

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MENORES
CON PROBLEMAS DE CONDUCTA**

Estudio descriptivo transversal realizado con jóvenes de 12 a 18 años de
edad de los Centros de Corrección de Menores de la Secretaría de Bienestar
Social. Febrero a Julio de 1996.

JENI GUADALUPE CARDONA ORELLANA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE DE CONTENIDOS

TITULO Y SUBTITULO

INDICE DE CONTENIDOS

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	4
IV	OBJETIVOS	5
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI	MARCO METODOLOGICO	28
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	56
IX	CONCLUSIONES	63
X	RECOMENDACIONES	64
XI	RESUMEN	65
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
XIII	ANEXOS (boleta de recoleccion de datos)	71

I INTRODUCCION

Este estudio tiene como propósito principal determinar el conocimiento de métodos anticonceptivos en menores con problemas de conducta que se encuentran recluidos en los centros de tratamiento y orientación de menores (TOM).

Para obtener la información se utilizó una boleta de recolección de datos que consta de 17 ítems, a la cual los menores respondieron de forma anónima y voluntaria. Por estas razones se obtuvo una muestra de jóvenes, con los cuales se realizó dicho estudio.

Los resultados obtenidos evidencian que esta población tiene un conocimiento de lo que es un método anticonceptivo, no así de su correcto uso y función; tomando en cuenta que la principal fuente de información sobre estos métodos son los amigos, aunado al bajo nivel de escolaridad que prevalece en esta población, consideramos que esta información es mal orientada.

La mayor parte de los jóvenes ha iniciado su vida sexual de manera prematuramente debido a los estereotipos socioeconómicos en que ellos se desenvuelven, habiendo utilizado ocasionalmente algún método anticonceptivo, principalmente el condón y las pastillas. El condón es el método que la mayor parte de esta población considera que es el que brinda mejor protección para evitar enfermedades de transmisión sexual.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Anticoncepción, se refiere a los diversos métodos que se utilizan para el control de la natalidad, los cuales pueden ser: Métodos populares, métodos tradicionales y métodos modernos. (1,2,8).

Sin embargo a pesar de los avances de la ciencia, todavía no se ha logrado encontrar el anticonceptivo ideal, con el cual se logre un 100% de efectividad: razón por la que se ha optado en hacer una combinación de éstos para aumentar así el margen de seguridad de estos métodos anticonceptivos. (6,12).

El control de la natalidad puede ser deseable por múltiples razones que comprenden desde contraindicaciones médicas hasta un deseo de no tener hijos o no tenerlos aún, hasta los problemas mundiales del aumento de la población. (1,2). Otra indicación importante como lo es la prevención del embarazo en la adolescente es uno de los objetivos primordiales de varias instituciones, al realizar proyectos de orientación sobre educación sexual a grupos vulnerables de la población, tomando en cuenta el condón como uno de los métodos anticonceptivos de mayor importancia, por cumplir con ésta función y además da protección contra las enfermedades de transmisión sexual, tales como SIDA, gonorrea, sífilis etc. (4,6).

Las condiciones que deben satisfacer los contraceptivos son:

1. La mayor efectividad posible
2. Inocuidad fehacientemente demostrada para la salud física y psíquica de la pareja sin efectos indeseables.
3. Uso simple, para no interferir mayormente en el acto sexual y excluir posibles errores de interpretación o de aplicación.
4. Efectos reversibles después de su empleo aún prolongado, sin afectar la fertilidad posterior de la mujer.
5. Economicidad. (3).

Consideramos que un alto porcentaje de la población principalmente de jóvenes menores de 18 años son el grupo más vulnerable a la no utilización de métodos anticonceptivos y los que más carecen de conocimientos necesarios, de riesgos y beneficios que representan el uso de cada uno de estos métodos por lo cual deseamos saber qué conocen al respecto.

Para esta investigación se realizó un estudio descriptivo transversal en un grupo de jóvenes de 12 a 18 años de los centros de corrección de menores; para lo cual se utilizó una boleta de recolección de datos con el objetivo de determinar el grado de conocimientos que tienen estos jóvenes sobre métodos anticonceptivos.

Los datos obtenidos servirán para implementar medidas o cambios congruentes con la realidad de la población en estudio, lo cual se logrará proporcionar a los adolescentes conceptos básicos sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes.

III. JUSTIFICACION

La expansión sin precedentes de la población mundial se ha vuelto un tópico notable de preocupación con importantes implicaciones médicas, sociales y políticas, por lo que debe destacarse la importancia fundamental que tiene el control de la educación sexual, la cual debe iniciarse antes de la pubertad de manera que cuando la niña tenga su primera menstruación ya conozca la fisiología de la concepción y como evitarla. Al varón además de los conocimientos anteriores se le debe inducir a que asuma una paternidad responsable. Sin duda alguna la inversión a corto y a largo plazo en este grupo poblacional es la que mejores frutos dará y permitirá a las parejas poder decidir cuando y cuantos hijos tener. (1,2,3,5).

Debido a los factores socio culturales existentes en nuestro país, muchos jóvenes de 12 a 18 años han ingresado a centros de tratamiento y orientación de menores (TOM), dirigido por la Secretaría de Bienestar Social.

La mayoría de estos jóvenes ingresan por problemas tales como:

- Desintegración familiar
- Maltrato de los padres
- Transgresores de la ley
- Drogadictos, etc.

Los problemas sexuales son sólo una parte de las enormes dificultades que deben sopesar los jóvenes en países como el nuestro, matrimonios precoces; hijos de adolescentes; actos fuera de una unión o matrimonio estable con el consabido rechazo social, discriminación legal y social para el hijo nacido fuera del matrimonio.

Las anteriores son razones suficientes para justificar la realización de este estudio en el grupo poblacional antes mencionado, brindándoles así la oportunidad de recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes y colaborando de ésta manera al mejoramiento del bienestar de este grupo étnico de vital importancia para Guatemala.

IV OBJETIVOS:

GENERAL:

Determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tienen los menores con problemas de conducta del Centro de Corrección de Menores de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, en los meses de febrero a julio de 1996.

ESPECIFICOS:

1. Identificar la edad de inicio de las relaciones sexuales.
2. Identificar el método más conocido por el grupo en estudio.
3. Identificar el método más utilizado por el grupo en estudio
4. Determinar el sexo que más conocimiento tiene sobre métodos anticonceptivos.
5. Identificar el medio de información por el cual los menores conocen sobre métodos anticonceptivos.
6. Proporcionar conceptos básicos sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes al personal de TOM para que puedan dar mejor orientación a los jóvenes de dichos centros.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

Tomando en cuenta que la investigación es de tipo médico psicológico, se hace una pequeña revisión respecto al adolescente, éste y la sexualidad, así como también sus problemas de conducta.

1. ADOLESCENCIA:

Es la edad del cambio, como la etimología de la palabra lo indica: adolescere significa en latín crecer. La adolescencia es un paso entre la infancia y la edad adulta.

La adolescencia como etapa de desarrollo en el ser humano es un período de transición que requiere la comprensión y el manejo de situaciones propias de la edad y el medio en donde se desenvuelve la persona. El adolescente del mundo de hoy es uno de los actores de la sociedad actual y que más atención necesita por parte del estado, instituciones privadas, la comunidad y la familia; por la clara repercusión que está teniendo su conducta en un nuevo orden social.

1.1. PROBLEMAS DEL ACTUAR DEL ADOLESCENTE:

La oposición entre conducta actuada y conducta mentalizada cobra su importancia en la adolescencia; pues a esta edad el actuar está considerado como una de las formas de expresión privilegiada de los conflictos y angustias del individuo. Se manifiesta en la vida cotidiana del adolescente en quien la fuerza y la actividad motriz están brutalmente desarrolladas.

Es la adolescencia una etapa difícil, más que cualquier edad en la vida; sin embargo frente a conductas desviadas del adolescente el psiquiatra es interpelado directamente por la familia o por la sociedad, pues las conductas desviadas indican un conflicto interiorizado (depresión) en el campo familiar (oposición a los padres, rechazo escolar) o en el campo social (conducta delictiva y toxicomanía).

Por lo tanto deducimos que la conducta en esta etapa de la vida es muy variada, la cual está determinada por el actuar y favorecida por dos factores: ambientales e internos los que se relacionan con el sentido de autonomía, libertad e independencia que llevan en determinada situación a desarrollar el actuar del adolescente, sin embargo esta actuación no siempre es beneficiosa para éste, pues si no cuenta con la orientación adecuada sobre los conflictos que puede conllevar el actuar, se puede caer en problemas conductuales de los cuales el adolescente puede concebir una acción adaptativa que lo sumergirá en un mundo de conflicto e inestabilidad uniéndose a grupos o bandas con las cuales acentúa su seguridad de poderío.

Entre los problemas de conducta más frecuentemente encontrados podemos citar: El robo que representa la conducta delictiva más frecuente en la adolescencia, la violencia, autoagresividad, heteroagresividad, y tentativas de suicidio.

1.2. LA ADOLESCENCIA Y LA SEXUALIDAD:

Para el adolescente, ese proceso es penoso y genera cuando menos incertidumbre o inseguridad, dado que él no parece tener el suficiente control de su cuerpo que crece y un psiquismo que se expande a un ritmo que es determinado tanto por los procesos hormonales como por los estímulos ambientales.

Los adolescentes aspiran a ser pronto seres adultos, por lo que asumen actos sin meditar las consecuencias que repercutirán en su futuro y de las personas que lo rodean; es así como surgen las enfermedades de transmisión sexual, embarazos en la adolescencia y actualmente el SIDA; una enfermedad incurable que se está apoderando cada vez más de un grupo de población bastante grande y Guatemala no está exento de estos problemas.

Es pues compromiso de toda la sociedad, del estado y de cada uno de nosotros asumir el responsabilidad de brindar la orientación adecuada sobre métodos anticonceptivos a ésta población de vital importancia para nuestro país.

2. HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS:

La anticoncepción ha sido un tema de investigación que data del año 1850 AC. cuando aparece el primer texto médico en Egipto en el cual figuran el uso de excremento de cocodrilo, miel y bicarbonato de sodio, suponían que el uso de sustancias pegajosas lograban disminuir la movilidad de los espermatozoides, con lo cual lograrían un método anticonceptivo. Sin embargo los resultados no fueron del todo satisfactorios por lo que se continúa haciendo estudios al respecto.

En 1873 aparece el papiro de Ebers donde continúan haciendo uso de la miel, e introducen la goma arábiga la que fermentada y disuelta en agua, libera ácido láctico, una sustancia frecuentemente usada en los espermicidas a principios del siglo XX. (1,6,8,11).

Otros papiros hacen mención de la fumigación antes del coito y una poción para ser tomada después de éste, así como también el uso de hierbabuena, la mezcla de sandía y leche. En ésta misma época los egipcios poseían ya conocimientos de cirugía y se cree que practicaban la ovariectomía y la circuncisión. Así también se conocían ya los preservativos que eran utilizados por muchas tribus como protección contra la infección, lesiones y la picadura de insectos.

En culturas posteriores además de los métodos ya mencionados, también mencionan la ingestión de semillas de aceite de ricinos y ritos de entierro de huesos de dáttil cubiertos con sangre del último parto.

Desde el punto de vista bíblico en la antigüedad, el coitus interruptus era un pecado mortal pues constituía una violación del mandato de la propagación. Sin embargo, algunos rabinos lo seguían indicando pues las mujeres optaban por beber la copa de raices la cual las hacía estériles.

En Grecia, Aristóteles decía: "Algunos impiden la concepción untando la matriz con aceite de cedro o con ungüentos de plomo y con aceite de olivo e incienso".(2,3,5,7,9,10,15,18).

Antoninus Liberalis en el siglo II D.C. describe el uso de una vejiga de cabra dentro de la vagina la que sirve para depósito de semen, lo que denota el uso antiguo del condón.

En épocas posteriores aparece el uso del vinagre que disminuía el Ph del semen haciéndolo menos eficaz, también se describió toxicidad de las sales de metales pesados como el cobre, mercurio y plomo para los espermatozoides.

Con la vulcanización del caucho, llevada a cabo por Goodyear en 1843-44 abrió una nueva época para el uso del condón, este cambio a la técnica hizo posible la producción en masa de un producto menos caro y más seguro. Los condones de piel de animal dejaron de ser populares, la fabricación de estos se ha modernizado y actualmente su uso está altamente difundido en todo el mundo.

Respecto a la historia de los dispositivos intrauterinos, se cree que aparecieron en 1863, se les llamaba "Elevadores" y servían para elevar un útero retrovertido, estaban hechos de un tallo de una aleación de zinc, cobre o plomo, fijada a un disco amplio o en torno a un círculo, así fueron apareciendo diversas formas y tamaños, los cuales fueron usados por las diversas culturas existentes en aquel entonces, también llegó a ser conocida por los árabes quienes para fines de trabajo, solían introducir piedras en los úteros de las hembras de los camellos cuando hacían largos viajes.(7,13,17,19,20).

Contribuciones posteriores sobre el uso de anillos, el espiral y el asa de Lippes, cuyo nombre lo deben a sus inventores, han sido de valiosa ayuda para la actualidad debido a que cada día hay más usuarios de estos métodos por la eficacia que éstos conllevan.

Respecto a los anticonceptivos por vía bucal se dice que a lo largo de siglos se ha tratado de encontrar un anticonceptivo oral eficaz, a finales del siglo XIX los hombres de ciencia comenzaron a sospechar que los ovarios segregaban una sustancia que inhibía la ovulación, pero fue hasta 1934 cuando Corney y Beard aislaron y establecieron la estructura de una hormona del ovario "progesterona" la cual tenía el poder de inhibir la ovulación.

Desde los primeros ensayos en 1956 la pastilla ha sido modificada y se dispone de diferentes dosificaciones y combinaciones de hormonas y sus efectos secundarios han sido disminuídos.(1,2,5,6,10,16).

Así fueron surgiendo más estudios con lo que se sabe llegaron a usar más de 180 plantas para la elaboración de pocimas, utilizaron metales y algunas partes de animales con el objetivo de lograr una anticoncepción adecuada.

Las investigaciones por lograr un método ideal para la anticoncepción, no han sido fáciles y aún en la actualidad no se ha encontrado un método que tenga 100% de efectividad.

3. CONTROL DE LA CONCEPCION:

La práctica del control de la natalidad (anticoncepción) está basada en el uso de diversos métodos anticonceptivos que según Ralph C. Benson se pueden clasificar en métodos populares (coito interrumpido, duchas vaginales posteriores al coito, prolongación de la lactancia), métodos tradicionales (condón, diafragma, espermaticidas "cremas, espumas, geles" y el ritmo), métodos modernos (anticonceptivos bucales, inyecciones repetidas de esteroides progestacionales, dispositivos intrauterinos, esterilización quirúrgica) y según Richard Leopold Scharcz se clasifican en irreversibles y reversibles.

3.1. IRREVERSIBLES:

Limitan en forma definitiva la capacidad de concebir. En la mujer se practica para tal fin la esterilización quirúrgica durante la operación cesárea o la realizada por microcirugía. En el hombre el procedimiento más difundido es la vasectomía.

3.2. REVERSIBLES:

Son los métodos que limitan la concepción por el tiempo determinado por los usuarios.(2,3,6,9)

3.3. INDICACIONES MEDICAS:

Cualquier enfermedad que pueda empeorar por el embarazo, constituye una buena razón para practicar la anticoncepción.

El embarazo impone una carga biológica adicional sobre el organismo materno y las enfermedades más comunes que pueden empeorar por éste, tenemos: Las cardiopatías, diabetes sacarina, nefropatías, enfermedades tiroideas y tuberculosis(1,2,3,6,8,9,14).

