

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS  
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
PUÉRPERAS ADOLESCENTES**

**IMELDA MAGDALENA MIRANDA MAZARIEGOS**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

**Febrero 2016**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Imelda Magdalena Miranda Mazariegos

Carné Universitario No.: 100022807

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES"

Que fue asesorado: Dra. Alcira Carlota Cifuentes López

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2016.

Guatemala, 28 de enero de 2016

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

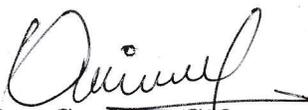
Quetzaltenango 01 de Octubre de 2015

**Doctor**  
**Luis Alfredo Ruiz Cruz**  
**Coordinador General de Programa de Maestría y**  
**Especialidades**  
**Escuela de Estudios de Post Grado**  
**Guatemala**

Respetable Dr. Ruiz

Por este medio me permito informarle que he asesorado el trabajo de tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PUERPERAS ADOLESCENTES, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE" a cargo de la **Dra. Imelda Magdalena Miranda Mazariegos**. Previo a optar el grado de Maestra en Ciencia Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente; por lo que no tenemos ningún inconveniente en autorizar dicho trabajo para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.



**Dra. Alcira Carlota Cifuentes López**  
**Asesora de Tesis**

Quetzaltenango 01 de Octubre de 2015

**Doctor**  
**Luis Alfredo Ruiz Cruz**  
**Coordinador General de Programa de Maestría y**  
**Especialidades**  
**Escuela de Estudios de Post Grado**  
**Guatemala**

Respetable Dr. Ruiz

Por este medio me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PUERPERAS ADOLESCENTES, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE" a cargo de la **Dra. Imelda Magdalena Miranda Mazariegos**. Previo a optar el grado de Maestra en Ciencia Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente; por lo que no tenemos ningún inconveniente en autorizar dicho trabajo para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Médicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

  
**Dr. Julio Fuentes Mérida MSc**  
**Revisor de Tesis**



## INDICE DE CONTENIDOS

<b>I. INTRODUCCION</b>	1
<b>II. ANTECEDENTES</b>	3
<b>III. OBJETIVOS</b>	25
3.1 Objetivo General	25
3.2 Objetivos Especificos	25
<b>IV. MATERIAL Y METODOS</b>	26
4.1 Poblacion o Universo	26
4.2 Tipo de estudio	26
4.3 Muestra	26
4.4 Caso	26
4.5 Criterios de selección	26
4.6 Definición de Variables	27
4.7 Proceso de la investigación	30
4.8 Trabajo de campo	30
4.9 Aspectos éticos	31
4.10 Instrumento	31
<b>V. RESULTADOS</b>	33
<b>VI. DISCUSION Y ANALISIS</b>	44
6.1 Conclusiones	47
6.2 Recomendaciones	49
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	51
<b>VIII. ANEXOS</b>	55

## INDICE DE TABLAS

I.	CUADRO 1	33
II.	CUADRO 2	34
III.	CUADRO 3	35
IV.	CUADRO 4	36
V.	CUADRO 5	37
VI.	CUADRO 6	38
VII.	CUADRO 7	39
VIII.	CUARO 8	40
IX.	CUADRO 9	41
X.	CUADRO 10	42
XI.	CUADRO 11	43

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO EN MEDICINA  
MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS  
CON ESPECIALIDAD EN GINECOOBSTETRICIA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**

## **RESUMEN**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN  
PUERPERA ADOLESCENTES, HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE 2013**

**Dra. Imelda Magdalena Miranda Mazariegos**

**Palabras Clave: Adolescente, Métodos Anticonceptivos, Embarazo.**

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las púerperas adolescentes del Hospital Regional de Occidente

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El tipo de estudio realizado fue descriptivo longitudinal. La muestra estuvo representada por 425 puerperas adolescentes a las que se les aplicó un instrumento compuesto por 20 preguntas, que evalúan diferentes generalidades, características, ventajas y falsos conceptos sobre la anticoncepción; encuesta de las cuales se obtuvo previa autorización de sus representantes.

**RESULTADOS:** Los resultados mostraron que del total de la pacientes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente, contra un 16.5% de nivel de conocimiento Bueno, ninguna encuestada obtuvo calificación excelente. Fue mayoritario el grupo etario de 18 – 20 años con un conocimiento deficiente de 45.41%. Así también, los conocimientos clasificados como Buenos en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo tanto las adolescentes se están enfrentando a la práctica sexual con el mínimo conocimiento de los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuente fue la del médico en un 33.2% seguido de la revista y/o periódicos que representan el 31.1% en ambos casos el nivel de conocimientos fue deficiente en un 55.4%.

### **CONCLUSIONES:**

Estos hallazgos nos demuestran que existe un conocimiento deficiente sobre anticoncepción en la mayoría de las puerperas adolescentes, por lo que se recomienda mejorar los programas de planificación familiar, aumentando el potencial de cobertura aún no alcanzado, como también promover en los servicios de maternidad y control post natal la importancia de la anticoncepción y así contribuir en la prevención del embarazo precoz en las adolescentes.

UNIVERSITY OF SAN CARLOS OF GUATEMALA  
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES  
SCHOOL OF POSTGRADUATE STUDIES IN MEDICINE  
MASTER OF MEDICAL SCIENCE  
SPECIALIZING IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY  
WEST REGIONAL HOSPITAL

## ABSTRACT

LEVEL OF KNOWLEDGE IN FAMILY PLANNING METHODS IN PUERPERAL ADOLESCENTS , WEST REGIONAL HOSPITAL 2013

MD Imelda Magdalena Miranda Mazariegos

Key words: Teenager, Birth control, pregnancy.

**OBJECTIVE:** Determine the level in family planning methods in puerperal adolescents of the west regional hospital

**MATERIAL AND METHODS:** The type of longitudinal study was descriptive. The sample was represented by 425 puerperal adolescents to which they applied an instrument composed of 20 questions that assess different generalities, features, advantages and misconceptions about contraception; survey which their representatives prior authorization was obtained.

**RESULTS:** The results showed that the total surveyed patients (425), 260 of them got a poor level of 61.2%, against a 16.5% level of knowledge Well, no respondent obtained excellent rating. Was majority the age group 18-20 years with a poor grasp of 45.41%. Also, the knowledge classified as good at all contraceptive methods do not generally exceed 40%, therefore the dolescentes is facing sexual practices with minimal knowledge of contraception. The most frequent source of information was the physician in 33.2% followed by the magazine and / or periódicos representing 31.1% in both the level of knowledge was poor in 55.4%.

**CONCLUSIONS:** These findings show us that there is a lack of knowledge about contraception in most adolescent puerperal women, so it is recommended to improve family planning programs, increasing the potential coverage not yet achieved, as well as promote maternity services and control postnatal the importance of contraception and thus contribute to the prevention of early pregnancy in adolescents.

## I. INTRODUCCION

El embarazo en la adolescente es reconocido en Guatemala como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de Salud Materna; Es una problemática que cobra día a día mas importancia por cuanto tiende a agravarse en proporción directa al crecimiento poblacional y además por los efectos negativos que representa en las madres solteras, en su hijos, familia y sociedad<sup>(1,34)</sup>

Reconocer las realidades de las vidas de las adolescentes jóvenes y particularmente su necesidad de conocer sus cuerpos, así como sus derechos y responsabilidades sexuales, es importante para sentar las bases de transición segura hasta la adolescencia. Las adolescentes de 10 a 14 años de edad conforman el 9 por ciento de la población mundial y hasta el 15% de algunos países de ingresos bajos y medios <sup>(33)</sup>

Hoy en día el uso de métodos anticonceptivos a cobrado gran importancia debido a la escasa evidencia de lo que las adolescentes saben, creen y hacen en lo que concierne a sus cuerpos e intereses sexuales. Por otra parte Encuestas Demográficas y de Salud llevadas a cabo en unos 60 países en desarrollo muestran que el 25 por ciento de las jóvenes entre 15 y 19 años iniciaron coito vaginal heterosexual antes de los 15 años en numerosos países del Africa, una gran parte de América Latina y el Caribe. <sup>(13,33)</sup>

Es incuestionable que de manera simultánea en la Salud Reproductiva y Sexual se asisten otros factores, algunos de los cuales tiene como origen la información confundida o poco clara al ser proporcionadas sin los conocimientos suficientes sobre el tema y que adquieren la mayoría de las adolescentes , ya sea a través de los medios de comunicación , amigos, establecimientos educativos o en el interior de la familia.<sup>(35)</sup>

Adicionalmente, cabe reiterar que son pocos los estudios que incluyen a las puérperas adolescentes en temas específicos sobre el uso de métodos anticonceptivos, lo cual brinda la pauta para realizar este estudio, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las puérperas adolescentes.

Este estudio se realizó con el propósito de identificar el nivel de conocimientos en anticoncepción en las puérperas adolescentes del Hospital Regional de Occidente y que a

partir de éste, se abra la puerta a nuevas investigaciones sobre esta misma temática en las adolescentes para que se brinden mecanismos que permitan reestablecer pautas para la creación y mayor extensión de cobertura de programas de educación sexual y reproductiva a los adolescentes en las instituciones de salud y educativas en los cuales se involucren al personal de salud, docentes y padres de familia; Para lo cual es importante definir lo que involucra en la vida sexual de los adolescentes el uso de métodos de planificación familiar.

El estudio realizado fue descriptivo longitudinal, la muestra estuvo representada por 425 puerperas adolescentes a las que se les aplicó un instrumento compuesto por 20 preguntas, que evaluaban diferentes generalidades, características, ventajas y falsos conceptos sobre la anticoncepción; encuesta de las cuales se obtuvo previa autorización de sus representantes.

Los resultados mostraron que del total de las pacientes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente, contra un 16.5% de nivel de conocimiento Bueno, ninguna encuestada obtuvo calificación excelente. Fue mayoritario el grupo etario de 18 – 20 años con un conocimiento deficiente de 45.41%. Así también, los conocimientos clasificados como Buenos en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo tanto las adolescentes se están enfrentando a la práctica sexual con el mínimo conocimiento de los métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuente fue la del médico en un 33.2% seguido de la revista y/o periódicos que representan el 31.1% en ambos casos el nivel de conocimientos fue deficiente en un 55.4%.

