UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE MEDICINA

"CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA – LOJA- ECUADOR, FEBRERO- JULIO 2010"

Tesis de Grado previa a la obtención del título de Médica General.

ESTUDIANTE:

Erma Verenise Rojas Granda

DIRECTOR:

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego

Loja – Ecuador

2011

CERTIFICACIÓN

Dr.
Bolívar Eduardo Samaniego
DOCENTE DEL ÁREA DE SALUD HUMANA

CERTIFICO:

Haber supervisado el desarrollo, revisado y corregido el trabajo de Investigación denominado **"CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO NACIONAL MIXTO VILCABAMBA –LOJA- ECUADOR, FEBRERO- JULIO 2010"** de autoría de la Srta. Estudiante Erma Verenise Rojas Granda, misma que reúne los requisitos que exige el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación.

Atentamente:

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego
Docente del Área de Salud Humana
Director de tesis

AUTORÍA

Las opiniones, conceptualizaciones, conclusiones y recomendaciones, así como los resultados y análisis vertidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Erma Verenise Rojas Granda

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por la vida y el camino recorrido, por no apartarse de mi lado en los momentos más difíciles, a mis padres y abuelitos quienes con mucho amor y paciencia han contribuido en mi crecimiento profesional.

A la Universidad Nacional de Loja y a los docentes del Área de la Salud Humana, por darme la oportunidad de aprender.

Un agradecimiento especial a mi director de tesis Dr. Bolívar Eduardo Samaniego, por su apoyo y asesoramiento en esta investigación.

A mis compañeros de clases, por brindarme su amistad y compañía en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

Erma Verenise Rojas Granda

DEDICATORIA

Con humildad y gratitud dedico la presente tesis a Dios por ser el centro de mi vida, a mis padres Gladis y Agustin por su ternura, comprensión, por el apoyo incondicional que me han brindado y porque con su manera de afrontar la vida, me he contagiado de su optimismo y pasión por vivirla; y a mis abuelitos Maximino y Romelia por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, tíos y primos por su apoyo moral e incentivo a seguir con mis estudios.

Erma Verenise Rojas Granda

ÍNDICE

Tema…… I

Certificación……..…….. II

Autoría……...III

Agradecimiento…….……..…….. IV

Dedicatoria……..……..V

Índice…….…… 1

Resumen……...…...… 2

Summary……..……...…… 3

Introducción……..….. 4

Revisión de literatura…….……..... 6

Metodología……. 24

Presentación de resultados……..... 29

Discusión……..……33

Conclusiones…….. 35

Recomendaciones……..... 36

Bibliografía……...37

Anexos…….. 40

2. RESUMEN

El presente trabajo de tesis se llevó a efecto en la Provincia de Loja, Ciudad Loja; parroquia Vilcabamba; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba en el periodo febrero- julio del 2010, ciclo bachillerato.

Tomando como instrumento de investigación la encuesta, se procede a aplicarla a 159 alumnos del bachillerato.

Se ha constatado que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes en el sexo femenino es mayoritario en relación al sexo masculino ya que no poseen un conocimiento claro sobre los respectivos métodos anticonceptivos que conocen.

En el sexo femenino el 29 % de las estudiantes conocen los preservativos y un 25 % la píldora del día después, ya que en el sexo masculino el método mas conocido es el preservativo y la píldora anticonceptiva, siendo los preservativos e píldoras anticonceptivas y la píldora del día después los métodos anticonceptivos mas utilizados.

De los estudiantes encuestados que más conocen sobre el tema, la información la obtuvieron por parte de amigos, profesores y libros y les gustaría informarse más por parte de los profesores y educadores de salud.

La estrategia que se utilizó para instruir a los estudiantes de dicho establecimiento fue a través de la entrega de trípticos, en donde informamos de manera concreta y veraz acerca del tema de MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, además del análisis realizado entre los estudiantes de dicho establecimiento.

3. Summary

This thesis work was put into effect in the Province of Loja, Loja city, parish Vilcabamba, whose objective was to determine the level of knowledge and practice of contraception in the National Joint school students Vilcabamba in the period from February to July 2010, school cycle.

Taking the survey research instrument, we proceed to apply it to 159 high school students.

It was found that the level of knowledge about contraception of female students in a majority relative to males because they do not have a clear understanding of the respective contraceptive methods known

Among females, 29% of the students know condoms and 25% the morning after pill, as in the male the best known method is the condom and the pill, condoms and pills being the contraceptive and the pill morning-after contraceptive methods most used

Of the students surveyed most knowledgeable on the subject, they obtained information from friends, teachers and books and would like to learn more from teachers and health educators.

The strategy used to teach students of that establishment was through the delivery of leaflets, where concretely informed and truthful about the issue of contraceptive methods, the analysis also among students of that establishment

4. INTRODUCCIÒN

La sexualidad es parte de la vida y se manifiesta desde el momento que se nace y a lo largo de toda la existencia. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que son nuestros derechos tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infecciones ni de embarazos no deseados, poder regular la fertilidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, poder tener embarazos, partos seguros y criar hijos saludables”[1]

La poca información en los adolescentes, en especial en escuelas y colegios, provoca que los jóvenes tengan mayor inquietud de experimenten su cuerpo y busquen experiencias sexuales a temprana edad.

En los estudios de población, se han abordado diversos aspectos dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tales como: embarazo adolescente, uso de métodos anticonceptivos, riesgo de contagio de ITS y VIH-SIDA e implicaciones del género entre otros.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 2004, se asienta en el capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, que a la letra dice:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias…entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.”1

[1] http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_nota_inicio.php

El presente trabajo de investigación se llevó a efecto en la Provincia de Loja, Ciudad Loja; parroquia Vilcabamba; cuyo objetivo fuè determinar el nivel de conocimientos y practicas de métodos anticonceptivos en estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba en el periodo febrero- julio del 2010, ciclo bachillerato.

Para el análisis de resultados se procedió a tabular las encuestas y determinar los diferentes índices de conocimientos sobre el tema propuesto en los jóvenes adolescentes estudiantes.

La metodología utilizada fue encuesta aplicable en el presente trabajo con procedimientos y técnicas utilizados en la investigación de la información requerida.

Conclusiones y recomendaciones se realizo después de ejecutar la investigación y estudio de las encuestas realizadas y se plantea recomendaciones las cuales servirán de pilar fundamental para la toma de decisiones por parte de los directivos de la institución educativa.

En la bibliografía se resume las principales fuentes bibliográficas que sirvieron como sustento del presente trabajo investigativo.

Finalmente los anexos incluyen las bases del estudio realizado.

5. REVISIÓN LITERARIA

DEFINICIONES:

✓ Adolescencia: Período comprendido entre los 10 y 19 años. Incluye cambios biológicos psicológicos y sociales.