3.4. INDICACIONES EUGENESICAS:

El médico y la sociedad son responsables de desaconsejar la natalidad cuando pueda perpetuar un carácter genético nocivo, para lograr esto se aplicarán en forma cooperativa los conocimientos de medicina preventiva y educación para erradicar enfermedades hereditarias como las esfingolipidosis cerebrales (idiotez familiar amaurotica), síndrome de Down, anemia de células falciformes, síndrome de Klinefelter y fenilcetonuria.

3.5. ASPECTOS LEGALES:

Los anticonceptivos pueden ser prescritos, demostrados y vendidos en la mayoría de los países del mundo, sin restricción alguna.

La mayoría de los médicos concuerdan en que es necesario dar información y prescripciones anticonceptivas a los adolescentes dentro de los límites de las restricciones legales apropiadas, teniendo el cuidado de no imponer sus puntos de vista religiosos o morales a los interesados.

También es responsabilidad de éste si la o el paciente tiene suficiente información para que sea capaz de evaluar sus propios intereses. Es de importancia legal documentar la plática con la o el paciente y que comprendió lo que se le dijo, hay que recordar que quienes suministran anticonceptivos orales y los DIU deben de dar a la paciente una copia del folleto apropiado, aprobado por la FDA, la usuaria debe firmar una forma que explique los beneficios y peligros que conlleva el uso de tal método

anticonceptivo, el reconocimiento a su derecho a discontinuarlo en cualquier momento y una explicación de lo que debe hacer si se presentan problemas, esto servirá de prueba que si se dio asesoramiento acerca del uso de un método anticonceptivo en particular.

3.6. ASPECTO RELIGIOSO:

Todas las religiones se suscriben al principio de la planificación familiar, el catolicismo romano no se opone al control de la natalidad en principio; pero si se opone al empleo de medios artificiales para evitar la concepción.

El método del ritmo aprobado por la iglesia católica romana es tan poco confiable que debe considerarse como carente de valor científico (5,6,7,8,9).

4. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

4.1. COITO INTERRUPTIDO:

Es el método más antiguo y consiste en la separación de la pareja antes de la eyaculación. Este método es inocuo, sin embargo el fracaso puede deberse al escape de semen sobre los genitales externos femeninos.

Tiene la desventaja de requerir suficiente autocontrol por parte del hombre para que la extracción preceda a la eyaculación, además si la mujer no logra el orgasmo antes de la extracción puede requerir estimulación artificial adicional para su gratificación sexual adecuada, la pareja puede sentir insatisfacción por una relación incompleta, si no se realiza con la misma pareja corren el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y el riesgo que ocurra embarazo es muy alto por lo que su uso no es muy recomendable. (2,4,5,7,8,11,12,13,16).

Entre sus ventajas tenemos que es un método natural, no necesita supervisión profesional ni equipo especial y no cuesta dinero.

4.2. DUCHAS DESPUES DEL COITO:

Se aplica abundante agua simple, vinagre y cosméticos de uso vaginal como duchas después del coito, con el objetivo de limpiar el semen que ha sido depositado en la vagina; sin embargo se han encontrado espermatozoides en el interior del moco cervical, alrededor de 90 segundos después de la eyaculación, por lo que no es eficaz ni confiable.

Con este método la pareja tiene una relación completa, sin embargo no es un buen método para la persona que tiene más de un compañero sexual por el riesgo de la adquisición de enfermedades de transmisión por esta vía, además el alto porcentaje de embarazos reportado con éste método nos indica que es carente de confiabilidad por lo que no es recomendable su uso (2,3,4,5,6,7,8,9).

4.3. PROLONGACION DE LA LACTANCIA:

Consiste en la lactancia exclusiva durante los 6 meses posteriores al parto si no ha reaparecido la menstruación. Las mujeres son menos fértiles mientras están amamantando y el retraso en la recurrencia de la ovulación después del parto se debe en parte a los estímulos hipofisarios o hipotalámicos.

Sin embargo, la duración de la supresión de la ovulación es bastante variable, por lo que la ovulación a menudo regresa antes del primer ciclo menstrual puerperal, aproximadamente en 6% de las mujeres y por lo tanto limita el éxito de éste método, por lo que se recomienda uso de métodos complementarios como condones, diafragmas y dispositivos intrauterinos.

4.3.1. VENTAJAS:

La succión del niño estimula las contracciones uterinas, evitando la hemorragia post parto y ayudando a la involución de éste. Ayuda a recobrar el peso preembarazo, ya que utiliza parte de la grasa acumulada durante él para la producción de leche.

4.3.2. DESVENTAJAS:

Si no es lactancia exclusiva no confiere seguridad, si han transcurrido más de 6 meses post parto y ya menstruó.

La lactancia prolongada puede conducir a desnutrición infantil, si el niño no recibe complementos alimentarios adecuados. En los países en desarrollo la lactancia prolongada constituye un componente esencial de la nutrición del lactante; pero la alta tasa de embarazo constituye una demostración que este método no es eficaz para el control de la natalidad.

Este método no confiere protección por mucho tiempo (11,13,14,15,16,17,).

4.4. METODO DE RITMO:

Los autores de este método demostraron que en el ciclo menstrual existe un período de fertilidad o de ovulación, que en el ciclo de 28 días tiene lugar alrededor de 14o. día.

La vida del óvulo es de más o menos 30 horas, mientras que el espermatozoide llegando al útero o a las trompas, conserva su poder fecundante por 3 a 4 días.

El método se basa en la abstinencia durante la época de ovulación y para determinar ésta se utilizan pruebas indirectas, como lo son la toma de la temperatura basal y la filancia del moco cervical.

4.4.1. TEMPERATURA BASAL:

La ovulación coincide con cambios ligeros en la temperatura de la mujer, se ha determinado una subida rápida de la temperatura de aproximadamente 0.3 grados y mantiene ese nivel por varios días en el período ovulatorio, si las relaciones sexuales se efectúan en esos días, lo más probable es que ocurra un embarazo.

El método consiste en que la mujer debe tomarse la temperatura todas las mañanas, a la misma hora y antes de hacer otra actividad.

4.4.2. EVALUACION DEL MOCO CERVICAL:

Es una técnica basada en los cambios que ocurren en el moco cervical durante el ciclo de la mujer.

Todos los días la mujer debe examinar el moco de la vagina con las manos limpias y estirarlo entre los dedos si se observa el moco denso en los días secos antes de la ovulación, estos días son infértiles, pero si el moco es resbaloso como clara de huevo puede favorecer un embarazo.

Los mayores inconvenientes de este método radican en que requiere un elevado nivel de instrucción para el mutuo entendimiento y correcta utilización.

Es un método que presenta de 5 a 40 % de embarazos en usuarias durante el primer año.

4.4.3. USO DEL CALENDARIO:

La mujer anotará la fecha de su menstruación en el calendario. Mujer con ciclos regulares de 28 días, marca el primer día de su menstruación cuenta 10 días y pone otra marca, éste será el primero de los 8 días fértiles durante los cuales la relación sexual puede provocar embarazo. Al terminar estos 8 días se puede tener un período de seguridad. Ciclos irregulares, para esto requiere registrar los últimos 8 a 12 ciclos para determinar el período fértil. Identificar el ciclo más corto y el más largo:

Ciclo más corto - 18 = Primer día de peligro.

Ciclo más largo - 11 = Ultimo día de peligro (1,3,5,6,8,9,14,16,19,21).

4.5. CONDON:

Es un método de barrera, que consiste en una vaina anticonceptiva fabricada de hule o plástico y que sirve como cubierta para el pene durante el coito, evitando el depósito de semen en la vagina.

El condón o preservativo probablemente sea el anticonceptivo mecánico más ampliamente utilizado en el mundo en la actualidad, y está ampliamente difundido en todos los programas de planificación familiar. Las instrucciones para su uso son de fácil comprensión y no necesitan un alto nivel educativo para la correcta utilización. Hoy en día los condones poseen monoxinol-9 que es un espermicida que ayuda a disminuir el índice de fracasos.

4.5.1. VENTAJAS:

Proporciona anticoncepción altamente eficaz y barata, proporciona mayor protección contra enfermedades de transmisión sexual, ayuda a hombres con eyaculación precoz, a prolongar el tiempo del coito debido a que puede reducir la sensibilidad

4.5.2. DESVENTAJAS:

En ocasiones interfiere con la sensibilidad en el coito, tanto para la mujer como para el varón y puede interrumpir la excitación ya que se debe colocar cuando el pene está erecto. El fracaso se debe a la mala utilización de éstos, aplicando el condón después que se ha derramado algo de semen en la vagina, y la fuga de semen del condón como resultado de la extracción del pene después de la pérdida de erección.

Su eficacia varía del 97-98%, cuando se desea una mayor eficacia debe de usarse un segundo método como las jaleas o espumas vaginales, las cuales reducen significativamente la posibilidad de un fracaso (4,5,6,10,15,19,20,22).

4.6. DIAFRAGMA VAGINAL:

Es un método de barrera mecánica entre la vagina y el orificio cervical, evitando así el acceso de los espermatozoides al cérvix.

Es una semiesfera de hule látex, con un borde semirígido, que una vez colocado en la vagina recobra su forma circular.

Los diafragmas grandes provocan molestias pélvicas, mientras que los que son pequeños pueden ser desplazados durante el coito. Se utiliza para evitar el depósito directo de semen en el moco cervical, permitiendo que la jalea espermaticida que se coloca en el diafragma y en el fondo de saco posterior ejerza su acción. No debe extraerse sino 6 horas después del último coito y si ocurre relaciones sexuales en las siguientes 6 horas es necesario introducir más jalea o crema espermaticida en la vagina sin desalojar el diafragma. El mejor método para utilizarlo es el de introducción cada noche con jalea antes de acostarse y extraerlo, limpiarlo y volver a ponerle la jalea la siguiente noche. Así el diafragma siempre está en su lugar y su uso no depende del coito, de ese modo mejoran los aspectos estéticos. Este método bien aplicado hasta una hora antes del coito ofrece un buen porcentaje de seguridad, aproximadamente 2 a 3 embarazos por 100 mujeres en un año de exposición.

Entre sus ventajas tenemos que este método se puede dejar de 6 a 8 horas post coito. Es relativamente simple de usar, es eficaz cuando se emplea correctamente, ofrece lubricación adicional y es apropiado para mujeres con actividad sexual esporádica.

Los fracasos pueden resultar por ajustes o colocación y desplazamiento del diafragma durante el coito, puede causar ardor y dispareunia. Para su uso se requiere motivación, disciplina y requiere manipulación genital. No es aconsejable cuando las relaciones sexuales son frecuentes y están contraindicados en los desgarros perineales, alergia a la goma, los prolapsos y la anteversión o retroversión uterina severa (3,4,5,8,9,12,13,19,22).

4.7. CONTRACEPTIVO BUCAL: (PILDORA)

Los anticonceptivos bucales de uso general son esteroides sintéticos semejantes a las hormonas sexuales naturales de la mujer: Los estrógenos y los progestágenos, los cuales se usan en dosis y combinaciones que proporcionan anticoncepción al inhibir la ovulación.

Se comprobó que estos productos de acción progestacional, administrados desde la primera fase del ciclo, inhibían la ovulación, esperando al suspender su administración una hemorragia por restricción hormonal, que permite tener a la paciente con un ritmo aparentemente normal, pero sin ovulación y por lo tanto sin riesgo de concepción.

Se usan habitualmente, gestágenos sintéticos administrados diariamente durante 21 días, entre los días 5o. a 25o. del ciclo para inhibir la ovulación, de 2 a 5 días después del cese de la ingestión del medicamento se produce una hemorragia anovulatoria. Se asocia al gestágeno una dosis pequeña de estrógenos para mantener un correcto trofismo.

Los estrógenos solos administrados diariamente en pequeñas cantidades, inhiben la ovulación. Los anticonceptivos orales actuales contienen una combinación de estrógenos-etinilestradiol, menastrol-y progestínicos-norgestrel, acetato de noretindrona, noretinodrel- los cuales son los más efectivos entre los métodos modernos, su acción se produce al inhibir las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH) además ocasionan atrofia endometrial y modificaciones del moco cervical que impiden la vehiculización de los espermatozoides (1,2,4,6,8,11,14,17,18,19).

4.7.1. CONTRACEPTIVOS ORALES FÁSICOS:

Mientras que el anticonceptivo oral de dosis fija mantiene la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todas las tabletas del ciclo, las píldoras fásicas varían la concentración especialmente de progestágenos; tratando de imitar un ciclo normal con dominio inicial de estrógenos.

Posee la ventaja de que permite la utilización de dosis bajas de cada una de las hormonas.

4.7.2. CONTRACEPTIVOS BI-TRIFÁSICOS:

En éstos la combinación de estrógenos y progestágenos es diferente. En los bifásicos, se aumenta la dosis del progestínico en los últimos 11 días, con este sistema secuencial se trata de simular el ciclo hormonal normal, pero con anovulación.

En los contraceptivos trifásicos, se aumenta la dosis de estrógenos en la mitad del ciclo y luego se regresa a la del inicio, mientras que el progestínico se aumenta desde el inicio hasta el final (3,5,6,7,16,19,22).

4.7.3. PROGESTAGENOS ORALES DE DOSIS CONTINUA-PREPARADOS DE PROGESTAGENOS SOLOS (PPS):

Una microdosis de progestágeno administrada en una dosis diaria sin interrupciones, ejerce un efecto anticonceptivo; aunque no siempre inhibiendo la ovulación. Con este método no hay día sin medicación y la menstruación puede ser irregular.

La PPS es útil para mujeres que experimentan efectos colaterales con las preparaciones que contienen estrógenos, además se observan menos efectos colaterales tales como: aumento de peso, dolores de cabeza y cloasma. Así también están indicados para las mujeres que tienen historia de complicaciones tromboembólicas y en las mayores de 35 años.

4.7.4. FARMACOLOGIA Y MECANISMO DE ACCION DE LOS ESTEROIDES ANTICONCEPTIVOS:

La estructura molecular de los anticonceptivos esteroideos están relacionados a los de los estrógenos y progesterona, pero se modifican a fin que sean eficaces, en dosis bajas por vía oral.

4.7.4.1. ESTROGENOS:

Gran número de sustancias químicas tienen actividad estrogénica, incluyendo estrógenos esteroidales, estrógenos sintéticos, no esteroidales, como el estilbestrol y muchos fenoles.

El etinilestradiol y el mestranol son estrógenos sintéticos que poseen una actividad de 24 a 36 horas cuando se toman por vía oral.

Se parecen al estrógeno natural en cuanto a sus acciones sobre el tracto reproductivo y el hipotálamo, afectando la producción de LH (1,3,5,6,8,10,12,16,18).

4.7.4.2. PROGESTAGENOS:

Las sustancias sintéticas progestínicas están relacionadas en su estructura a cuatro compuestos básicos: testosterona-19-nortestosterona, 17 alfa- hidroxiprogesterona y la progesterona misma.

4.7.4.3 19 NORTESTOSTERONA:

Son los progestágenos más usados en los anticonceptivos orales: levonorgestrel-noretisterona, noretinodiel, diacetato de etinodiol y lenestrenol. Otros más nuevos-desogestrel-gestodena y norgestimato.

Su acción dura 24 a 36 horas se parece a la progesterona en que inducen cambios secretorios en endometrios preparados por estrógenos que estimulan la producción de moco cervical viscoso, altera la producción de HL e inhibe la ovulación.

4.7.4.5. 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA:

Sus derivados sintéticos-megestrol-clormadinona y acetato de medroxiprogesterona, inhiben la ovulación sin efectos androgénicos. Sin embargo los anticonceptivos que contienen estos productos han sido retirados de circulación, debido a sus múltiples efectos adversos.