Con estos hallazgos nos demuestran que existe un conocimiento deficiente sobre anticoncepción en la mayoría de las puerperas adolescentes, por lo que se recomienda mejorar los programas de planificación familiar, aumentando el potencial de cobertura aún no alcanzado, como también promover en los servicios de maternidad y control post natal la importancia de la anticoncepción y así contribuir en la prevención del embarazo precoz en las adolescentes.

## II. ANTECEDENTES

Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos.

Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestran el estado de la salud sexual y reproductiva adolescente en América Latina y que a su vez, indican el estado de vulnerabilidad; el 21% de los partos en América Latina y el Caribe son de mujeres menores de 20 años y la mitad de estos embarazos no fueron planeados.<sup>10,11</sup>

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, revela que en Guatemala el total de las Adolescentes menores de 20 años, el 17% ya son madres y un 4% se encuentran embarazadas con el primer hijo. El porcentaje que ya son madres crece rápidamente con la edad hasta alcanzar el 41% de las mujeres de 19 años.

Los datos publicados por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), revelan que sólo en el 2010 se reportaron 45 mil 48 partos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años, lo que significa embarazos en niñas de nueve años.

En la población guatemalteca el uso de métodos anticonceptivos es insuficiente, hay adolescentes que no se atreven a hablar de una cuestión tan íntima, o que realmente desconocen que la anticoncepción es posible o accesible, por tanto es importante poder hacer acciones donde se guíe y aconseje a quienes lo necesiten.

Es por ello que la educación en el uso de anticonceptivos se considera un componente estándar de la atención posparto, pero rara vez se examina su efectividad. En particular, muchas adolescentes quedan embarazadas nuevamente durante el año posterior al parto, debido a la falta de acceso a información sobre los métodos anticonceptivos y basta comprender que en el caso de los adolescentes no es suficiente con poner la anticoncepción a su disposición, sino que también es necesario convencerles de su uso.

## 1.1 MARCO TEORICO

## 1.2 DESCRIPCION DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

### UBICACION DEL CONTEXTO HISTORICO E INSTITUCIONAL

El objeto de estudio esta situado en la ciudad de Quetzaltenango; la cual esta catalogada como la segunda ciudad más grande de la Republica de Guatemala, lo que dice de su importancia económica, social, cultural y política.

## 1.3 CONTEXTO HISTORICO

La ciudad de Quetzaltenango, cuya cabecera departamental es Quetzaltenango, fue fundada en el año de 1845, sus municipios son: Almolonga, Cabrican, Cajolá, Cantel, Coatepeque, Concepción Chiquirichapa, Colomba, El Palmar, Flores Costa Cuca, Génova, Huitan, La Esperanza, Olintepeque, Palestina de los Altos, Quetzaltenango, Salcajá, San Carlos Sija, San Francisco la Unión, San Miguel Sigüil., San Juan Ostuncalco, San Mateo, San Martín Sacatepéquez, Sibilia y Zunil. Los limites territoriales del departamento son: limita al norte con Huehuetenango, al este con Totonicapán y Sololá, al sur con Retalhuleu y Suchitepequez, y al oeste con San Marcos. La cabecera departamental se localiza a 204 km al oeste de la capital, situada en un inmenso valle rodeado de montañas y volcanes, esta ciudad del altiplano conserva las tradiciones de un legado Maya-Quiché, un pasado colonial y una dinámica de vida moderna.

La ciudad de Quetzaltenango se encuentra localizada en el globo terráqueo Norte 14 grados, 50 minutos y 22 segundos y sur de 91 grados, 31 minutos y 10 segundos, tiene un área de 120 km<sup>2</sup>, esta a una altura de 2,033 mts sobre el nivel del mar, cuenta con 11 zona urbanas, 13 cantones y 2 aldeas, el clima es templado y en promedio la temperatura es de 16oC , los idiomas que se hablan son el español, quiché y mam, la población urbana es de 106,629 habitantes mientras que la rural es de 15,629 habitantes, la densidad de población es de 1,018 personas por km<sup>2</sup>.

#### 1.4 CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Regional de Occidente esta ubicado en la Labor San Isidro, Zona 8. de la Ciudad de Quetzaltenango, dicho Hospital brinda atención medica a aproximadamente 500 pacientes al día, pertenecientes a la región Sur-Occidental, esto incluye a los departamentos de: Huehuetenango, Quetzaltenango, Quiché, Retalhuleu, San Marcos, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán. Dicho hospital brinda 23 tipos de servicios médicos, de los cuales la mayoría tiene que ver de alguna manera con lo referente a la generación de desechos sólidos los departamentos son los siguientes: Cardiología, cirugía de hombres, cirugía de mujeres, cocina, consulta externa, emergencias, fisioterapia, ginecología, histopatología, intensivo, labor y partos, laboratorio de banco de sangre, laboratorio de microbiología, lavandería, maternidad, medicina de hombres, medicina de mujeres, morgue, odontología, patología, pediatría, psicología, rayos x, secado y planchado, trauma de hombres y trauma de mujeres.

#### 1.5 ADOLESCENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esta comprendida entre los 10 y 20 años; también define como grupo de jóvenes a los que están comprendido entre 10 y 24 años<sup>(7,14)</sup>

Se define múltiples categorías en los distintos países.

- Adolescencia temprana: 10 a 14 años.
- Media: de 15 a 17 años.
- Tardía: de 18 a 20 años(que se superpone con el término juventud: de 15 a 25 años).

La adolescencia, además de ser un periodo de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución, hacia una mayor independencia psicológica, es la etapa donde el individuo desarrolla su creatividad, su individualidad, sus habilidades, se plantea metas y proyectos de vida y donde la sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones. <sup>(13)</sup>

Podemos recordar que la sexualidad se refiere a todo lo que somos como hombre o

como mujer, con nuestro cuerpo, sentimientos, pensamientos, costumbres, normas de comportamiento, entre otros.

Por lo tanto, la sexualidad no aparece en la adolescencia, nos acompaña desde que nacemos hasta que nos morimos; eso sí, se expresa de forma diferente durante la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la edad madura.

La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 1993) reporta que 70% de las mujeres han tenido su primer acto sexual antes de cumplir 18 años de edad. Esta primera experiencia sexual suele ocurrir más temprano en las mujeres que tienen menos escolaridad, presentándose casi siempre una relación inversa con el nivel educativo.<sup>(11)</sup>

Del total de mujeres entre 15-24 años de edad con experiencia sexual, solamente el 4.4% usó métodos anticonceptivos (ella o su pareja), al momento de su primer acto sexual. El uso aumenta con la edad, pasando de 2% entre las mujeres que tenían menos de 15 años a 11% entre las que tenían entre 20-24 años. Entre las mujeres cuya primera experiencia sexual fue marital, el 3.5% usa anticonceptivos. La proporción fue ligeramente mayor, entre las mujeres que reportaron experiencia sexual premarital (5.5 %), cifra que resulta ser la más baja en América Latina.<sup>(11)</sup>

Datos del mismo informe de FESAL 93, reportaron que los métodos usados por las mujeres en su primera experiencia sexual marital, fueron según orden de prioridad: los orales, los condones, el retiro y el ritmo. En cambio, para las que reportaron experiencia premarital: fueron los condones, el ritmo, el retiro y los orales; Estos resultados permiten afirmar que la mayoría de mujeres jóvenes estuvieron expuestas en su primer acto sexual, ya que no usaron anticonceptivos o usaron métodos menos eficaces como retiro o ritmo.

No existe evidencia de un vínculo causal entre la planificación familiar y la promiscuidad. Los conocimientos actuales sugieren que un enfoque realista hacia los cambios contemporáneos, en el comportamiento de los y las adolescentes, consiste en combinar la información con la disponibilidad de servicios de planificación familiar los cuales deben ser: accesibles, baratos y fáciles de usar.

Es necesario valorar los siguientes factores para tomar una decisión:

- Factores personales, socio-culturales, políticos y ambientales.

- Edad.
- Estado civil.
- Paridad
- Hábitos sexuales.
- Riesgo de enfermedad de transmisión sexual.
- Actitud del compañero o de la pareja.
- Actitud del padre, de la madre o de la familia.
- Presión de los amigos.
- Ambiente rural o urbano

Debemos recordar qué, los actos sexuales en la mayoría de los adolescentes no son planificados y se dan circunstancialmente, lo cual puede llevar a los embarazos no deseados (13)

## 1.6 ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los y las adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello se les deben orientar sobre las diversa opciones anticonceptivas.

Existen principios que son básicos en anticoncepción en general, pero más importantes en anticoncepción durante la adolescencia:

- El uso de método por un miembro de la pareja, no invalida el uso de otro método por el otro miembro, de manera simultánea.
- El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera y químicos, o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.
- En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todos los actos sexuales, sobre todos si son esporádicas y con diferentes parejas.