✓ Pubertad Normal: Etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales. Ocurre de los 8 a 13 años en mujeres y de los 9 a 14 años en hombres.

SEXUALIDAD

"La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociados a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida"[2]

"La sexualidad son los procesos de diferenciación biológicos, psicológicos, energéticos, sociales y culturales de las personas desde el nacimiento hasta los 19 años de edad"[3]

Que es concepción?

La concepción, *impregnación o fecundación*, la fusión de dos células sexuales o gametos en el curso de la reproducción sexual.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

[2] http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad
[3] Labrador F., *Guía de la Sexualidad*, 1995, Madrid. Espasa Calpe pag 1

Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.[1]

Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia

Cómo se clasifican?

Los métodos anticonceptivos se clasifican en: naturales y hormonales.

¿Qué son métodos naturales y en qué se basan?

Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo; por lo tanto no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo.

Estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo no sólo de un embarazo no deseado sino de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Abstinencia periódica

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada.

La eficacia de la abstinencia periódica se basa en saber cuándo ocurre el período de fertilidad. La mujer se vale de diferentes signos para saber cuándo está fértil y durante ese tiempo, no tiene relaciones sexuales. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual:

Los métodos naturales son:

✓ Coito interrumpido: consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación lo que significa que el semen no quedará dentro de la mujer. Este método es de alto riesgo puesto que antes de la eyaculación el hombre arroja un líquido que contiene espermatozoides y que puede fecundar.

✓ Ritmo o calendario: consiste en registrar los ciclos menstruales durante un año para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer en los que se corre mayor riesgo

de embarazo. Implica evitar las relaciones sexuales coitales durante los días fértiles que son los días de la ovulación. Sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares.

✓ Temperatura corporal o basal: consiste en tomar la temperatura de la mujer todos los días, a la misma hora, en el mismo sitio del cuerpo (boca o axila), antes de levantarse de la cama, desde el primer día de la menstruación hasta la menstruación siguiente, para identificar los cambios que señalan los días de ovulación.

✓ Moco cervical: es un líquido que está en el cuello del útero, se vuelve cristalino y transparente semejante a una clara de huevo durante los días de ovulación, fecha en la que se deben evitar las relaciones sexuales coitales.

✓ El método sintotérmico: se combinan varias técnicas para predecir cuándo estará fértil la mujer. Generalmente, este método incluye el monitoreo de los cambios de temperatura y del moco cervical, y puede incluir otros signos de ovulación, por ejemplo sensibilidad anormal mamaria, dolor de espalda, dolor o “pesadez” abdominal, o sangrado intermenstrual leve.

✓ Los métodos naturales presentan altas tasas de fracaso, por la dificultad que presentan en el aprendizaje, la disciplina y la reducción de la espontaneidad sexual.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

En esta sección se examinarán los métodos anticonceptivos hormonales, que se encuentran entre los anticonceptivos de uso más generalizado en el mundo. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- ✓ Anticonceptivo inyectable Sistemas intrauterinos
- ✓ Anticonceptivos orales Píldoras anticonceptivas de emergencia
- ✓ Implantes
- ✓ Parche

MECANISMOS DE ACCIÓN

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

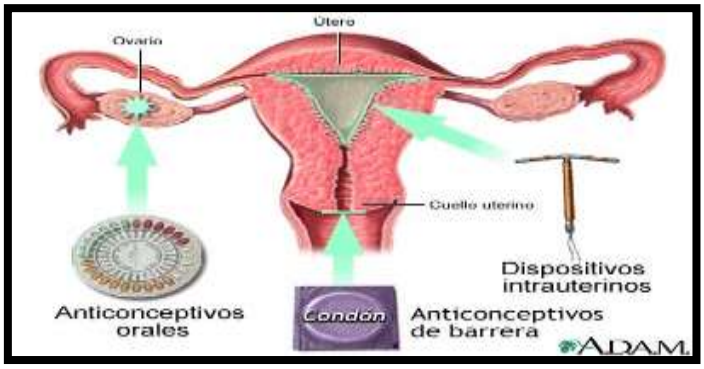
El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado.

Todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante. Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras sólo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto.

Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un óvulo fertilizado en el útero.

Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales.

ANTICONCEPTIVOS ORALES



Tipos de píldoras

Existen dos tipos de anticonceptivos orales (AO): las que contienen estrógeno y progestina, llamadas comúnmente anticonceptivos orales combinados (AOC) y las que contienen sólo progestina. Las píldoras combinadas son los anticonceptivos orales que más se usan.

Los AOC se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, los AOC generalmente son considerados más eficaces que las PSP. Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP, porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado. Sin embargo, las PSP son muy eficaces para las mujeres que están amamantando y no afectan a la producción ni la calidad de la leche como ocurre con los AOC.

Así mismo, las PSP pueden ser especialmente adecuadas para un número reducido de mujeres que desean tomar píldoras anticonceptivas pero que no pueden usar estrógeno por razones de salud.

Ventajas

Los anticonceptivos orales, así como otros métodos, tienen ventajas y desventajas. Entre las ventajas de los AO figuran las siguientes:

✓ Cuando se usan en forma sistemática y correcta, su tasa de prevención de embarazos es superior al 99 por ciento.

✓ El efecto anticonceptivo de los AO es reversible y, cuando las píldoras dejan de tomarse, la fertilidad regresa rápidamente. Esto hace de ellos una buena opción para retrasar y espaciar los embarazos.

✓ No hay que hacer nada en el momento del acto sexual

✓ Las complicaciones graves son sumamente raras

✓ Los AO tienen muchos beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción.

✓ La mujer es quien controla el uso de la píldora. Por consiguiente, las píldoras se pueden usar sin que lo sepa el compañero, si se desea.

Desventajas

Entre las desventajas de los AO figuran las siguientes:

✓ En uso típico, los AO no se usan en forma correcta y sistemática, lo cual reduce la eficacia. Los AO, para que sean más eficaces, se deben tomar diariamente.

✓ Con frecuencia, tienen efectos secundarios que para algunas mujeres son difíciles de tolerar.

✓ Pueden plantear riesgos de salud para un número reducido de mujeres

✓ Su suministro se debe hacer con regularidad

✓ Los AO no protegen contra las ITS, incluido el VIH

AOC: Efectos secundarios

Los efectos secundarios que los AOC pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso.

Esos efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso.

Los AOC también pueden causar sangrado intermenstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado intermenstruales más común entre las usuarias de AOC de baja dosis que entre las usuarias de

píldoras de alta dosis, y es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que usan los AOC llegan a padecer de amenorrea.

PAE: Píldoras anticonceptivas de emergencia

Otro uso de las píldoras anticonceptivas es la anticoncepción de emergencia.

Esto se refiere al uso de píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo poco después de haber tenido un coito sin protección.