4.7.5. MECANISMO DE ACCION ANTICONCEPTIVA DE LA PILDORA COMBINADA:

Todos los métodos de anticoncepción esteroideal operan mediante una combinación de efectos directos e indirectos a nivel ovárico, endometrial y cervical.

La acción primaria de éstos se basa en el cese de la ovulación operado por la inhibición de la hormona pituitaria que estimula los folículos, inhibiendo así la maduración folicular en el ovario y por abolición de la retroalimentación positiva inducida por el estrógeno que es el factor fisiológico que desencadena la onda ovulatoria de la hormona luteinizante (LH). El moco cervical es afectado principalmente por el progestágeno, volviéndose inhóspito para el espermatozoide. También reducen la receptabilidad del endometrio para el blastocisto.

El ciclo menstrual normal controlado por el centro hipotalámico-pituitario-ovárico, el que se anula durante el uso de anticonceptivos orales combinados y el sangrado de retiro es una respuesta endorgánica al retiro de las hormonas(2,3,4,7,8,10,11,13,16,19).

4.7.6. EFICACIA Y CONSIDERACION DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

Este método practicamente no tiene fallas si no se olvida tomar los comprimidos. Aproximadamente 0.5 a 1 embarazo por cada 100 usuarias en un año.

Estos pueden ser tomados hasta dos años alternando con un descanso de unos meses.

4.7.7. EFECTOS SECUNDARIOS:

Algunas usuarias pueden presentar: Náusea, discreto aumento de peso, irritabilidad psíquica, congestión pelviana, tensión mamaria. También están relacionados con riesgo de: Tromboembolismo, enfermedad cardiaca isquémica, alteración del metabolismo de lípidos y carbohidratos, hipertensión, trastornos hepáticos, infarto al miocardio, aterosclerosis.

Estos se pueden presentar con más frecuencia en las usuarias mayores de 35 años y fumadoras.

4.7.8. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

Antecedentes o enfermedad tromboembólica, hepatopatías, metrorragias sin diagnóstico etiológico, Ca de mama, neoplasia estrógeno dependiente, migraña vascular severa y cardiopatía cianótica.

4.7.9. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

Diabetes, epilepsia, miomas uterinos, disfunción hipotálamo-hipofisiaria.

Antes de prescribir un régimen de contracepción oral se debe realizar una historia clínica, recabando información sobre las afecciones antes mencionadas es indispensable un reconocimiento general con exploración pélvica, de las mamas y un estudio citológico de exudado cervical (Papanicolaou) (1,2,5,6,16,18,19,21).

4.8. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):

Están hechos de plástico, metal o una combinación de éstos. Se introducen en la cavidad endometrial a través del conducto cervical.

Estos dispositivos se han clasificado en: abiertos y cerrados, sin embargo el comité consultivo sobre DIU de la FDA recomendó que los dispositivos cerrados no deben usarse, si éstos poseen el potencial para estrangulación en caso que llegara a perforar el útero y entrar en la cavidad peritoneal (anillo de Grafenberg, anillo de Zipper - Moño de Bilnberg y otros).

En la actualidad se fabrican modelos de formas y tamaños diferentes (espirales, anillos, en T, etc.). La mayoría, de material de plástico opáco a los RX con agregado de cobre.

El DIU es apropiado para casi todos los casos de contracepción, sin embargo no es muy aconsejable para las nulíparas, debido a una frecuencia mayor de complicaciones e infecciones que se observan en éste grupo, en particular la enfermedad inflamatoria pélvica, el sangrado anormal y los miomas uterinos deformantes. Pueden constituir contraindicaciones para la utilización de DIU (6,7,8,9,10,19,22).

Ultimamente se investigó y corroboró que el DIU puede servir como vehículo de productos químicos anticonceptivos, utilizando así un aditivo de progesterona - progestasert. Este y la T de Cobre son los que se disponen actualmente en los Estados Unidos.

4.8.1. COLOCACION DEL DIU:

La introducción de cualquier tipo de DIU es más fácil cuando el cuello uterino se encuentra un tanto dilatado, como ocurre después del aborto, de un parto o en el momento de la menstruación. Debido a que el conducto cervical está completamente permeable y es muy poco probable que la paciente este embarazada.

La inserción debe efectuarse cuidadosamente después de practicar un examen pélvico completo y, desde luego, con el debido conocimiento de los medios adecuados para insertar el tipo específico de dispositivo que se trate.

4.8.2. MECANISMO DE ACCION:

Aún no se ha establecido la forma exacta de como actúan estos anticonceptivos, sin embargo, el fenómeno más ampliamente aceptado es que estos actúan por una reacción inmunitaria e inflamación aséptica con invasión de polimorfonucleares y macrófagos que fagocitan los espermatozoides, y/o producen alteraciones bioquímicas en el endometrio que impiden la implantación del óvulo.

4.8.3. DESVENTAJAS Y EFECTOS COLATERALES:

Embarazo: una tasa de 0.4 a 2.8 embarazos por 100 usuarias en un año.

Expulsión: la mayor parte ocurre en los primeros meses después de la inserción, con más frecuencia durante la menstruación. La tasa de expulsión varía con la rigidez, tamaño y forma del dispositivo.

Hemorragia y dolor: Estos son proporcionales al grado de compresión endometrial y distensión del miometrio producidos por el DIU.

Si estos problemas fueran muy intensos constituyen una causa común para extracción del DIU.

Embarazo extrauterino o ectópico: Esta tasa es de aproximadamente 38% y se presenta con mayor frecuencia en mujeres que han usado el dispositivo durante más de 2 años. (5,7,16,20,22).

4.8.4. CONTRAINDICACIONES:

Embarazo, cervicitis intensa, lesiones malignas del aparato genital, historia de un frotis reciente clase III o IV de Papanicolaou sin tratamiento, distorsión congénita o adquirida de la cavidad uterina, salpingitis aguda o subaguda, estenosis del conducto cervical y antecedentes de embarazo ectópico.

4.8.5. INDICACIONES PARA SU EXTRACCION:

Calambres uterinos intensos o dolor en la parte baja del abdomen, hemorragias uterinas excesivas y persistentes entre los ciclos menstruales (excepto los primeros 3 o 4 meses), perforación uterina, desplazamiento hacia abajo del dispositivo en el interior del conducto cervical y salpingitis de origen bacteriano (3,5,6,8,11,12,14,19).

4.9. PREPARACIONES ESPERMATICIDAS:

Entre éstas tenemos: Jaleas, cremas, geles y supositorios que actúan como destructores de espermatozoides y como barrera mecánica para la entrada de los mismos al interior del conducto vaginal. Su eficacia es de 70 a 90% si se usa adecuadamente durante el primer año. (7,9,12,15,18,20)

Estos actúan al inmovilizar a los espermatozoides y como barrera en el orificio cervical. El espermaticida más usado suele ser el Monoxinol-9, los medicamentos activos en las tabletas vaginales son, el ácido tartárico y bicarbonato de sodio, los aerosoles y jaleas tienen una efectividad inmediata, así que la aplicación debe hacerse media hora antes del coito, las tabletas requieren de 5 a 10 minutos para disolverse y ser eficaces. Las ventajas de los espermaticidas es que son baratos y fáciles de usar. Este método se recomienda en pacientes que solo desean espaciar sus embarazos combinándolos con otro anticonceptivo (3,4,5,6,7,19,21).

4.10. ANTICONCEPCION HORMONAL MEDIANTE INYECCION:

Las hormonas esteroideas sexuales pueden inyectarse por vía IM para proporcionar un depósito que, dependiendo del medicamento dosis y formulación puede proporcionar anticoncepción por un mes, seis meses o hasta un año.

Hay dos anticonceptivos inyectables, el acetato de medroxiprogesterona en forma de depósito (AMPD)-depoprovera- y el enantato de noretindrona (EN NET)-noristat. El primero se suministra en dosis de 150 mg. cada 3 meses y con menos frecuencia cada 6 meses. El segundo se administra utilizando 200 mg a intervalos de 8 semanas o cada 8 semanas en los primeros 6 meses y después cada 12 semanas. Tanto el AMPD y el EN-NET inhiben la ovulación, la función menstrual.

Este método es de alta eficacia, con un índice anual de embarazos menor de 1% en usuarias, tiene pocos efectos colaterales, la mayoría de las mujeres no son fértiles durante cuatro o cinco meses después de suspender su uso y cerca del 80% de las pacientes que suspenden el medicamento pueden quedar embarazadas en los siguientes 12 meses.

Otra de las ventajas es la reducción en el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica y reduce los síntomas de la anemia de células falciformes.

Sus desventajas y efectos colaterales son ausencia de períodos menstruales regulares, que el tratamiento no puede ser invertido con rapidez, la dificultad de la autoadministración y la presencia de hemorragia irregular que pudiera ser prolongada e incomoda (6,14,16,17,19,21,22).

4.11. METODOS PERMANENTES O DEFINITIVOS:

Son métodos que siendo en general irreversibles, pueden ser practicados tanto en el hombre como en la mujer. En el hombre se denomina vasectomía o anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), y para la mujer se llama ligadura de trompas.

4.11.1. VASECTOMIA:

Método que consiste en cortar los conductos que llevan los espermias desde el testículo hasta el pene. Esta tiene la ventaja de su permanencia, pero con cierta posibilidad de reversibilidad. En 80% de los casos de vasovasostomía hay éxito respecto a la permeabilidad de los conductos, pero la fertilidad es menor por oligospermia y la motilidad reducida que puede ser causada por la ligadura y la aparición de anticuerpos antiespermatozoide.

El índice de falla de este método es aproximadamente de 0.15 a 1%. Es necesario evitar la posibilidad de un embarazo durante 3 o 4 meses después de la operación, hasta que los tubos colectores se vacíen por completo. Es útil aconsejar al paciente que use alguna otra protección hasta que el urologo declare que su semen está libre de espermatozoides.

4.11.1.1. VENTAJAS:

Es muy eficaz, el procedimiento es rápido y seguro, ningún efecto secundario duradero y no afecta el acto sexual.

4.11.1.2. DESVENTAJAS:

Molestias durante la intervención y poco después de ésta, ligera posibilidad de que se produzcan coágulos o infecciones inmediatas y no es eficaz inmediatamente (5,6,7,11,12,13,19,22).

4.11.2. ESTERILIZACION DE LA MUJER:

Los métodos quirúrgicos para esterilizar a la mujer van desde electrocoagulación y sección u oclusión mecánica de las trompas con laparoscopia hasta la ligadura tubaria por minilaparotomía o laparotomía o histerectomía.

Esta última se usará con fines de esterilización sólo cuando aparezcan otras indicaciones para extraer el útero. La tasa de falla para estos métodos es de 0.2 a 1%.

4.11.2.1. VENTAJAS:

Es muy eficaz, no tiene efectos secundarios duraderos, la pareja no tendrá que preocuparse más por la anticoncepción, es eficaz a corto plazo y no interfiere ni afecta las relaciones sexuales.

4.11.2.2. DESVENTAJAS:

Muy ligera posibilidad de hemorragia grave, lesiones de los órganos internos o infección ya sea durante la operación o inmediatamente después, dolor en el lugar de la insición y en la parte baja del abdomen unos cuantos días después de la operación, deja una o dos cicatrices pequeñas en el abdomen y es casi imposible de revertir.

VI MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, transversal.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO: Jóvenes entre 12 a 18 años con problemas de conducta ingresados en centros de corrección de menores.

MARCO MUESTRAL Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se tomó una muestra de 165 jóvenes de 12 a 18 años con problemas de conducta, ingresados en Centros de Tratamiento y Orientación de Menores.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Jóvenes entre 12 y 18 años

Ingresados en Centros de Corrección de menores

Que tengan problemas de conducta

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Menores de 12 años y mayores de 18 años

Que no estén ingresados en centros de corrección de menores

Jóvenes que no tengan problemas de conducta

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CLASE DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Período que ha transcurrido en la vida de un individuo desde la fecha de su nacimiento a la fecha actual, la cual puede medirse en años.	Años	Cuantitativa	Escala de razón
Sexo	Condición orgánica anatómica y fisiológica que distingue al hombre de la mujer.	Masculino femenino	Cualitativa	Escala nominal
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	ninguno primaria incompleta primaria completa ciclo básico incompleto ciclo básico completo diversificado incompleto diversificado completo	Cualitativa	Escala intervalo
Conocimiento	Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.	bueno regular malo	Cualitativa	Escala ordinal

RECURSOS

1. FISICOS:

Centros de tratamiento y orientación de menores

Bibliotecas: USAC , Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios,

IGSS, INCAN, INCAP Y APROFAM.

Boleta de recolección de datos.

Equipo de oficina

Material bibliográfico.

HUMANOS:

Personal de los Centros de Corrección de menores

Jóvenes de 12 a 18 años ingresados en estos centros

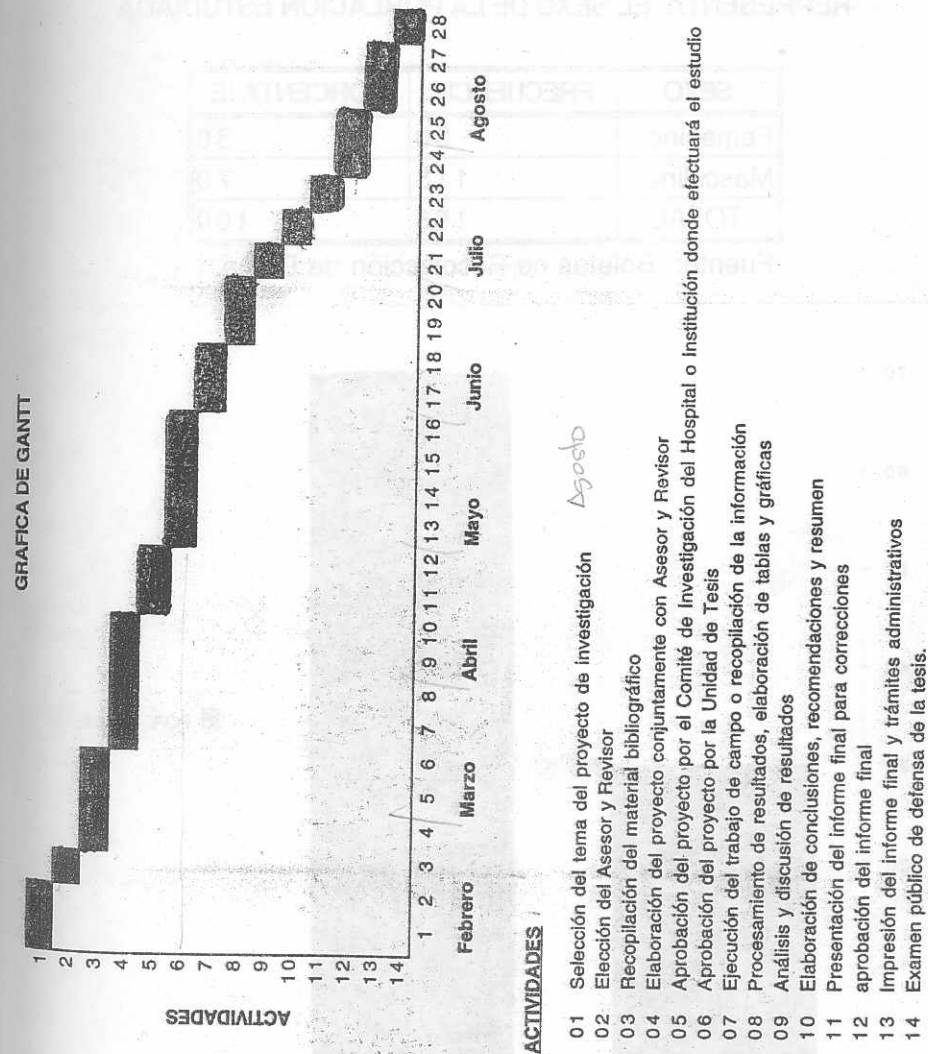
Personal de las diferentes bibliotecas consultadas.