## 1.7 MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

### 1.7.1 HISTORIA DE LA ANTICONCEPCION

En las civilizaciones mas antiguas la historia de la anticoncepción es una de las disciplinas de la medicina que estudia la evolución de ésta y la transformación a través de los años, teniendo como punto de partida la necesidad de demorar la procreación y espaciar el tiempo entre los nacimientos de un hijo al siguiente. De anticoncepción encontramos datos historicos que datan desde el año 2000 a.C por los Egipcios, Romanos y Chinos, en ellos narran que el primero de éstos métodos consistía en un cono hecho de semilla de granda y cera, lo cua inhibía la ovulación por su contenido de estrógenos naturales, en las mujeres chinas era común observar el consumo de mercurio.<sup>(15)</sup> En el año de 1550 a.C se implementaron prácticas medicinales en las que se aconsejaba el uso de lavados vaginales con miel, bicarbonato, vinagre y sodio;<sup>(16)</sup>

Finalizando el siglo XVI el primer método implementado con eje fundamental en la protección de enfermedades contagiosas como la sífilis y que a su vez disminuía el riesgo de embarazo fue el condon, fue entonces que para el siglo XVII el Dr. Condom crea un condon con intestino de oveja y un hilo en la base para poder anudarlo y evitar el escurrimiento del semen, a partir de este método se despliega la fabricación de este método en materiales que son actualmente utilizados.<sup>(23)</sup>

Durante el siglo XIX el anticonceptivo para las mujeres se usaba un trozo de Madera en el orificio uterino lo que demuestra una notoria disminución en el número de hijos de 2 a 3, que normalmente se tenía 6 a 8 hijos. A partir de esta practica realizada por las mujeres en aquella época el Dr. Wilhelm Peter Mensinga en el año 1882 inventa el primer diafragma; a su vez reaparecen las duchas vaginales como método anticonceptivo, en el que las mujeres utilizaban algunas soluciones como el vinagre, jabón entre otras., para retirar el esperma despues del acto sexual. En la actualidad se sabe que estos métodos no tienen efecto espermicida alcontrario pueden hasta facilitar la entrada de los espermatozoides al útero. En el siglo XX en Londres se inaugura el primer centro de planificación familiar para las mujeres con información básica sobre la anticoncepción, para los años 1923 a 1929 algunos laboratorios se dedican a elaborar métodos basados en hormonas sexuales (estrógenos),

además de fabricar condones con latex.

Así mismo en el año 1,936 se identifica que la progesterona produce inhibición de la ovulación, lo que lleva a cabo en el año 1960 a la agencia Food and Drug Administration (FDA) del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos a la aprobación de la primera píldora anticonceptiva elaborada a base de estrógenos y progesterona artificial; a partir de allí, múltiples laboratorios continúan desarrollando a nivel mundial anticonceptivos orales que permiten que la mujer juntamente con su pareja tengan un control sobre su fertilidad, en la actualidad éste es uno de los métodos más utilizados, además de que en la década de los años sesenta se inician estudios sobre el uso de la progesterona inyectable, la cual en la actualidad es muy efectiva.

En la actualidad, mundialmente se están desarrollando diversos estudios sobre la vacuna, análogos hormonales y un posible anticonceptivo para uso en hombres que inhiba la formación de espermatozoides, esto con el fin de vincular al hombre de manera más directa a la participación activa de anticoncepción hormonal. Uno de estos estudios fue la creación de la píldora masculina a base de semillas de algodón, bautizada con el nombre de nofertil, la cual fue aprobada en 500 pacientes en Brasil, China, Estados Unidos, Reino Unido y países de África sin ningún margen de riesgo, ensayo que fue presentado a la comunidad médica en el X Congreso de Reproducción Humana, celebrado en Salvador en mayo de 2008.<sup>(17)</sup>

### 1.7.2 DEFINICIÓN:

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros.

Los principales mecanismos de acción son los siguientes: impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo (barrera), impedir la liberación del óvulo (hormonales, modificando la condición del endometrio).<sup>(16)</sup>

Existen otros tipos de métodos que evitan la concepción de manera permanente mediante técnicas quirúrgicas (definitivos).

También como planificación familiar natural, se establece la abstinencia de actos sexuales de la pareja durante la época fértil en el ciclo menstrual de la mujer. Los métodos anticonceptivos pueden dividirse en dos grandes grupos, tomando en cuenta la reversibilidad o no del método: los temporales y los permanentes.

### 1.7.3 ANTICONCEPCION Y EDUCACION SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES EN AMERICA LATINA

Hoy en día existen en la mayoría de los países de América Latina existen programas sociales dirigidos a los adolescentes; su cobertura y recursos son limitados, lo cual escasamente permite mejorar el estado de vulnerabilidad de ese grupo poblacional. Las siguientes son estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, que muestran el estado de la salud sexual y reproductiva adolescente en América Latina y que a su vez, indican el estado de vulnerabilidad mencionado anteriormente: Siendo el 21% de los partos en América Latina y el Caribe en mujeres menores de 20 años y la mitad de estos embarazos no fueron planeados. Cada año, son registrados en la Región de las Américas 40 mil nacimientos de madres menores de 15 años; la mitad de las nuevas infecciones de VIH/SIDA ocurren en jóvenes de 15 a 24 años de edad<sup>(23)</sup>; En Haití, 5% de los adolescentes hombres y 4% de mujeres entre 15 a 19 años de edad están infectados con VIH.

El 30% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, Guatemala, Haití y Perú no saben que una persona infectada con VIH pueden tener una apariencia sana; cada año, el 15% de la población adolescente de América Latina entre 15 y 19 años, contrae una infección de transmisión sexual, pues los conocimientos sobre cómo prevenirlas son escasos o nulos.<sup>(19)</sup>

En América Latina la organización Advocates for Youth realizó un estudio de salud sexual y reproductiva, el cual revela que entre las adolescentes existe conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, pero su uso ha sido limitado, indica que en América Latina, el 90% de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto en Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos; En el Perú, entre las parejas adolescentes no unidas y sexualmente activas, el 27% usa métodos modernos, el 42% usa métodos tradicionales como el ritmo o retiro y el 28% actualmente no usa ningún método anticonceptivo. En el Salvador, de las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solamente el 10% reportó haber usado anticonceptivos durante su

primera relación sexual. El poco uso de métodos anticonceptivos en esta etapa de la vida, refleja que muchos adolescentes, aunque posean ciertos conocimientos sobre sexualidad, creen que son infértiles o inmunes, además de la poca información brindada por los profesionales de la salud, y la escasa o nula información de los padres de familia hacia sus hijos sobre sexualidad, refleja la necesidad de seguir fomentando la educación sexual, y así trabajar en el autocuidado y sexualidad responsable de los adolescentes.

## 1.8 CLASIFICACIÓN DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

### 1.8.1. MÉTODOS NATURALES O PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

- Método del ritmo (calendario).
- Método de temperatura basal del cuerpo (TBC).
- Método del moco cervical o Billings.
- Método sintotérmico (combinación de los anteriores).
- Coitos interruptus o método del retiro voluntario.

### 1.8.2. MÉTODOS DE BARRERA

- Preservativo o condón masculino.
- Condón femenino.
- Diafragma.
- Capuchones cervicales.
- Espermicida.
- Esponjas vaginales.

### 1.8.3 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

- DIU liberadores de cobre.
- DIU liberadores de progestina (con progestagenos).

### 1.8.4. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos orales combinados (AOC).
- Monofásicos
- Bifásicos
- Trifásicos
- Anticonceptivos inyectables.
- Anticonceptivos inyectables combinados (AIC).
- Anticonceptivos inyectable solo de progestina (AISP).
- Implantes subdérmicos de progestina.
- Otros anticonceptivos hormonales.

#### 1.8.5. MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA MATERNA (MELA).

#### 1.8.6. ESTERILIZACION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.

- Femenina (Minilap, Laparoscopia).
- Masculina (Vasectomía).

### 1.9 MÉTODOS NATURALES O PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

#### 1.9.1 MÉTODO DEL RITMO

Consiste en reconocer los días fértiles e infértiles de la mujer, basada en el cálculo de la duración de los ciclos menstruales anteriores.

En cuanto a las características de su eficacia citamos: El uso correcto y sistemático da 5 a 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. Uso típico 20 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.

#### 1.9.2 METODO DE LA TEMPERATURA BASAL

El método de la temperatura basal consiste en registrar en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo se advierte el desnivel de temperatura -

de entre 2 y 5 décimas de grado C.- producido por la secreción de progesterona en el ovario tras la ovulación. Este método sólo diagnostica la fase infértil post ovulatoria. Es un método anticonceptivo, el más efectivo de los llamados naturales. Cuando se añade un cálculo para determinar una fase relativamente infértil preovulatoria, al inicio del ciclo, se trata del método ciclo-térmico.<sup>(16)</sup>

Es necesario usar un termómetro de galio o galinstan, los cuales son más precisos que los termómetros digitales. Se empieza a tomar la temperatura el 5º día del ciclo, por vía rectal o vaginal durante 3 minutos. Se mide al despertar antes de cualquier actividad, después de haber dormido por lo menos 3 horas. Las variaciones de una hora en la medición se harán constar ya que tomada una hora más tarde la temperatura puede elevarse una décima y una hora más pronto de la habitual disminuir 1 décima. También deberá recordarse lo que pueda afectar la temperatura como una cena notoriamente más o menos abundante, resfriados, toma de alcohol, traspasar, toma de medicación, cambio de termómetro etc.

### 1.9.3 METODO DEL MOCO CERVICAL O BILLING

Este método consiste en que la mujer monitorea su fertilidad, identificando cuando es fértil y cuando no lo es, en cada ciclo. El flujo de la mujer no siempre es igual, si no que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente, viscoso, como clara de huevo y adquiere mayor elasticidad al aproximarse la ovulación. En esta transformación se basa el método Billings, para determinar los días fértiles. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer note la aparición del moco cervical.

Generalmente la mujer presta atención en la sensación en su vulva, y la apariencia del descarga vaginal o moco; este conocimiento de los ciclos puede servir para no quedar embarazada o viceversa, tanto en el ciclo normal, en la lactancia y en la transición a la menopausia.

Días fértiles: Cuando el moco tiene una apariencia viscosa, elástica, que da una apariencia como a la clara de un huevo. Días infértiles: Se caracteriza por mayor sequedad, donde no verás ni sentirás moco, o este será denso, escaso y pegajoso .

La Organización BOM (Billings ovulation method organization) describe al Método Billings como una manera de "Regulación Natural de la Fertilidad"; este método puede ser

usado como una forma de Planificación familiar Natural, o puede ser usado como una manera saludable de Monitoreo Ginecológico o Autoconocimiento del propio cuerpo.

John Billings, fue un médico católico que desarrolló este método de acuerdo a su fe, sobre la ética cristiana sobre la Teología del Cuerpo como templo de Dios, basado en 1 Corintios 3:16-17 y otros pasajes de la biblia.<sup>1</sup> John Billings fue reconocido como un Caballero Papal en vida, y en su muerte le fueron dadas las condolencias a la viuda por el papa. El Método Billings fue desarrollado para una planificación familiar consciente sin importar las creencias individuales.