La anticoncepción de emergencia no se ha diseñado como una forma habitual de anticoncepción. Después del uso, se debe iniciar o continuar un método habitual si no se desea el embarazo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia o PAE, son un régimen especial de píldoras sólo de progestina o de anticonceptivos orales combinados.

Se pueden usar en cualquier momento durante el ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo, si es necesario. Puesto que se recetan por un tiempo breve, estas píldoras de emergencia casi no tienen contraindicaciones (es decir, las condiciones que hacen que su uso no sea aconsejable). Esto quiere decir que casi todas las mujeres que por razones médicas no pueden usar con regularidad las píldoras anticonceptivas que contienen estrógeno, sí pueden usar las PAE. Así mismo, parece que estas píldoras no tienen los beneficios para la salud o los beneficios a largo plazo relacionados con el uso habitual de las píldoras anticonceptivas.

Las PAE se pueden proporcionar por adelantado a las mujeres que usan un método anticonceptivo habitual, para que las usen cuando falle el método o cuando los anticonceptivos no se tomen a tiempo, o cuando haya habido relaciones sexuales sin protección ni consenso.

No se entiende del todo el mecanismo de acción exacto de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Sin embargo, la información existente indica que el efecto anticonceptivo ocurre antes de la implantación. Cuando ya hay implantación, las PAE ya no surten efecto. Por lo tanto, las PAE no perturbarán ni perjudicarán un embarazo ya establecido. Las PAE son mucho más eficaces si se toman poco después del coito sin protección.

PAE: Anticonceptivos orales sólo de progestina

Para la anticoncepción de emergencia, el régimen especial de píldoras sólo de progestina es más eficaz y produce menos efectos secundarios que el régimen

especial de anticonceptivos orales combinados. La mujer que está tomando píldoras sólo de progestina para la anticoncepción de emergencia debe tomar una sola píldora que contenga 0,75 mg de levonorgestrel dentro de un período de 72 horas después del coito sin protección (cuanto más pronto mejor), seguida de la misma dosis 12 horas después.

Según las investigaciones, cuando se usan antes de haber transcurrido 24 horas después del coito sin protección, las píldoras que contienen levonorgestrel previenen el 95 por ciento de los embarazos previstos.

Cuando se usan antes de haber transcurrido 72 horas después del coito sin protección, previenen aproximadamente el 85 por ciento de los embarazos previstos. En los países donde no se pueden conseguir las píldoras que contienen 0,75 mg de levonorgestrel, las mujeres que desean usar la anticoncepción de emergencia pueden usar formulaciones normales de píldoras sólo de progestina que contienen levonorgestrel o norgestrel. Sin embargo, en esas formulaciones, cada píldora contiene sólo una pequeña cantidad de la hormona requerida para la anticoncepción de emergencia. Por consiguiente, la mujer tendrá que tomar 20 píldoras para comenzar y deberá repetir la dosis al cabo de 12 horas, es decir, debe tomarse un total de 40 píldoras.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Tipos

Esta parte de la presentación se centrará en los anticonceptivos inyectables, y nos referiremos a ellos como “inyectables”. Los inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, proporcionan anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene.

Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos. Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables sólo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona. Los dos inyectables sólo de progestina que están disponibles en el mercado son:

✓ Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Depo Provera.

✓ Enantato de noretisterona (o NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (o AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes.

Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutal, Perlutan y Topasel.

Beneficios para la salud no relacionados con el anticonceptivo

Entre los beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo que los anticonceptivos inyectables ofrecen figuran los siguientes:

✓ Reducción del riesgo de cáncer endometrial, embarazo ectópico e infecciones vaginales por hongos. También reducen el riesgo de EPI aguda.

✓ Reducción del riesgo de fibroides, o masas no cancerosas del músculo uterino que pueden causar menstruación dolorosa o abundante.

Entre otros beneficios para la salud no relacionados con el efecto anticonceptivo figuran los siguientes:

✓ Reducción de la frecuencia y la gravedad de las crisis drepanocíticas

✓ Reducción de la frecuencia de los ataques de epilepsia

✓ Reducción de los síntomas de endometriosis

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso.

Efectos secundarios

Muchas mujeres que usan el Norplant notifican sangrado irregular. Aunque no suele ser perjudicial desde el punto de vista médico, esas irregularidades de sangrado pueden ser inaceptables para algunas mujeres. Entre las irregularidades más comunes están el manchado o el sangrado leve irregular. Entre las irregularidades menos comunes están el sangrado prolongado, que disminuye generalmente después de los primeros meses, y la amenorrea, aunque es menos común que con los inyectables sólo de progestina.

Los cambios de las características de sangrado menstrual constituyen la razón más común para que las mujeres pidan que les extraigan el Norplant durante los primeros dos años después de la inserción. Los proveedores deben acceder cuando las mujeres pidan que les extraigan los implantes y asistirlas en la selección de otro método.

El uso del Norplant, así como el uso de las PSP, está relacionado también con los folículos ováricos que no se rompen, lo cual puede causar malestar en la parte baja del abdomen. Esos folículos, sin embargo, no son perjudiciales y suelen desaparecer por sí solos sin que se necesite una intervención quirúrgica.

Sistemas intrauterinos (SIU) liberadores de hormonas

Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero.

En algunas partes del mundo pueden obtenerse dos tipos de SIU. El primero es el sistema liberador de levonorgestrel o sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de LNG), que se comercializa con los nombres de Mirena o Levonova y es eficaz durante cinco años.

Los SIU liberadores de hormonas ofrecen la ventaja de ser sumamente eficaces, de tener efecto prolongado y de ser seguros y reversibles. Los mecanismos de acción principales de estos sistemas son iguales a los de otros métodos hormonales: supresión parcial de la ovulación y prevención de la fertilización, principalmente debido al espesamiento del moco cervical, que impide que los espermatozoides entren en el útero. Estos sistemas también causan adelgazamiento del endometrio que, teóricamente, puede contribuir a su efecto anticonceptivo.

El SIU de LNG reduce considerablemente el dolor y la duración y la cantidad del sangrado menstruales. Sin embargo, el dispositivo puede causar manchado y sangrado irregular. Los estudios clínicos a largo plazo han indicado que el SIU de LNG también puede proporcionar cierta protección contra la EPI.

No obstante, los SIU no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Estos dispositivos también son costosos y su disponibilidad no se ha generalizado todavía.

Parche anticonceptivo

El parche anticonceptivo es un parche transdérmico plástico, fino, de color beige, que pertenece al grupo de anticonceptivos hormonales combinados. La parte adhesiva contiene los principios activos que se liberan de forma continua a través del torrente circulatorio.

