas menores de 18 años, que entre las de 18 a 25 años. (2)

Estadísticas del Ministerio de Salud (MINSa) confirman que Nicaragua es el país de Centroamérica con la mayor cantidad de madres adolescentes en los últimos cinco años. El número de niñas de entre 10 y 14 años, embarazadas, aumenta cada año, sólo en el primer semestre del año 2006, se reportan 5 mil niños nacidos de este grupo de edad. (1)

Nicaragua se ubica como el país de más alta tasa de fecundidad en adolescentes, por lo que el MINSa implementó como estrategia, proyectos de desarrollo integral enfocados en brindar atención especial, con el objetivo de facilitar acceso a la

educación en la infancia, pues, de acuerdo con las mismas estadísticas, mientras más años de educación tiene una niña, menos probabilidades existen de quedar embarazada a corta edad. En la actualidad, están en un proceso de reforma enmarcado en la atención integral en salud. Es un modelo de atención enfocado en la prevención y promoción. (1)

Es importante que los adolescentes (as) tengan buenos conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos, por ser parte fundamental de la Salud Sexual y Reproductiva determinando su comportamiento sexual.

En 1996 en el Sauce, municipio de León, Amaya D. y Murguía M. llevaron a cabo el estudio: "Conocimiento, actitudes y prácticas sobre planificación familiar en estudiantes adolescentes del Instituto Jonathan González", donde se encuestaron a 381 estudiantes entre 12 y 19 años. La edad promedio fue de 15 años, la mayoría del sexo femenino con escolaridad promedio de segundo año, procedente del área urbana y religión católica. El 98.4% de los estudiantes conocían al menos un método, los más mencionados fueron la pastillas, el condón y el aparato; sin embargo no supieron explicar el método que consideraban conocer mejor. Más de la mitad de los estudiantes no conocían los métodos más eficaces. (3)

En 1998-1999, en el Hospital San Juan de Dios de Estelí, Castillo M. y Centeno E. efectuaron el estudio: "Conocimiento, usos y planes futuros de los métodos de planificación familiar en adolescentes en el puerperio", concluyendo que la mayoría de los adolescentes han oído hablar sobre métodos de planificación familiar, pero estos poseen malos conocimientos sobre los métodos adecuados para su edad. Solo la cuarta parte de las adolescentes usaron algún método de planificación familiar, siendo el más usado la píldora seguido por los inyectables. Más de la mitad de las adolescentes deseaban planificar 12 meses posteriores al parto con píldoras, la tercera parte no optarían por la planificación familiar por oposición del compañero. (4)

Estudiantes de nuevo ingreso de la UNAN- León, fue la población del estudio "Métodos de planificación familiar: Conocimientos, Actitudes y Prácticas" elaborado

en el 2004 por Cruz P. Antón J. y Zeledón J. el que mostró que los(as) adolescentes del año común conocen la existencia de métodos de planificación eficaz y lugar donde conseguirlos pero no como usarlo. Sus actitudes fueron favorables ya que reconocen que la planificación familiar corresponde a la participación de ambos miembros de la pareja. En cuanto a sus prácticas el inicio de la vida sexual no es precoz, un poco más de la mitad de los adolescentes usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, la principal razón de no usarlos es porque sus relaciones son ocasionales. (5)

En el presente estudio se evaluó el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en dos grupos de adolescentes pertenecientes a los municipios de Camoapa y San Isidro, cuya variante fue la asistencia a los espacios de jóvenes, comparándose y midiéndose el impacto de estos centros.

Consideramos que con los resultados y conclusiones del estudio se podrá estimar el impacto de los espacios de jóvenes en la población adolescente, planificando actividades que fortalezcan la consejería y promoción de la planificación familiar, elevando de esta manera el nivel de conocimiento que mejorara las actitudes de los adolescentes ante la difícil tarea del control de la fecundidad. Siendo de utilidad para el personal médico conocer la situación de salud sexual y reproductiva en los adolescentes para el desempeño con este grupo de edad.

2. Planteamiento del Problema

¿Cuál es la diferencia de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva vinculados al uso de los métodos de planificación familiar en adolescentes que asisten y adolescentes que no asisten a los espacio de jóvenes en los municipios de Camoapa (Boaco) y San isidro (Matagalpa), en el período comprendido de Marzo - Abril del 2007?

3. Objetivo

Comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes que asisten a los espacios de jóvenes con respecto a jóvenes que no asisten en los municipios de Camoapa (Boaco) y San Isidro (Matagalpa), en el período comprendido de Marzo – Abril del 2007.

4. Marco Teórico

La adolescencia se considera por lo general un período relativamente libre de problemas de salud. No obstante en términos de atención de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un “caso especial”, que necesita servicios de atención de salud específicamente diseñados para gente joven, personal de salud sensitivo a sus necesidades. Sin embargo, ese tipo de servicio no existe con frecuencia, y los adolescentes que tratan de ajustarse a los cambios físicos, emocionales y sociales no disponen de servicios de atención de salud, con excepción de los servicios hospitalarios pediátricos o de salud de adultos.

La definición práctica del adolescente son las personas comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a definido al adolescente en base a las siguientes características:

- Desarrollo biológico, de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva.
- Desarrollo psicológico, desde los patrones cognoscitivos y emocionales de la niñez hasta los de la edad adulta.
- Emergencia de la etapa de total dependencia socio-económica de la niñez a la etapa de relativa independencia.

La actividad sexual entre adolescentes se ha incrementado en todo el mundo, los nacimientos de madres menores de 20 años representan una proporción creciente de todos los nacimientos.

El comportamiento sexual y reproductivo del adolescente puede distinguirse en tres patrones amplios de comportamiento: Experiencia sexual-matrimonio tardío, matrimonio-maternidad temprano y etapa de transición. (6)

La ubicación en cualquiera de estas tres categorías depende de los conocimientos, actitudes y prácticas que posean sobre su vida sexual y reproductiva.

4.1 Los Conocimientos:

Los investigadores de la memoria han considerado la utilidad de dividir un examen de memoria siguiendo el proceso de los ordenadores: Adquisición o entrada, almacenamiento y recuperación, de tal forma que para hacer memoria, la información nueva debe de ser ingresada al sistema, ser almacenada y además recuperada cuando se necesite. Estas teorías son recogidas en el MODELO MODAL. Podemos decir que este organizador aunque muy antiguo proporciona una forma muy práctica de explicar el proceso de la memoria. (7)

En este sentido la información ingresa al sistema mediante la percepción de los sentidos. El cerebro humano posee un Sistema de Tenencia que mantiene brevemente estos estímulos, de tal manera que pueden ocurrir análisis preceptuales.

Mediante la atención y la repetición de información el cerebro puede activar la Memoria de Corto Plazo. En este nivel la información es recordada en "Trozos significativos", que a su vez pueden ser re-codificada en trozos más grandes y/o con mayor significado. (8)

Mediante la exposición prolongada a información, el que "aprende" puede re-codificar y re-categorizar información en trozos significativos, que pueden ser depositados en la Memoria a Largo Plazo formando parte de la estructura cognoscitiva del individuo. Es importante reconocer que en cada nivel de almacenamiento se encuentran estrechamente entrelazadas con el nivel superior de almacenamiento proporcionando reconstrucción, en-codificación, recuperación y elaboración de conocimiento nuevo. (9)

Los adolescentes deben tener conocimientos básicos sobre los métodos de planificación familiar como: concepto, tipos de métodos, mecanismo de acción, ventajas y desventajas.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados.

4.1.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS

Métodos temporales.

Métodos naturales: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: "Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer. Existen varios métodos: ritmo/ calendario o de Ogino Knaus, temperatura corporal basal o método térmico, del moco cervical o de Billings, palpación cervical y método sintotérmico.

Mecanismo de acción: la pareja evita o interrumpe el coito durante los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer. (El período fértil es la etapa durante la cual ella puede quedar embarazada.)

Ventajas: No tiene efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre, algunos no tienen ningún costo económico y otros los tienen bajos, promueven en las mujeres y hombres el conocimiento de su cuerpo y sus funciones, propician en la mujer y hombre el control directo de su capacidad reproductiva, favorece un mayor acercamiento en la pareja al compartir la responsabilidad de la procreación.

Desventajas: Son menos eficaces que otros métodos disponibles, se necesita un cierto grado de alfabetización y educación formal, requiere un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en prácticas, hay muchos factores que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales, necesitan especial interpretación en situaciones especiales como puerperio, premenopausia y adolescencia.

Métodos de Barrera: Son métodos anticonceptivos de uso temporal, que evitan el paso del espermatozoide al cuello del útero, de manera física o química. Existen 2 tipos: físicos (Diafragma, Capuchón cervical, Condón femenino) y químicos (Cremas, Tabletas, Esponjas, Espumas, Películas, Jaleas y Óvulos).

Ventajas: Contribuyen a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, son controlados por las usuarias y refuerza la autonomía de la mujer en su vida reproductiva.

Desventajas: Alta tasa de fallos si no se usa adecuadamente, reacciones alérgicas en alérgicos al látex.

Métodos Mecánicos: Son métodos anticonceptivos de uso temporal que se colocan dentro de la cavidad uterina. Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es por lo general un marco plástico pequeño y flexible. Con frecuencia lleva un alambre de cobre o mangas de cobre. Se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina.

Casi todas las marcas de DIU tienen una o dos cuerdas o hilos atados a ellos. Las cuerdas quedan colgando en el punto en que la apertura del cuello uterino se une a la vagina. La usuaria puede verificar si el DIU está aún en su lugar tocando estos hilos. Un proveedor puede retirar el DIU tirando suavemente los hilos con un fórceps. Los DIU son también llamados DCIU (dispositivos contraceptivos intrauterinas). Otros nombres específicos de DIU son: "el asa", Asa de Lippes, la T de cobre, TCu-380^a, MLCu-375 (Multiload), Nova T, Progestasert y LNG-20.

El tipo de DIU más ampliamente usado es el:

- DIU portador de cobre (hecho de plástico con mangas de cobre y/o hilo de cobre enrollado sobre el plástico). La TCu-380A, y MLCu-375 son de este tipo.

- DIU liberador de hormona (hecho de plástico; libera en forma constante pequeñas cantidades de hormona progesterona u otro progestágeno tal como el levonorgestrel). El progestasert y LNG-20 son de este tipo.
- DIU inerte, o no medicado (hecho solo de plástico o de acero inoxidable). El asa de Lippes, era de este tipo, totalmente hecha de plástico.

Mecanismo de acción: Los dispositivos intrauterinos producen la formación de una “espuma biológica” dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Los DIU de cobre liberan continuamente una cantidad de metal, con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de este órgano, con lo que se impide la fecundación del óvulo.

Ventajas: Proveen anticoncepción excelente, independiente del coito, sin participación continua de la usuaria, aminoran la cantidad de sangre del flujo menstrual y los cólicos.

Desventajas: puede provocar enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo uterino o embarazo ectópico.