#### 1.9.4 COITUS INTERRUPTUS O MÉTODO DEL RETIRO VOLUNTARIO

Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pené de la vagina antes de producirse la eyaculación. La técnica consiste en retirar el pené de la vagina antes de la eyaculación. Para ello se requiere:

Retirar todo el líquido de la punta del pené antes de penetrar en la vagina, esa gota de líquido pre-eyaculatoria puede contener millones de espermatozoides. Cuando el hombre sienta que esta a punto de eyacular debe retirar el pené del interior de la vagina y eyacular lejos de la entrada de la misma. En su eficacia se menciona que el uso típico da 5 a 25 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.

#### 1.10 MÉTODOS DE BARRERA

Son métodos anticonceptivos que consisten en barreras físicas y / o químicas que impiden el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Dentro de las características de los métodos anticonceptivos de barrera, se tienen: Son seguros y relativamente confiables para las parejas que están suficientemente motivadas para usarlos. Las barreras mecánicas (condón, diafragma, capuchón cervical) evitan que los espermatozoides penetren en el canal cervical. Las barreras químicas (espermicidas) matan y vuelven inactivos a los espermatozoides.<sup>(16)</sup>

##### 1.10.1 PRESERVATIVO O CONDÓN MASCULINO

Es el único método no permanente para evitar embarazos que pueden utilizar los

hombres. Se conoce también como preservativos, profilácticos, gomas o forros. Tienen la función de cubrir el pené durante el acto sexual, no dejando que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina, en general se fabrican de látex.

La eficacia da cifras al emplear un uso correcto y sistemático de 3 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso. El uso típico da 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso.

#### 1.10.2 CONDON FEMENINO

El preservativo femenino, condón femenino (CF) o condón vaginal es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas. A diferencia del preservativo masculino no queda ajustado a tensión y por la humedad y temperatura propias de la vagina se adhiere cómodamente y su presencia es casi inapreciable. El preservativo femenino apareció en 1992 en Inglaterra y Estados Unidos e inmediatamente se difundió su uso por Europa y el resto del mundo.

El CF consta de una transparente funda pre lubricada que no contiene espermicidas, con dos anillos, uno interior y cerrado, que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que facilita cubrir los labios y clítoris, impide que el condón se introduzca demasiado en la vagina y que pierda posición.

El CF fue creado atendiendo la vulnerabilidad de la mujer, ya que le permite ejercer sus derechos sexuales, decidir y tener control sobre su seguridad. Anteriormente, con el condón masculino, la decisión de tener sexo protegido recaía en el hombre, quien en ocasiones no tomaba en cuenta a la mujer y sus derechos. Con el CF la mujer puede tomar su propia decisión con mayor libertad.<sup>(16)</sup>

#### 1.10.3 DIAFRAGMA

El diafragma es un método anticonceptivo de barrera que consiste en un capuchón de látex reutilizable que impide que el espermatozoides penetre en el útero. Recubre el cuello uterino y se mantiene en su sitio gracias a los músculos vaginales.

La efectividad del diafragma es de un 80%, para mejorarla, se puede combinar con

otro método anticonceptivo, como los espermicidas. La ventaja es que se puede colocar mucho antes de la relación sexual. Se puede colocar dos o tres horas antes, es preferible complementarlo con algún espermicida que no dañe la goma.

Debe ser retirado 6 u 8 horas después, porque sino no cumple la función de barrera. Cuando se tiene un embarazo, un parto o una operación pélvica que pueden cambiar las dimensiones, y si se aumentó o adelgazó mucho, es aconsejable medirse nuevamente

### 1.11 DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino es un dispositivo especial que se coloca dentro del cuello uterino. El más común está diseñado para liberar progesterona, hormona sexual que es producida por el mismo cuerpo.

Hay dos tipos principales de DIU, los que son inertes basados en cobre y aquellos basados en hormonas que funcionan por la liberación de progestágenos. En los Estados Unidos, por ejemplo, solo se producen dos tipos de DIU, el Paragard de cobre y el hormonal Mirena.<sup>(5)</sup> En el Reino Unido, existen siete tipos de DIU de cobre, y solo a éstos se les refiere como un DIU. Los contraceptivos uterinos hormonales son considerados una forma aparte de dispositivo anticonceptivo y son llamados Sistemas IntraUterinos

Todos los DIU de segunda generación de cobre en forma de T tienen una tasa de fallo menor al 1% cada año y una tasa de fallo acumulado por 10 años entre 2-6%.<sup>(8)</sup> Un ensayo a gran escala por la Organización Mundial de la Salud reportó un fallo acumulativo por 12 años para el Tcu es del 2,2%, o una tasa de 0,18% de fallos cada año durante 12 años, un valor equivalente a la ligadura de trompas que tiene un fallo por 10 años del 1,8%.

### 1.12 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Son una combinación de sustancias estrógenos y progestinas o solo de progestina que evitan el embarazo. La 'anticoncepción hormonal' es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos como las hormonas aportadas en pastillas son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo las células de la

hipófisis frenan la producción de gonadotropinas pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo de otro que no haya dos con diferente cronología.

El implante está formado por 6 pequeños tubos del tamaño de una cerilla que se insertan bajo la piel del brazo de la mujer y que van liberando lentamente hormonas sintéticas (progestágeno, similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer) en el organismo en una dosis constante y muy baja, estas hormonas evitan que los ovarios expulsen los óvulos además de causar cambios en la pared uterina y en el moco cervical.

Las acciones farmacológicas de los anticonceptivos hormonales, en especial las formulaciones combinadas afectan a varios órganos y tejidos del cuerpo. La anticoncepción hormonal es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos, tales como las hormonas aportadas en pastillas (que son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo) las células de la hipófisis frenan la producción de gonadotropinas, pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo evite el inicio de otro para que no haya dos con diferente cronología.

#### Efectos en órganos sexuales femeninos

- Ovario: causa hipotrofia.
- Epitelio vaginal: causa una disminución en el índice de maduración epitelial.
- Útero: produce hipotrofia del endometrio y sus glándulas. Puede causar la aparición de pólipos cervicales.
- Cuello uterino: Produce hipotrofia de la mucosa cervical con potencial de secreción endocervical anormal.
- Mamas: Ligera hipertrofia, estimulación y disminución de la secreción láctea.
- Sistema endocrino: Sobre el sistema endocrino, las hormonas anticoncepción tienen acción anovulatoria, inhibición de la secreción de FSH y anulación del crecimiento folicular, inhibición de la secreción de LH y anulación de la estimulación ovulatoria, incremento de la actividad de la renina plasmática y la aldosterona, aumento de la concentración de globulina  $\alpha_2$  transportadora de cortisol e incremento de la globulina transportadora de tiroxina.
- Efectos sobre la sangre:  
Aumento de la concentración de los factores de la coagulación I, VII, VIII, IX y el

factor X de coagulación.

Disminución de los niveles de antitrombina III.

Ligero incremento del hierro en la sangre y de la transferina.

- .Efectos metabólicos

Disminución de la tolerancia de glucosa.

Ligera disminución de los niveles de triglicéridos y de las

Leve retención de agua y sodio.

- Efectos cardiovasculares

Moderado incremento del gasto cardiaco.

Leve incremento en la tensión arterial.

### 1.13 PREPARADOS ORALES COMBINADOS

Son combinaciones de Progestina (Derivados de la Testostenona o Progesterona) y Estrógeno (Etinilestradiol/Mestranol). La acción anovuladora se realiza inhibiendo la acción de las gonadotropinas al actuar sobre la hipófisis y el hipotálamo. El progestágeno suprime la secreción de LH (hormona luteinizante) evitando la ovulación, mientras que la del estrógeno suprime la de FSH (hormona foliculoestimulante), con lo que se evita la selección y emergencia del folículo dominante. El estrógeno tiene otras dos acciones, colabora a que se establezca el endometrio evitando una descamación irregular con sangrado intermenstrual, y potencia también la acción del gestágeno permitiendo reducir su dosis.<sup>(16)</sup> Dado que el efecto del progestágeno domina sobre el del estrógeno, se manifestará sobre el endometrio con una disminución del glucógeno de la célula endometrial, deciduización y atrofia que impiden la supervivencia del blastocito en la cavidad uterina. El moco cervical también se afecta, es más espeso y hostil a la penetración por el espermatozoide, y quizás en las trompas aparezcan anomalías en la secreción y el peristaltismo. A pesar de todo no se produce una situación hipoestrogénica, porque los estrógenos circulantes se mantienen en unos niveles similares a los de la fase folicular precoz del ciclo menstrual normal.

### 1.14 PREPARADOS INYECTABLES COMBINADOS

Son preparados para la administración parenteral mediante una única inyección mensual. Tiene ventajas por su comodidad pero tiene el problema de las diferencias individuales en cuanto a la metabolización, lo que puede modificar su eficacia y provocar aparición de alteraciones menstruales. Uno utilizado en España es el que lleva 10 mg de enantato de estradiol y 150 mg de acetofenido de algestona.<sup>(16)</sup>

#### 1.15 GESTAGENOS ORALES EN DOSIS CONTINUAS (MINIPILDORA)

Utiliza pequeñas dosis de progestágenos tomadas diariamente de forma ininterrumpida. Los preparados suelen contener 0,30-0,35 mg de norgestrel, 0,075 de Levonorgestrel, 0,5 de linestrenol o bien 0,5 de diacetato de dietinodol, que en España no se comercializan.

Por su baja dosis sólo actúan sobre el endometrio y el moco cervical impidiendo el ascenso de los espermios. Las ovulaciones se mantienen en el 40% de los casos y no hay efectos metabólicos significativos. Su tasa de fallos es de 1,1-9,6 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. No aumenta la tasa de embarazos ectópicos y si hay gestación tiene menos riesgo de ser ectópico que sin la administración del gestágeno.

Se debe tomar el primer día del ciclo, el inconveniente es que hay que asociar otro método si se aplaza la toma diaria más de 3 horas, además de la frecuente producción de sangrados irregulares. Su máxima utilidad se ha visto en el periodo de lactancia o en las mujeres mayores de 40 años, también cuando estén contraindicados los estrógenos o cuando los preparados combinados disminuyan la libido.<sup>(26)</sup>

#### 1.16 IMPLANTES SUBDERMICOS

El Norplant es el más difundido y consiste en 6 cápsulas de silastic de 2,4 mm de diámetro y 34 mm de largo cada una, que contienen 36 mg de Levonorgestrel. Su actividad se mantiene durante más de 5 años de uso.