El anticonceptivo tiene una vida útil de siete días y debe ser renovado durante tres semanas consecutivas. Debe cambiarse el mismo día de cada semana, ya que está diseñado para que actúe exactamente durante 7 días. En la cuarta semana, cuando debe iniciar el periodo de menstruación no debe utilizarse.

Mecanismo de acción

El Parche Anticonceptivo funciona aplicando la tecnología transdérmica mediante la cual se liberan pequeñas dosis de **hormonas que se absorben a través de la piel** y que llegan a la sangre de manera continua y constante durante 7 días, liberando a su usuaria de la toma diaria.

Eficacia

El parche tiene una **eficacia comprobada del 99.4%**. El éxito del parche y otros anticonceptivos depende del apego del paciente al tratamiento y de la eficacia del método. Los métodos anticonceptivos bien utilizados son muy eficaces. Sin embargo, médicos señalan que a mayor olvido o desapego al tratamiento, menor eficacia. Por ejemplo, el 47-50% de las usuarias de la pastilla anticonceptiva olvida tomar una píldora por ciclo, mientras que el 22% reporta olvidar 2 o más pastillas.

El Parche Anticonceptivo dice facilitar el cumplimiento del tratamiento y disminuir el riesgo de olvidos involuntarios porque se pega. Como anticonceptivo hormonal, el Parche Anticonceptivo tiene una eficacia comprobada mayor del 99%.

Los estudios se realizaron con cinco meses de diferencia, a fin de valorar un eventual cambio de perfil desde que cada mujer comenzó a utilizar el parche anticonceptivo. En total, participaron 6.332 mujeres en el primer trabajo y 5.310 mujeres en el segundo. La comodidad y facilidad de uso fueron las dos cualidades más valoradas por las mujeres españolas a la hora de elegir un método. La mayoría de las usuarias del anticonceptivo hormonal transdérmico manifestaron estar satisfecha después de utilizar el parche durante al menos tres meses. Entre estas mujeres, casi nueve de cada diez lo recomendarían a una amiga. El parche aporta grandes diferencias respecto a los tratamientos hormonales existentes hasta el momento. Es fino, pequeño, se aplica directamente sobre la piel y puede llevarse discretamente bajo la ropa. Y su forma de uso, de aplicación semanal, evita los olvidos y la rutina que supone tener que realizar una toma diaria. Con el parche anticonceptivo para cada ciclo menstrual se aplican tres parches consecutivos, cada uno con siete días de duración, seguidos de una semana en la que se descansa, por lo que se conservan los sangrados menstruales de forma regular. Además, posee un margen de seguridad de 48 horas en caso de olvido de retirada del parche. La administración externa de los parches anticonceptivos presenta ventajas sobre los métodos tradicionales. Así, se evitan malestares tan incómodos y perturbadores como los vómitos o las diarreas no afectan a su capacidad anticonceptiva.

Efectos secundarios

En febrero del 2008, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, reveló que el uso del parche anticonceptivo, puede provocar trombosis por formación de coágulos en las piernas.[2] Otro estudio publicado por Jick y cols reportó que el parche anticonceptivo presenta un riesgo similar a los anticonceptivos orales (AO) en el desarrollo de la Tromboembolia Venosoa (TEV).[3] La tasa de eventos de TEV en ambos métodos anticonceptivos fue 0.9, es decir, el riesgo es similar. La incidencia global de TEV fue de 52.8/100,000 en el parche anticonceptivo y de 41.8/100,000 en el grupo de AO. El riesgo de Trombosis aumenta con la edad independientemente del método anticonceptivo usado.

El parche anticonceptivo ha demostrado mejorar los síntomas relacionados con el síndrome premenstrual, un beneficio adicional a su función anticonceptiva. Un estudio realizado por Urdl demuestra que el sistema transdérmico de anticoncepción presenta ventajas en cuanto al bienestar emocional y físico de sus usuarias. La tasa de satisfacción fue mayor en 60% entre las usuarias del parche anticonceptivo .vs. 55% de las usuarias de anticonceptivos orales.[4] En otro estudio se encontró disminución de peso en el 29% de las usuarias del parche anticonceptivo.[5] Un estudio similar de Sibai observó que el cambio de peso corporal entre las usuarias del parche anticonceptivo y de anticonceptivos orales, se encotraron muy poco significativas, ya que el aumento de peso en ambos métodos fue sólo de 0.41% kilogramos.[6] Así mismo, durante el tratamiento con el parche anticonceptivo, 33% de las mujeres que padecían acné reportaron mejoría de su condición.[7]

Cuando una mujer deja de aplicarse el parche anticonceptivo, su capacidad para quedarse embarazada regresa rápidamente.[8]

MÉTODOS NO HORMONALES

MÉTODOS DE BARRERA

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción.

Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

Todos los métodos de barrera dependen del cliente. Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

El condón masculino de látex

El condón masculino de látex, cuando se usa en forma correcta y sistemática, es eficaz contra el embarazo, aunque es menos eficaz en el uso típico. Es seguro para casi todo el mundo, salvo para las poquísimas personas que son alérgicas al látex. El condón masculino de látex está disponible ampliamente en casi todo el mundo, pero debe ser accesible en el momento del coito.

Se ha demostrado que el condón masculino de látex es el único método anticonceptivo que protege contra la transmisión de casi todos los tipos de ITS. Esto incluye un alto grado de protección contra la infección por el VIH.

Sin embargo, la transmisión de ITS sigue siendo posible si hay lesiones genitales fuera del área que cubre el condón. El uso del condón masculino requiere la cooperación del compañero. Es posible que muchas mujeres tengan que negociar el uso del condón con sus compañeros, y para algunas de ellas esa negociación puede ser difícil o imposible. Los condones de látex se pueden dañar si se exponen a los lubricantes a base de aceite, el calor excesivo, la humedad o la luz.

Un nuevo producto (el condón masculino de plástico) tiene muchas de las características del condón de látex. Además, es más delgado, menos constrictivo y transfiere el calor, con lo cual se puede disfrutar más del acto sexual.

No obstante, la disponibilidad de los condones masculinos de plástico, especialmente en los países en desarrollo, es muy limitada.

Uso correcto

Paso 1: Sacar el condón de su empaque cuidadosamente sin tocarlo, aquí se debe tener especial cuidado en no tocarlo con las uñas y no presionarlo para que no se vaya a romper.

Paso 2: Introducir el condón en la cabeza del pene y presionar la burbuja superior del condón para evitar que se guarde aire dentro del mismo.

Paso 3: Desenrollar el condón sobre el pene y cuidar que no quede aire dentro del condón.

Paso 4: Asegurarse que se ha desenrrollado correctamente el condón sobre el pene y durante la relación sexual tener cuidado de que no se salga del mismo.

Paso 5: Terminado el acto sexual retirar el pene de la vagina, tomar el condón de la parte superior y sacarlo cuidadosamente.