Métodos hormonales

Son sustancia o combinación de sustancias esteroideas (Estrógenos y Progestágenos), cuya administración o aplicación por diferentes vías evitan el embarazo.

Se clasifican en: Métodos hormonales orales (Combinados y Solo de progestágenos), hormonales inyectables intramusculares (Mensuales-Trimestrales) y hormonales implantes subdérmicos (No biodegradable –NORPLANT- y Biodegradable).

Anticonceptivos orales combinados de dosis bajas. Las mujeres que usan ACOs deben tomar una píldora cada día para prevenir el embarazo. Los ACOs contienen dos hormonas muy parecidas a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer: un estrógeno y un progestágeno.

En la actualidad los ACOs contienen dosis muy bajas de hormonas llamadas hormonas anticonceptivas orales de dosis bajas. Hay dos tipos de presentación para las píldoras. Algunos paquetes contienen 28 píldoras: 21 píldoras activas que contienen hormonas, seguidas de siete píldoras de diferente color que no contienen hormonas que sirven como “recordatorio”.

El otro tipo de presentación consiste en ciclos que contienen solo 21 píldoras “activas”.

Anticonceptivos orales sin Estrógenos. Las mujeres que usan anticonceptivos orales sólo de progestágeno toman cada día una píldora para prevenir el embarazo. Este anticonceptivo contiene cantidades muy pequeñas de un solo tipo de hormonas, un progestágeno. Contienen entre una mitad y un décimo del progestágeno incluido en los anticonceptivos orales combinados. No contienen estrógenos. También llamada píldora sólo de progestágeno, PSP o mini píldora. Son el mejor anticonceptivo oral para mujeres que están dando de lactar. Aparentemente estos anticonceptivos no reducen la producción de leche materna.

Mecanismo de acción: Los estrógenos actúan impidiendo la ovulación. Los progestágenos actúan a nivel del moco cervical (aumentando su consistencia lo que dificulta el paso de los espermatozoides) del endometrio y de las trompas de Falopio.

Ventajas: Son muy eficaces, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo haciendo que disfruten más las relaciones sexuales; son seguros, ya que se reporten pocas complicaciones y riesgos de muerte.

Desventajas: No se pueden usar durante la lactancia, se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria, una vez interrumpido el uso se puede recuperar la fertilidad más lentamente, en unos dos o tres meses, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/ SIDA.

Anticonceptivo inyectable (Dmpa). Este tipo de anticonceptivos es el más común que se administra cada tres meses y contiene un progestágeno parecido a la hormona natural producida en el cuerpo de la mujer. La hormona se libera lentamente en la corriente sanguínea. También se conoce como acetato de medroxiprogesterona de depósito, Depo –Provera, depo y Megestrone.

Existen también otros anticonceptivos inyectables. El NET EN- también llamado Noristerat, enantato de noretindronan y enatrato de norestisterona se administra cada 2 meses.

Existen asimismo anticonceptivos inyectables mensuales que están disponibles en algunos países, entre estos están: Cyclofem, Cycloprovera y Mesygina estos son inyectables mensuales que contienen estrógeno y progestágeno y por lo tanto son diferente de los DMPA Y NET EN.

Ventajas: Son fáciles de usar, su uso es independiente del coito, no afecta la función gastrointestinal, su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas, es reversible, su uso es privado, menor posibilidad de olvido gran accesibilidad.

Desventajas: Pueden producir irregularidades menstruales, mayor sangrado menstrual, no se puede usar durante la lactancia, puede haber aumento de peso, se necesita la administración de una inyección intramuscular, no protege contra las ITS/VIH- SIDA, una vez administrado no puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada.

Implantes de Norplant. El sistema de implantes Norplant es un conjunto de 6 cápsulas plásticas. Cada cápsula tiene el tamaño de un pequeño palillo de fósforo. Las cápsulas se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo.

Las cápsulas de Norplant contienen un progestágeno similar a la hormona natural producida por la mujer. Las 6 cápsulas liberan muy lentamente la hormona. De esta manera las cápsulas abastecen una dosis constante muy baja. No contienen ningún estrógeno.

Un juego de cápsulas de Norplant puede prevenir el embarazo por un mínimo de 5 años. Sin embargo, puede ser efectivo por un tiempo más largo.

Contracepción oral de emergencia: Se usa después de tener un coito sin protección. Llamada también contracepción postcoito o contracepción “a la mañana siguiente”. Su mecanismo de acción es funcionar impidiendo la ovulación, pero puede también actuar de otra manera. No interrumpe un embarazo ya existente. Cualquier mujer puede usar contracepción oral de emergencia siempre que no este embarazada; ésta no debe usarse en lugar de los métodos de planificación familiar. Se debe usar únicamente en situación de emergencia. Después de usar la contracepción de emergencia, se puede comenzar a usar cualquier otro método anticonceptivo.

Métodos permanentes:

Oclusión tubárica Bilateral (OTB). Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, muy eficaz que consiste en la oclusión de las trompas uterinas con fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse impidiendo la fecundación.

La esterilización femenina provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener más hijos. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgo, usualmente puede usarse con anestesia local y sedación leve. Requiere el uso de procedimientos apropiados para la prevención de infecciones. Las 2 técnicas más comunes son la minilaparotomía y la laparoscopia. La esterilización femenina

también se conoce como la contracepción quirúrgica voluntaria (VSG, siglas en inglés), ligadura de las trompas, ligar las trompas, minilap y “la operación”.

Ventajas: Brindan anticoncepción excelente, reducen el riesgo de cáncer de ovario.

Desventajas: Método irreversible, no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

4.1.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS

Métodos masculinos temporales

Método Natural:

Abstinencia. Es una práctica sexual que los hombres adoptan voluntariamente cuando no desean tener descendencia. Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una situación individual que responde al derecho propio de reproducirse en el hombre.

Coitus Interruptus. Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable. Es considerado por muchos como una práctica sexual improvisada para evitar embarazos y no como un método anticonceptivo como tal.

Ventajas: No tiene efectos secundarios, sin costos, estimula la participación masculina en la anticoncepción.

Desventajas: Interfiere con la espontaneidad del coito, tiene altas tasas de fracaso.

Método de Barrera:

Condón o preservativo. Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene durante la relación coital, no permitiendo que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

También se le llaman gomas, fundas, pieles y profilácticos, y se conocen por muchos nombres comerciales diferentes. La mayoría son hechos de látex delgado. Algunos están revestidos de un lubricante seco o un espermicida y pueden hallarse disponibles en diferentes tamaños, formas, colores y texturas.

Ventajas: Fácil de conseguir, usar y portar; no requiere receta médica, desechable bajo costo, ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual, estimula la participación masculina en la anticoncepción, algunos reducen la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina.

Desventajas: Interfiere con la espontaneidad del coito, debe tenerse cuidado al almacenarlos de hacerlo en lugares secos, protegidos de calor y de la humedad excesiva, no se recomienda guardarlos en billeteras durante más de un mes.

Método permanente:

Vasectomía. Este método provee contracepción permanente a los hombres que han decidido no tener más hijos. Es un procedimiento quirúrgico seguro, simple y rápido. Puede hacerse en una clínica o en un consultorio que cumpla con los requisitos para la adecuada prevención de infecciones. No es una castración, no afecta los testículos y tampoco afecta la capacidad sexual. También se le conoce con el nombre de esterilización masculina o contracepción quirúrgica para hombres.

Ventajas: Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología, es el método más eficaz en los individuos o parejas que no desean tener más hijos. Puede realizarse bajo anestesia local, no amerita hospitalización por largo período de tiempo.

Desventajas: Es un procedimiento permanente, la reversibilidad es de alto costo, requiere la participación de recursos médicos especializados. El costo es alto en el momento y bajo a largo plazo, requiere hospitalización y reposo por corto período, no es efectivo en forma inmediata. Puede que al menos las primeras 20 eyaculaciones

posteriores a la vasectomía contengan espermatozoides por lo que debe usarse otro método anticonceptivo.

4.1.3 ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Se entiende por adolescente a la persona entre los 10 y 19 años.

La anticoncepción en la adolescencia es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos con vida sexual activa, permanente o esporádica o al borde del inicio de su vida sexual.

Para recomendar la selección del método anticonceptivo más seguro se deben tomar en cuenta las características propias de cada adolescente:

Grupo I: Adolescente varón o mujer, sin antecedente de vida sexual.

Adolescente mujer. Realizar historia clínica obteniendo la fecha de última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual.

- Primera opción: Píldoras que contienen solo progestágenos.
- Segunda opción: Píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual y se aconsejará reforzarlas con un método natural y de barrera en el varón.

Adolescente Varón

- Primera opción: Método de barrera.

Grupo II: Adolescente con inicio de vida sexual

Adolescente mujer sin hijos

- Porque nunca ha estado embarazada
- Primera opción: Píldoras que contienen solo progestágenos
- Segunda opción: Píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se aconsejará reforzar estos métodos con: métodos de barrera, físicos y químicos, en caso de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales y métodos naturales.

- Por que tuvo un aborto o un parto con un hijo fallecido
- Primera opción: Píldoras que contienen solo progestágenos.
- Segunda opción: Píldoras combinadas con bajo contenido de estrógeno.
- Tercera opción: Inyectables mensuales.
- Cuarta opción: Insertar el DIU post- aborto, si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En todos los casos se aconsejará reforzar estas opciones con métodos de barrera, físicos y químicos, en caso de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales y métodos naturales.

Adolescente varón sin hijos

- Primera opción: método de barrera.
- Reforzado con métodos naturales.

Grupo III: Adolescente mujer o varón con hijo (a).

Adolescente mujer con hijo vivo:

Período puerperal

- Poner especial énfasis en la anticoncepción post- aborto y transcesária.
- Recordar siempre la lactancia.

Período intergenésico

- De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

Adolescente varón con hijo

- Primera opción: Método de barrera.

- Reforzados con métodos naturales.

La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se seleccionará solamente en casos de indicación médica, previa evaluación de la situación por parte de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expresado por escrito de la/el adolescente. (10,11)

4.2 Actitudes:

A lo largo de la historia distintas escuelas y autores han definido la actitud de formas muy diversas.

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1918 por Thomás y Znaniecki, considerándola como: *“El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor.* (12) Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad.

Kretch y Chutchfield (1952), la definen como: *“Una organización estable de procesos motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo”.*(13) Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa: *“La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado”.* (14).

En la actualidad además de las de Allport, nos encontramos con una gran variedad de definiciones sobre el concepto de la actitud, según la orientación y/o formación del autor que la emita, pero sin que exista acuerdo entre ellos. Por eso ha sido fuertemente criticada y cuestionada su existencia desde diversos paradigmas teóricos.

Algunas consecuencias clave que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- La actitud es un concepto en el que se combinan una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- La actitud es el resultado de un proceso organizado.
- La actitud se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

“Una actitud es una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activada, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma”.

La actitud se puede estudiar desde tres puntos de vista complementarios: El inductivo, el deductivo y el organizativo.