Se colocan en la grasa subcutánea de la cara interna del brazo o antebrazo a través de una incisión de 5 mm previa anestesia local. Liberan 80 mg/día de Levonorgestrel durante los primeros 6 – 12 meses, que desciende a 50 mg/día a los 9 meses y a 30 mg/día al cabo de un tiempo.

Su mecanismo de acción es múltiple, es sobre el hipotálamo y la hipófisis suprime el pico preovulatorio de LH, aunque el 30% de los ciclos permanece ovulatorio, por lo que la impermeabilización del moco cervical y la supresión de la maduración endometrial parecen ser más importantes. No interfiere en la lactancia.(24)

### 1.17 INYECCION DE PROGESTAGENOS

El más difundido contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona en forma de microcristales en solución acuosa, y mantiene su eficacia anticonceptiva durante un mínimo de 14 semanas con una tasa de fracasos de 1 embarazo por cada 100 mujeres/año al cabo de 5 años de uso.(16)

Su acción, además de realizarse sobre el moco cervical y el endometrio, se produce al inhibir la ovulación por bloqueo del pico de LH. No se suprime la FSH, por lo que hay crecimiento folicular que produce unos niveles mínimos de estrógenos. Se administra en los primeros 5 días del ciclo menstrual por inyección intramuscular que se repite cada 3 meses.

Tiene la ventaja de que no precisa de una colaboración especial de la mujer, por lo que es ideal para mujeres desorganizadas o para las que sufren algún tipo de retraso mental. Útil también en las epilépticas y durante la lactancia. También puede beneficiarse las mujeres con cardiopatía congénita, anemia falciforme, antecedentes de tromboembolismo, fumadoras mayores de 30 años y siempre que se desee evitar el uso de estrógenos. Entre los inconvenientes se encuentran: sangrados intermenstruales que se presentan en el 70% de las usuarias en el primer año aunque va disminuyendo con los años, de tal forma que el 80% son amenorreicas a los 5 años. Otros efectos son mastalgia, aumento de peso y depresión.

### 1.18 MÉTODO DE LACTANCIA AMENORREA (MELA)

Es un método temporal de planificación familiar, que utiliza la infecundación temporal que ocurre durante la lactancia.

Existen tres criterios que permiten a la mujer determinar su riesgo de quedar embarazada durante el estado natural de infertilidad asociado con la lactancia materna. Las guías para el uso del MELA especifican que se deben tener los tres criterios para que éste

pueda tener una eficacia de más del 99% en la prevención del embarazo.

Los criterios son:

- La mujer que esta lactando no debe haber tenido la menstruación desde el parto; este estado se conoce como amenorrea de la lactancia.
- La mujer debe amamantar de manera exclusiva o casi exclusiva.
- El o la lactante debe tener menos de 6 meses.

De acuerdo a lo anterior la planificación familiar es un programa con una base educativa fundamentada en los principios de medicina preventiva, por lo tanto es importante conocer las actitudes, creencias, valores, conocimientos y comportamientos relacionados con la actividad sexual y reproductiva de las parejas e individuos, con el fin de motivar y captar a los usuarios, para incorporarlos a la red de Planificación Familiar.

En consideración a lo señalado, el sitio ideal para el abordaje a los usuarios potenciales de los métodos anticonceptivos es a nivel de las maternidades, ya que el incremento de la captación de las usuarias de las maternidades en contraposición al pobre impacto de un programa de promoción sobre la planificación familiar a nivel de consultas externas, evidenciándose de esta manera que el momento de intervención es factor determinante en la aceptabilidad del método.

Por consiguiente el embarazo y el posparto son etapas de la vida reproductiva que ofrece una buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y sobre el uso de los métodos anticonceptivos

Muchas mujeres posparto en entornos médicos no reciben asesoramiento acerca de anticonceptivos cuando se encuentran allí. En muchas culturas, generalmente las mujeres no regresan al hospital para un examen médico a menos que se sientan enfermas o tengan complicaciones. Ello indica que el asesoramiento relativo a la planificación familiar durante la visita hospitalaria inicial es una oportunidad importante, que debería aprovecharse plenamente.

La influencia de los conocimientos y la actitud en relación a los métodos anticonceptivos es propia y diferente en cada una de las puérperas jugando un papel muy importante en la aceptación o rechazo de un método anticonceptivo.

Las mujeres que están en el periodo de posparto tienen muchas dudas con respecto a los métodos anticonceptivos, más aún si es la primera vez que se les brinda información sobre los mismos; por ende, la opción de optar por un método se hace difícil.

Es necesario plantear los beneficios del uso de anticonceptivos, aclarar los temores frente a los métodos, especialmente el temor a la infertilidad que es común en las adolescentes, y sobre los efectos secundarios y contraindicaciones. Al respecto, debe enfatizarse que los efectos y contraindicaciones dependen de cada mujer y que de ninguna manera se pueden generalizar.

En todo el mundo, aproximadamente la tercera parte de las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar están embarazadas o han dado a luz recientemente.

Es evidente que las adolescentes no cuentan con un nivel adecuado de conocimientos en salud reproductiva, haciéndose imperiosa la necesidad de educar, mejorar el nivel de conocimientos acerca de la sexualidad y anticoncepción, así como evitar las actitudes negativas.

Algunos de los riesgos que corre una mujer al quedar embarazada tan cerca de un embarazo previo son:

- En el caso de una mujer que está dando pecho hay muchos riesgos a analizar: desde el punto de vista emocional del bebé y desde el funcional y fisiológico.
- Puntualmente, un embarazo en una mujer que tuvo un bebé por cesárea hace poco tiempo, al término del nuevo embarazo tiene riesgos de tener una ruptura uterina.

- Podría tener problemas en el trabajo de parto, por lo que se contraindicaría. Se le recomendaría hacer nuevamente una cesárea.
- De repente si tenía anemia y no termino de recuperarse, se encuentra en plena lactancia y el dar pecho puede producir la liberación de Oxitocina y contraindicaciones, y amenaza de un parto prematuro.

Existe una gamma de componentes que serán mayores o menores de acuerdo al estrato social y las condiciones en que se encuentra esa mujer. Una cosa es una mujer con problemas nutricionales, de escasos recursos culturales y económicos, y otra es una mujer que tiene un estado físico y nutricional muy bueno.

En términos generales, la anticoncepción en el puerperio cumple una función sumamente importante: proteger a la madre contra un nuevo embarazo que sería totalmente inoportuno porque no se encuentra en las mejores condiciones. Si bien evitar un embarazo en cualquier otra etapa de la mujer es un acto de salud, porque todo embarazo tiene riesgos, en la puérpera esto cobra aún más importancia. Sobre todo para lo que será la crianza de su bebé que necesita a su madre en buen estado.

Por lo que es fundamental implementar programas educativos en base a los resultados que se obtendrán con el presente estudio y así estos programas deben ser impartidos en forma temprana, que aclaren los mitos peligrosos y las falsas creencias, para que las adolescentes estén en condiciones de afrontar los cambios que se producen en esta etapa de la vida y evitar consecuencias que pueden perjudicar su desarrollo bio-psico-social

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General:**

- Evaluar el nivel de conocimiento de los métodos de planificación familiar en puérperas adolescentes de post parto en Obstetricia del Hospital Nacional de occidente.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- 3.2.1. Determinar el nivel de conocimiento sobre metodos anticonceptivos que tienen las puérperas adolescentes: Excelente, Bueno, Regular o Deficiente
- 3.2.2 Conocer el medio por el cual las puerperas adolescentes son informadas acerca de los métodos anticonceptivos
- 3.2.3 Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la edad de la paciente

## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 POBLACION O UNIVERSO**

Pacientes puérperas adolescentes del Servicio de Post Parto del Departamento de Obstetricia, Hospital Regional de Occidente

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio Descriptivo Longitudinal

### **4.3 MUESTRA**

Casos correspondientes al año 2,013. Para el desarrollo de esta investigación se utilizara un estudio de muestreo no probabilístico, se escogió este tipo de muestreo ya que su fundamento se basa según lo expone la literatura, específicamente el autor Guillermo Briones en "muestras compuestas por unidades de una población que no han sido seleccionadas al azar" (82) (BRIONES, Guillermo. Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales ICFES 1996. P 57), y por lo tanto, deben poseer ciertas características que se ajustan a los objetivos de la investigación para así controlar el sesgo de selección. De esta manera, las puérperas seleccionadas en la muestra, deben cumplir con los criterios de inclusión a describir mas adelante.

### **4.4 CASO**

Paciente puérpera adolescente

### **4.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

- Puérpera adolescente menor de 20 años

- Estado lucido y consciente de la paciente
- Puérpera adolescente que firme el conocimiento informado antes de la realización de la encuesta juntamente con los padres o encargado de la paciente.

### Criterios de Exclusión

- No autorización de la paciente
- Pacientes críticas, cuyo estado les impida responder adecuadamente al cuestionario de la encuesta.