ETICA DE LA INVESTIGACION:

Por tratarse de un tema relacionado con la sexualidad, se les explicó a los jóvenes la importancia de este trabajo, haciéndoles saber que su participación es voluntaria y que la información recabada por medio de una encuesta anónima que consta de 17 items, será confidencial y con fines puramente de investigación.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Los datos obtenidos a través de las encuestas se tabularon y presentaron por medio de cuadros y gráficas (diagrama de barras), luego se procedió al análisis porcentual de los resultados, los cuales se utilizaron para la realización de conclusiones y recomendaciones.

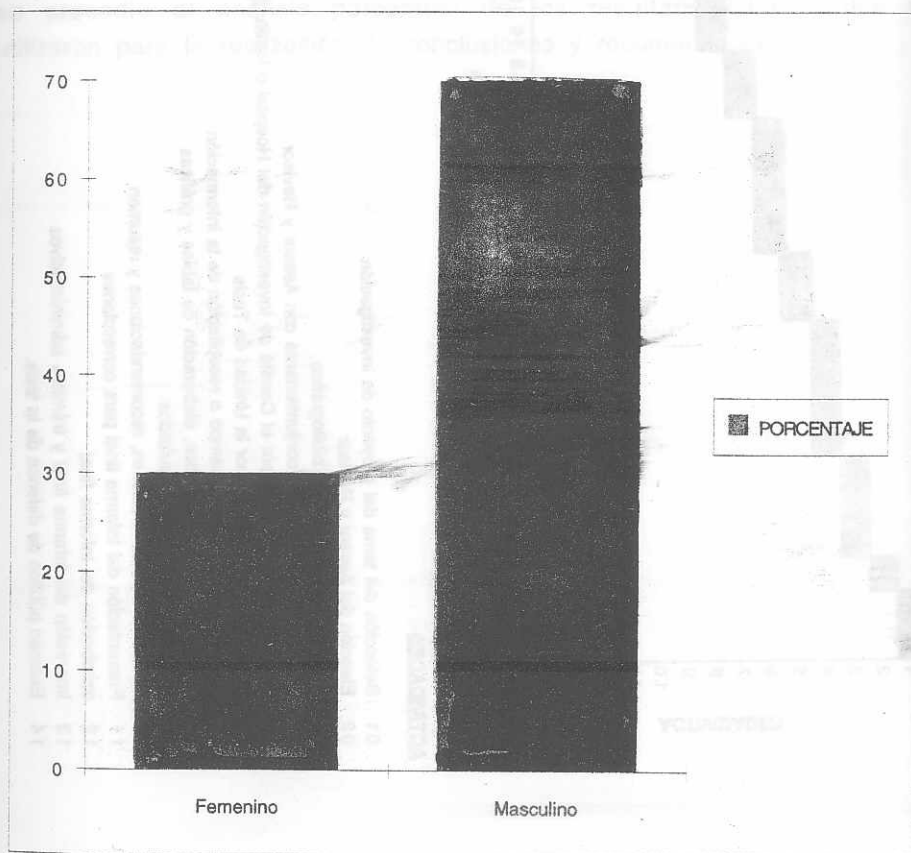


VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO Y GRAFICA No. 1
REPRESENTA EL SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	50	30
Masculino	115	70
TOTAL	165	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

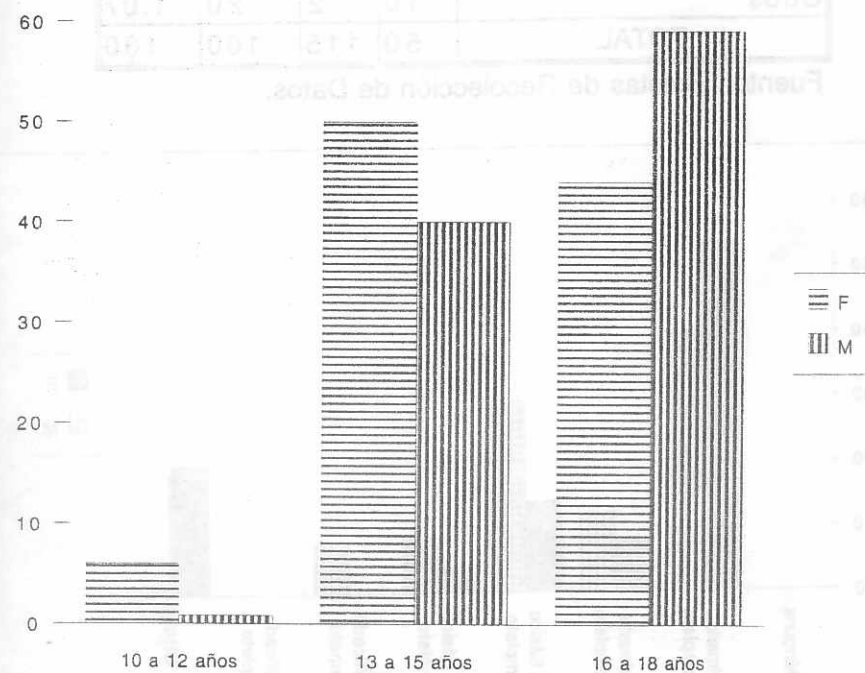


Fuente: Cuadro No. 1

CUADRO Y GRAFICA No. 2
EDAD POR SEXO DE LOS MENORES CON PROBLEMA
DE CONDUCTA INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

EDAD	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
10 a 12 años	3	1	6	0.87
13 a 15 años	25	46	50	40
16 a 18 años	22	68	44	59.1
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

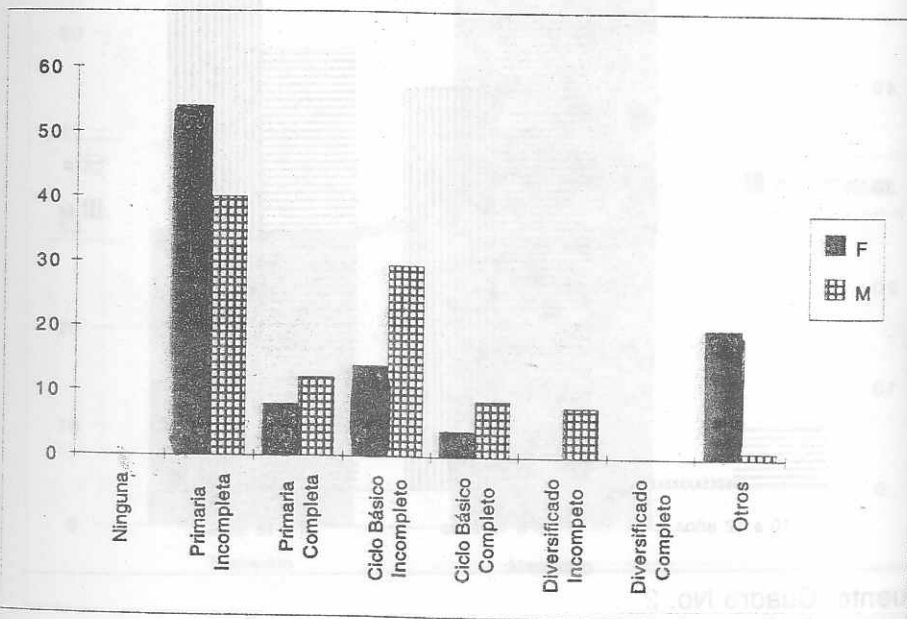


Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO Y GRAFICA No. 3
ESCOLARIDAD POR SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA

ESCOLARIDAD	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Ninguna	0	0	0	0
Primaria Incompleta	27	46	54	40
Primaria Completa	4	14	8	12.2
Ciclo Básico Incompleto	7	34	14	29.5
Ciclo Básico Completo	2	10	4	8.7
Diversificado Incompleto	0	9	0	7.8
Diversificado Completo	0	0	0	0
Otros	10	2	20	1.07
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

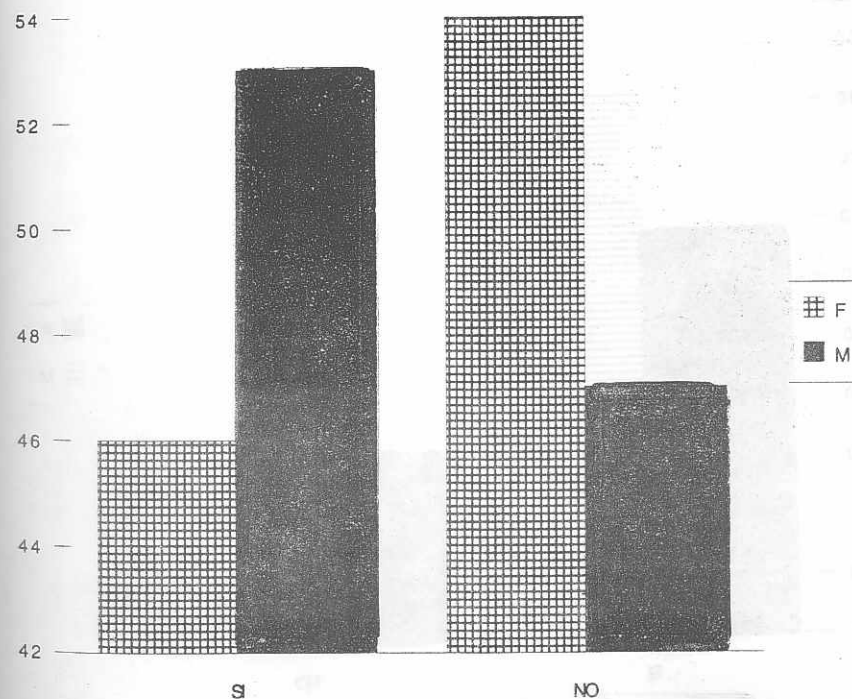


Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO Y GRAFICA No. 4
CONOCIMIENTOS DE LA POBLACION
SOBRE QUE ES UN METODO ANTICONCEPTIVO
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	23	61	46	53
NO	27	54	54	47
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

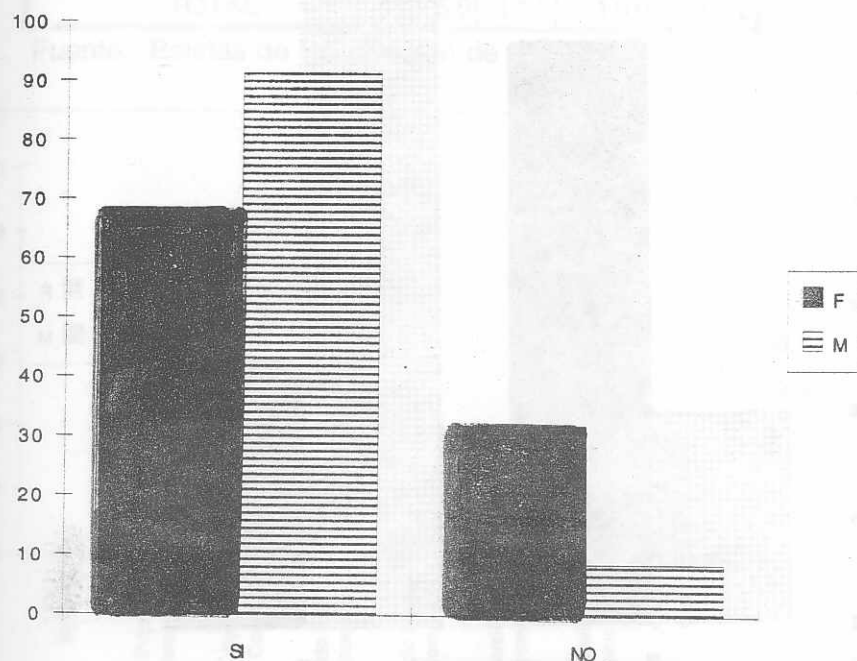


Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO Y GRAFICA No. 5
RESPUESTAS AFIRMATIVAS O NEGATIVAS SOBRE
EL CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	34	105	68	91.3
NO	16	10	32	8.7
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

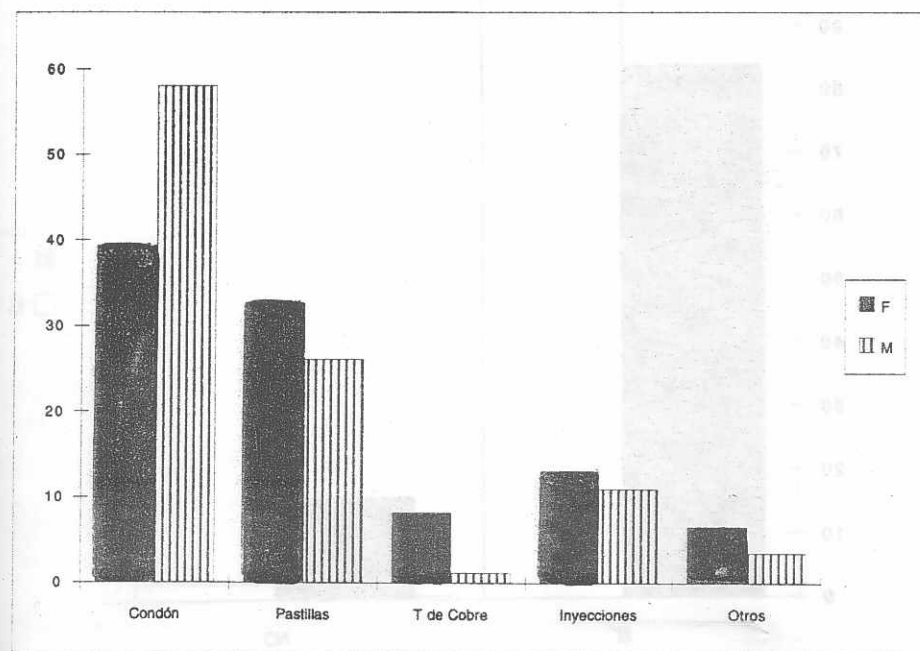


Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO Y GRAFICA No. 6
METODOS ANTICONCEPTIVOS MAS CONOCIDOS
POR LOS MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA.
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	24	100	39.3	58.1
Pastillas	20	45	32.7	26.1
T de Cobre	5	2	8.2	1.2
Inyecciones	8	19	13.1	11
Otros	4	6	6.6	3.5
TOTAL	61	172	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