Paso 6: Desecha el condón en un área adecuada, previamente amarrado.

El condón femenino

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios.

Así como el condón masculino, cuando se usa en forma correcta y sistemática, protege contra el embarazo bloqueando físicamente el paso de los espermatozoides al aparato reproductor femenino. Además, así como el condón masculino, es menos eficaz en el uso típico. La aprobación y cooperación del compañero aumentan las probabilidades de que se use correcta y sistemáticamente.

El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se inserta, sirve de soporte en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual. Este diseño puede hacer reducir el riesgo de transmisión de organismos causantes de ITS que se encuentren en úlceras de los genitales externos.

Los estudios de laboratorio han observado que los condones femeninos protegen contra las ITS bacterianas y virales. Los estudios realizados con seres humanos son limitados, pero indican que el condón femenino ofrece protección que puede compararse con la que ofrece el condón masculino contra las ITS. Se necesitan más investigaciones para determinar si el condón femenino protege contra las ITS virales, como la infección por el VIH.

Actualmente el condón femenino está aprobado para usarse una sola vez. Sin embargo, dado que el dispositivo es costoso, se están llevando a cabo estudios para determinar si se puede lavar con agua y jabón y volverse a utilizar eficazmente. Además, se están elaborando otros tipos de condón femenino.

Diafragma y capuchón cervicouterino

Todos los diafragmas cervicouterinos que existen actualmente están hechos de caucho de látex suave; se insertan en la vagina y se ajustan al cuello uterino.

Ambos tipos de dispositivos se usan con crema o gelatina espermicida para proteger mejor contra el embarazo. Después del acto sexual, se deben dejar colocados por lo menos durante seis horas. Ambos se pueden volver a utilizar, pero se requiere tener acceso a agua pura para lavarlos bien después del uso.

Los diafragmas y los capuchones cervicouterinos son los únicos métodos de barrera que requieren la intervención de un proveedor capacitado para que determine el tamaño adecuado para la usuaria. Este proceso requiere un examen pélvico. Las ventajas de estos métodos son que pueden ser iniciados por la mujer y pueden insertarse hasta seis horas antes del acto sexual. Sin embargo, el diafragma tiene la desventaja de que a veces causa efectos secundarios como escozor e irritación.

DIU de cobre

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles.

El DIU que se usa frecuentemente es la TCu380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años.

Este dispositivo tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la “T” y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales. Las usuarias de la TCu380A experimentan tasas de fracaso muy bajas; a saber, menos de uno por ciento anual, cifra comparable con la de la esterilización femenina.

El mecanismo de acción principal de la TCu380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides.

Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un óvulo.

En los pocos casos en los que ocurre fertilización, es posible que el DIU impida el embarazo al interferir con la implantación en la cavidad uterina, pero no hay pruebas directas de que el DIU impida realmente la implantación. La OMS ha declarado que no es probable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte, principal o exclusivamente, de su capacidad de interferir con la implantación.

Características

Entre las ventajas del DIU de cobre, aparte de su seguridad y alta eficacia, figuran las siguientes:

- ✓ No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.

- ✓ Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.

- ✓ No tiene efectos secundarios sistémicos.

- ✓ Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.

- ✓ Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.

Entre las desventajas del DIU de cobre figuran las siguientes:

- ✓ Puede tener efectos secundarios, como dolor y calambres durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante.
- ✓ Se requiere la intervención de un proveedor de servicios de salud capacitado para que inserte y extraiga el dispositivo.
- ✓ No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- ✓ No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

Efectos secundarios

Los calambres y el sangrado menstrual prolongado o más abundante, y también de vez en cuando sangrado entre un período y otro, constituyen efectos secundarios comunes de los DIU. El sangrado mayor o prolongado en las mujeres que tienen pocas reservas de hierro puede causar anemia por deficiencia de hierro. Los cambios en el sangrado constituyen la razón principal por la que las mujeres dejan de usar el DIU, aunque esos efectos no requieren la extracción del dispositivo. Los efectos secundarios son más comunes durante los primeros meses después de la inserción del DIU de cobre, pero generalmente éstos disminuyen con el tiempo.

Esterilización femenina y masculina

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Sin embargo, dado que la

esterilización es permanente, se debe asesorar a los clientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir al mínimo el arrepentimiento futuro. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados proveedores de salud debidamente capacitados.

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados.

Actualmente se están estudiando métodos no quirúrgicos de esterilización femenina que emplean sustancias químicas para producir una cicatriz en las trompas de Falopio, pero su uso en programas no se ha aprobado en la mayoría de los países.

La esterilización masculina voluntaria o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, que son los tubos por donde pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra, se atan y se cortan para impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el óvulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.

Características

Entre las ventajas de la esterilización figuran las siguientes:

✓ Es muy segura y sumamente eficaz. La eficacia de la esterilización femenina es del 99,5 por ciento en la prevención del embarazo en un año de uso, y el riesgo de fracaso es de 1,9 por ciento en 10 años de uso. La esterilización masculina también es sumamente eficaz, pero un poco menos que la esterilización femenina. No hay que confiar en que la vasectomía proteja contra la concepción antes de que hayan transcurrido 12 semanas o haya habido 20 eyaculaciones después del procedimiento. Entretanto, se debe usar otro método anticonceptivo.

✓ Puesto que la esterilización es permanente y no requiere ninguna acción por parte del cliente durante el acto sexual, puede ser muy conveniente para quienes ya tienen el número de hijos deseado.

✓ Puede producir algunos efectos secundarios menores a corto plazo relacionados con la intervención quirúrgica, pero no produce efectos secundarios a largo plazo.

Entre las desventajas de la esterilización figuran las siguientes:

✓ El costo inicial puede ser relativamente alto.

✓ Si los clientes cambian de parecer y deciden tener hijos, las oportunidades de invertir el procedimiento de esterilización son muy limitadas.

Menos del 30 por ciento de las mujeres y sólo un pequeño porcentaje de los hombres que piden que se invierta el procedimiento pueden ser operados. Incluso si se dispone de los medios para efectuar la inversión y el cliente es elegible, no se puede garantizar el éxito. La tasa de nacidos vivos es de 50 por ciento en las mujeres o los hombres que se han sometido al procedimiento de inversión.

6. METODOLOGIA, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ESTUDIO:

Se tratà de un Estudio Descriptivo y de Corte Transversal.

LUGAR Y TIEMPO:

Se realizó en el colegio Nacional mixto Vilcabamba del cantón Loja, en el periodo febrero- julio del 2010, en los alumnos del ciclo bachillerato.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Con los datos establecidos de los estudiantes matriculados en el colegio Nacional mixto Vilcabamba sección diurna del periodo 2009-2010 se obtuvò una cantidad de 534 adolescentes matriculados donde 305 están en el nivel básico y 210 en el bachillerato, con una tasa de crecimiento anual del 2.6%, la misma que se proyectara para el año 2010, donde se toma como población inicial (Po) la cantidad de estudiantes del bachillerato ya que a ellos fue dirigida la investigación de tesis por que se utilizó la siguiente formula.