### 4.6 DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	VARIABLE S Y ESCALA DE MEDICION
Adolescencia	Definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que esta comprendida entre los 10 y 20 años	10 – 20 años	Temprana 10-14 años Media 15-17 años Tardía 18 -20 años	Cuantitativa
Métodos de planificación familiar	Son todos aquellos mecanismos utilizados	• Métodos Naturales	-Método del ritmo - Temperatura basal del cuerpo -Método del moco cervical o Billings. -Método sintotérmico	

	<p>voluntariamente , por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos de Barrera</li> <li>• Métodos intrauterinos</li> <li>• Anticoncepción Hormonal</li> <li>• Anticoncepción Quirúrgica</li> </ul>	<p>-Coitos interruptus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservativo</li> <li>- Condón femenino.</li> <li>- Diafragma.</li> <li>-Capuchones cervicales.</li> <li>- Espermicida.</li> <li>- Esponjas vaginales.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DIU liberadores de cobre.</li> <li>- DIU liberadores de progestina</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticonceptivos orales combinados</li> <li>- Anticonceptivos inyectables</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implantes subdermicos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oclusión Tubárica Bilaeral</li> <li>-Vasectomía</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
Factores Epidemiológicos	Caracterización de la población	-Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 - 14 años</li> <li>- 15 -1 7 años</li> <li>- 18 - 20 años</li> </ul>	<p>Cualitativa de Intervalo</p>

		-Estado Civil	-Soltera -Unida -Casada -Viuda	Cualitativa Nominal
		Grado Académico	-Primaria Incompleta -Primaria Completa -Secundaria Incompleta -Secundaria Completa -Universidad incompleta	Cualitativa Nominal
		Ocupación	-Ama de Casa -Agricultora -Estudiante -Profesión Técnica -Comerciante	Cualitativa Nominal
		Nivel Socioeconómico según grado académico	-Baja -Media -Alta	Cualitativa Nominal
Antecedentes GinecoObstétricos	Parte del interrogatorio clínico en el cual se registran datos ocurridos del pasado, el presente,		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesta</li> <li>• Paras</li> <li>• Cesáreas</li> <li>• Abortos</li> <li>• Hijos vivos</li> <li>• Hijos muerto</li> <li>• Embarazo Deseado</li> <li>• Número de parejas</li> </ul>	Cuantitativa Nominal

	concerniente a la salud de la paciente		sexuales	
Fuente de Información			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos</li> <li>• Revistas</li> <li>• Periódico</li> <li>• Familiares</li> <li>• Enfermera</li> <li>• Amigos</li> </ul>	Cualitativo Nominal

#### 4.7 PROCESO DE LA INVESTIGACION

- Entrega y autorización del Anteproyecto y Proyecto respectivamente.
- Validación de boleta de recolección de datos
- Aprobación y autorización para realizar la investigación al Comité de Ética e Investigación y a las autoridades del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente.

#### 4.8 TRABAJO DE CAMPO

- Selección de casos de pacientes puérperas adolescentes en el Hospital Regional de Occidente
- Recolección de datos Casos
- Tabulación y Análisis de la información
- Finalmente elaboración y entrega del Informe final

#### 4.9 ASPECTOS ETICOS

- Consentimiento Informado de las Puérperas adolescentes en el estudio para aplicar los instrumentos y realizar el análisis de la información de los datos obtenidos
- Autorización del Comité de Ética e investigación del Hospital Regional de occidente.

#### 4.10 INSTRUMENTO

- Boleta recolectora de datos
- Consta de 20 preguntas de selección única estructuradas de la siguiente manera:
- Una primera parte de identificación general, una segunda parte que evalúa el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, conformados por preguntas de respuesta única referente a: generalidades sobre planificación familiar post-parto (pregunta 3); generalidades sobre métodos anticonceptivos (preguntas 4 a la 9), modalidades y características de cada uno de los métodos anticonceptivos (preguntas 10 a la 16), falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos (preguntas 17 a la 20)

#### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

- El nivel de conocimiento se determinará según el número de respuestas correctas de las puérperas, de acuerdo al siguiente patron de corrección.
- 1.e, 2.d, 3.e, 4.c, 5.e, 6.e, 7.e, 8.a, 9.e, 10.c, 11.d, 12.e, 13.c, 14.e, 15.e, 16.e, 17.e, 18.d, 19.d, 20.e;

- Los resultados obtenidos se calificaran en una escala del 0 al 20 de la siguiente manera:
  - Excelente de 17 a 20 puntos
  - Bueno : 13 a 16 puntos
  - Regular: 10 a 12 puntos
  - Deficiente: 00 a 09 puntos

## V. RESULTADOS

**Cuadro No. 1**

Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
BUENO	70	16.5
REGULAR	95	22.3
DEFICIENTE	260	61.2
<b>TOTAL</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 2**

Nivel de conocimiento según grupo etario.

<b>EDAD</b>	<b>BUENO</b>		<b>REGULAR</b>		<b>DEFICIENTE</b>		<b>TOTAL</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14	0	0	0	0	3	100	3	0.70
15 a 17	26	12.7	39	19.1	139	68.1	204	48
18 a 20	42	19.3	77	35.3	99	45.41	218	51.3
<b>Total</b>	68	16	116	27.3	241	56.7	425	100

Fuente Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 3**

Nivel de conocimiento según grado académico

GRADO ACADÉMICO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0	0	0	134	100	134	31.5
PRIMARIA COMPLETA	5	4.7	13	12.3	87	82.5	105	24.7
SECUNDARIA INCOMPLETA	34	25.9	58	44.2	39	29.7	131	30.8
SECUNDARIA COMPLETA	21	39.6	15	28.3	17	32.0	53	12.4
UNIVERS. INCOMPLETA	2	100	0	0	0	0	2	0.47
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>16.0</b>	<b>103</b>	<b>24.2</b>	<b>254</b>	<b>59.8</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 4**

Nivel de conocimiento según estado civil

ESTADO CIVIL	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
CASADA	33	16.3	51	25.3	117	58.2	201	47.3
UNIDA	19	11.5	43	26.0	103	62.4	165	38.9
SOLTERA	0	0	29	55.7	28	53.8	52	12.2
VIUDA	0	0	0	0	2	100	2	0.47
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 5**

Nivel de conocimiento según la ocupación

OCUPACION	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N	%
	N	%	N	%	N	%		
AMA DE CASA	25	9.32	56	20.8	187	69.7	268	63.0
AGRICULTORA	4	5.4	14	18.9	56	75.7	74	17.4
ESTUDIANTE	17	47.2	9	25	10	27.8	36	8.47
PROFESION TECNICA	17	53.1	9	28.1	6	18.8	32	7.5
COMERCIANTE	0	0	5	33.3	10	66.6	15	3.5
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 6**

Nivel de conocimiento según nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECONOMICO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
BAJA	0	0	42	18.5	185	81.5	227	53.5
MEDIA	21	10.6	79	40.0	98	49.5	198	46.5
ALTA	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta Recolectora de datos

**Cuadro No. 7**

Nivel de conocimiento según deseo de embarazo

		NIVEL DE CONOCIMIENTO							
DESEO DE EMBARAZO	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
SI	54	21	60	23.3	143	55.7	257	60.5	
NO	14	8.3	43	25.6	111	66.1	168	39.5	
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100	

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 8**

Nivel de conocimiento según paridad

PARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PRIMIPARA	41	14.9	71	25.7	164	59.4	276	64.9
MULTIPARA	27	18.1	32	21.5	90	60.4	149	35.1
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No.9**

Nivel de conocimiento según participación del conyugue

PARTICIPACION CONYUGUE	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ACUERDO MUTUO	46	16	76	26.3	167	57.7	289	68
NO AYUDA A ELEGIR	18	23.7	7	9.2	51	67.1	76	17.9
IMPONE EL METODO	0	0	5	15.6	27	84.4	32	7.5
PROHIBE USO	4	14.3	15	53.6	9	32.1	28	6.6
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 10**

Nivel de conocimiento según número de parejas.

NUMERO DE PAREJAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
UNA	50	14.5	93	27.1	201	58.4	344	80.9
DOS O MAS	18	22.2	10	12.3	53	65.5	81	19.1
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

**Cuadro No. 11**

Nivel de conocimiento según fuente de información.

FUENTE INFORMATIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MEDICOS	17	12	46	32.6	78	55.4	141	33.2
REVISTA/PERIODICO	25	18.9	45	34.1	62	47	132	31.1
FAMILIARES	9	13.8	5	7.7	51	78.5	65	15.3
ENFERMERAS	0	0	7	19.4	29	80.6	36	8.4
OTROS	13	40.6	0	0	19	59.4	32	7.5
AMIGOS	4	21.1	0	0	15	78.9	19	4.5
<b>Total</b>	68	16.0	103	24.2	254	59.8	425	100

Fuente: Boleta recolectora de datos

## VI. DISCUSION Y ANALISIS

El análisis del total de las puérperas adolescentes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente, contra un 16.5 % de nivel de conocimiento Bueno, ninguna encuestada obtuvo calificación excelente. Estos resultados son similares a los obtenidos por Perez A. (17)

De las 425 encuestadas, 218 o sea el 51.3% corresponden al grupo etario (18 – 20 años), seguido del grupo etario (15 – 17 años) con el 48%. Estas cifras no difieren con otros estudios y/o literaturas en las que se demuestra que el desconocimiento sobre la utilización de los métodos de planificación familiar y la edad óptima de una mujer para quedar embarazada, puede provocar que no se tenga en cuenta las complicaciones que acarrea este acto en la adolescencia, ya que las adolescentes aún no han alcanzado su madurez biológica, ni su completo crecimiento y desarrollo reproductivo. (27)

El nivel de conocimiento en un 56.7% que representa 241 encuestadas, es deficiente y el grupo de 15 - 17 años presenta un nivel deficiente con 139 encuestadas que es el 68.1%. Y entre el grupo de 18 – 20 años entre un nivel bueno y regular representan 119 pacientes que son el 54.6%. Expuesto lo anterior cabe agregar que los hallazgos obtenidos en las adolescentes por Pérez A.(17), evidencia que el 80% tenían bajos niveles de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Por lo que es indispensable brindar información mas completa sobre el uso, tipo, ventajas y características de los métodos anticonceptivos para mejorar el conocimiento de éstos.

El mayor número de pacientes encuestadas tenía como grado académico primaria incompleta 134, de las cuales 134 (100%) tenía nivel deficiente y de las de secundaria incompleta eran 131 (70.1%) tenían un nivel de conocimiento entre bueno y regular. Estos resultados concuerdan con lo que menciona Gaviria A. Sobre la inequidad en el acceso a las oportunidades, servicios y derechos fundamentales es una determinante fuerte del fenómeno, embarazo en adolescentes, ya que los que necesitan de mayor información sobre anticoncepción son los que tienen una menor edad, menor escolaridad y menor ingreso económico.(31)

Por otra parte, de los conocimientos clasificados como “buenos” en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo tanto, el adolescente se está

enfrentando a la práctica sexual con el mínimo conocimiento de los métodos anticonceptivos, en caso de que decida utilizarlos, se expone a una práctica insegura y de riesgo.