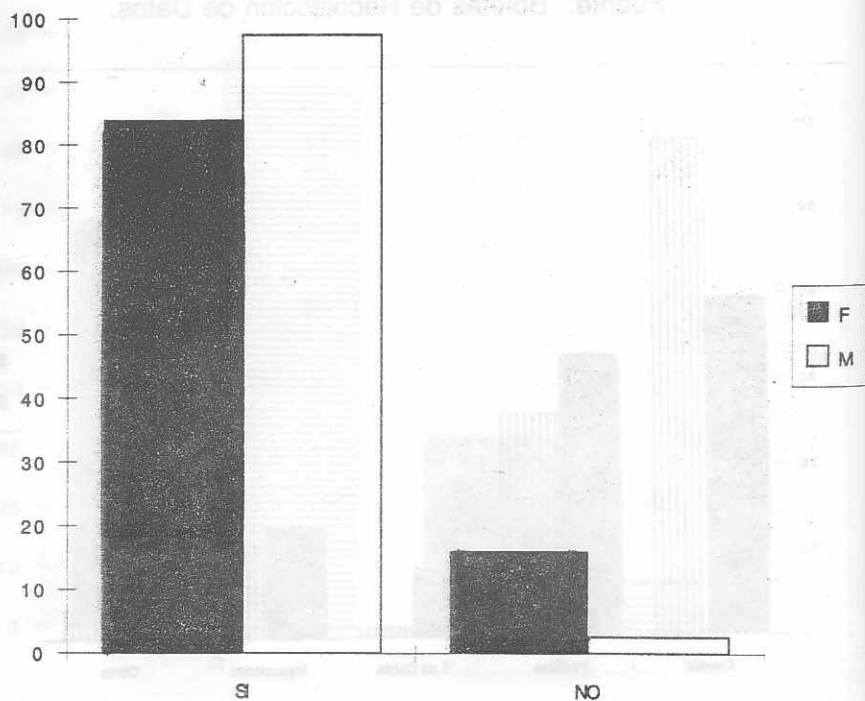


Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO Y GRAFICA No. 7
ANTECEDENTE SI HAN TENIDO O NO RELACIONES
SEXUALES LOS MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	42	112	84	97.4
NO	8	3	16	2.6
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

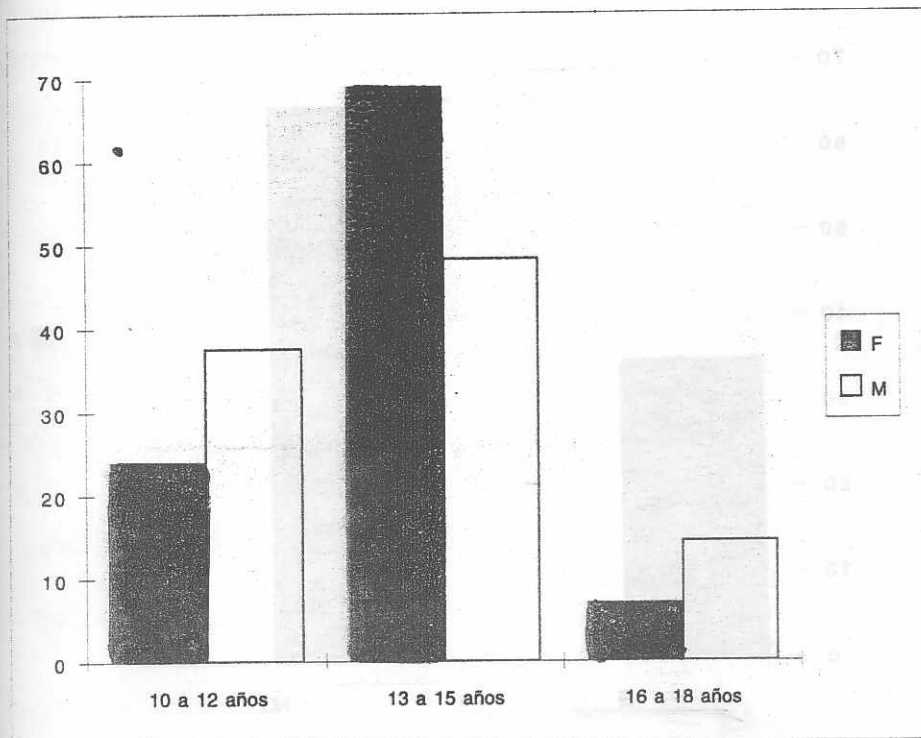


Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO Y GRAFICA No. 8
EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES
EN LA POBLACION ESTUDIADA
POR SEXO.

EDAD	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
10 a 12 años	10	42	24	37.5
13 a 15 años	29	54	69	48.2
16 a 18 años	3	16	7	14.3
TOTAL	42	112	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

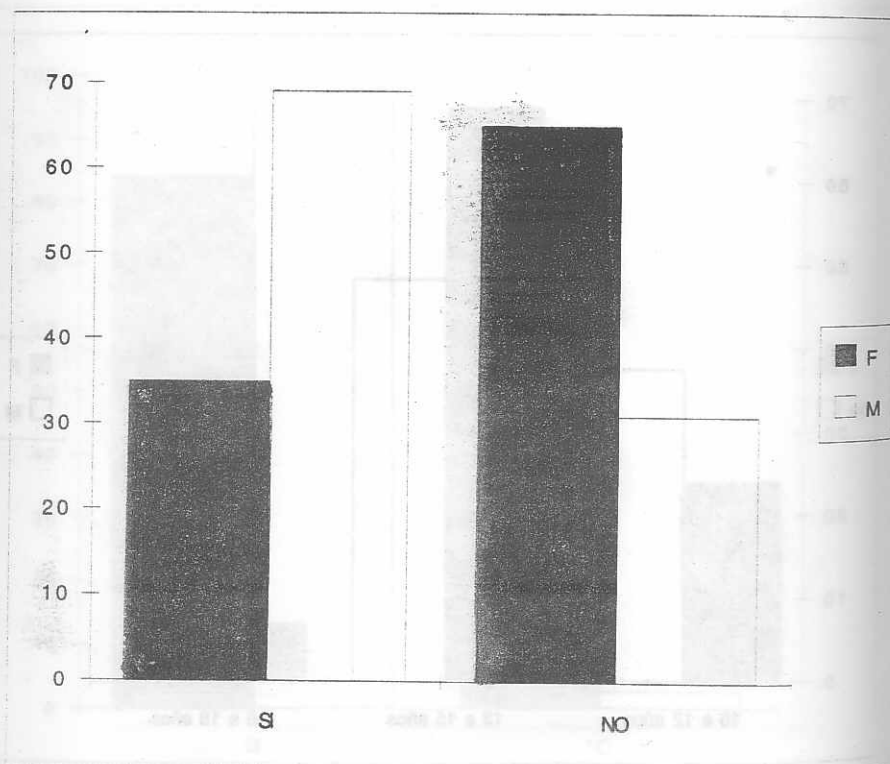


Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO Y GRAFICA No. 9
RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA RESPECTO
AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	17	79	35	69
NO	32	36	65	31
TOTAL	49	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

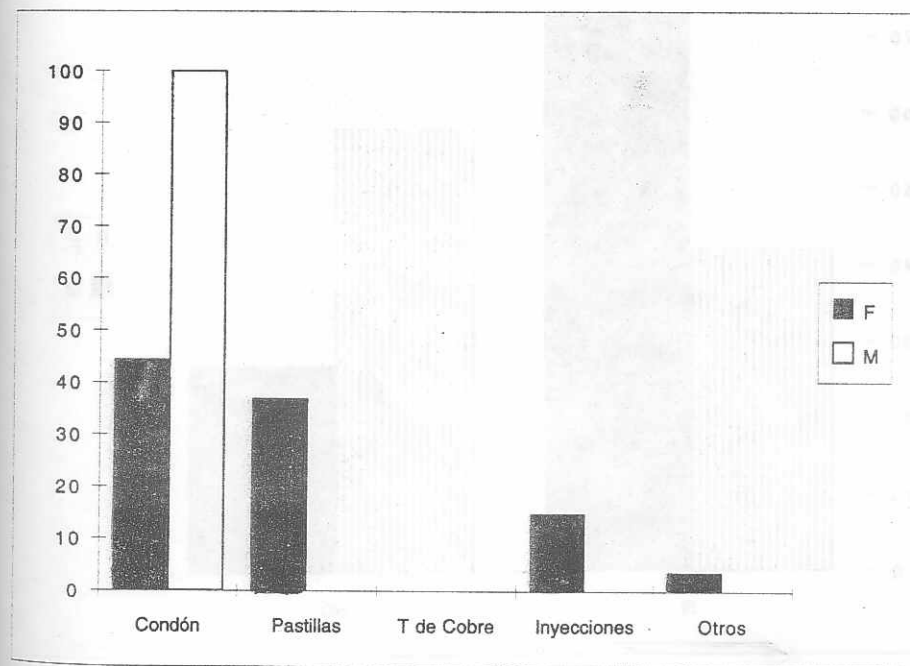


Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO Y GRAFICA No. 10
METODO ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO
POR LA POBLACION ESTUDIADA
POR SEXO.

METODO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	12	79	44.4	100
Pastillas	10	0	37	0
T de Cobre	0	0	0	0
Inyecciones	4	0	15	0
Otros	1	0	3.7	0
TOTAL	27	79	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

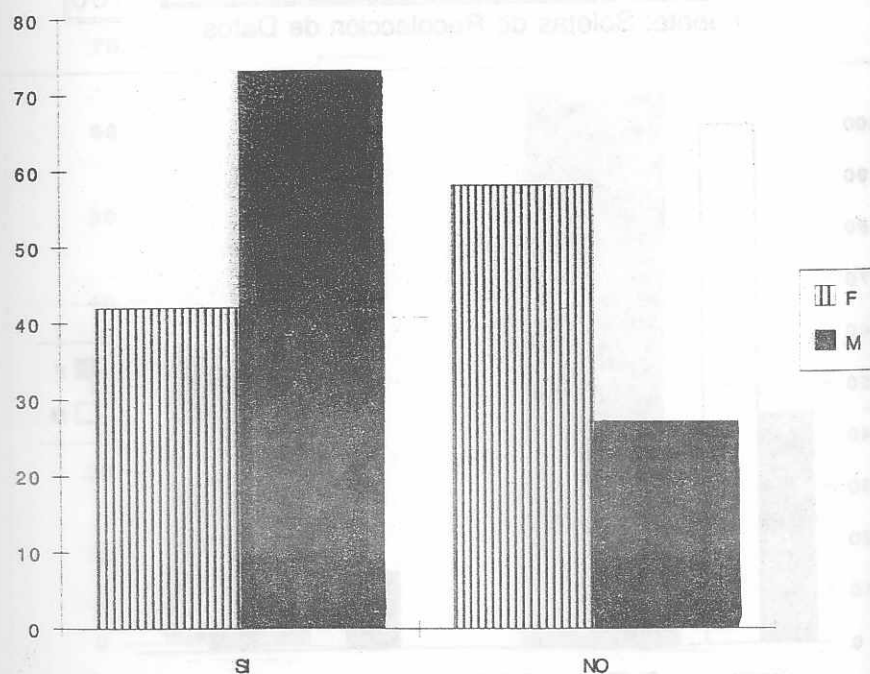


Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO Y GRAFICA No. 11
CONTINUIDAD DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR LA POBLACION ESTUDIADA
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	8	57	42	73
NO	11	21	58	27
TOTAL	19	78	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

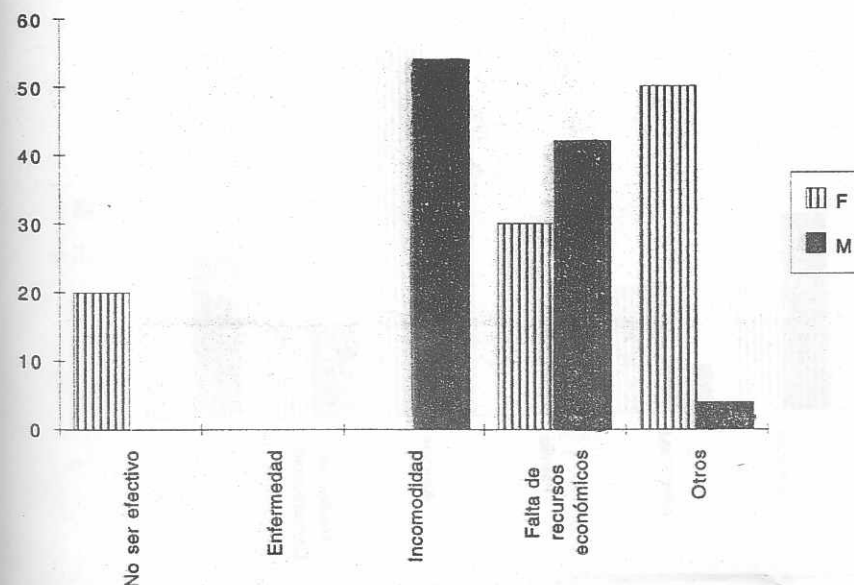


Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO Y GRAFICA No. 12
CAUSA POR LA CUAL LA POBLACION ESTUDIADA
DESCONTINUO EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

CAUSA	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
No ser efectivo	2	0	20	0
Enfermedad	0	0	0	0
Incomodidad	0	15	0	54
Falta de recursos económicos	3	12	30	42
Otros	5	1	50	4
TOTAL	10	28	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

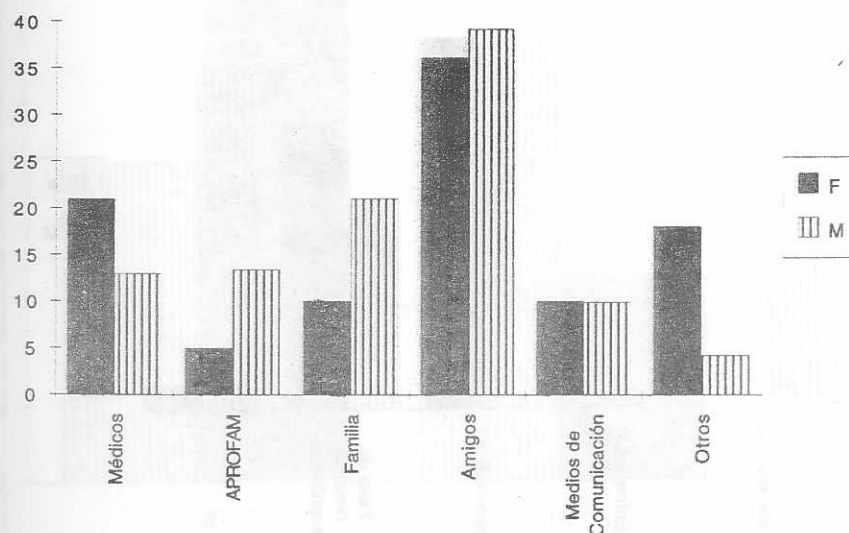


Fuente: Cuadro No. 12

CUADRO Y GRAFICA No. 13
MEDIO POR EL CUAL LA POBLACION HA RECIBIDO
INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

MEDIO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Médicos	8	18	21	13
APROFAM	2	19	5	13.4
Familia	4	30	10	21
Amigos	14	55	36	39
Medios de Comunicación	4	14	10	9.9
Otros	7	6	18	4.2
TOTAL	39	142	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



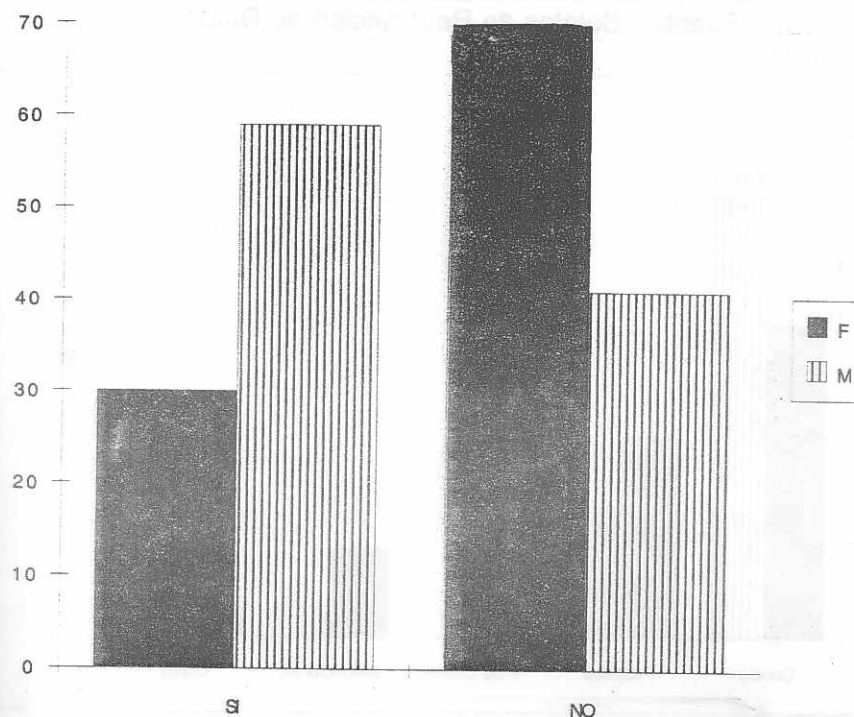
Fuente: Cuadro No. 13

CUADRO Y GRAFICA No. 14 A
RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO
DE LA FUNCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	14	67	30	59
NO	33	46	70	41
TOTAL	47	113	100	100