Fórmula:

Pt-- Po (1-f- T)"-'

Procedimiento:

$Pt = 210\,(t + 0.026)^{10-'}$

$Pt - 210\,(1.026)^{9}$

Pt W $210\,(1.259871486)$

$PI = 264$

Una vez proyectado, se procedió sacar la muestra de los estudiantes para ello se determinó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% utilizando la siguiente fórmula:

Fórmula:

$$N = \frac{N}{1+(E)^2 N}$$

$$N = \frac{264}{1+(0.05)^2 264}$$

$$N = \frac{264}{1+0.0025*264}$$

n =159encuestas

Después de realizar todo este procedimiento se logro verificar que la muestra fue 159, por lo que se aplicaron encuestas a los diferentes estudiantes del bachillerato sección diurna y así se determinó el nivel de conocimientos de los adolescentes investigados.

METODOS Y MATERIALES:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Alumnos matriculados y que asisten con regularidad.
- ✓ Edad comprendida entre 13 a 19 años.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Seis paralelos que incluye el tercer año de bachillerato.

UNIDAD DE ANÁLISIS

159 adolescentes de 13 a 19 años que se encuentran en condición de estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba

VARIABLES

Independiente: Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos *Dependiente:* Riesgos por el no uso de métodos anticonceptivos

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR	TÉCNICA
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo.	Conocimientos sobre variedad de métodos	Excelente Bueno Malo	Opiniones sobre el método que conoce	Encuesta
		Frecuencia de uso	Siempre Ocasional No usa		Encuesta
Riesgos por el no uso de métodos anticonceptivos	*Riesgo de embarazo no deseado y contagio de ETS. *Riesgo de muerte. *Probabilidades de abandonar los estudios.	Embarazo	*Conoce* Si No		Encuesta
		Enfermedades de transmisión sexual	*Conoce* Si No		Encuesta

Nota: Escala nominal

Conocimiento sobre Métodos anticonceptivos

- ✓ Excelente: Conoce los tres tipos de métodos anticonceptivos (Ritmo, Barrera y Hormonales)
- ✓ Bueno: Conoce dos tipos de métodos anticonceptivos

- ✓ Malo: No conoce

Frecuencia de uso

Siempre: Usa de manera permanente

TÉCNICA PARA RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN

Encuesta: Se aplicará un formato de encuesta elaborado de acuerdo a los objetivos específicos y variables dependiente e independiente.

Una estrategia educativa para evaluar el nivel de conocimiento, sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos y complicaciones que trae como consecuencia el embarazo en esta edad. Los datos necesarios se tomaron a partir de un cuestionario confeccionado al efecto, con previo consentimiento informado. Se registro la información necesaria para el desarrollo de la investigación. La estrategia educativa, se evaluó mediante una encuesta realizada antes y después de la puesta en práctica de la misma.

El procesamiento de la información se realizará de forma manual, se utilizará el método porcentual para la corroboración de las encuestas.

MATERIALES UTILIZADOS.

Materiales de campo

- ✓ Encuesta

Materiales de Oficina

- ✓ Esferográficos
- ✓ Copias
- ✓ Hojas de papel
- ✓ Carpetas
- ✓ Cuadernos

Equipos

- ✓ Computador portátil
- ✓ Calculadora

7. RESULTADOS

TABULACIÓN DE ENCUESTA A ESTUDIANTES

TABLA 1. Edad de encuestados

Edad	Total	%
10-14 años	8	5 %
15-19 años	145	91 %
> 19 años	6	4%
Total de encuestados	159	100%

Fuente: Encuestas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación

De las encuestas realizadas a los estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba se determinó que las edades de los estudiantes investigados corresponde a un 5% entre los 10-14 años, el 91% están entre los 15-19 años de edad y el 4 % a mayores de 20 años.

Tabla 2.- Sexo de encuestados

Sexo	Total	%
Femenino	97	61%
Masculino	62	49%
Total de encuestados	159	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación

Se determina que los estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba existe un mayor porcentaje del sexo femenino en un 61%, mientras que el sexo masculino corresponde al 39 %.

Tabla 3.- Valoración de conocimientos de los Métodos Anticonceptivos en el sexo femenino

Edad	Bueno	Regular	Malo	TOTAL	%
10-14 años	3	2	1	6	6%
15-19 años	6	80	4	90	92%
➢ 19 años	0	1	0	1	2%
TOTAL	9	83	5	97	100%
%	18%	68%	14%	100%	

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación

De acuerdo a los resultados de las estudiantes del sexo femenino se ha constatado que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos se encuentra en un nivel regular que corresponde a un 68 %, que refiere a las edades de 15-19 años en el 92 %; donde se verifica su conocimiento leve sobre el tema.

Tabla 4.- Valoración de conocimientos de los Métodos Anticonceptivos en el sexo masculino.

Edad	Bueno	Regular	Malo	TOTAL	%
10-14 años	0	2	0	2	3%
15-19 años	20	30	5	55	89%
➢ 19 años	1	2	2	5	8%
TOTAL	21	34	7	62	100%
%	34%	55%	11%	100%	

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación

Los resultados obtenidos luego de las encuestas en el sexo masculino se ah verificado que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se encuentra en un nivel regular que corresponde al 55 %, que refiere a las edades de 15- 19 años en el 89 % donde nos ayuda ah constatar que el conocimiento sobre el tema es menor, en relación al sexo femenino

Tabla 5.- Conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos

(Sexo femenino)

ALTERNATIVAS/EDAD	10-14 años	15-19 años	>19 años	TOTAL	%
Preservativo	5	30	1	36	29%
Píldora anticonceptiva	2	30	0	32	25%
Píldora del día después	3	15	1	19	15%
T de cobre	1	15	1	17	13%
Inyecciones anticonceptivas	4	3	0	7	6%
Método del ritmo o calendario	4	9	1	14	11%
Espermicidas	0	1	0	1	1%
Total	19	103	4	126	100%
%	15%	82%	3%	100%	

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: L autora

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las estudiantes del sexo femenino, se ha constatado que el 29 % conocen y usan los preservativos y en el 25 % la píldora anticonceptiva que corresponde a las edades de 15-19 años en el 82%.