Se detectó que el estado civil en el grupo de encuestadas predominan las pacientes casadas y con unión estable 366 (86%), de las cuales 220 presentan un nivel de conocimiento deficiente; Si bien, el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) en México 2013, muestra que cuatro de cada cinco partos de madres adolescentes se da dentro de una unión establecida.<sup>(31)</sup> Así, la mayoría de las puerperas adolescentes no se identificaron como madres solteras. Llama la atención que en ambos grupos se destacó un nivel bajo en conocimientos, poniendo en evidencia la necesidad de garantizar y expandir los programas de salud reproductiva.

Las pacientes que tienen como ocupación ser amas de casa se ubican con un 63 % que representa 286 encuestadas, y de éste grupo el 69.7% tienen un nivel deficiente. Cabe agregar que las que tenían una profesión técnica el 53.1% tenían un nivel de conocimiento bueno, hallazgo similar obtenido por Pérez A. <sup>(17)</sup> Estos hallazgos nos demuestran que al tener la adolescente una profesión, tiene una mejor oportunidad de obtener conocimientos mas amplios sobre anticoncepción.

En cuanto a la estratificación social el 53.5% de las pacientes encuestadas pertenecen a la clase baja, y presentan un 81.5% de nivel de conocimiento deficiente. Hallazgos compatibles en el estudio de Pérez A. <sup>(17)</sup> y la OMS. La información analizada en este estudio indica que los adolescentes que necesitan de mayor información de métodos anticonceptivos son los que tienen menor edad, menor escolaridad, los que viven en áreas rurales, con menor ingreso ya que la falta de educación sexual condiciona a este grupo de adolescentes a que deben interpretar y comprender los programas de planificación familiar en una forma continua.

El 60.5% de las puerperas adolescentes habían deseado el embarazo actual, a diferencia del 39.5% de las mismas; en ambas el 59.8% el nivel de conocimiento era deficiente. Estos datos concuerdan con lo que Stern y García<sup>(32)</sup> expresan, de que la brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, es posible que tenga relación con la perspectiva del deseo inconsciente del embarazo, por lo que se deben priorizar estrategias que promuevan en el individuo la toma de conciencia de que se es

susceptible de embarazarse, y así propiciar en ellos la planeación deliberada de la fecundidad postergada. ,

El 64.9% de las encuestadas fueron primíparas, de estas el 59.4% tenía un nivel de conocimiento deficiente. Lo anterior demuestra el desconocimiento de las jóvenes adolescentes de la fisiología, psicología y desarrollo sexual propios de su edad, avalados estos estudios de Francisco Adelkis.<sup>(28)</sup> Confirmando en este estudio la asociación estadística entre el antecedente de embarazo y baja escolaridad que han descrito otros autores<sup>(29,30)</sup>.

En la toma de decisiones referente al uso de métodos anticonceptivos mostró que el 68% de las encuestadas eligió en acuerdo mutuo con su pareja, evidenciando así la importancia que hay en la participación como pareja y el compromiso de responsabilidad entre ambos.<sup>(31)</sup> Aunque el 57.7% de la misma se ubica en un nivel deficiente de conocimiento, evidenciando así la necesidad de priorizar en los programas de planificación familiar a las mujeres jóvenes, tanto solas como unidas.

El 80.9% de las puérperas había tenido una pareja y el 58.4% de las mismas tenían un nivel deficiente de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Según reporta la Encuesta Nacional de la Juventud Mexicana, que preguntó a las y los adolescentes las razones por las que no habían utilizado métodos anticonceptivos con su primera pareja sexual. La primera razón fue que no esperaban tener relaciones, que su pareja no quiso y que no conocía los métodos;<sup>(31)</sup> estos datos muestran que la falta de conocimiento y planeación, es la principal razón que impide el uso de los métodos anticonceptivos, ocasionando el embarazo temprano en adolescentes.

La fuente información mas frecuente fue la del medico 33.2% seguido de la revista o periódico que representan el 31.1% en ambos casos el nivel de conocimiento fue deficiente con un 55.4% y 47% respectivamente. Hay autores cubanos como Francisco Adelkis que plantea que más del 50 % de sus adolescentes no habían recibido información sexual y que la fuente principal de los que sí lo habían recibido era el médico de la familia, lo cual corresponde con la presente investigación.<sup>(28)</sup>

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Del total de las pacientes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61.2% de nivel deficiente
- 6.1.2 De las 425 encuestadas, 218 (51.3%) corresponden al grupo etario (18 – 20 años), seguido del grupo etario (15 – 17 años) con el 48%.
- 6.1.3 A medida que aumento el grado de estudio, se observa que aumento el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, aunque ningún grupo logro ubicarse en la categoría de excelente, esto tiene una explicación por el hecho de que la educación constituye una variable relevante por ser una determinante social que esta vinculada al aspecto preventivo promocional, debido a que la población bien informada y con mayor nivel educativo, en su mayoría puede adoptar estilos de vida saludables.
- 6.1.4 No se encontró relación alguna entre el estado civil de las encuestadas y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- 6.1.5 La ocupación que mas ejerce cada una de las encuestadas es la de ama de casa y el 69.7% de este grupo, mostro que poseen un nivel de conocimiento deficiente.
- 6.1.6 El 53.5% pertenecía a la clase baja y de estas el 81.5% tenían un nivel de conocimiento deficiente. Esto nos viene a confirmar la falta de conocimiento sobre sexualidad, incluyendo los métodos anticonceptivos, y el uso correcto de estos en estas edades es responsable de las deficiencias detectadas y que reflejan los altos índices de natalidad desde la adolescencia, como también el alto número de embarazos no deseados.
- 6.1.7 A medida que aumenta el nivel socioeconómico observamos que el nivel de conocimiento aumenta, esto por tener una mejor oportunidad de estudio o grado de instrucción relacionados a los accesos de servicios de salud.

Siendo el 50.6% las que tenían un nivel de conocimiento entre bueno y regular.

- 6.1.8 No se encontró relación entre el deseo de embarazo y el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.
- 6.1.9 Las primíparas representan el mayor volumen de la encuesta, 59.4% tenían un nivel de conocimiento deficiente, probablemente al pobre impacto que ha tenido el programa de planificación familiar en estos casos.
- 6.1.10 Es independiente que la pareja ayude a escoger el método anticonceptivo, pues el nivel de conocimiento es deficiente.
- 6.1.11 Un bajo porcentaje mostro cohabitación sexual (19.1%) no obstante el 58.4% de las que tenia una sola pareja sexual obtuvo un nivel de conocimiento deficiente.
- 6.1.12 El conocimientos del grupo encuestado sobre métodos anticonceptivos fueron obtenidos de información medica (33.2%) y de medios impresos y revistas/periódicos (31.1%) a pesar de esto se encontró un nivel de conocimiento deficiente.
- 6.1.13 Se infiere que la labor educativa sobre los beneficios de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos se ha descuidado o que éstos no tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado en el grupo de las adolescentes.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Mejorar los programas de planificación familiar a nivel hospitalario y ambulatorio, dirigiendo el trabajo del personal de salud liderado por el médico hacia la orientación, educación y concientización de la población a su cargo sobre la procreación racional, responsable y consciente.
- 6.2.2 Capacitación del personal de salud a que asuma el trabajo educativo sobre la planificación familiar y los métodos anticonceptivos para aumentar el nivel de conocimientos sobre los mismos.
- 6.2.3 Planificación de estrategias educativas dirigidas a la mujer y su correspondiente pareja que cubran, sus intereses, problemas, inhibiciones, grados de estudio, nivel socioeconómico y creencias.
- 6.2.4 Se recomienda la aplicación diseñada en esta investigación como elemento evaluador sobre métodos anticonceptivos.
- 6.2.5 Insistir en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo.
- 6.2.6 Promoción educativa hacia las mujeres que acuden a solicitar atención obstétrica (consulta prenatal), en los servicios de maternidad (puerperio) y al control ambulatorio Postnatal sobre la importancia de la planificación familiar con ayuda de los distintos métodos anticonceptivos.
- 6.2.7 Promover la participación del hombre en el programa de planificación familiar, para que pueda influir en el comportamiento de la pareja respecto a la procreación y elección del uso de métodos anticonceptivos.
- 6.2.8 Implementar capacitaciones y/o talleres sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.

6.2.9 Para finalizar la incorporación de asesoría y consulta de adolescentes en los centros de atención primaria donde se les ofrezca a los jóvenes y padres de familia adolescentes atención integral sobre educación sexual, salud reproductiva y anticoncepción, y así contribuir a la prevención del embarazo precoz.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mejía Cruz, Luis Fernando. Embarazo en la Adolescente. Guatemala Centro América. 2004. Centro de Educación e información APROFAM. Editorial Radipsa S.A. pp. 1-30
2. Committee on Adolescence-USA. Adolescent pregnancy. Pediatrics 1989; 83 (1): 132-4
3. Fenando D, Singh S. Wulf D. Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana. PERÚ. The Alan Guttmacher Institute. 1999.
4. FIGO Focus: Sexualidad en la Adolescencia. Rev. Colomb Obstet Gincol 1990. 41(4): 273
5. Mc Anarney, E. Adolescent pregnancy and its consequences JAMA 1989; 262 (1): 74.7
6. Visser AP, Von Bilsn P. Effectiveness of sex education provided to adolescents. Parent Educ Couns 1994; 23(3).
7. Bolivar N, Luengo X, Molina R. Educación Sexual, resultados de una metodología participativa utilizada en talleres con adolescentes. En: XII Reunión de la asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana, Libro de Resúmenes. Schering Argentina S.A.I.C., Buenos Aires 1993.
8. Creatsas GK. Sexuality: Sexual activity and contraception during adolescence. Current Opin Obstet Gynecol 1993; 5(6): 774-83.
9. Earls F, Robins L, et al Comprehensive health care for high risk adolescents: an evaluation Study. Am J Public Health 1989; 79 (8): 99-1005.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Atención Integral de los y las Adolescentes. Guatemala C.S. , 1998. Publicado por la colaboración de la OPS. Pp. 27-35
11. Embarazosa situación en Latinoamerica. Disponible en <http://www.sexualidad-es.com>  
Fecha de consulta Junio de 2008

12. Tang LE. Embarazo en adolescentes. (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991. 66 pp.
13. García J, Figueroa JG. The reproductive characteristic of adolescents and young adults in México City. Salud Pública Mex 1993; 35(6): 682-91.
14. UNICEF. Program . 2010
15. Ross. J. Y Col. (2005). Estrategias Gerenciales para Programas de Planificación Familiar. Center of Population and Family Health, School of. Public. Health Columbia University. New York. P. 6-59.
16. Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
17. Pérez, A. (1995). Conocimiento de las Adolescentes Embarazadas sobre Métodos Anticonceptivos Consulta Prenatal de Adolescentes Ambulatorio Urbano Tipo III la Carucieña. Barquisimeto Sep-Oct 1995. (Tesis Posgrado). Posgrado de Medicina Familiar. P. 1-57
18. UIEP-PROINFO. 2000. Unidad de Investigación, Estadística y Planificación. Quetzaltenango, Guatemala
19. Ferrando, D. The teenage mother and the early pregnancy. Lima, UNICEF/Consortio Mujer 1993 p.199- 205
20. Secretaría de Salud. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad precoz. Hospital Infantil Inguarán, México. 2006.
21. Secretaría de Salud. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad precoz. Hospital Infantil Inguarán, México. 2006.
22. Chu Magdalena. Salud Reproductiva de jóvenes que estudian en centros educativos nocturnos de Lima Metropolitana. Lima 1999

23. Breve Historia del condon y de los métodos anticonceptivos, Ana Martos Rubio, Nawtilus, 2010, España, ISBN 978-84-9763-783-1, pág. 35 y 167 y ss.
24. Sistema de implantes subdérmico: norplant, Dr. Felipe Santana Pérez, Dr. Manuel Gómez Alzugaray y Dra. Rosa María Real Cancio, Instituto Nacional de Endocrinología. Departamento de Salud Reproductiva, Rev Cubana Endocrinol 2000;11(1):41-50
25. Institute for Repreoductive Health. Lactational Amenorrhea Metthod. Disponible en: [http://lrh.org/projects/fam\\_projects/lactattional-amenorrhea-metthod-lam.com](http://lrh.org/projects/fam_projects/lactattional-amenorrhea-metthod-lam.com)
26. Conferencia de consenso: Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Sociedad Española de Contracepción. Arajuez, 2005. Disponible en [www.sec.es](http://www.sec.es)
27. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México; Nueva Síntesis; 2001.
28. Adelskis CF, Alvarez RR, Massó BV, Brook F. Frene. Información sexual en jóvenes de una zona rural. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(2):96-106.
29. Pick de Weiss S, Atkin LC, Gribble JN, Andrade-Palos P. Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico City. Stud Fam Plann 1991;22:74-82.
30. Pick de Weiss S, Andrade-Palos P, Townsend J, Givaudan M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. Salud Ment 1994;17:25-35.
31. Gaviria A., Silvia Lucía y Roberto Chaskel. “Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: impacto psicosocial.” CCAP, 12.3 (2013): 5–16. Web. <http://www.scp.com.co/>. 24 de Jun. 2014.
32. Stern C, García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Reflexiones 1999;2(13):1-99.

33. Organización Mundial de la Salud 2012. “Embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias. Web [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescentes/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescentes/es/)

34. Fondo de Población de las Naciones Unidas 2013-2017. UNFPA. Guatemala “Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes“. Web. <http://www.unfpa.org.gt>

35. international Planned Parenthood Federation 2014 IPPF. PROFAMILIA “Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales

## VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
POSTGRADO DE INVESTIGACION

No.Boleta

Lugar y Fecha

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de  
edad

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Dr./Investigador Imelda Miranda

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.
- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que sea utilizada la información exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma de Paciente

Firma Padre o Encargado

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**PLANIFICACION FAMILIAR EN PUERPERAS ADOLESCENTES**  
**HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**  
**POSGRADO DE INVESTIGACION**

**BOLETA No**\_\_\_\_\_

**FECHA**\_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

- I. Edad\_\_\_\_\_
- II. Ocupación Actual: Estudiante \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_ Trabaja \_\_\_\_\_
- III. Embarazos\_\_\_\_ Partos\_\_\_\_ Cesáreas\_\_\_\_ Abortos\_\_\_\_ Hijos vivos\_\_\_\_ Fecha último parto\_\_\_\_\_
- IV. Embarazo deseado: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- V. Ingreso Económico\_\_\_\_\_ Escolaridad\_\_\_\_\_
- VI. En que forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo:
- a) Impone su uso
  - b) Ayuda en la elección del método
  - c) Acuerdo mutuo
  - d) No le ayuda
  - e) Prohíbe su uso
- VII. El conocimiento que adquirió sobre los métodos anticonceptivos los ha adquirido a través de :
- a) Revista, libros
  - b) Médicos
  - c) Enfermeras
  - d) Familiares
  - e) Amigos

f) Otros

## INFORMACION DE ANTICONCEPCION

1. La Planificación familiar sirve para?

- a) Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán
- b) Evitar los embarazos
- c) Tener los hijos en el momento adecuado
- d) Programar la llegada del próximo hijo
- e) Todas son correctas

2. El método anticonceptivo que use una mujer debe ser?

- a) El que usted escoja
- b) El que su marido le imponga
- c) El que su médico decida
- d) El que elige luego de un asesoramiento completo de su pareja con el médico
- e) El que le aconseja su amiga

3. La Planificación familiar después del parto permite

- a) Evitar trasladarse a un Centro de Salud distante después del parto
- b) Iniciar las relaciones sexuales después del parto con seguridad
- c) Protección contra el embarazo por largo tiempo
- d) Sentir menos dolor y hemorragia durante la colocación del aparato
- e) Todas son correctas

4. Se conocen como métodos anticonceptivos?

- a) La ligadura de las trompas
- b) La inyección del mes o trimestral
- c) Las pastillas anticonceptivas
- d) El aparato intrauterino (DIU)
- e) Todas son correctas

5. Con respecto a las pastillas, es cierto que pueden ser usadas por todas las mujeres

- a) Mayores de 35 años
  - b) Con Diabetes no controlada
  - c) Non Hipertensión Arterial
  - d) Con anemia por deficiencia de hierro
  - e) Ninguna de las anteriores
6. Se conoce como métodos anticonceptivos
- a) La ligadura de las trompas de falopio
  - b) Quitar el útero
  - c) Procedimientos naturales o artificiales destinados a evitar el embarazo
  - d) Las pastillas anticonceptivas
  - e) Dispositivos intrauterinos (T de cobre)
7. Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse
- a) A las 24 horas después del parto
  - b) Durante los primeros ocho días después del parto
  - c) A los 40 días después del parto
  - d) Cuando le quite el pecho al niño
  - e) En cualquier momento después del parto
8. Son métodos anticonceptivos
- a) Las pastillas anticonceptivas
  - b) Condones
  - c) Dispositivo intrauterino (T de cobre)
  - d) El método del ritmo
  - e) Todos los anteriores
9. Donde se debe acudir para elegir un método anticonceptivo
- a) Farmacias
  - b) Iglesias
  - c) Supermercado
  - d) A un libro o folletos de métodos anticonceptivos
  - e) En servicios de planificación públicos o privados

10. Como podemos clasificar los métodos anticonceptivos
- a) Naturales y artificiales
  - b) Pastillas y aparatos
  - c) Condones y pastillas
  - d) Esterilización
  - e) No sabe
11. Llamamos métodos anticonceptivos naturales
- a) Al método del ritmo
  - b) Temperatura basal y moco cervical
  - c) Interrupción del acto sexual
  - d) La lactancia materna
  - e) Todas son correctas
12. Pueden usar métodos anticonceptivos naturales
- a) Todas las mujeres
  - b) Solo las Católicas
  - c) Mujeres con reglas regulares
  - d) Las mujeres casadas
  - e) No sabe
13. El método del ritmo les ayuda a
- a) Quedar embarazada
  - b) Determinar el periodo de fertilidad
  - c) Evitar el embarazo
  - d) Todas las anteriores
  - e) No sabe
14. Con respecto a los métodos anticonceptivos, es cierto que
- a) Ninguno es confiable
  - b) El dispositivo intrauterino produce cáncer
  - c) Las mujeres quedan infértiles permanentemente
  - d) La ligadura de trompas disminuye su deseo sexual
  - e) Todas son falsas

15. Con respecto al Condón es cierto
- a) No se debe utilizar mas de una vez
  - b) Es recomendable su uso en toda relación sexual
  - c) Se coloca con el pene erecto
  - d) Sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual
  - e) Todas son ciertas
16. Con respecto a los espermicidas es cierto
- a) Se coloca después de la relación sexual
  - b) Se colocan 24 horas antes de la relación sexual
  - c) Se coloca 15 minutos antes de la relación sexual
  - d) protege siempre, sin importar el momento en que se aplique
  - e) No sabe
17. Con respecto al dispositivo intrauterino es cierto que
- a) Son de varias formas
  - b) No interfiere con la lactacia materna
  - c) Son de larga duraciónn
  - d) Es uno de los métodos mas efectivos
  - e) Todas son ciertas
18. Los métodos hormonales incluyen
- a) Pastillas anticonceptivas
  - b) Inyecciones
  - c) Implantes dentro de la piel
  - d) Dispositivos intrauterinos
  - e) No sabe
19. Las pastillas anticonceptivas pueden
- a) Tomarse amamantando al bebe
  - b) Comenzarse en cualquier día del mes
  - c) Todas las mujeres pueden tomarla
  - d) Tomarse durante el embarazo

e) Todas son falsas

20. Con respecto a las mujeres que usan el aparato intrauterino es correcto que

- a) No necesitan nunca regresar a control médico
- b) Produce aumento de peso
- c) Es muy recomendable en la smujeres que nunca han quedado embarazadas
- d) Puede quedar embarazada
- e) Todas so falsas

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES”** para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.