* 5 No respondieron

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

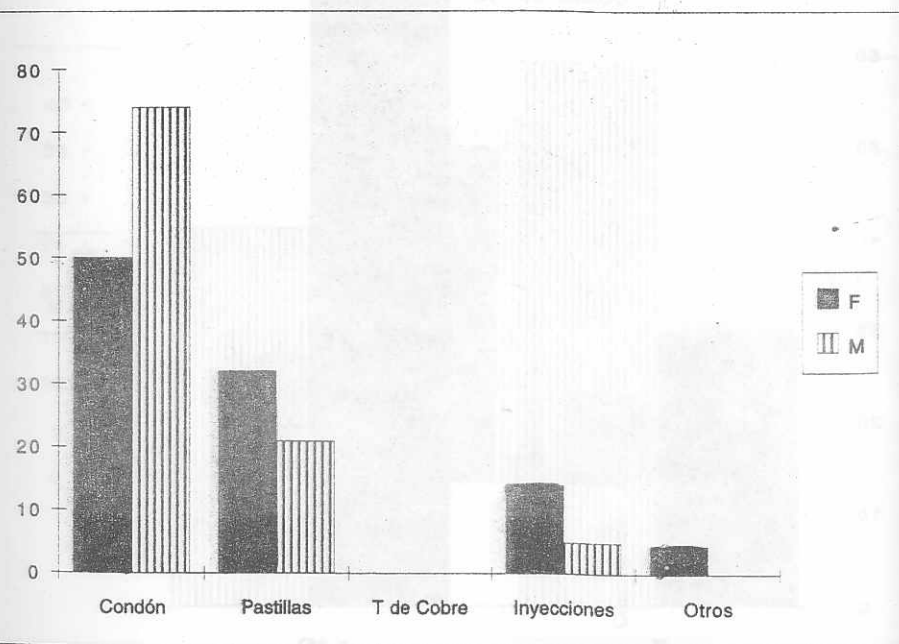


Fuente: Cuadro No. 14 A

CUADRO Y GRAFICA No. 14 B
CONOCIMIENTO DE LOS JOVENES SOBRE LA FUNCION
DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

METODO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	11	60	50	74
Pastillas	7	17	32	21
T de Cobre	0	0	0	0
Inyecciones	3	4	14	5
Otros	1	0	4.5	0
TOTAL	22	81	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

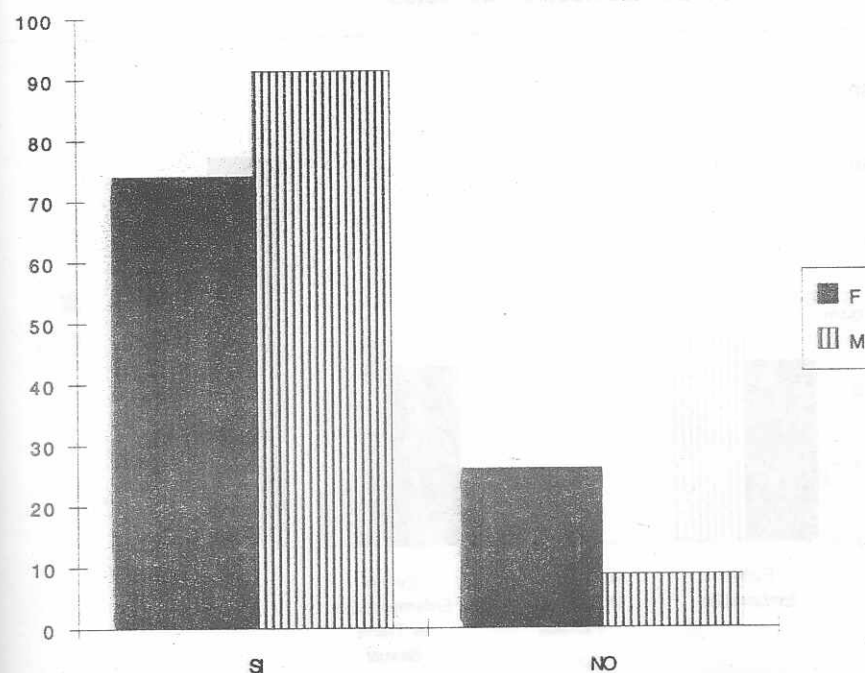


Fuente: Cuadro No. 14 B

CUADRO Y GRAFICA No. 15 A
RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA RESPECTO A LA
IMPORTANCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	37	105	74	91.3
NO	13	10	26	8.7
TOTAL	50	115	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

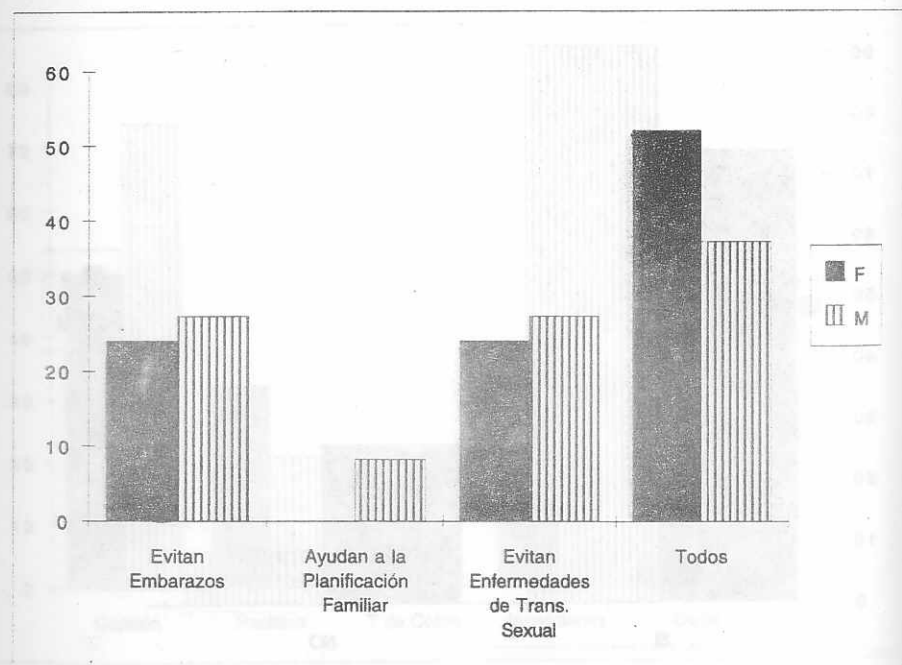


Fuente: Cuadro No. 15 A

CUADRO Y GRAFICA No. 15 B
RAZON POR LA CUAL LOS JOVENES CONSIDERAN QUE
SON IMPORTANTES LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO

CAUSA	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Evitan Embarazos	10	33	24	27.3
Ayudan a la Planificación Familiar	0	10	0	8.3
Evitan Enfermedades de Trans. Sexual	10	33	24	27.3
Todos	22	45	52	37.2
TOTAL	42	121	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

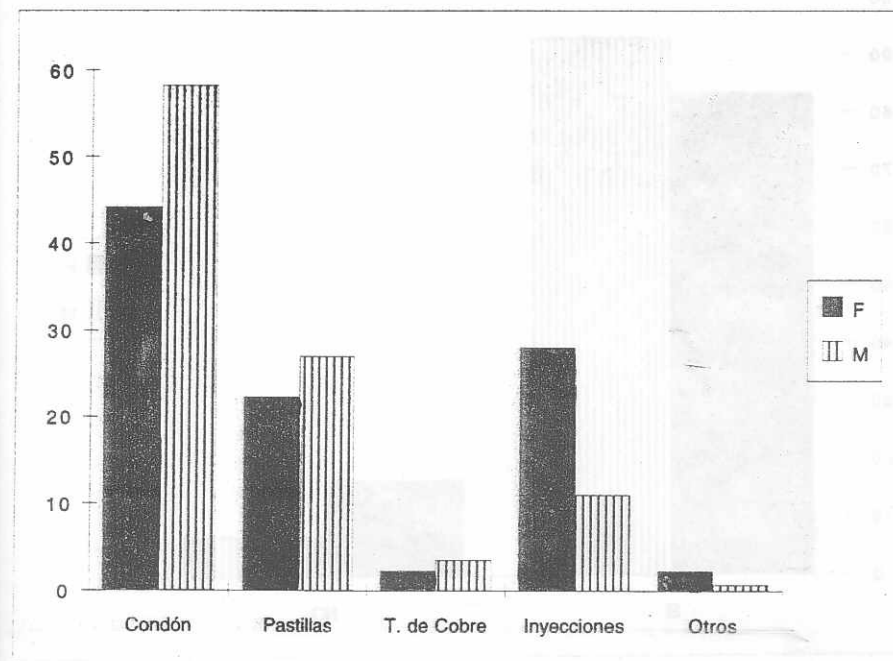


Fuente: Cuadro No. 15 B

CUADRO Y GRAFICA No. 16
METODO ANTICONCEPTIVO QUE LA POBLACION
ESTUDIADA CONSIDERA MAS EFICAZ
POR SEXO.

METODO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	19	82	44.2	58.2
Pastillas	10	38	22.3	27
T. de Cobre	1	5	2.3	3.5
Inyecciones	12	15	28	11
Otros	1	1	2.3	0.7
TOTAL	43	141	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

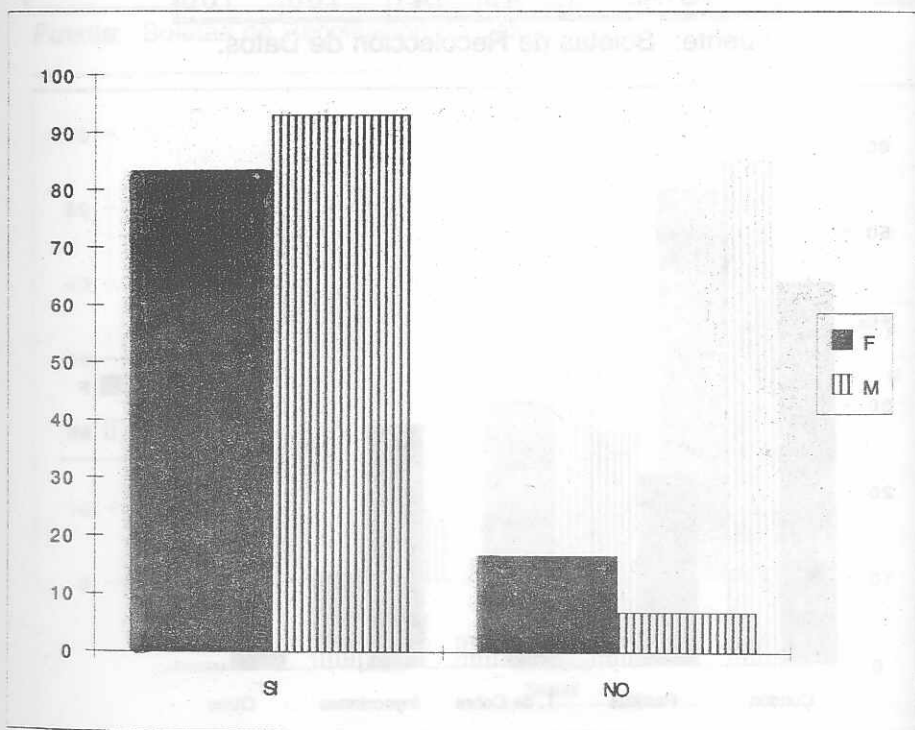


Fuente: Cuadro No. 16

CUADRO Y GRAFICA No. 17 A
RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA RESPECTO A
LA UTILIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA
EVITAR ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	40	106	83.3	93
NO	8	8	16.7	7
TOTAL	48	114	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

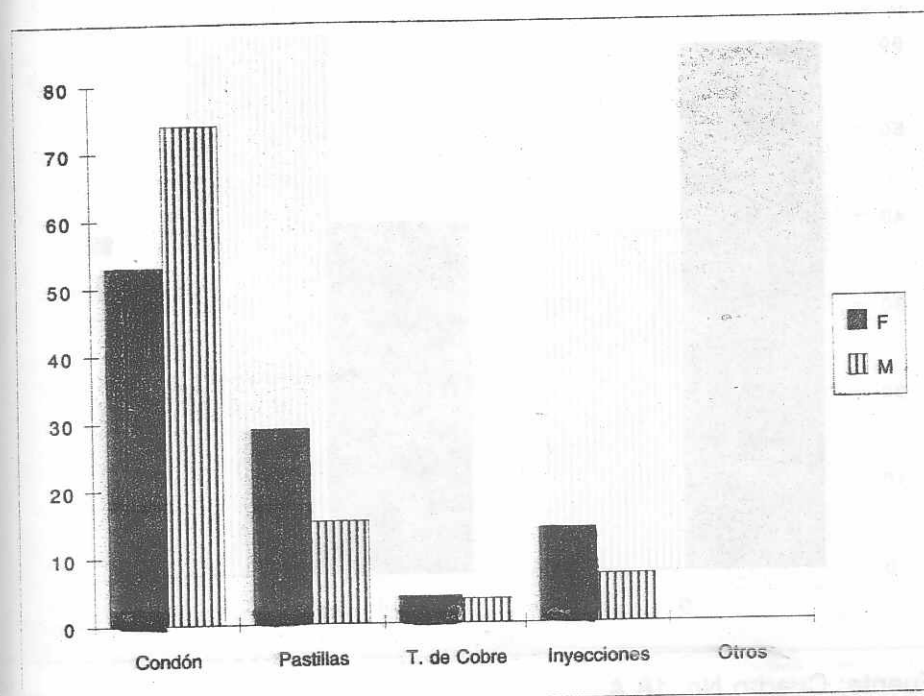


Fuente: Cuadro No. 17 A

CUADRO Y GRAFICA No. 17 B
METODO ANTICONCEPTIVO QUE LA POBLACION CONSIDERA
QUE AYUDA A EVITAR ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
POR SEXO.

METODO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	27	83	53	74
Pastillas	15	17	29	15.2
T. de Cobre	2	4	4	3.6
Inyecciones	7	8	14	7.1
Otros	0	0	0	0
TOTAL	51	112	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



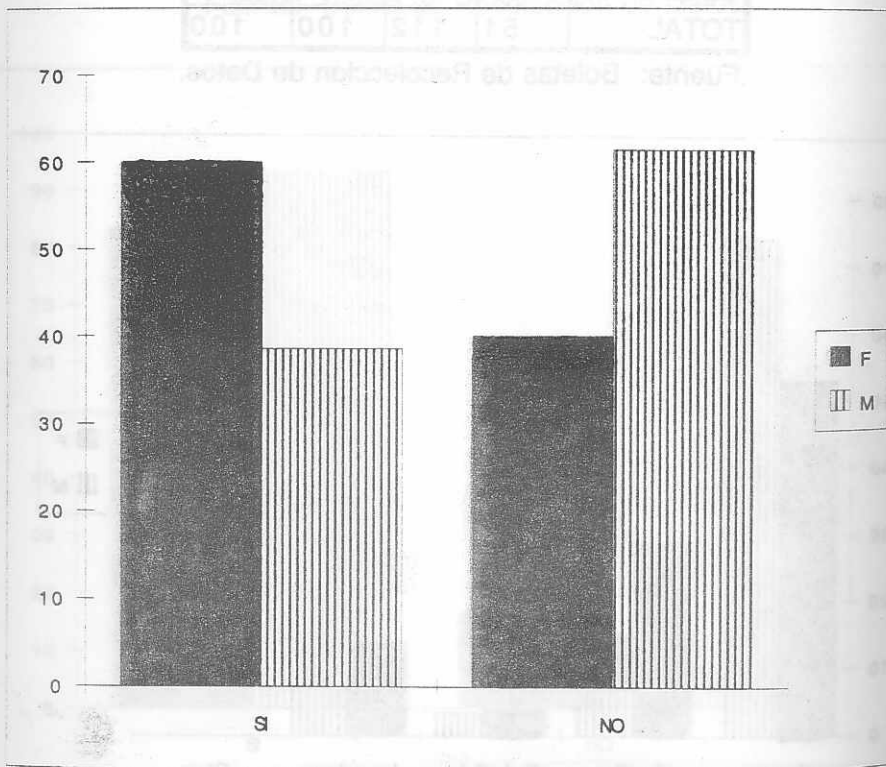
Fuente: Cuadro No. 17 B

CUADRO Y GRAFICA No. 18 A

RESPUESTA AFIRMATIVA O NEGATIVA RESPECTO A SI EL USO DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS PUEDE PRODUCIR ALGUNA ENFERMEDAD.
POR SEXO.

	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
SI	27	44	60	38.6
NO	18	70	40	61.4
TOTAL	45	114	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



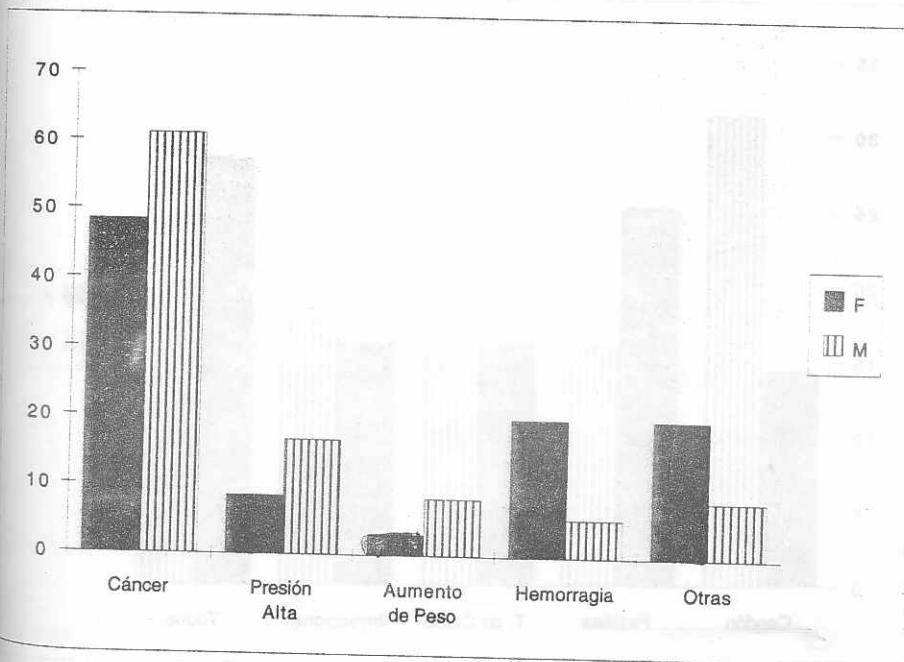
Fuente: Cuadro No. 18 A

CUADRO Y GRAFICA 18 B

ENFERMEDAD MAS COMUNMENTE CONSIDERADA POR LOS JOVENES
QUE ES PRODUCIDA POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

ENFERMEDAD	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Cáncer	17	22	48.5	61.1
Presión Alta	3	6	8.5	16.7
Aumento de Peso	1	3	3	8.3
Hemorragia	7	2	20	5.6
Otras	7	3	20	8.3
TOTAL	35	36	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

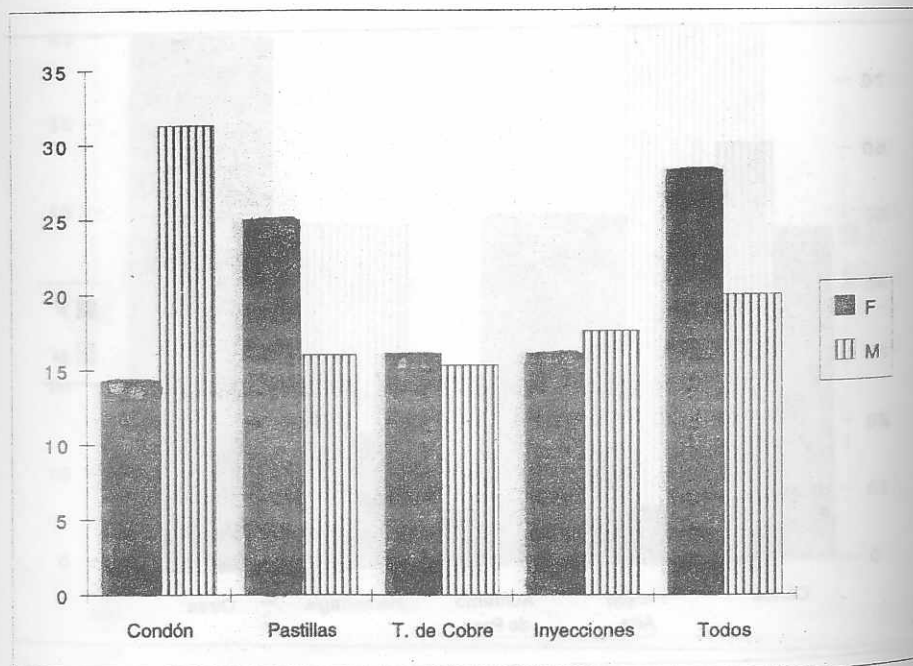


Fuente: Cuadro No. 18 B

CUADRO Y GRAFICA No. 19
METODO ANTICONCEPTIVO DEL CUAL A LA
POBLACION LE GUSTARIA TENER MAYOR INFORMACION
POR SEXO.

METODO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Condón	8	41	14.3	31.3
Pastillas	14	21	25	16
T. de Cobre	9	20	16.1	15.3
Inyecciones	9	23	16.1	17.6
Todos	16	26	28.3	20
TOTAL	56	131	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.

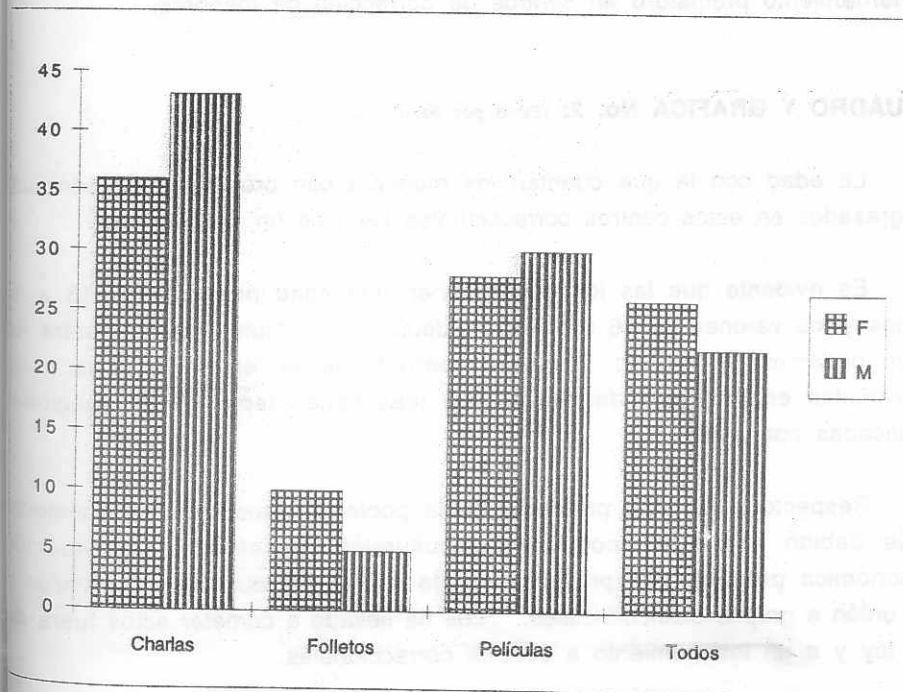


Fuente: Cuadro No. 19

CUADRO Y GRAFICA No. 20
MEDIO POR EL CUAL A LOS JOVENES LES GUSTARIA RECIBIR
MAYOR INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS
POR SEXO.

MEDIO	SEXO		PORCENTAJE	
	F	M	F	M
Charlas	18	53	36	43.1
Folletos	5	6	10	5
Películas	14	37	28	30.1
Todos	13	27	26	22
TOTAL	50	123	100	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos.



Fuente: Cuadro No. 20

VIII ANALISIS E INTERPRETACION DE CUADROS Y GRAFICAS

Las respuestas aportadas por esta población no siempre suman el 100% en todos los ítems, puesto que en algunas preguntas los menores se abstuvieron de responder y otros marcaron más de un inciso.

CUADRO Y GRAFICA No.1: (Sexo)

La población masculina es la más numerosa en estos centros, debido a que son los varones quienes están más expuestos a actos delictivos; para lo cual han influido factores tales como: La cultura machista que prevalece en nuestro país, aunado al sentido de libertad e independencia que se presenta en la edad adolescente, lo cual los ha llevado a formar parte de bandas delictivas organizadas, las cuales los encaminan a un internamiento prematuro en centros de corrección de menores.

CUADRO Y GRAFICA No. 2: (Edad por sexo)

La edad con la que cuentan los menores con problemas de conducta ingresados en estos centros correccionales varía de un sexo a otro.

Es evidente que las jovencitas tienen una edad promedio de 13 a 15 años y los varones de 16 a 18 años, debido a múltiples razones entre las que podemos mencionar: La poca libertad que se les proporciona a las jovencitas en el ámbito familiar y que más tienen temor a las sanciones aplicadas por la ley.

Respecto a la edad promedio de la población masculina se considera que debido a los estereotipos socioculturales por ejemplo, la situación económica precaria que prevalece en la población, conflictos familiares y la unión a grupos delictivos. Los ha llevado a cometer actos fuera de la ley y a un internamiento a centros correccionales.

Es evidente que la adolescencia se sigue presentando como una etapa difícil del ser humano, asociado a los problemas socioculturales como son la desintegración familiar, extrema pobreza entre otros, hace que estos jóvenes sean recluidos en dichos centros correccionales.

CUADRO Y GRAFICA No. 3: (Escolaridad por sexo)

En esta investigación nos podemos dar cuenta que la mayoría de los jóvenes con problemas de conducta, que forman parte del estudio, cuentan con un bajo nivel de escolaridad, lo cual refleja una vez más el alto índice de analfabetismo que prevalece en nuestro país. Lo anterior hace pensar que a corta edad los menores se ven obligados a abandonar los estudios debido a factores tales como: problemas económicos, abandono de los padres, inadecuada comunicación con éstos, evasión del hogar, así también la unión a bandas delictivas, con las cuales los menores acentúan su seguridad y poderío.

CUADRO Y GRAFICA No. 4: (Conocimientos sobre anticonceptivos por sexo)

En referencia al conocimiento que los menores con problemas de conducta tienen sobre lo que es un método anticonceptivo; se puede comprobar que un 53% de la población masculina y un 46% de la población femenina tienen conocimiento sobre lo que es un método anticonceptivo. Este último porcentaje nos indica que la población femenina es la más carente de este vital conocimiento, colaborando de esta manera a aumentar el porcentaje de embarazos no deseados con las consabidas complicaciones socioculturales consiguientes.

La actividad sexual precoz de estos menores los lleva a indagar información sobre métodos anticonceptivos, lo cual no es indicativo que los emisores de esta información sean las personas más indicadas.

CUADRO Y GRAFICA No. 5 y 6: (Método anticonceptivo más conocido)

Se ha podido comprobar que tanto la población masculina como femenina conocen algún método anticonceptivo, siendo el condón y las pastillas los más conocidos.

Por ser la adolescencia una etapa que se caracteriza principalmente por el actuar sin medir las consecuencias de sus actos; estos porcentajes no significan que la población haya recibido la adecuada información, ni es indicativo de su correcta utilización.

CUADRO Y GRAFICA No. 7: (Antecedente de relaciones sexuales)

Debido a factores socioculturales existentes en nuestro país, aunado a los problemas conductuales de la población estudiada; podemos observar que tanto la población masculina (97.4%) como femenina (84%) han tenido relaciones sexuales.

El escaso nivel educativo que tienen estos menores, la deficiente educación sexual que han recibido, la mala comunicación familiar y la unión a bandas delinCUenciales organizadas, ha convertido a estos menores en presa fácil para tener relaciones sexuales a temprana edad, exponiéndose a violaciones, practicar la prostitución y la promiscuidad que se ve principalmente en estos grupos.

CUADRO Y GRAFICA No. 8: (Edad de inicio de la relaciones sexuales)

Se hace notar que la edad de inicio de las relaciones sexuales en este grupo poblacional es prematura, ya que el 93% de la población femenina y el 85.7% de la población masculina han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, aunado al 54% de la población femenina que no tiene conocimiento de lo que es un método anticonceptivo, nos lleva a pensar que en el futuro por estas mismas razones aumente el número de madres solteras a prematura edad.

CUADRO Y GRAFICA No. 9: (Uso de métodos anticonceptivos por sexo)

Es evidente que la población masculina es la que más ha usado métodos anticonceptivos (69%), debido a que es éste el grupo que más actividad sexual tiene por estereotipos socioculturales existentes en nuestro medio.

CUADRO Y GRAFICA No. 10 (Método anticonceptivo más usado por sexo)

Respecto al método más utilizado por los menores con problemas de conducta, podemos observar que ambos sexos han utilizado con frecuencia el condón; (44.4% y 100% relación femenino-masculino); método de barrera que está ampliamente difundido en todos los programas de planificación familiar; sin embargo la población femenina ha utilizado éste y otros métodos tales como: pastillas e inyecciones (37 y 15% respectivamente) de acuerdo al nivel de instrucción de cada una de ellas.

Es de aclarar que el 37% de la población femenina usó un método seguro (pastillas), por lo que se debe dar mayor información y publicidad a métodos confiables como lo son los hormonales.

CUADRO Y GRAFICA No. 11: (Continuidad en el uso de anticonceptivos por sexo)

De la población que en determinada situación ha usado un método anticonceptivo, podemos observar que no han sido constantes con su uso, principalmente la población femenina; que presenta el mayor porcentaje de la discontinuación de uso de métodos anticonceptivos.

La población masculina es la que ha continuado con el uso de métodos anticonceptivos; debido a que son los que más se exponen a la promiscuidad y que de una u otra forma son los que más información han recibido de estos métodos.

CUADRO Y GRAFICA No. 12: (Causa por la cual se discontinuó el uso de anticonceptivos por sexo)

La causa más frecuente por la cual, la población ha discontinuado el uso de un método anticonceptivo difiere en ambos sexos. Siendo la incomodidad la causa más referida por la población masculina; a pesar de ser el grupo con mayor conocimiento sobre estos métodos, no ha tenido consciencia de la importancia que conlleva para él y su pareja, la protección que puede proporcionar el uso del preservativo al contribuir a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La principal causa del no uso de métodos anticonceptivos en las jovencitas, es que algunas han sido víctimas de violación, otras porque trabajaron en prostibulos o por estar recluidas en el centro.