4.2.1 Aspecto inductivo de la actitud:

En su aspecto inductivo, el concepto de actitud más utilizado es el que indica que está formada por tres componentes o estructura tricotómica de la actitud. Fue formulada inicialmente por Katz y Stotland (Koch, 1959), pero fueron Krech, Crutchfield y Ballachey (1962) los que definieron su configuración tal y como hoy día la conocemos. Según esta hipótesis, una actitud estaría formada por tres componentes:

- Cognoscitivo: o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.

- **Afecto-emocional:** o conjunto de afectos, sentimientos y emociones que impregnan las ideas, conceptos y creencias. Considerado como el componente más reactivo al cambio por lo implantado que está en el sujeto, tiende a ser coherente con el componente cognoscitivo. Los criterios que se utilizan para establecer las preferencias dan como resultado la evaluación del conocimiento.
- **Conductual:** o de tendencia o predisposición a actuar, reaccionar frente a un tema u objeto psico- social. En teoría puede predecir la conducta de un sujeto, aunque en la práctica se comprueba que aquella nunca es del todo predecible. Este componente distingue la actitud de otras variables en la medida que impulsa a actuar en cualquier sentido de forma activa. Si una persona se identifica con una causa social, significa que después de una evaluación de otras actitudes y de acuerdo con sus criterios la ha seleccionado.

Los tres componentes de las actitudes dependen en gran medida de cómo se percibe y se organiza la información recibida y la experiencia vivida. La percepción del exterior no es completa ya que normalmente la cantidad de información supera la capacidad de registrarla simultáneamente, lo que obliga a que se produzca una selección, que supone la anulación de parte de la información y a organizar lo percibido según diversas posibilidades.

Aspecto deductivo de la actitud:

Desde el punto de vista deductivo, una actitud es un concepto destinado a definir las relaciones entre un sujeto y un objeto que no se pueden medir principalmente, sino que se deducen de la conducta o de las declaraciones verbales del sujeto (Katz 1960). Identifica las siguientes funciones básicas:

- Función de ajuste: Los productos o servicios sociales que ofrece el mercado a la población producen valoraciones que pueden ser interpretadas positiva o negativamente y que pueden modificar actitudes preconcebidas.
- Función de defensa del yo: En las actitudes, las personas buscan confianza y seguridad. La asunción de conceptos sociales, refuerzan nuestra imagen ante la sociedad y ante nosotros mismos.
- Función expresiva de valores: En cada grupo social se manifiestan un conjunto de valores y estos se conectan más fácilmente a determinadas conductas sociales.
- Función de conocimientos: Las personas por naturaleza buscamos aprender con orden. Las actitudes ayudan a simplificar una realidad compleja. La función principal es crear actitudes favorables hacia la causa social objeto de interés.

Aspecto organizativo de la actitud:

El aspecto más importante y debatido en relación con las actitudes es el que indica que la conducta de una persona es función de su actitud actual y de la situación en la que se pone de manifiesto esa actitud, es decir, se considera que las actitudes tienen el potencial de predecir la conducta humana.

Ese potencial se basa en la concepción del comportamiento como una forma de actitud y se verá influenciado por otras circunstancias tales como la interpretación que el individuo hace de la situación, de sus creencias sobre la intención de otras personas y de las teorías que elabora a partir de otras situaciones similares conocidas.

Asimismo las actitudes del individuo se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en el que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la

familia en todo el grupo socio-familiar es de suma importancia. Partiendo de la organización celular básica de la sociedad, la familia, los valores, los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. Interesa, por tanto, conocer los factores que, a su vez, pueden influir en esas actitudes, en especial, los efectos que produce el problema social objeto de estudio y cómo poder cambiar o modificar dichas actitudes.

Las actitudes se manifiestan en su plenitud en las relaciones interpersonales. Así, existirán tantas actitudes diferentes como individuos y, por el contrario, tendrán un gran parecido las actitudes de los individuos de una misma sociedad y, dentro de ella, entre individuos que componen los distintos grupos o comunidades.

4.3 Prácticas:

Abarca un conjunto de actividades que preceden, acompañan y siguen las decisiones que toma el individuo sobre una situación o fenómeno de la vida cotidiana. Las prácticas se expresan de diferentes formas que van desde los procesos vividos hasta los resultados obtenidos de las mismas prácticas. Además de la información que genera el conocimiento y de los valores que articulan las actitudes, la práctica requiere de condiciones indispensables, de recursos y contextos para que las personas puedan realizar determinadas prácticas sociales como el uso de un servicio u otras acciones específicas. (15)

Los adolescentes deben no solo hacer uso de los métodos anticonceptivos, sino aplicarlos correctamente para obtener buenos resultados. Para esto deben realizar diferentes prácticas según el método utilizado.

Métodos naturales:

Método del ritmo: Calcular el período fértil. En caso de ciclos regulares, del primer día de la menstruación hasta finalizar el octavo día, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene

relaciones sexuales. Del final de octavo día hasta el número diez y siete del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para no salir embarazada. Del final de día diez y siete hasta el primer día de la menstruación siguiente esta en fase infértil y existen pocas probabilidades que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

En caso de ciclos irregulares por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación. Contar los días transcurridos desde el primer día de la menstruación hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación. Identificar el ciclo menstrual más corto y restarle 18 para obtener el primer fértil, al ciclo más largo restarle 11 días para obtener el último día fértil.

Método de temperatura corporal, basal o método térmico: Realizar medición de la temperatura todas las mañanas en la misma situación, por la misma vía, después de 6 horas de sueño continuo. El período fértil inicia con el aumento de 2 a 5 décimas y permanece en ese nivel hasta la siguiente menstruación. El período infértil posovulatorio del ciclo inicia tres días de haber observado el alza de la temperatura.

Método del moco cervical: Identificar las características del moco cervical, tomándolas directamente de la vagina, vulva u observándola del papel higiénico después de orinar y abstenerse de relaciones sexuales durante el primer ciclo o utilizar métodos de barrera.

El período fértil comienza con la aparición de flujo o con sensación de humedad en la vagina. Al terminar el flujo hay que abstenerse 4 días más. En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día o durante los 2 días siguientes, cuando los ciclos son cortos, la mujer tendrá pocos o ningún día seco después de la menstruación y antes de la ovulación.

Método de palpación cervical: La palpación del cuello del útero se hace mejor si la mujer está erguida con el pie izquierdo sobre un taburete o una silla (el pie derecho si

es zurda). Se insertará el dedo medio de la mano derecha en la vagina y se palpará el cuello del útero y el orificio externo del mismo. Una vez que la mujer ha palpado el cuello del útero todos los días durante un ciclo podrá distinguir fácilmente entre firme y blando, debe evitarse el acto sexual durante los cambios en el cuello del útero y se reanudarán las relaciones cuando el cuello vuelve a estar firme y cerrado.

Método sintotérmico: Elaborar una gráfica llevando un registro de las fechas con relación a los días del ciclo en la misma forma para las dos modalidades (del moco cervical y de la temperatura basal). Las relaciones sexuales se podrán tener en la fase preovulatoria solamente, en los días secos y, en la fase posovulatoria, después del tercer día de la temperatura alta o al cuarto día siguiente al pico de la mucosidad.

La aplicación del DIU deberá ser realizada por el personal de salud (Médicos, enfermeras y auxiliares del enfermería) previamente capacitado y autorizado por el responsable de la unidad de salud ofertante. El DIU deberá ser insertado en los siguientes momentos: Período intergenésico o de intervalo, preferiblemente durante la menstruación. Posplacenta, la inserción debe realizarse 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Preacta, antes que la paciente sea enviada a su domicilio después de un evento obstétrico o ginecológico. Posaborto, inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina. Puerperio tardío: Cuatro a seis semanas posaborto, posparto o poscesaría.

Métodos hormonales: El primer día del ciclo menstrual es el mejor día para comenzar, cuando los ciclos son normales cualquiera de los primeros 7 días desde que inicia el sangrado menstrual; si son más de 7 días desde que inicia el sangrado menstrual la mujer puede empezar a tomar los AOCs, deberá evitar el coito o usar condones o espermicidas, durante los primeros 7 días puede haber alteraciones del sangrado menstrual temporalmente; Se pueden usar inmediatamente después de interrumpido otro método. Ejemplo: inyectables no hay necesidad de esperar que se presente el período menstrual.

En caso de olvido de una tableta tomar la olvidada tan pronto la persona se acuerde y la que corresponde a ese día a su hora habitual; usar un método adicional hasta el siguiente período. En caso de olvido de dos tabletas consecutivas; tomar una tableta en cuanto la persona se acuerde y, la que corresponde a ese día, a su hora habitual, y al día siguiente tomar una tableta dos veces al día y luego una diaria hasta completar el ciclo. Usar un método adicional hasta el siguiente ciclo. En caso de olvido de tres tabletas o más, tomar una tableta en cuanto se recuerde y, la que le corresponde a ese día, tomarla a su hora habitual y luego una tableta dos veces al día por el número de días olvidados, luego una tableta diaria hasta completar el ciclo. Usar un método adicional.

La oclusión tubárica bilateral puede realizarse en el intervalo, posparto, trans-cesaría y pos-aborto.

Abstinencia: Es una práctica sexual que los hombres adoptan voluntariamente cuando no desean tener descendencia.

Coitus interruptus: Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Método de barrera: El condón. Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual, Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón, no utilizar un condón dañado o vencido, no desenrollar el condón antes de utilizarlo, colocar el condón cuando el pene esta erecto y antes de penetrar en la vagina. Ubicar el condón en la punta del pene presionando la tetilla entre los dedos y dejando un centímetro libre para recibir el semen, desenrollarlo hasta llegar a la base del pene, después de la eyaculación mantener el borde del condón contra la base del pene y retirar suavemente el pene de la vagina, retirar cuidadosamente el condón del pene sin derramar el semen, anudar el condón y botarlo en la basura.

Método permanente: Vasectomía. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio, consiste en cortar los conductos deferentes, que llevan el esperma hasta el pene. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada. (10,11)

4.4 Estudios CAP: Los estudios de Conocimientos, actitudes y prácticas son estudios evaluativos organizados y dirigidos por el nivel gerencial de los programas de salud o agencias de financiamientos o instituciones educativas para evaluar el impacto que han tenido las intervenciones educativas y de desarrollo de las actividades de promoción de salud y específicamente alrededor de los cambios de actitudes y de comportamientos en poblaciones blanco.

Estos pueden desarrollarse antes de iniciarse un programa (Estudios de línea base) para identificar el punto de partida a tomarse en cuenta en un programa con componentes educativos, durante la intervención del programa o al final para medir el impacto que va teniendo o tuvo el programa.

5. Diseño metodológico

5.1 Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

5.2 Área de estudio: El siguiente estudio se realizó en las clínicas de adolescentes de Camoapa y San Isidro.

Camoapa es un municipio de Boaco, ubicado a 30Km de la cabecera departamental, limitando al norte con los municipios de Boaco, Matigüas y Paiwas, al sur con Cuapa y Comalapa, al este con el Rama y la Libertad, al oeste San Lorenzo y Boaco. Su extensión territorial es de 1483.29 Km², cuenta con 1 casco urbano y 7 comunidades rurales, con una población total de 40605 de los cuales 7839 son adolescentes, Masculino 3876, femenino 3963, distribuido 5487 en área rural y 2352 en área urbana. Con una prevalencia de embarazo en adolescentes de 668. Solamente el casco urbano cuenta con servicio de agua potable y alumbrado eléctrico, 2 institutos de educación primaria y secundaria, siendo su principal actividad económica la ganadería.

San Isidro es un municipio de Matagalpa, ubicado al sur oeste a 39Km de la cabecera departamental, limitando al norte con el municipio La Trinidad, al sur ciudad Dario, al este Sébaco y al oeste Santa Rosa del Peñon. Su extensión territorial es 282.71Km², cuenta con 1 casco urbano y 5 comunidades rurales, con una población total de 17004 habitantes de los cuales 4118 son adolescentes, 2086 son varones y 2032 son mujeres, de estos 2765 son del área rural y 1353 son del área urbana. Con una prevalencia de embarazo en adolescentes de 124. El casco urbano cuenta con servicios básicos de energía eléctrica y agua potable, 1 instituto de educación secundaria y escuelas de educación primaria. La principal actividad económica corresponde a obreros de manufactura y en menor proporción agricultura.

5.3 Universo: Todos los adolescentes asistente e inasistente a los espacios de jóvenes de Camoapa y San Isidro en edades comprendidas de 13 a 19 años, procedente del área urbana o rural, omitiéndose adolescente de 10 a 12 años por implicaciones legales.

5.4 Muestra: No probabilística o dirigida por cuota. Se seleccionaron 100 adolescentes asistentes y 100 adolescentes inasistentes a los espacios de jóvenes de cada municipio, completando la muestra total de 400 adolescentes.

5.5 Instrumento de recolección de datos: Se diseñó y elaboró un cuestionario de recolección de datos que respondió a los objetivos establecidos en el estudio, esta reunió una sección de aspectos generales (edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, situación conyugal y religión), sección de conocimientos formada por preguntas cerradas y selección múltiples sobre métodos anticonceptivos, sección de actitudes donde se plantearon diferentes aseveraciones sobre aspectos de salud sexual y reproductiva, sección de perfil gineco- obstétrico que reúne aspecto de la vida reproductiva y la sección de práctica que determino los métodos anticonceptivos utilizados y sus efectos adversos.

5.6 Procedimientos de recolección de datos:

Se reviso la propuesta los directores de ambos servicios (centros de salud) consensuando su punto de vista institucional en los objetivos y procedimientos de recolección de datos. Se solicito autorización para la visita de las unidades y realizar entrevistas a sus usuarios.

Se realizo visitas, los días lunes, miércoles y viernes a las clínicas de adolescentes, se solicitó consentimiento a los adolescentes que se encontraban demandando algún servicio en el centro de salud. Las visitas continuaron hasta completar la muestra para cada sitio.

Una vez aceptada su participación se les explicó los objetivos del estudio y se procedió a realizar entrevistas hasta completar con la información solicitada.

A los adolescentes con alto nivel de escolaridad (secundaria) se les entregó el cuestionario, explicándole la forma de contestarlo. A los adolescentes analfabetos y bajo nivel de escolaridad (primaria) se requirió de un entrevistador.

5.7 Operacionalización de variables:

5.7.1 Asistentes: Adolescentes que además de asistir a la consulta general de los espacios de jóvenes participan en actividades educativas como: charlas, individuales, grupales, congresos, ligas del saber y seminarios.

5.7.2 Inasistentes: adolescentes que asisten o no a la consulta general pero que no participan en las actividades educativas.

5.7.3 Características sociodemográficas: Son características que identifican a los individuos según aspectos sociales y demográficos. Generalmente son variables independientes en la ocurrencia de los fenómenos sociales y biológicos. Generalmente surge mediante la información que genera el participante en el estudio.

5.7.4 Antecedentes Gineco- obstétricos: Son características relativas a los procesos reproductivos propios de las personas, algunas son propias de las mujeres. Se identifican mediante la referencia que hacen las personas durante la entrevista.

5.7.4 Conocimientos: Es la información obtenida y retenida en la memoria de las personas que pueden ser identificadas mediante las respuestas obtenidas de un cuestionario relativo a aspectos relacionado con los métodos anticonceptivos.

5.7.5 Actitudes: Son respuestas condicionadas por valores y juicios que predisponen a una forma de actuación antes de que la persona tome la decisión de hacerlo. Se

establece mediante la aplicación de cuestionario especial utilizando la escala de Likert.

5.7.6 Prácticas: Son las formas de actuación habitual que las personas aceptan e identifican como propias.

5.8 Plan de análisis: Se elaboró una base de dato y luego se procesó con el paquete estadístico Epi-Info 3.3.2 para Windows. Se estimó la frecuencia simple de sus variables y se cruzaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas con la variable asistencia.

El nivel de conocimiento se determinó mediante la realización de una escala de valores, agrupando las respuestas correctas de las preguntas en 3 categorías:

- 5 a 7 respuestas correctas= Buen conocimiento
- 3 a 4 respuestas correctas= Poco conocimiento
- 1 a 2 respuestas correctas= Ningún conocimiento

Las actitudes se evaluaron por el método de escalamiento de Likert, se realizaron 5 aseveraciones tanto positiva como negativa, con cinco probables respuestas donde solo podía marcarse una opción, de acuerdo a los resultados se construyó la escala con un rango de puntuación mínima de 5 y la máxima de 25, por adición de los ítems se definieron como muy favorables para aquellos que se ubicaban al valor más alto de la escala y muy desfavorable para los que se ubicaron en el valor mínimo.

Las prácticas se evaluaron con forme el retraso de las relaciones sexuales y el porcentaje de adolescentes(as) con vida sexual activa que están planificando, a los que cumplieron estos criterios con un porcentaje igual o mayor al 50% se determinó como prácticas adecuadas y los que no cumplieron como prácticas inadecuadas.

Los resultados se expresaron en cuadros y gráficos.

Resultados

De los 400 adolescentes estudiados 200 son asistentes y 200 inasistentes a los espacios de jóvenes. Los adolescentes asistentes se encontraban entre las edades de 17- 19 años 53.5% y los adolescentes inasistentes entre las edades de 14- 16 años 58.5%. Del grupo de los asistentes la mayoría pertenecen al sexo femenino 73.5% y de procedencia urbana 85.0% (Cuadro 1)

En cuanto a las características sociales, tanto el grupo de los asistentes como los inasistentes casi el 100% son alfabetos, con escolaridad de 4to a 5to de secundaria 40.0% para los asistentes y 68.0% para los inasistentes, de ocupación estudiante 65.0% y 89.5%, estado civil soltero 68.0% y 90.0% y de religión católica 82.0% y 71.5% para cada grupo respectivamente. (Cuadro 2).

Con respecto a los conocimientos al comparar el grupo de los asistentes y los inasistentes el 85.5% y 78.5% respectivamente conocen el significado de planificación familiar, el 100% y 99.0% de estos mismos conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo.

Los métodos anticonceptivos más conocidos por los adolescentes asistentes fueron las píldoras 95.0%, los inyectables 93.5% y el condón 91.5% y para los adolescentes inasistentes fueron el condón 95.0%, las píldoras 90.5% y los inyectables 85.5% conociendo cada grupo los mismos métodos, los que varían en orden y porcentaje. Los que obtuvieron significancia estadística fueron los inyectables, esterilización quirúrgica femenina y masculina, retiro, métodos vaginales, MELA y diafragma. (Cuadro 3)

Al preguntarle el período del ciclo menstrual en que deben iniciarse a tomar las píldoras, contestaron correctamente 40.0% de los asistentes y el 5.5% de los inasistentes con un valor de $P= 0.00$, los que conocen que las píldoras anticonceptivas deben tomarse diariamente 74.0% y 52.5% respectivamente con un

P= 0.00, el conocimiento del período más fértil dentro del ciclo menstrual 18.6% y 14.5% para los asistentes y la efectividad del condón en la prevención de las infecciones de transmisión sexual 85.5% para los asistentes y el 86.0% para los inasistentes. (Gráficos 1, 2, 3 y 4).

La opinión de los(as) adolescentes sobre el inicio de la planificación familiar en la primera relación sexual fue de 60.5% para los asistentes y 66.0% para los inasistentes. (Cuadro 4).

Los(as) adolescentes que conocen lugares donde pueden conseguir un método anticonceptivo fue de 90.0% para los asistentes y 81.0% para los inasistentes obteniendo significancia estadística, siendo los sitios más mencionados el Centro de salud 76.6% y 52.2% seguido de la farmacia 45.0% y 52.5% respectivamente. (Gráfico 5, Cuadro 5)

Al evaluar de forma general los conocimientos de los (as) adolescentes se encontró que el 83.0% de los asistentes y solo el 69.0% de los inasistentes tienen un buen conocimiento sobre los métodos de planificación familiar, el 15.0% y 25.5% tienen poco conocimiento respectivamente, seguido del 2.0% y 5.5% que no tienen ningún conocimiento para cada grupo. (Cuadro 6).

Acerca de las actitudes el mayor porcentaje de los adolescentes asistentes e inasistentes están totalmente en desacuerdo en que las relaciones sexuales se inicien a temprana edad 58.0% y 50.5%, totalmente de acuerdo en que la planificación familiar debe iniciarse con la primera relación sexual mutuo acuerdo de la pareja 36.0% y 38.5%, totalmente en desacuerdo 34.5% y en desacuerdo 35.0% en que el hombre es el que decide la planificación familiar; totalmente en desacuerdo 72.0% y 68.0% en que el aborto es un método de planificación familiar, totalmente de acuerdo 43.5% y 32.0% en que los adolescentes deben tener acceso a los métodos de planificación familiar respectivamente. (Cuadro 7).

Del grupo de asistentes el 59.5% y 26.0% de los inasistentes ya tienen vida sexual activa, de estos el 70.2% son mujeres y el 29.8% son varones, siendo la edad predominante del IVSA para ambos grupos la adolescencia media con 40.5% para los asistentes y 13.0% para los inasistente y el número de compañeros sexuales fue uno en su mayoría 38.5% y 12.0% respectivamente. (Cuadro 8).

En las características gineco- obstétricas de las adolescentes asistentes e inasistentes se encontró que el 71.4% y 65.5% han estado embarazadas, su mayoría ha tenido un embarazo 55.0% y 41.4%, de estas 6.6% y 10.3% han tenido un aborto, 29.7% y 41.4% han parido una vez, el 4.4% ha tenido una cesárea y 6.9% a tenido 2 cesarías para cada grupo. El período intergenésico más frecuente fue de 12 meses o menos correspondiente al 42.9%. Los embarazos actuales corresponden a 26.9% y 11.5% para los asistentes e inasistentes correspondiendo a una $P= 0.03$. (Cuadro 9. Gráfico 6).

Al valorar las prácticas de los (as) adolescentes el 56.3% de los asistentes y 76.9% de los inasistentes están planificando con significancia estadística, entre los métodos más utilizados por los asistentes están los inyectables 23.5%, el condón 21.0% y las píldoras 8.4% y para los inasistentes los más usados fueron el condón 36.5%, los inyectables 13.5% y las píldoras 13.5%. De estos solo obtuvieron significancia estadística el condón y MELA. (Cuadro 10). De los adolescentes que han utilizado anticoncepción de emergencia el 31.1% son asistentes y el 25.0% son inasistentes. (Gráfico 7).

En general los métodos de planificación familiar más utilizados por los(as) adolescentes según porcentaje fueron el condón 25.7%, depoprovera 11.1%, píldoras 9.9%, norigynon 9.4%, MELA 3.5%, abstinencia periódica 1.8%, retiro 1.2%. Los que han utilizado alguna vez anticoncepción de emergencia corresponde al 29.2%.

De los asistentes la mayoría obtuvo el método de planificación familiar en el centro de salud 61.2% y los inasistentes lo obtuvieron de la farmacia 40.0%, la información

para los asistentes fue dada por el personal de enfermería 37.3% seguida del médico 29.9%, no siendo así para los inasistentes quienes obtuvieron la información de los amigos 25.0% seguido de la enfermera 22.5%. (Anexo. Cuadro 11).

El tiempo de utilización del método de planificación familiar más frecuente fue 12 meses o menos correspondiendo al 72.9%, de los cuales 11 adolescentes han tenido efectos adversos, figurando con mayor frecuencia el sangrado disfuncional a causa de la depoprovera, presentándose en 7 adolescentes. (Cuadro 12)

Discusión

En nuestro estudio se demostró que la mayor asistencia a los espacios de jóvenes fue en la adolescencia tardía, esto concuerda con la literatura e investigaciones previas, en las que este grupo de edad es el más interesado en la búsqueda de conocimientos como parte de la responsabilidad que va adquiriendo en lo que respecta a su vida sexual y reproductiva que iniciará o ya ha iniciado. No siendo así para el grupo de los inasistentes que se encontraban en la adolescencia media y aun no han adquirido la responsabilidad del grupo de mayor edad.

La mayoría de los asistentes pertenecen al sexo femenino siendo comúnmente la mujer la más interesada en controlar su fecundidad, así como el seguimiento de sus controles prenatales en caso de embarazos precoces. Por otro lado los servicios de salud se orientan más hacia la mujer que hacia el hombre, encontrando que a la mujer se le dan más alternativas y servicios a través de los programas priorizados por el Ministerio de Salud madre-niño como: Planificación familiar, Control Prenatal, Puerperio y Vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo.

El mayor porcentaje de asistentes son del área urbana, por la ubicación de dicho centros en estos sitios, siendo menos accesible para los (as) adolescentes del área rural influyendo para estos además de la distancia el factor económico y sociocultural. (4,5 y 10).

En cuanto a las características sociales en su mayoría tanto los asistentes como los inasistentes son alfabetos, estudiantes de secundaria y solteros, que al pertenecer al área urbana tienen mayor acceso a la educación, lo que concuerda con las estadísticas nacionales de salud que mientras más años de educación tiene un adolescente, menos probabilidades existe de quedar embarazada a corta edad, la educación no se ve interrumpida y no hay uniones conyugales forzadas a causa de un embarazo no deseado. (1)

Al evaluar los conocimientos de ambos grupos se encontró que los asistentes tienen mejores conocimientos sobre los métodos de planificación familiar, siendo en varios aspectos la diferencia estadísticamente significativa. En los espacios de jóvenes, estos reciben educación continua en planificación familiar y otros temas de salud sexual y reproductiva a través de charlas individuales, grupales, ligas del saber, congresos y seminario organizados por el personal responsable de los espacios de jóvenes, explicando su ventaja sobre los inasistentes. Aparte de esta diferencia, cabe resaltar que en varios aspectos ambos grupos, asistentes e inasistentes, tenían limitados conocimientos.

Al analizar los resultados sobre las actitudes mediante el escalamiento de Likert, nos damos cuenta que los asistentes tienen en su mayoría actitudes muy favorables y favorables en relación a aspectos de salud sexual y reproductiva, porque estuvieron de acuerdo en retrasar el inicio de las relaciones sexuales, planificando desde su primera relación sexual en coordinación con su compañero, negando que el aborto sea un método de planificación familiar y aduciendo que los (as) adolescentes deben de tener acceso a los métodos de planificación familiar sin ningún tabú social.

Los inasistentes que a pesar de tener un menor nivel de conocimiento tienen actitudes muy favorables y favorables, según la literatura "Marketing Social" las actitudes del individuo no solo dependen del conocimiento sino que también se encuentran determinadas por el sistema socio-cultural en que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la familia en todo el grupo socio-familiar es de suma importancia. Partiendo de la organización celular básica de la sociedad, la familia, los valores, los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. (12).

De los adolescentes que ya iniciaron vida sexual activa más de la mitad pertenecen al grupo de los asistentes lo que explica su necesidad de búsqueda de información en los espacios de jóvenes por la responsabilidad que determina el iniciar esta práctica. El IVSA en ambos grupos predominó en la adolescencia media en la cual el (la) adolescente se siente preparado física y emocionalmente. (10)

Al investigar sobre las características gineco- obstétricas de las adolescentes, las asistentes han tenido mayor porcentaje de embarazos, abortos, partos y cesáreas, demandando de forma más frecuente este servicio, por la necesidad de asegurar su exitosa natalidad y por la cultura machista que deposita en las muchachas toda la responsabilidad, eximiendo al varón de la parte que le corresponde como lo indica el Manual de procedimiento para la atención integral a las (os) adolescentes. (10)

Al valorar las prácticas se determinó que son adecuadas para el grupo de los inasistentes, ya que más de la mitad han retrasado el inicio de su vida sexual activa y de los que tienen vida sexual activa la mayoría están planificando, siendo el método más usado el condón, determinado por el tipo de prácticas sexuales que al ser solteros con parejas inestables y relaciones sexuales esporádicas u ocasionales los obliga a elegir un método anticonceptivo que se ajuste a sus necesidades.

Para el grupo de los(as) asistentes las prácticas fueron inadecuadas, que a pesar de tener mejor conocimientos y actitudes favorables no se obtuvo lo que se espera, que al tenerse buenos conocimientos y actitudes las prácticas resulten adecuadas, sin embargo como lo indica "*Marketing social*" en teoría se considera que las actitudes tienen potencial para predecir la conducta humana, aunque en la práctica se comprueba que aquella nunca es del todo predecible. (12).

Más de la mitad de los asistentes ya iniciaron vida sexual y los inyectables fueron el método anticonceptivo más usado por su situación conyugal, llevándolos a elegir un método de planificación familiar continuamente que no interfiera en su relación sexual.

De los (as) asistentes la mayor parte obtuvieron el método de planificación familiar en el Centro de salud y los (as) inasistentes en la farmacia. Los asistentes al conocer los servicios que ofertan los espacios obtienen los métodos gratuitamente, sin embargo los (as) adolescentes inasistente tal vez por desconocimiento de los servicios que prestan estas clínicas o bien por temor a los tabú de la sociedad, se ven en la

obligación de buscar los métodos en servicios privados, teniendo que pagar altos costos por ellos.

El tiempo de utilización de los métodos fue de 12 meses o menos, en comparación con grupos de mayor edad este tiempo relativamente corto se debe a que algunos (as) apenas están iniciando sus relaciones sexuales o sus parejas son inestables. (10)

El efecto adverso que más se presentó en las usuarias fue el sangrado disfuncional causado por la depoprovera que concuerda con “Lo esencial de la tecnología anticonceptiva”. (11)

Conclusiones

El grupo de los asistentes mostraron mejores conocimientos y actitudes que los inasistentes, pero las prácticas de estos fueron más adecuadas. Aparte de esta diferencia, en algunos aspectos del conocimiento, ambos grupos mostraron debilidades.

Las actitudes de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes son en gran medida muy favorable y favorables, ya que consideran importante retrasar el inicio de las relaciones sexuales, planificando desde la primera relación sexual en coordinación con su pareja, negando que el aborto sea un método de planificación familiar y a favor de los adolescentes a tener acceso a los métodos anticonceptivos sin ningún tabú social.

Las prácticas son adecuadas para los(as) inasistentes porque más de la mitad no ha iniciado vida sexual activa y de los que ya iniciaron más del 50% están planificando. Sin embargo resultaron ser inadecuadas para los(as) asistentes, de los cuales más de la mitad han iniciado vida sexual activa, y de ellos menos del 50% están planificando.

Recomendaciones

- Mejorar la calidad de la enseñanza impartida en los espacios de jóvenes.
- Evaluación continúa de la calidad de la enseñanza de los espacios de jóvenes.
- El ministerio de salud amplió la cobertura de atención a los adolescentes a través de la creación de espacios de jóvenes en otros departamentos y municipios de país, donde no gozan de este servicio.
- Promover la concurrencia a estos espacios de forma temprana para que los(as) asistentes lleguen a tener buenas prácticas a mayor edad, evitando acudir hasta que se presenta un evento obstétrico o control de la fertilidad después de este.

Referencias

1. Ing. Enrique F. Estado de la población mundial. El nuevo diario. 2006/07/03. 25450-30k.
2. MINSA/UNFPA. Hoja de hechos. Consulta nacional del plan de salud. EMCOR. 2000.
3. Danilo A. Marcos M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en estudiantes adolescentes del instituto Jonathan González. El sauce segundo semestre 1996.
4. Marycela C. Esperanza C. Conocimientos, usos y planes futuros de los métodos de planificación familiar en adolescentes en el puerperio. Octubre 1998- Marzo 1999.
5. Pablo C. Jorge A. Juan B. Métodos de planificación familiar: Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes de nuevo ingreso, UNAN- LEÓN, Abril-Junio 2004.
6. UNAN, UNFPA. Salud Sexual y Reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Imprimatur Artes Gráficas. Febrero 1998.
7. Roger H. Brunign, Gregory J. Schraw y Royce R. Ronning. La memoria: Estructura y modelos. Traducción hecha con propósitos educativos por la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UMSS. Tomado del libro Cognitive Psychology and Intruction. Capítulo 3. New Jersey Merrill (1995).
8. Thomas L. Good y Jere Brophy. Procesamiento, recuerdo y reestructuración de lo que se aprende. Psicología educativa contemporánea. Capítulo 8. Quinta edición McGraw Hill. Traducción 1995.
9. Patrick J. Trainin research and practice. El aprendizaje y la adquisición de habilidades. Academic Press, 1999.
10. Leal J. El proceso de cambio de comportamientos en Marketing Social. Gestión de Marketing Social. Serie McGraw-Hill de Management. España. 2000.
11. Kretch, D., Cruchfields, S., y Ballachy, E.L Individual in society. MacGraw-Hill. Nueva York 1962.
12. Allport G.W. Attitudes. In a handbook of social psychology. C. Murchison; Págs789-844, Clark University Press, Worcester, Massachusetts. 1935.