Tabla 6.- Conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos
(Sexo masculino)

ALTERNATIVAS	10-14 años	15-19 años	>19 años	Total	%
Preservativo	2	32	5	39	32%
Píldora anticonceptiva	2	20	1	23	19%
Píldora del día después	3	15	1	19	16%
T de cobre	1	20	2	23	19%
Inyecciones anticonceptivas	3	3	0	6	5%
Método del ritmo o calendario	2	9	0	11	9%
TOTAL	13	99	9	**121**	100%
%	11%	82%	7%	100%	

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: L autora

Interpretación:

En base a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los jóvenes del colegio en estudio; se ha comprobado que existe un mayor conocimiento y uso del preservativo en el 32% en relación al sexo femenino; y la píldora anticonceptiva en un 19% que corresponde a las edades de 15-19 años en el 82 %.

.

Tabla 7.- Obtención de información de los Métodos anticonceptivos

Información obtenida sobre Métodos anticonceptivos		
Descripción	frecuencia	**%**
Profesores	20	13%
Amigos	40	25%
Profesionales de la salud	7	4%
Padres	18	11%
Colegio	12	8%
Revistas	10	6%
Folletos	15	9%
Libros	10	6%
Internet	10	6%
Radio	4	3%
Televisión	6	4%
Otros medios.	7	5%
TOTAL	159	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación:

Se verifico que el 25 % de los adolescentes optan por los amigos, como principal fuente de información sobre los métodos anticonceptivos, seguida del 13% por los profesores y el 11% acuden a sus padres.

Tabla 8: Medios preferibles para obtener información de métodos anticonceptivos

Medios preferibles por parte de los adolescentes para obtener la información de métodos anticonceptivos?		
Descripción	Frecuencia	%
Profesores	100	63 %
Amigos	20	13%
Profesionales de la salud	23	14%
Padres	10	6%
Colegio	6	4%
TOTAL	159	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el colegio Nacional mixto Vilcabamba
Elaboración: La autora

Interpretación:

Los jóvenes encuestados les gustarían informarse más del tema por parte de los profesores en un 63% y profesionales de salud en el 14 %.

8. DISCUSIÓN

En el estudio realizado en los estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba se determinó que las edades de los estudiantes investigados corresponde a un 5% entre los 10-14 años, el 91% están entre los 15-19 años y el 4 % son mayores de 20 años ya que el 61 % corresponde al sexo femenino y el 39 % al sexo masculino.

En estas edades la literatura revisada refleja la existencia de un conflicto en los jóvenes que tienen su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero con una organización psicosocial.

El sexo, en estas edades, se considera en forma más o menos unipersonal. El adolescente se muestra inseguro acerca de cuál es la conducta sexual adecuada, por lo que es un momento idóneo para influir sobre ellos y ofrecerles la orientación necesaria para desarrollar actitudes cada vez de mayor madurez y respeto.

En nuestro estudio se ah constatado que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos se encuentra en un nivel regular que corresponde a un 68 % en el sexo femenino que es mayor que el sexo masculino que corresponde al 55 %.

Un estudio que se realizo en adolecentes en Canadá en el 2005 refiere que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos es limitado a excepción del condón y que la utilización de los mismos tiene relación directa con el nivel de conocimiento sobre le métodos.

En 2007, en Chile se estudió el nivel conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios, encuestándose a 179 varones, estudiantes de la carrera de construcción civil, se encontró que la mayoría de los jóvenes han tenido actividad sexual desde temprana edad (promedio 14 años) y que sólo la mitad de ellos cuentan con un conocimiento claro sobre los diferentes Métodos anticonceptivos.

En nuestra investigación se pudo comprobar que el método anticonceptivo más utilizados por nuestros encuestados fue el preservativo teniendo un mayor porcentaje en los varones en el 32% en relación a las mujeres que es el 29 %; seguido de la píldora anticonceptiva ;resultados que coinciden con lo planteado por Chávez y García en un estudio realizado en adolescentes postulantes a centros superiores de la provincia de San Martín 2004, encontró que el nivel de conocimiento sobre métodos

anticonceptivos modernos es limitado a excepción del preservativo (90.17%) para los hombres y (60.23% para las mujeres

Según un estudio realizado en los estudiantes del primer año de Medicina en nuestro país nos indica que el 75% tenía conocimientos de Métodos anticonceptivos lo cual obtuvieron la información en la escuela y colegio. El 59,46%% lo hace solo con preservativos; el resto lo hace a través de su pareja con Anticonceptivos orales (13,78%), o doble protección (18,92%). Las mujeres refieren utilizar Métodos anticonceptivos el 72,22%, siendo de preferencia los Anticonceptivos orales en 69,23%.

Con relación a la fuente de información preferida, es interesante destacar que a medida que aumentó el grado de escolaridad prefirieron recibir conocimientos de profesores y personal de salud y disminuyó la preferencia de ser instruidos por sus padres; similar a lo encontrado en el estudio de San Salvador en el 2005, de esto se puede observar que el mejor lugar para incidir en la educación sexual es el colegio.

Pudiera ser que estos adolescentes piensan que tanto el médico como los profesores están mejor preparados para satisfacer sus necesidades de información sobre estos temas o que les cause pena tratarlos con los padres, pues ya se sienten hombres y mujeres.

9. CONCLUSIONES

Luego de la realización de encuestas, se ha concluido que:

✓ En los estudiantes del colegio Nacional Mixto Vilcabamba en el periodo febrero-julio del 2010, se ha constatado que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes del sexo femenino y masculino se encuentran en un nivel Regular que corresponde, de acuerdo a la escala nominal de la operacionalización de las variables.

✓ El método anticonceptivo más usado son los preservativos e píldora anticonceptiva seguida de la píldora del día después.

✓ La información obtenida sobre métodos anticonceptivos la recibieron por parte de amigos, profesores y libros.

✓ Los jóvenes encuestados prefieren informarse más del tema por parte de los profesores.

10. RECOMENDACIONES

✓ Es importante recalcar que la información que brindan las instituciones no está planificada adecuadamente en la educación secundaria en general, sólo aparece en algunos puntos del programa de biología del tercer año de ciclo básico; debería ser más profunda e iniciarse a más temprana edad.

✓ La información que reciben los adolescentes en general, no es suficiente, ni se da con la amplitud que debería ser; ésta se limita sólo a lo esencial, conocen sólo el preservativo como método anticonceptivo y el SIDA como enfermedad de transmisión sexual. Es por eso que se debería insistir en la educación no solo impartida en el colegio, sino también en el hogar y a través del profesional de salud, con el fin de mejorar esta situación.

✓ Hacer promoción de una vida sexual responsable y voluntaria, con el fin de prevenir los posibles riesgos que conllevaría una conducta sexual inadecuada, a través de charlas educativas sobre metodos anticonceptivos, para así informar a los estudiantes sobre los riesgos y beneficios de su uso.

✓ Es necesario que se siga impulsando a los estudiantes del Area de la Salud Humana, en el desarrollo de investigaciones sobre el tema que hemos propuesto, con el propósito de reducir la prevalencia de éste problema social.