CUADRO Y GRAFICA No. 13: (Medio por el cual la población a recibido información sobre anticonceptivos)

El medio de información sobre métodos anticonceptivos más frecuente en ambos sexos han sido los amigos (36 y 39% relación femenino-masculino), lo cual nos da una idea que éstos han tenido una información mal orientada y encaminada a los riesgos que conlleva el no uso o mala utilización de estos métodos, debido al bajo nivel de escolaridad y el ambiente en que se ha desarrollado.

CUADRO Y GRAFICA No. 14 A: (Respuesta afirmativa o negativa sobre el conocimiento de la función de los anticonceptivos por sexo)

En relación al conocimiento de como funcionan los métodos anticonceptivos, podemos observar que la mayoría de jovencitas carecen de este conocimiento; lo que evidencia que a pesar de conocer uno o más métodos anticonceptivos y hacer uso de ellos, no conocen su función.

CUADRO Y GRAFICA No. 14 B: (Conocimiento de la función de los anticonceptivos por sexo)

Los métodos anticonceptivos de los cuales la población objeto de estudio tiene mayor conocimiento de su función, son el condón y las pastillas, ya que son los métodos más difundidos y de más fácil adquisición, las instrucciones para su uso son de fácil comprensión y no necesitan un alto nivel educativo para su correcta utilización.

CUADRO Y GRAFICA No. 15 A: (Respuesta afirmativa o negativa sobre la importancia de los anticonceptivos por sexo)

De acuerdo a los datos obtenidos nos damos cuenta que la mayoría de la población estudiada opina que sí son importantes los métodos de anticoncepción (74 y 91.3% relación femenino-masculino).

Debido a que en estos jóvenes se han presentado con frecuencia enfermedades de transmisión sexual, los profesionales encargados de estos centros se han preocupado por difundir información en referencia a la prevención de estas enfermedades, haciendo énfasis en el uso de métodos anticonceptivos como el condón.

CUADRO Y GRAFICA No. 15 B: (Razón por lo que los anticonceptivos se consideran importantes por sexo)

En relación a la importancia del uso de métodos anticonceptivos, podemos observar que la mayoría de jóvenes creen que es importante el uso de éstos ya que ayudan a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

CUADRO Y GRAFICA No. 16: (Método anticonceptivo considerado más eficaz por sexo)

Según el conocimiento del grupo estudiado, los métodos anticonceptivos más eficaces son: el condón y las pastillas, debido a su fácil adquisición y por no necesitar mayor instrucción para su uso.

CUADRO Y GRAFICA No. 17 A y B: (Respuesta afirmativa o negativa sobre la utilidad de los métodos anticonceptivos para evitar ETS y cuales se considera que ayudan más)

El mayor porcentaje de los menores con problemas de conducta incluídos en el estudio; consideran que sí existe un método anticonceptivo que ayuda a evitar enfermedades de transmisión sexual (83.3 y 93% relación femenino-masculino).

Siendo el condón o preservativo (53 y 74% relación femenino-masculino), lo cual nos orienta a pensar que esta población tiene una adecuada información respecto al uso y eficacia de este método.

CUADRO Y GRAFICA No. 18 A y B: (Respuesta afirmativa o negativa sobre si los anticonceptivos, pueden producir alguna enfermedad y cuál)

Es de notar que el 60% de la población femenina y el 38.6% de la población masculina consideran que el uso de métodos anticonceptivos produce enfermedad, principalmente cáncer (48.5 y 61.1% relación femenino-masculino).

Esto debido a que los emisores de la información son principalmente los amigos, lo cual los lleva a obtener conocimientos que carecen de bases científicas para una adecuada interpretación de los mismo.

CUADRO Y GRAFICA No. 19: (Método anticonceptivo del cual le gustaría tener más información por sexo)

La mayoría de los menores con problemas de conducta incluidos en el estudio, afirman que desean tener información de todos los métodos anticonceptivos. Pues ellos están conscientes de la deficiente orientación que han recibido sobre los mismos.

CUADRO Y GRAFICA No. 20: (Medios por los cuales les gustaría recibir información de anticonceptivos por sexo)

Los medios por los cuales la mayoría de los jóvenes desean obtener información sobre métodos anticonceptivos son: Charlas y películas. Debido a la fácil difusión de estos medios, ya que por el alto nivel de analfabetismo no se llegaría a obtener los resultados deseados si se hiciera en forma escrita.

IX. CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de cada una de las boletas de recolección de datos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La población estudiada si tiene conocimiento de lo que es un método anticonceptivo, pero no de su correcto uso y función.
2. Los menores con problemas de conducta inician su vida sexual activa a temprana edad (menores de 15 años), 93 y 85.7% relación femenino-masculino, debido a los estereotipos socioeconómicos en que ellos se desenvuelven y el bajo nivel de escolaridad que poseen.
3. Entre los métodos anticonceptivos más utilizados por los jóvenes se encuentran el condón y las pastillas.
4. La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos para estos jóvenes han sido los amigos (36 y 39% relación femenino-masculino), el resto del porcentaje esta dado por otros medios de información tales como médicos, APROFAM, familia, medios de comunicación y otros.
5. Del grupo estudiado el 60 y 38.6% relación femenino-masculino consideran que el uso de métodos anticonceptivos producen enfermedades, principalmente cáncer.
6. La mayoría de los jóvenes consideran que el uso del condón ayuda a la planificación familiar y a evitar enfermedades de transmisión sexual.
7. El 66.5% de la población femenina y el 85.9% de la población masculina considera como método anticonceptivo eficaz al condón y las pastillas.

x RECOMENDACIONES

1. Que se implementen programas de educación sexual en los Centros de Corrección de Menores, por parte del personal de la Secretaría de Bienestar Social.
2. Que las instituciones encargadas de brindar educación sexual, tomen en cuenta a la población de menores con problemas de conducta, que es la más vulnerable a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
3. Que las familias de dichos menores sean orientadas sobre educación sexual por parte del personal de bienestar social.
4. Que los medios de comunicación aumenten su proyección en cuanto a programas sobre la importancia y adecuada utilización de los métodos anticonceptivos.
5. A los menores con problemas de conducta, que al egresar divulgen la información obtenida en el centro por parte de los profesionales, a su familia y grupo de amigos.
6. A las autoridades de los Centros de Tratamiento y Orientación de Menores, para que organicen al personal profesional, de una manera tal que puedan ellos dedicar mayor tiempo a la orientación de los menores respecto a métodos anticonceptivos.

xi RESUMEN

El presente estudio titulado "CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA", fué realizado en los Centros de Corrección de Menores de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República durante los meses de Febrero a Junio de 1996.

Para la ejecución de la investigación, se realizó un estudio descriptivo, determinando el conocimiento de métodos anticonceptivos en menores con problemas de conducta. Se encuestó un total de 165 menores; de los cuales 50 pertenecen al sexo femenino y 115 al sexo masculino, comprendidos entre 12 a 18 años de edad de los cuales el mayor porcentaje cuenta con un bajo nivel de escolaridad.

En el estudio se identificó que no hay una diferencia significativa en ambos sexos, respecto al conocimiento de lo que es un método anticonceptivo, lo que nos indica que esta población tiene conocimientos de métodos anticonceptivos no así de su uso y función.

Es evidente que la mayor parte de la población ha iniciado relaciones sexuales a temprana edad - 13 a 15 años en promedio- (69% y 48.2% relación femenino-masculino).

El método anticonceptivo más conocido es el condón (39.3% y 58.1% relación femenino-masculino), y el más utilizado por la población masculina (100%); sin embargo de la población femenina un 37% ha utilizado las pastillas como método anticonceptivo y éstas además indicaron que el 44.4% de sus parejas han utilizado en condón. El 58% de la población femenina ha descontinuado el uso de métodos anticonceptivos, mientras que el 73% de la población masculina ha continuado su uso.

Se determinó que ambos sexos han recibido información acerca de métodos anticonceptivos, principalmente por parte de sus amigos, (36% y 39% relación femenino-masculino).

Es evidente que la mayoría de la población considera que son importantes los métodos anticonceptivos, porque ayudan a la planificación familiar y brindan protección contra las enfermedades de transmisión sexual (74%-91.3% relación femenino-masculino).

El 60% de la población femenina considera que el uso de métodos anticonceptivos produce enfermedad, mientras que el 61.4% de la población masculina considera que su uso no produce enfermedad.

En su mayoría los jóvenes desean adquirir información de todos los métodos anticonceptivos, principalmente por medio de charlas y películas, esto debido al bajo nivel de escolaridad de la población, puesto que si la información se impartiera de forma escrita no sería interpretada correctamente por esta población.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarado Saldivar Gloria
QFB Ruizo A. Rosario
Seguridad, efectividad y control del ciclo menstrual de una preparación
monofásica con 75 mcg. de gestodenoy, 30 mcg. de etinil estiradol
Ginecología y obstetricia de México, vol. 61, octubre 1963
2. Benson Ralph C.
Diagnóstico y tratamiento gineco-obstetrico
Quinta edición
Editorial Manual moderno S.A. de C.V. México D.F. Santa Fe Bogotá 1989
Pags. 597-615
3. Cifuentes Paiz, Edgar
Métodos naturales, otra alternativa para el espaciamiento de embarazos
C.P.E.
Guatemala, APROFAM 1994
4. Contraceptive Methodmix
Guidelines for policy and service delivery
Génova WHO (Doc-Tec) 1994
5. Departament of obstetrics and genicology, University of Coopenhagen,
low dose oral contraceptive are safer than high-dose pills
American journal obstetric gynecology, june 1995
Pag. 1950
6. Douglas Stomme Edward, J. Quillin Gan Frederick P.
Biblioteca Internacional de Ginecología y Obstetricia operatoria
Zuspan 1991-1992, tomo 4
Pags. 976-981

7. Elias Solis, Luis Armando
Conocimiento, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en
Sanarate 1991
8. Federación Internacional
Manual de planificación familiar para médicos
Sexta edición, 1989
9. Griffin P. D., Edited by J. Khanna
World Health Organization special programme on research, development
and research Biennial report/doc-tec/ 1990-1991
10. M.D.Howard J., Connell Elizabeth M.D.
A decade of intrauterine contraception
Department of Gynecology and Obstetrics Emory University School of
Medicine Atlanta Georgia 1988.
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de
Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil
Normas de Atención de Salud Materno Infantil, Plan Nacional de Salud
Materno Infantil 1992-1996.
Guatemala 1992.
12. Mishell Jr. M.D. Daniel R.
Management Of Gynecological Problems
Obstetrics And Gynecology
Pags 624-625.
13. Mishell Kirsch Baum Morrow
Year Book Obstetric and Gynecology
Year Book Medical Publishers
Inc Chicago London Boca Raton 1989.
14. Printer Matter Incorporated
Tecnología Anticonceptiva
Atlanta G.A. USA 1989

15. Pérez Peña, Efrain, Dra. Lamas Flores, Rebeca.
Efectos clínicos y metabolismos lipídico de un anticonceptivo
monofásico a base de gestona y etinilestradiol
Ginecología y Obstetricia de México Vol 6l Nov. 1993
Pags. 225-230
16. Peterson M.D. Herbeth B.. and Lee Nancy C. M.D.
Long term health risks and benefits of oral contraceptive use.
Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America, Dec. 1990
Pags. 775-786.
17. Ronald T Burkman M.D.
Modern Trends in contraception
Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, Jun. 1992.
Pags. 759-771.
18. Rudel Harri Bidst
Injectable contraceptives their roles in family planning Care.
Genova W.H.O (doc-tec) 1990
19. Schwarcz Ricardo Leopold
Obstetricia
4ta. edición Buenos Aires, Lima, Rio Janeiro, Caracas, México,
Barcelona Madrid, Bogotá.
2da. Impresión 1988
20. Salinas M, Ana Maria, Dr. Martinez S. Carlos, Dr. Pérez S. Jesús.
Actitud y Conductas para la Salud Reproductiva
Ginecología y Obstetricia de México Vol 6l Mayo 1993.
Pags 105-109.
21. Universidad Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas
Control de la Natalidad
I Congreso Científico de Estudiantes de Medicina de la Universidad de
Honduras (IC-ACMN) 1994.

22. Upton G. Virginia, Corbn, Alan
Tratamiento y reposición de Estrógenos, anticoncepción para los años
de transición en mayores de 40 años de edad.
Clinicas Obstetricia y Ginecología Vol 4 1992.
Pags. 809-816.

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

EDAD: _____ SEXO: _____

COLORADIDAD: _____

Ninguna _____ b. Primaria Incompleta _____ c. Primaria Completa _____
Ciclo Básico Incompleto _____ e. Ciclo Básico Completo _____
Diversificado Incompleto _____ g. Diversificado Completo _____
Otros _____

Sabe qué es un método anticonceptivo? SI _____ NO _____

Especifique: _____

Conoce algún método anticonceptivo? SI _____ NO _____

Si la respuesta anterior es afirmativa, qué método conoce?

a. Condón _____ b. Pastillas _____ c. T de Cobre _____
d. Inyecciones _____ e. Otros _____

Ha tenido usted relaciones sexuales? SI _____ NO _____

A qué edad inició las relaciones sexuales?

a. 10-12 años _____ b. 13-15 años _____ c. 16-18 años _____

Ha usado usted algún método anticonceptivo? SI _____ NO _____

Si la respuesta anterior es afirmativa, qué método ha utilizado?

a. Condón _____ b. Pastillas _____ c. T de Cobre _____
d. Inyecciones _____ e. Otros _____

Todavía lo usa? SI _____ NO _____

Si la respuesta anterior es negativa por qué discontinuó su uso?

a. Por no ser efectivo _____ b. Enfermedad _____ c. Incomodidad _____
d. Falta de recursos económicos _____ e. Otros _____

10. Quién le aconsejó el uso o le dio información sobre métodos anticonceptivos: Médicos: _____ APROFAM: _____ Familia: _____ Amigos: _____ Medios de comunicación _____ Otros: _____
11. Sabe usted cómo funcionan los métodos anticonceptivos?
SI _____ NO _____ Cuál?: a. Condón _____ b. Pastillas _____
c. T de Cobre _____ d. Inyecciones _____ e. Otros _____
12. Cree que son importantes los métodos anticonceptivos?
SI _____ NO _____ Por qué? a. Evitan embarazos _____
b. Ayudan a la Planificación Familiar _____
c. Evitan enfermedades de transmisión sexual _____
d. Otros _____
13. Qué método cree que es más eficaz?
a. Condón _____ b. Pastillas _____ c. T de Cobre _____
d. Inyecciones _____ e. Otros _____
14. Considera que algún método anticonceptivo sirve para evitar enfermedades de transmisión sexual? SI _____ NO _____ Cuál?
a. Condón _____ b. Pastillas _____ c. T de Cobre _____
d. Inyecciones _____ e. Otros _____
15. Cree que el uso de métodos anticonceptivos puede producir alguna enfermedad SI _____ NO _____ Cuál?
a. Cáncer _____ b. Presión Alta _____ c. Aumento de Peso _____
d. Hemorragia _____ e. Otros _____
16. De qué método anticonceptivo le gustaría tener más información?
a. Condón _____ b. Pastillas _____ c. T de Cobre _____
d. Inyecciones _____ e. Otros _____
17. Cómo le gustaría que se le informara?
a. Charlas _____ b. Folletos _____ c. Películas _____ d. Otros _____