13. Katz, I. The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion Quarterly*, 24. 1960. págs. 163-204.
14. MINSA. Manual de procedimiento para la atención integral a las y los adolescentes. EMCOR. Managua, Septiembre 2002.
15. Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J.S. y Shelton, J.D. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore, Facultad de salud pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población, 1999.

Anexos

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes (as) asistentes e inasistentes al espacio de jóvenes en el municipio de Camoapa (Boaco) y San Isidro (Matagalpa), en el período comprendido de Marzo- Abril del 2007.

Estimado joven, la información solicitada es para fines de un estudio el cual servirá para orientar los esfuerzos hacia la educación de la juventud. Le garantizamos la confidencialidad de la información que nos brinden.

SECCIÓN 1. DATOS GENERALES			
1.1 Ficha No	/___/___/	1.2 ¿Cuántos años cumplidos tiene?	/___/___/
1.3 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	1.4 ¿De donde es?	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural
1.5 ¿Sabe leer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1.6 ¿Sabe escribir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1.7 Si sabe leer y escribir, ¿Cuál es su grado de escolaridad?	<input type="checkbox"/> No fue a la escuela <input type="checkbox"/> 1-3 primaria <input type="checkbox"/> 4-6 primaria <input type="checkbox"/> 1-3 secundaria o técnico <input type="checkbox"/> 4-5 secundaria o superior <input type="checkbox"/> universitaria	1.8 ¿Cuál es su ocupación?	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
1.9 ¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Acompañado(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	1.10 ¿Cuál es su religión?	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna
SECCIÓN 2. CONOCIMIENTOS			
Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.			
2.1 ¿Sabe lo que significa planificación familiar?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Marque si o no sobre los métodos que conoce o ha oído hablar.					
2.2 Esterilización femenina (Ligadura de trompas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.3 Esterilización masculina (Vasectomía)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.4 Píldoras (Pastillas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.5 DIU (T de cobre, aparato)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.6 Inyección anticonceptiva (Mensual o cada 3 meses)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.7 Abstinencia periódica (Ritmo, Calendario, Billings)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.8 Condón (Femenino, masculino)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.9 Diafragma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.10 Espuma, Jalea, óvulos (Métodos vaginales)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.11 Método de amenorrea por lactancia (MELA)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2.12 Anticoncepción de emergencia (Píldora de la mañana siguiente)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.13 Retiro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo? Si_____ No_____					
2.14 Si una mujer va a iniciar a usar pastillas anticonceptivas ¿A los cuántos días después que le viene la regla debe empezar a tomarla?	<input type="checkbox"/> El mismo día <input type="checkbox"/> Del 1 día a los 7 días <input type="checkbox"/> A los 7 días <input type="checkbox"/> A los 10 días <input type="checkbox"/> No se		2.15 Si una mujer planifica con pastillas ¿debe tomarla todos los días o solo cuando tiene relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Todos los días. <input type="checkbox"/> Solo cuando tiene relaciones. <input type="checkbox"/> No se.	
2.16 ¿En que momento del período menstrual es más probable que una mujer quede embarazad?	<input type="checkbox"/> Durante la regla. <input type="checkbox"/> Después de la regla. <input type="checkbox"/> A la mitad entre una regla y otra. <input type="checkbox"/> Pocos días antes de la regla <input type="checkbox"/> No se.		2.17 ¿Cuál de los métodos de planificación familiar que conoce usted evita enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/> Esterilización femenina <input type="checkbox"/> Esterilización masculina <input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Inyección anticonceptiva <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Métodos naturales <input type="checkbox"/> MELA	

2.18 ¿En que momento usted considera que una pareja debería empezar a planificar?	<input type="checkbox"/> Cuando empieze a tener relaciones sexuales. <input type="checkbox"/> Cuando decida no tener más hijos. <input type="checkbox"/> Cuando el médico se lo indique. <input type="checkbox"/> Otros.	2.19 ¿Sabe en que lugar un adolescente puede conseguir un método?	<input type="checkbox"/> Si. ¿Dónde?: _____ <input type="checkbox"/> No
--	---	--	---

SECCIÓN 3. ACTITUDES

Para las siguientes situaciones marque 5=Si usted está totalmente de acuerdo con la aseveración; 4=De acuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 1= Totalmente en desacuerdo

Aseveración	1	2	3	4	5
Las relaciones sexuales deben iniciarse a temprana edad.					
La planificación familiar debe iniciarse con la primera relación sexual, mutuo acuerdo de la pareja.					
El hombre es el que decide la planificación familiar.					
El aborto es un método de planificación familiar.					
Los (a) adolescentes deben de tener acceso a los métodos de planificación familiar sin ningún tabú social o familiar					

SECCIÓN 4. PERFIL GINECO- OBSTETRICO

4.1 ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si su respuesta es si, pase a las siguientes preguntas. Si su respuesta es no, se da por terminada la entrevista.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4.2 ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?	/___/___/
4.3 ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en su vida?	/___/___/	4.4 ¿Alguna vez ha estado embarazada? Si la respuesta es si conteste las siguientes preguntas.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.5 ¿Cuántas veces ha estado embarazada?	/___/___/	4.6 ¿Cuántos han sido abortos?	/___/___/

4.7 ¿Cuántos han sido partos?	/__/__/	4.8 ¿Cuántos han sido cesaría?	/__/__/		
4.9 Si ha tenido más de un hijo ¿Cuánto paso entre el nacimiento de uno y el embarazo del otro en meses? /__/__/	4.10 ¿Esta embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
SECCIÓN 5. PRACTICAS					
Aplicable solo para adolescentes que ya iniciaron vida sexual activa					
¿Usa en la actualidad usted o su pareja alguno de los siguientes métodos para evitar un embarazo? Marque solo un método.					
5.1 ¿Esta usted operada para no tener hijos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	5.2 ¿Esta su esposo operado para no tener hijos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.3 Pastillas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	5.4 DIU (T de cobre, aparato)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.5 Inyección de mes o de 3 meses	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	5.6 Condón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.7 Métodos vaginales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	5.8 MELA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5.9 Abstinencia periódica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	5.10 Retiro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usa algún método? Si____ No____					
5.11 ¿Ha usado alguna vez anticoncepción de emergencia (Píldoras para la mañana siguiente)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		5.12 ¿Actualmente que método esta utilizando?	_____	
5.13 ¿Dónde obtiene el método utilizado actualmente?	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> C/S <input type="checkbox"/> P/S <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Otros		5.14 ¿De quien obtuvo información sobre el método que esta utilizando?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Promotor de salud <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Maestros <input type="checkbox"/> Ninguno	

5.15 ¿Cuánto tiempo tiene de utilizar este método? _____		5.16 ¿Ha tenido algún problema de salud por el uso del método actual?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.17 Si la respuesta a la pregunta 5.16 fue si, especifique el problema. _____			

Cuadro 1: Distribución porcentual de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes en relación a sus características generales. Camoapa y San Isidro 2,007.

Variables	Asistentes n= 200	Inasistentes n= 200
Edad en años		
✓ 13	7.0	6.5
✓ 14 a 16	39.5	58.5
✓ 17 a 19	53.5	35.0
Sexo		
✓ Femenino	73.5	63.5
✓ Masculino	26.5	36.5
Procedencia		
✓ Urbano	85.0	58.5
✓ Rural	15.0	41.5
Total	100.0	100.0

Cuadro 2: Distribución porcentual de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes según escolaridad y ocupación. Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes	Inasistentes
	N= 200	n= 200
Escolaridad		
✓ No fue a la escuela	1.0	1.0
✓ 1- 3 primaria	8.0	3.5
✓ 4- 6 primaria	11.0	19.5
✓ 1- 3 secundaria	33.5	3.5
✓ 4- 5 secundaria	40.0	68.0
✓ Universitaria	6.5	4.5
Ocupación		
✓ Estudiante	65.0	89.5
✓ Ama de casa	28.5	8.0
✓ Agricultor	0.5	0.5
✓ Ganadero	1.5	0.5
✓ Otros	4.0	1.5
✓ Ninguno	0.5	0.0
Total	100.0	100.0

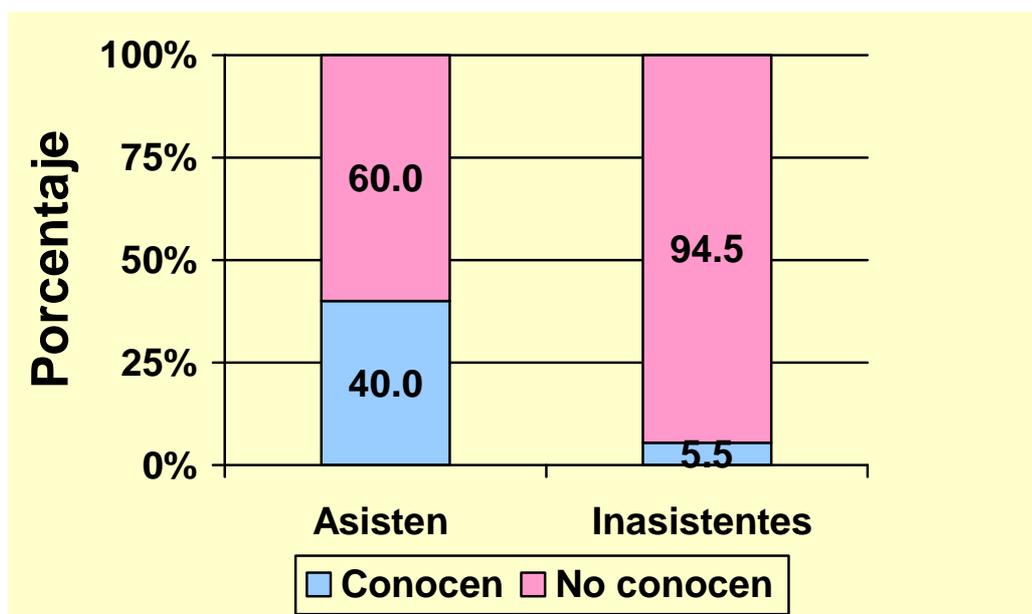
Cuadro 2: Distribución porcentual de los(as) adolescentes según situación conyugal y religión, entre asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y San Isidro, 2007 (Continuación)

Variables	Asistentes	Inasistentes
	n= 200	n= 200
Situación conyugal		
✓ Soltero (a)	68.0	90.0
✓ Acompañado (a)	25.0	8.5
✓ Casada (a)	6.5	1.5
✓ Divorciado (a)	0.5	0.0
Religión		
✓ Católica	82.0	71.5
✓ Evangélica	10.5	9.5
✓ Testigo de Jehová	2.0	6.0
✓ Otras	0.5	1.0
✓ Ninguna	5.0	12.0
Total	100.0	100.0

Cuadro 3: Porcentaje de adolescentes(as) que conocían determinados métodos anticonceptivos asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y San Isidro 2007.

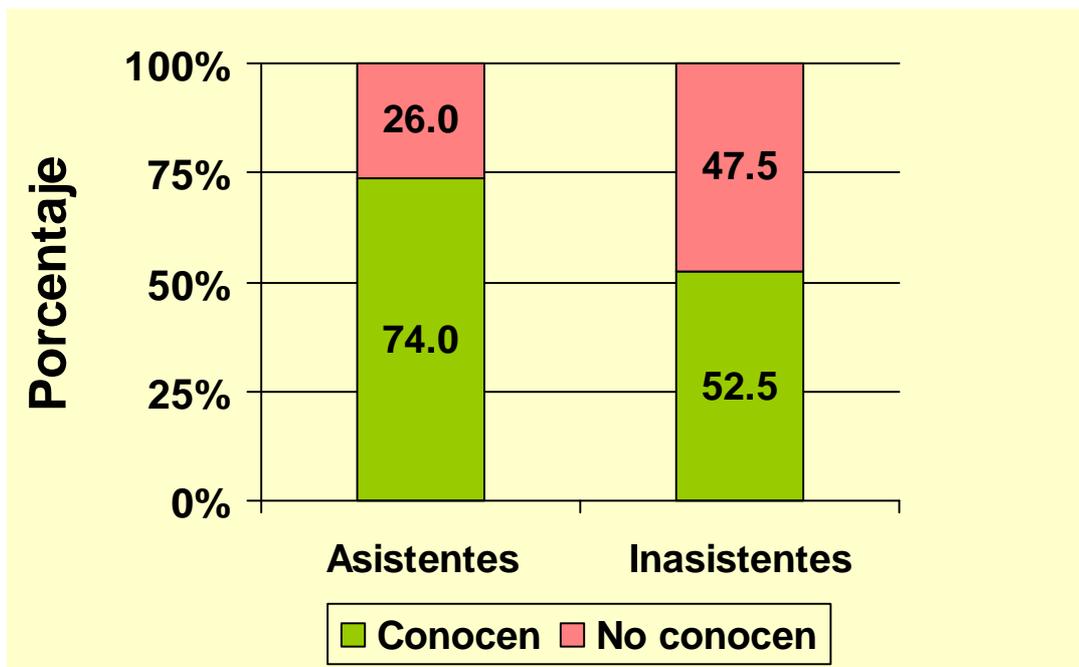
Métodos	Asistentes	Inasistentes	Valor
	n= 200	n= 200	P
Píldoras	95.0	90.5	0.08
Inyectables	93.5	85.5	0.01
Condón	91.5	95.0	0.16
Esterilización femenina	70.0	49.0	0.00
Retiro	62.8	37.2	0.00
Píldora de la mañana siguiente	47.0	44.0	0.54
DIU	40.5	33.0	0.12
Esterilización masculina	35.0	32.5	0.01
Abstinencia periódica	32.0	29.5	0.58
Métodos vaginales	28.5	18.0	0.01
MELA	24.5	13.5	0.00
Diafragma	16.5	9.5	0.03

Gráfico 1: Porcentaje de adolescentes(as) asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes que conocen el período del ciclo menstrual en que debe iniciarse a tomar las píldoras. Camoapa y San Isidro 2007.¹



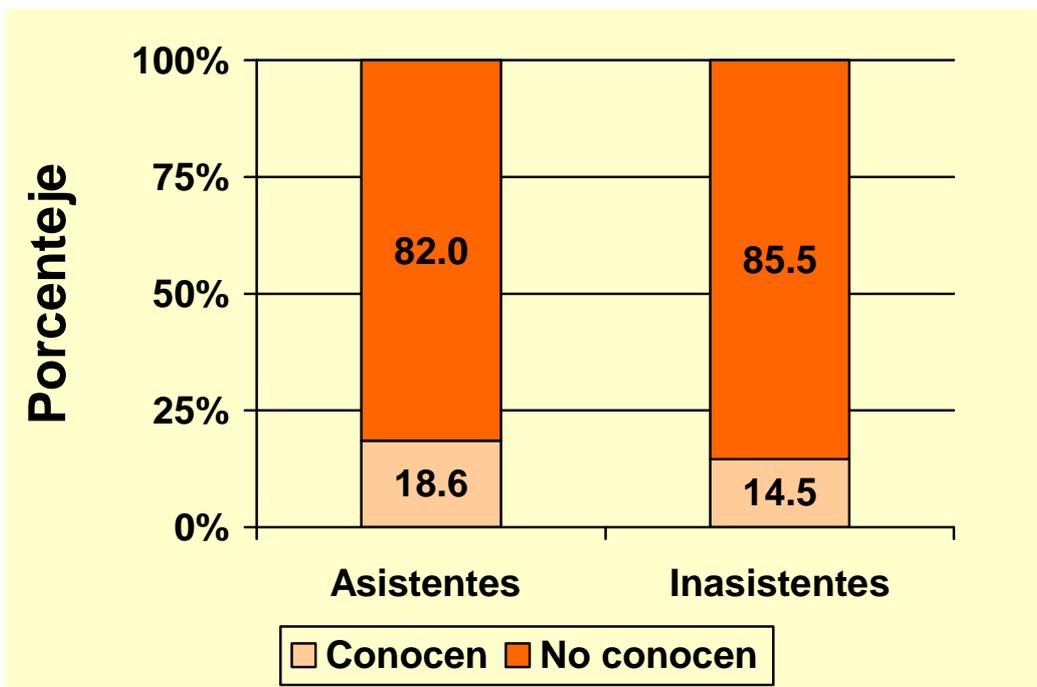
¹ Valor de P= 0.00

Gráfico 2: Porcentaje de adolescentes (as) que conocen que las píldoras anticonceptivas se toman diariamente, entre asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y San Isidro 2007.²



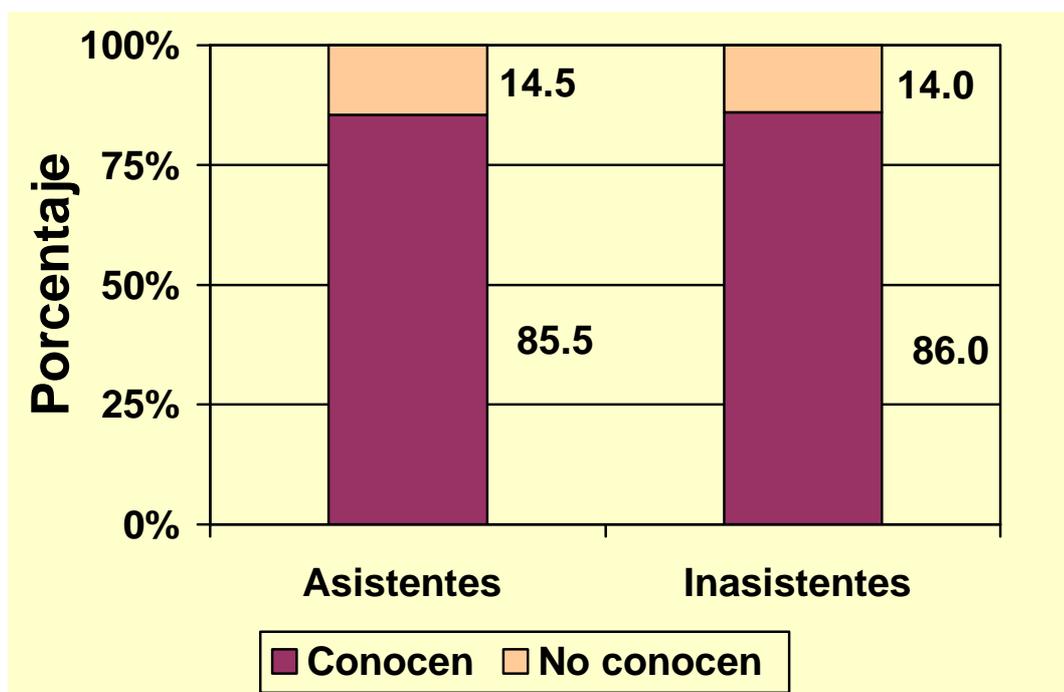
² Valor de P= 0.00

Gráfico 3: Porcentaje de adolescentes(as) asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes que conocen el período más fértil dentro del ciclo menstrual. Camoapa y San Isidro 2007.³



³ Valor de P= 0.35

Gráfico 4: Porcentaje de adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes que conocen la efectividad del condón en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Camoapa y San Isidro, 2007. ⁴

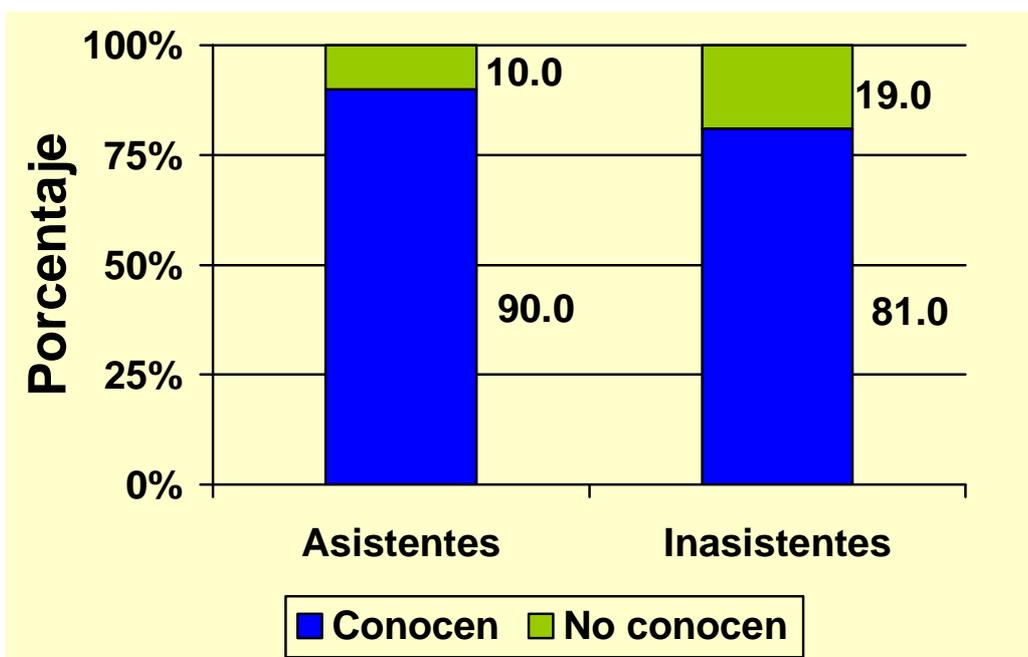


⁴ Valor de P= 0.67

Cuadro 4: Distribución porcentual de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes según sus opiniones sobre el momento de inicio de la planificación familiar. Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes	Inasistentes
	n= 200	n= 200
Cuando empiezan a tener relaciones sexuales.	60.5	66.0
Cuando decidan no tener más hijos.	15.5	14.0
Cuando el médico lo indique.	18.0	15.0
Otros	6.0	5.0
Total	100.0	100.0

Gráfico 5: Porcentaje de adolescentes asistentes e inasistentes que conocen lugares donde pueden conseguir un método anticonceptivo. Camoapa y San Isidro, 2,007.⁵



⁵ Valor de P= 0.01

Cuadro 5: Porcentaje de adolescentes(as) que mencionan determinados lugares donde pueden adquirir un método anticonceptivo. Camoapa y San Isidro, 2007.

Lugares	Asistentes	Inasistentes
	n= 180	n= 162
Centro de salud	76.6	52.2
Farmacia	45.0	52.5
Hospital	0.6	5.6
Pulperías	0.6	1.2
Puestos de salud	0.0	1.2
Profamilia	0.0	0.6
Colegio	0.0	0.6

Cuadro 6. Distribución porcentual de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes, según niveles de conocimientos sobre los métodos de planificación familiar. Camoapa y San Isidro, 2007.

Nivel de conocimientos	Asistentes	Inasistentes
	n= 200	n= 200
Buen conocimiento	83.0	69.0
Poco conocimiento	15.0	25.5
Ningún conocimiento	2.0	5.5
Total	100.0	100.0

Cuadro 7. Distribución porcentual de los(as) adolescentes según actitudes sobre salud sexual y reproductiva en relación a su asistencia a los espacios de jóvenes Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes	Inasistentes
	N= 200	n= 200
Las relaciones sexuales deben iniciarse a temprana edad.		
✓ Totalmente de acuerdo	6.5	4.5
✓ De acuerdo	7.0	3.0
✓ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12.5	13.0
✓ En desacuerdo	16.0	29.0
✓ Totalmente en desacuerdo	58.0	50.5
La P/F debe iniciarse con la primera relación sexual.		
✓ Totalmente de acuerdo	36.0	38.5
✓ De acuerdo	30.0	33.0
✓ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21.0	16.0
✓ En desacuerdo	4.5	9.0
✓ Totalmente en desacuerdo	8.5	3.5
El hombre es el que decide la planificación familiar.		
✓ Totalmente de acuerdo	3.5	4.5
✓ De acuerdo	12.5	8.0
✓ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16.0	21.0
✓ En desacuerdo	33.5	35.0
✓ Totalmente en desacuerdo	34.5	31.5
Total	100.0	100.0

Cuadro 7. Distribución porcentual de los(as) adolescentes según actitud sobre salud sexual y reproductiva en relación a su asistencia a los espacios de jóvenes Camoapa y San Isidro, 2007. (Continuación).

Variables	Asistentes	Inasistentes
	N= 200	n= 200
El aborto es un método de planificación familiar.		
✓ Totalmente de acuerdo	3.0	5.0
✓ De acuerdo	5.5	2.5
✓ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11.5	8.0
✓ En desacuerdo	8.0	16.0
✓ Totalmente en desacuerdo	72.0	68.0
Los (as) adolescentes deben de tener acceso a los métodos de planificación f.		
✓ Totalmente de acuerdo	43.5	32.0
✓ De acuerdo	20.0	28.0
✓ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25.5	23.5
✓ En desacuerdo	1.5	7.0
✓ Totalmente en desacuerdo	9.5	9.5
✓ Total	100.0	100.0

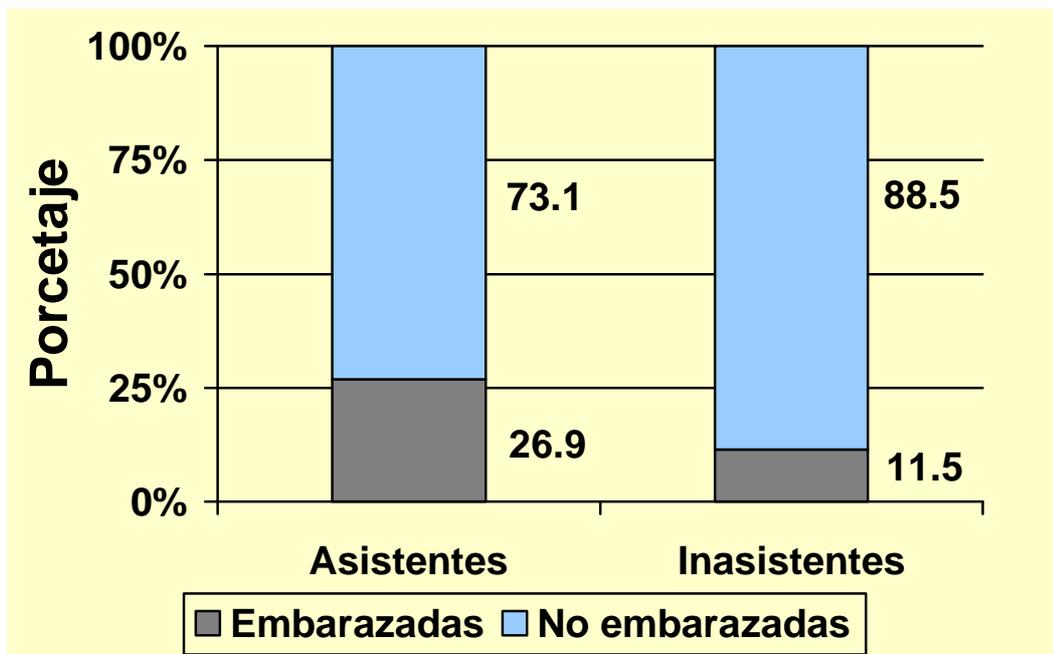
Cuadro 8. Distribución porcentual de los antecedentes de la vida sexual de los(as) adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes N= 200	Inasistentes n= 200
Inicio de vida sexual activa.		
✓ 13 años o menos	8.5	5.5
✓ 14 a 16 años	40.5	13.0
✓ 17 a 19 años	10.5	7.5
N° de compañeros sexuales.		
✓ 1	38.5	12.0
✓ 2 a 5	16.0	12.0
✓ 6 a 10	4.0	1.0
✓ 11 a más	1.0	1.0
Total	59.5	26.0

Cuadro 9. Distribución de las adolescentes asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes, según características gineco- obstétricas. Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes n= 91	Inasistentes n= 29
N°de embarazos		
✓ Ninguno	28.6	34.5
✓ 1 (uno)	55.0	41.4
✓ 2 (Dos)	15.3	13.8
✓ 3 (tres)	1.1	10.3
N°de abortos		
✓ Ninguno	92.3	89.7
✓ 1 (uno)	6.6	10.3
✓ 2 (dos)	1.1	0.0
N°de partos		
✓ Ninguno	67.0	55.2
✓ 1 (uno)	29.7	41.4
✓ 2 (dos)	3.3	0.0
✓ 3 (tres)	0.0	3.4
N°de cesáreas		
✓ Ninguno	93.4	89.7
✓ 1 (una)	4.4	3.4
✓ 2 (dos)	1.1	6.9
✓ 3 (tres)	1.1	0.0
Total	100.0	100.0

Gráfico 6. Porcentaje de adolescentes embarazadas actualmente asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y san Isidro, 2007. ⁶

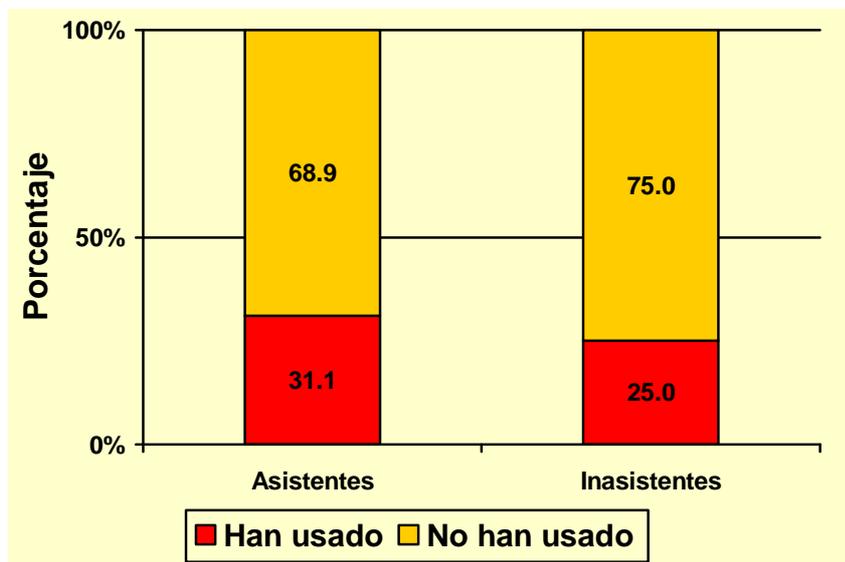


⁶ Valor de P= 0.03

Cuadro 10: Prevalencia (%) de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes que han tenido relaciones sexuales, según si son o no asistentes a los espacios de jóvenes. Camoapa y San isidro, 2007.

Métodos	Asistentes n= 119	Inasistentes n= 52	Valor P
Método usado			
✓ Condón	21.0	36.5	0.03
✓ Inyectables	23.5	13.5	0.13
✓ Pastillas	8.4	13.5	0.31
✓ MELA	1.7	7.7	0.05
✓ Abstinencia periódica	0.8	3.8	0.16
✓ Esterilización femenina	0.0	1.9	0.13
✓ Retiro o coitus interruptus	0.8	0.0	0.50
✓ Total	56.3	76.9	0.01

Gráfico 7. Porcentaje de adolescentes (as) asistentes e inasistentes a los espacios de jóvenes que han usado alguna vez anticoncepción de emergencia. Camoapa y San Isidro, 2007.⁷



⁷ Valor de P= 0.42

Cuadro 11. Proveedores de métodos de planificación familiar conocidos por los(as) adolescentes en relación a la asistencia a los espacios de jóvenes. Camoapa y San Isidro, 2007.

Variables	Asistentes	Inasistentes
	n= 119	n= 52
De donde obtiene el método de P/F.		
✓ Centro de Salud	61.2	30.0
✓ Farmacia	14.9	40.0
✓ Hospital	13.4	7.5
✓ Otros	7.5	15.0
✓ Amigos	1.5	2.5
✓ Pareja	0.0	5.0
✓ Puesto de Salud	1.5	0.0
De quien obtuvo la información.		
✓ Enfermera	37.3	22.5
✓ Médico	29.9	15.0
✓ Amigos	10.4	25.0
✓ Promotor de Salud	11.9	7.5
✓ Medios de Comunicación	6.0	7.5
✓ Ninguno	3.0	12.5
✓ Padres	1.5	5.0
✓ Maestros	0.0	5.0
Total	100.0	100.0

Cuadro 12. Frecuencia de adolescentes que presentaron efectos adversos por el uso de métodos anticonceptivos. Camoapa y San Isidro. Marzo- Abril 2007.

Variables	Asistentes n= 11
Condón	
✓ Alergia	1
Depoprovera	
✓ Cefalea	1
✓ Sangrado disfuncional	6
Norigynon	
✓ Amenorrea	1
✓ Cefalea y náuseas	1
Píldoras	
✓ Sangrado disfuncional	1
Total	11