✓ Adicionar al pensum académico la materia de sexualidad, ya que su implementación nos permitirá disminuir la incidencia y prevalencia de ETS y embarazos no deseados.

11. BIBLIOGRAFÍA

Libros y folletos

1. AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en lo Países del Área Andina EAT, junio 2007 PAG 6

2. Anonymous. Anticonceptivos orales : cuales comenzar a tomar, cuando y como. Drug and therapeutics bulletin 1996; 30(11): 1 -6.

Bernal-Delgado E, Latour-Pérez J, Pradas-Arnal F, et al. *The associationbetween vasectomy and prostate cancer: a systematic review of the literature. Fertil Steril* 2004

3. *Cardiovascular disease and steroid hormone contraceptives. Prog HumanReproduc Res* 2008;(46):1-12.

4. *Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives, results of an international, multicenter, case-control study, World Health Organization collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Contraception* 2005

5. *Control and the National Institute of Child Health and Human*

6. CASAL, S. y otros (2008): “Embarazo en adolecentes. Revista popular de sexualidad y reproducción. Pág.15-35 Molina R: Nivel de Conocimientos y Práctica de Sexualidad en Adolescentes. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Vol.1 n• 3,

7. Castillo, A. Métodos Naturales en AA.VV., Manual de Anticoncepción y Planificación Familiar para farmacéuticos: fisiología y farmacología. Bayer Schering Pharma. Aula Médica, 2006, pp. 117-143.

8. *Development. Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. JAMA* 2006

9. Diccionario Enciclopédico. Píldora Pág. 1889 Editorial Océano 2005

10. Elena F. L. Ochoa, La sexualidad humana. Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad 2006, Madrid. Editorial Hispamap.

11. Folleto (MSP) Métodos Anticonceptivos 2008 Pág. 14-17.

12. Guzmán A, Lagos G, Foreit K, Foreit J. Programas de en la planificación el postparto y postaborto: Seguros y costo efectivos. Ponencia durante el XIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Motivideo; Uruguay. Diciembre 2006

13. Guzmán A. Pasado, presente y futuro de los programas de DIU Ponencia durante el Taller Internacional de Planificación Familiar Postparto y Postaborto, Quito, Ecuador Julio 2008

14. Labrador F., Guía de la Sexualidad, 1995, Madrid. Espasa Calpe pag 1

15. Laparte, C, y Barranco, E., Métodos naturales de regulación de la natalidad en Vanrell et al. Fertilidad y esterilidad humanas. Tomo II. Endocrinología ginecológica y anticoncepción. Masson, Barcelona 2005, p.315-341.

16. Manuel Castells, La era de la información, El fin del patriarcado: movimientos sociales, familia y sexualidad en la era de la información, Alianza Editorial, México, 2005 Pág. 35-40

17. Mejía MC y Careaga Pérez G. Concepciones alternativas sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción y aborto. En: Ética y Salud Reproductiva. México, DF.: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa; 2007. p. 309-406

18. Michel Tort, Psicoanálisis y Derecho, Infancia, adolescencia- filiación y sexualidad, Ediciones Diego Portales, Santiago, Chile, 2005. Pág. 15-20

19. Ministerios: Salud Pública, Educación, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social; Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA y otros Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador, Quito, 2007, pág. 1

20. Mischell DR. Planificaion familiar: contraception, sterilization, and pregnancy termination. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007:pag 14

21. Ochoa E.,Vazquez C., El libro de la sexualidad, 2005, Madrid. Pág. 4.

22. Revista de FEIM: actitudes y prácticas" Desidamos sobre nuestra sexualidad y reproducción., Año 2008 I, Número 1, pág. 25-30.

23. Suplemento Especial de La Tercera sobre "La Píldora y anticonceptivos" Año 2007 Pág. 8

24. Zufía García, FJ., Planificación familiar natural. Bases fisiológicas y eficacia. Jano 10-16 Mayo 2007. VOL. LXII nº 1432

Internet

25. www.sexoconseso.com,Metodos anticonceptivos

26. www.advocatesforyouth.org. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe. Pág. 1

27. www.educacion.gov.ec/_upload/Proyecto_.ISHA..pdf. proyecto red de grupos juveniles de líderes en una sexualidad responsable. Pág. 3

28. www.sexoconseso.com,Metodos anticonceptivos

29. www.fwhc.org/birth-control/bc_espanol/sp-spermicide.htm.

30. www.ecostravel.com/ecuador/ciudades-destinos/vilcabamba.php; Vilcabamba Ecuador

31. http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad

32. www.letraese.org.mx/educacionsexual.htm.

12. ANEXOS

Anexo 1 (Formato de encuesta)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja, de la carrera de Medicina humana, pedimos a usted muy comedidamente se digne contestar las siguientes preguntas:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: ……. Lugar: ……

Edad: ……... Sexo: …….. Curso:……...

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Qué entiende por Método anticonceptivo?

……
……
……

2. ¿Conoce Ud. algún método anticonceptivo?

Si: ( ) No: ( )

En caso de ser positiva su respuesta subraye una de las opciones

- ✓ Preservativo
- ✓ Píldora anticonceptiva
- ✓ Píldora del día después
- ✓ T de cobre
- ✓ Inyecciones anticonceptivas
- ✓ Método del ritmo o calendario
- ✓ Espermicidas

3. enfermedades de transmisión sexual?

Si ( ) No ( )

Cual:..……
……

4. ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?

Si ( ) No ( )

Indique cuál……
……

5. Sabe usted el procedimiento de uso de los diferentes métodos anticonceptivos que usted conoce?

SI ( ) NO ( )

6. Conoce usted los riesgos que esta expuesto al inicio de una vida sexual activa

SI ( ) NO ( ) UN POCO ( )

MENCIONE LO QUE USTED CONOCE
**……
……**

7. Tiene conocimiento sobre los riesgos que esta expuesto al momento de ser padres?

SI ( ) NO ( ) UN POCO ( )

MENCIONE LO QUE USTED CONOCE
**……
……**

8. Toda la información que usted conoce sobre los métodos anticonceptivos y el inicio de una vida sexual activa ¿De quien la obtuvo o que medios?

Profesores ( )

Amigos ( )

Profesionales de la salud ( )

Padres ( )

Colegio ( )

Revistas ( )

Folletos ( )

Libros ( )
Internet ( )
Radio ( )
Televisión ( )
Otros medios. ( )

9. ¿De que medios prefiere usted obtener información de temas de sexualidad y métodos anticonceptivos?

Profesores ( )

Amigos ( )

Profesionales de la salud ( )

Padres ( )

Colegio ( )

Revistas ( )

Folletos ( )

Libros ( )

Internet ( )

Radio ( )

Televisión ( )

Jóvenes formadores del tema ( )

Otros ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÒN