

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES DEL NIVEL BÁSICO”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en institutos públicos mixtos de las jornadas
matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla

julio – agosto 2013

Clara María González Klusmann

Edgar Geovanny Trinidad Chacón

Evelyn Roxana Palencia Aguilar

Ana Julia Camó Ordóñez

Edna Magaly Gudiel Mauricio

Francisco Javier Medrano Ortiz

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES DEL NIVEL BÁSICO”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en institutos públicos mixtos de las jornadas
matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla
julio – agosto 2013

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
De la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

Clara María González Klusmann

Edgar Geovanny Trinidad Chacón

Evelyn Roxana Palencia Aguilar

Ana Julia Camó Ordóñez

Edna Magaly Gudiel Mauricio

Francisco Javier Medrano Ortíz

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2013



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Clara María González Klussmann	200210610
Edgar Geovanny Trinidad Chacón	200310353
Evelyn Roxana Palencia Aguilar	200510225
Ana Julia Camó Ordóñez	200614212
Edna Magaly Gudiel Mauricio	200721222
Francisco Javier Medrano Ortíz	200742126

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”**

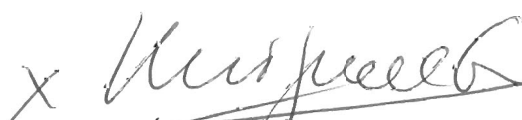
Estudio descriptivo, transversal realizado en escolares
de 13 a 16 años en establecimientos públicos mixtos del nivel
básico en las jornadas matutina y vespertina del plan diario
en el departamento de Escuintla

julio-agosto 2013

Trabajo asesorado por la Licda. Claudia Regina Calvillo de García y revisado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, cinco de septiembre del dos mil trece

x 
DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO





APROBACION 57/2013

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Clara María González Klussmann	200210610
Edgar Geovanny Trinidad Chacón	200310353
Evelyn Roxana Palencia Aguilar	200510225
Ana Julia Camó Ordóñez	200614212
Edna Magaly Gudiel Mauricio	200721222
Francisco Javier Medrano Ortiz	200742126

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”**

**Estudio descriptivo, transversal realizado en escolares
de 13 a 16 años en establecimientos públicos mixtos del nivel
básico en las jornadas matutina y vespertina del plan diario
en el departamento de Escuintla**

julio-agosto 2013

El cual ha sido revisado, corregido y aprobado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el cuatro de septiembre del dos mil trece.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador**





Guatemala, 5 de septiembre del 2013

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Clara María González Klusmann

Edgar Geovanny Trinidad Chacón

Evelyn Roxana Palencia Aguilar

Ana Julia Camó Ordóñez

Edna Magaly Gudiel Mauricio

Francisco Javier Medrano Ortiz

The image shows six handwritten signatures, each written over a horizontal dashed line. The signatures are in dark ink and vary in style, representing the names of the six students listed to the left.

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”**

**Estudio descriptivo, transversal realizado en escolares
de 13 a 16 años en establecimientos públicos mixtos del nivel
básico en las jornadas matutina y vespertina del plan diario
en el departamento de Escuintla**

julio-agosto 2013

ÍNDICE

Resumen

1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Marco teórico	7
3.1. Antecedentes	7
3.2. Definición de conocimiento	8
3.2.1. Tipos de conocimiento	9
3.2.1.1. Conocimiento científico	9
3.2.1.2. Conocimiento artístico	9
3.2.1.3. Conocimiento revelado	9
3.2.1.4. Conocimiento empírico	10
3.3. Definición de actitud	10
3.3.1. Las funciones de las actitudes	12
3.3.2. Actitudes positivas y negativas	13
3.3.3. Tipos de actitud	14
3.3.3.1. Actitud emotiva	14
3.3.3.2. Actitud desinteresada	14
3.3.3.3. Actitud manipuladora	14
3.3.3.4. Actitud interesada	14
3.4. Educación sexual en Guatemala	14
3.5. Adolescencia	16
3.6. Sexualidad	18
3.7. Educación sexual	19
3.8. Métodos anticonceptivos	20
3.8.1. Definición	20
3.8.2. Clasificación	20
3.8.2.1. Dispositivos intrauterinos	20
3.8.2.2. Anticonceptivos hormonales	23
3.8.2.2.1. Anticonceptivos hormonales combinados orales	23
3.8.2.2.2. Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora	29
3.8.2.2.3. Inyectables mensuales	31
3.8.2.3. Anticonceptivos de barrera.	33
3.8.2.3.1. Preservativo	33
3.8.2.3.2. Profiláctico femenino	35

3.8.2.3.3. Diafragma	35
3.8.2.4. Anticonceptivos químicos	37
3.8.2.4.1. Espermicidas	38
3.8.2.4.2. Esponjas vaginales	38
3.8.2.5. Método de la lactancia (MELA)	39
3.8.2.6. Métodos basados en la fertilidad de la mujer	41
3.8.2.6.1. Calendario	41
3.8.2.6.2. Moco cervical	42
3.8.2.6.3. Temperatura basal	46
3.8.2.6.4. Sintotérmico	47
3.8.2.7. Métodos de esterilización	48
3.8.2.7.1. Vasectomía	48
3.8.2.7.2. Interrupción quirúrgica tubárica	49
4. Población y métodos	51
4.1. Tipo y diseño de investigación	51
4.2. Unidad de análisis	51
4.2.1. Unidad primaria de muestreo	51
4.2.2. Unidad de análisis	51
4.2.3. Unidad de información	51
4.3. Población y muestra	51
4.3.1. Población	51
4.3.2. Marco muestral	51
4.3.3. Muestra	51
4.4. Selección de sujetos a estudio	52
4.4.1. Criterios de inclusión	52
4.4.2. Criterios de exclusión	52
4.5. Medición de variables	53
4.6. Técnicas, procesos e instrumentos para la recolección de datos	55
4.6.1. Técnica	55
4.6.2. Procesos	55
4.6.3. Instrumento	55
4.7. Procesamiento de datos y análisis	56
4.7.1. Procesamiento de datos	56
4.7.2. Análisis de resultados	57
4.8. Alcances y límites de la investigación	57
4.8.1. Alcances	57
4.8.2. Límites	57

4.9. Aspectos éticos	58
5. Resultados	59
6. Discusión	63
7. Conclusiones	65
8. Recomendaciones	67
9. Aportes	69
10. Referencias bibliográficas	71
11. Anexos	75

RESUMEN

Objetivos: Describir los conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina, plan diario del departamento de Escuintla. **Población y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal en donde se utilizó una muestra probabilística de 26 escuelas del departamento de Escuintla, aplicando un cuestionario autoaplicado en un total de 1,216 alumnos. **Resultados:** Un total de 169 (14%) estudiantes tuvieron conocimientos sobre métodos anticonceptivos (6% masculino y 8% femenino). Mil estudiantes (82%) tuvieron una actitud positiva (42% masculino y 40% femenino). Noventa y cinco estudiantes (8%) utilizan métodos anticonceptivos (7% masculino y 1% femenino). **Conclusiones:** El conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del nivel básico del departamento de Escuintla es bajo. La mayoría tiene actitudes positivas. Solo 1 de cada 10 estudiantes utiliza métodos anticonceptivos.

Palabras claves: métodos anticonceptivos, estudiantes, conocimientos, adolescentes, actitudes.

1. INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos son todas aquellas sustancias utilizadas voluntariamente por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción, partiendo del hecho de que los jóvenes inician su vida sexual desde muy temprana edad, existe un número elevado de embarazos en adolescentes, que parece indicar que la falta de conocimientos o disposición para emplear anticonceptivos no desalienta a los mismos a participar del sexo. (1)

La adolescencia es una edad turbulenta por la que atraviesa toda persona y es donde ocurre con más frecuencia la práctica sexual, es la época en la cual el adolescente debería recibir información más veraz acerca de la sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. (1) Los adolescentes constituyen un sector muy importante de la población activa de un país. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el tema son referidos a las mujeres en edad fértil que tienen acceso a la planificación familiar, pero el grupo de 15 a 19 años es quien tiene menos conocimientos, menor tasa de utilización y el mayor riesgo de embarazo. Las y los adolescentes han constituido, efectivamente, un porcentaje significativo de la población durante décadas, pero sólo en los últimos diez años se percibe una mayor atención sobre sus necesidades y derechos, tanto como grupo demográfico y también en su calidad de actores sociales con características que les son propias. (2)

Cada día nacen mil niños en el país, según datos del Informe Nacional de la Encuesta Mundial de Avances del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). El informe indica que en el 2000 Guatemala tenía 11 millones de habitantes, y que para el 2013 la cifra se ha incrementado a 15 millones; de estos 3.9 millones de mujeres están en edad reproductiva (15 a 49 años). La tasa de crecimiento anual de la población es de 2.4%, una de las más altas de América Latina; en comparación con El Salvador, Argentina, México las cuales presentan una tasa de crecimiento de 0.6, 0.9 y 1.2, respectivamente. Esta tasa de 2.4% significa 365 mil nuevos habitantes por año. Indica también que el 53.7% son mujeres jóvenes pobres y que tienen altas tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil, desnutrición, analfabetismo, riesgos ambientales y poco acceso a servicios básicos. (3)

En el presente estudio descriptivo, corte transversal, en cuanto a métodos anticonceptivos, es importante determinar cuáles son los conocimientos reales que tiene la población, para tener parámetros que permitan tomar medidas para educarlos en este aspecto. Se desea determinar ¿Cuál es el conocimiento y actitudes sobre métodos anticonceptivos que poseen los estudiantes de 13 a 16 años de nivel básico de los institutos públicos del departamento de Escuintla?, ¿Usan métodos anticonceptivos los estudiantes de los institutos públicos mixtos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina plan diario del Departamento de Escuintla?

La demografía de un país expresa las características de su población, la cual, a su vez, es reflejo de las condiciones socioeconómicas y culturales de éste. En ese sentido, la pirámide poblacional para Guatemala sigue el patrón de los países en vías de desarrollo: son los adolescentes los que representan la mayor parte de la población. Es por ello que surge la necesidad de examinar el grado de conocimientos de los jóvenes acerca de los métodos anticonceptivos. (4)

Guatemala, con 108,889 km², es el país más septentrional de la América Central, siendo el tercero en tamaño y el más poblado de la región con alrededor de catorce millones de habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística. La población guatemalteca es mayoritariamente joven (39.4% son menores a los 15 años). La población crece a un ritmo de 2.06% con 3.47 hijos en promedio por cada mujer guatemalteca. La esperanza de vida al nacer es de 70.1 años. El analfabetismo es poco mayor al 25%. (5)

En Guatemala existen diferentes estudios que demuestran que las diferencias son particularmente sorprendentes, ya que el 3% de los adolescentes de las zonas rurales comparado con el 21% de las zonas urbanas usan un método anticonceptivo. En el departamento de Escuintla la tasa global de fecundidad es de 3.4, el uso de métodos anticonceptivos está por arriba del promedio nacional de 54.1 y aun así se han reportado 16,492 embarazos en total en mujeres en edades comprendidas entre los 13 a 20 años de los cuales 161 embarazos fueron en menores de 15 años y 1,532 embarazo en las edades de 15 a 17 años (6). Son tres los métodos anticonceptivos que se ofrecen en los servicios de salud de Guatemala, el condón masculino, píldoras anticonceptivas y los anticonceptivos inyectables, sin embargo, son pocas las personas que solicitan estos

servicios. Las causas, motivos de estas actitudes están vinculadas a la falta de hábitos, desconocimiento y comportamiento erróneos, entre otros. (1)

Los estudiantes del nivel básico de Escuintla no tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, ya que la mayor proporción de los estudiantes, el 86% (1,047) reprobó el cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. La mayor proporción de los estudiantes, el 82% (1,000) posee una actitud positiva sobre los métodos anticonceptivos; están en toda la disposición de recibir charlas y capacitaciones sobre este tema. De todos los estudiantes entrevistados (1,216) solo el 8% (95) refiere haber utilizado métodos anticonceptivos, de los cuales 7% (82) de sexo masculino y el 1% (13) de sexo femenino.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- 2.1.1.** Describir los conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de 13 a 16 años de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla durante el periodo de julio a agosto de 2013.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Identificar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla.
- 2.2.2.** Identificar el tipo de actitud respecto a métodos anticonceptivos de los estudiantes de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla.
- 2.2.3.** Determinar si usan métodos anticonceptivos los estudiantes de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

En el año 2010 se realizó el estudio “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos” en estudiantes del noveno año de la Escuela de Educación Básica “Nuestra Señora de Lourdes” Puerto Ordaz, Estado de Bolívar, Venezuela, en donde los resultados del estudio según edad y sexo, mostraron que 74,0% de los estudiantes tienen una edad comprendida entre 13 – 14 años. Con predominio del sexo femenino con 51,0% de la muestra. En cuanto al conocimiento según la edad, de los 100 estudiantes encuestados, los resultados reflejan que el 58,1% se encuentran entre las edades de 13 – 14 años, los cuales obtuvieron un conocimiento excelente, seguido del 39,1% bueno. Mientras en las edades comprendidas entre 15 – 16 años el 57,6% presentaron un conocimiento bueno, seguido del 42,3% excelente. (7)

En relación al conocimiento según el sexo, se observa un predominio del sexo femenino, quienes tuvieron un conocimiento excelente con el 62,7% y el masculino obtuvo un 44,9%. El 51,0% del sexo masculino obtuvo un conocimiento bueno, mientras que el femenino un 37,3%. Solo el 4,0% de los estudiantes masculinos obtuvieron un conocimiento regular. Ambos sexos no presentaron conocimientos deficientes sobre el tema. El uso de métodos anticonceptivos por parte de los estudiantes de 9no grado según edad y sexo, teniendo como resultados que el 81,0% de los estudiantes con edades entre 13 – 14 años no utilizan métodos anticonceptivos, mientras que el 18,9% si utilizan. Además existe un predominio del sexo femenino que no utilizan métodos anticonceptivos con el 90,1% mientras que el 9,8% si utilizan. Seguido del 53,0% del sexo masculino que no utilizan algún método y el 46,9% que si utilizan. (7)

Estos resultados son similares a otro estudio realizado en La Habana, Cuba en el año 2006, a 93 estudiantes comprendidos entre las edades de 15 a 20 años sobre “Empleo de métodos anticonceptivos”, en el cual se pudo comprobar que el método anticonceptivo más utilizado por los encuestados fue el empleo del Condón con 90.17% para los hombres y 60.23% para las mujeres. En cuanto a

conocimiento se pudo comprobar que existe una relación directa entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos. El más conocido y el más usado es el condón 87.8% seguido de la píldora 79.6% y el DIU (66.0%). El uso de los métodos modernos es de 75.5%, siendo el condón (39.5%) y el ritmo (18.3%) los más usados, la píldora 8.5%. (8)

Se comprobó la relación entre el uso o no de métodos anticonceptivos y ciertamente la mayoría de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos, pese a que los conocen, o que denota la deficiente educación sexual de nuestros jóvenes y sus consecuencias en las ITS. (8) En 1997, en Chile se estudió la vida sexual, conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en jóvenes universitarios, encuestándose a 179 varones, estudiantes de la carrera de construcción civil, se encontró que la mayoría de los jóvenes han tenido actividad sexual desde temprana edad (promedio 17 años) y que sólo la mitad de ellos cuentan con algún método anticonceptivo, y el resto planteaban que existía pérdida de la sensibilidad y principalmente de baja eficacia (calendario). (9)

3.2. Definición de conocimiento

Para la Real Academia Española, conocer es tener noción, por el ejercicio de las facultades, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Conocimiento es la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente. (10)

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto. Conocer filosóficamente hablando significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente. (11)

Otra definición es que el conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entrenamiento e inferencia lógica. (12)

Los científicos e investigadores definen de dos maneras el conocimiento: como una representación mental de la realidad y como la información que se puede transmitir de un ente a otro por vías no genéticas. Según estas definiciones y los métodos que se utilicen para construir o generar conocimiento. (12)

3.2.1. Tipos de conocimiento

3.2.1.1. *Conocimiento Científico*

Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar porqué suceden las cosas. Todo el resultado que se adquiera del conocimiento científico es fundamentado en la realidad y en las investigaciones. (12)

3.2.1.2. *Conocimiento Artístico*

Es aquel que se utiliza para comunicar emociones, pensamientos, sentimientos, además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas. El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo que lo posee y solo puede ser desarrollado por él. (12)

3.2.1.3. *Conocimiento Revelado*

Este conocimiento tiene dos formas: el conocimiento revelado por Dios, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que

desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicado a la teología o identidades religiosas. (12)

3.2.1.4. Conocimiento Empírico

Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos. (12)

El conocimiento se puede generar de varias maneras y aplicar de distintas formas. A partir de esta clasificación se han generado otros tipos de conocimiento como: el demostrativo, intuitivo, sensible, dinámico, inteligible, y otros, La mayoría de estos están representados en la clasificación presentada. Sea cual sea el conocimiento, el fin es el mismo, y es desarrollar las capacidades de los seres humanos para aportar a la sociedad. (12)

3.3. Definición de actitud (13)

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente. El término "actitud" ha sido definido como " reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.

Las actitudes se componen de 3 elementos:

1. Lo que piensa (componente cognitivo).
2. Lo que siente (componente emocional).
3. Su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, el actitud, podemos encontrar varios elementos, entre los que descollaran los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable, encontramos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes.

Todos tenemos determinadas “actitudes” ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos. Podemos experimentar sentimientos positivos o negativos hacia los alimentos congelados, etc.

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por ultimo otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.

Una actitud es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la

orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado.

Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas. A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias características entiendo por creencia la predisposición a la acción. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizada en torno a reacciona a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada. El concepto de actitud es básico en dos campos: en psicología social y en la teoría de la personalidad.

3.3.1. Las funciones de las actitudes (13)

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos – emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social, ego defensivo, ego defensivo. Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal
- La actitud en relación a sí mismo, definida como autoestima.

3.3.2. Actitudes positivas y negativas (13)

Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar su realidad en cada momento de su vida. Así una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo y de dificultad mayor, sería por ejemplo el considerarla una oportunidad de desarrollo laboral, de ser más especialista en lo que hace, de demostrar que aprende en poco tiempo y lo hace bien, un reto a las propias capacidades etc.

Mientras una actitud negativa al enfrentar la misma nueva tarea, en otra persona puede quedar reflejada en el auto-reflexión "¿¡más trabajo!? Esto no me gusta", o "se están aprovechando de mi buena voluntad". De modo que las actitudes son la disposición con que afrontamos la realidad en todo momento, pudiendo siempre elegir qué tipo de actitud adoptaremos ante tal o cual evento. Entonces, las actitudes importan más que la situación en particular, debido a que van a determinar de manera significativa los resultados que vamos a tener en alguna situación. Por supuesto que los buenos resultados no se logran solo con buenas actitudes, hay allí conocimientos, habilidades, experiencia acumulada, entre otros factores.

Pero si no está la actitud adecuada, y más bien esta tiene características adversas, es muy difícil que las personas logren trabajar juntas hacia mejores soluciones, y menos poder disfrutar los éxitos alcanzados. ¿Por qué? Porque las actitudes marcan pautas de comportamiento no solo individual, sino que grupal.

Una actitud negativa como un virus "infecta" a los que están alrededor en el sentido de que son altamente imitables. Afortunadamente, las actitudes positivas también son "virulentas", en el sentido que también es imitable por todos nosotros. Las personas como los equipos de trabajo necesitan encontrar la actitud adecuada para alcanzar sus objetivos y metas, como también identificar aquellas que los alejan de sus propósitos.

3.3.3. Tipos de actitud

3.3.3.1. Actitud emotiva

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia. (13)

3.3.3.2. Actitud desinteresada

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación. (13)

3.3.3.3. Actitud manipuladora

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. (13)

3.3.3.4. Actitud interesada

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades. (13)

3.4. Educación sexual en Guatemala

A pesar de que Guatemala cuenta con leyes que garantizan impartir Educación Sexual Laica y Científica, está aún no llega a las escuelas, y los problemas a consecuencia su ausencia cada vez son más graves, afectando directamente la vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, y posteriores repercusiones en sus vidas adultas, a manera de ejemplo podemos citar que:

Según datos del año 1998 del Instituto Alan Guttmacher los patrones de inicio de actividad sexual en los adolescentes varían considerablemente en la Región. Entre el 46% y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas ha tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio. Es importante considerar que la escolaridad es una variable que debe tomarse en cuenta en el inicio de la vida sexual de los adolescentes, tal como lo muestra la Segunda Encuesta de Salud Materno Infantil del año 2002: mientras más escolaridad tengan las mujeres, más tarde inician su actividad sexual. Esto se refleja en que las mujeres que recibieron diez o más años de escolaridad, tienen cuatro veces menos probabilidades de iniciar su actividad sexual antes de cumplir los 20 años que aquellas que recibieron sólo cuatro años de escolaridad. (14)

Los datos muestran que los jóvenes varones inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres; 3 de cada 10 jóvenes en la ciudad de Guatemala ya han tenido una experiencia sexual antes de cumplir los 15 años. En 2009 hubo 41,529 partos en niñas y adolescentes y en 2010 hubo 45,048. Guatemala ha reportado 153 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, es decir que por cada día mueren dos mujeres por causas relacionadas al embarazo. Las mujeres sin acceso a educación formal académica tienen unos 5.2 hijos/as, las que tienen acceso a educación primaria 3.8, las que tienen acceso a educación secundaria 2.4 y las que han tenido acceso a educación superior 1.7. (15)

Existe una prevalencia de anemia en mujeres de edad reproductiva que están embarazadas, las mujeres sin acceso a educación formal académica representan el 27.8 %, las mujeres con acceso a educación superior son el 15.6 % y las embarazadas representan el 21.4%. De las 22,647 personas reportadas con diagnóstico VIH positivo hasta diciembre 2010, se observa una relación de 1 mujer por cada dos hombres positivos, siendo preocupante que en el rango de edades de 10 a 14 años se observan 68 niñas con relación a 29 niños. (15)

En el año 2009, durante los meses de enero a julio, Incidejoven realizó una investigación cualitativa con grupos focales integrados por jóvenes estudiantes de establecimientos públicos comprendidos entre los 13 y 19 años, en los nueve departamentos, que según la Sala Situacional 2007 del Programa Nacional de

Salud Reproductiva -PNSR- y la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil – ENSMI-, presentan los índices más altos de embarazos en adolescentes, mortalidad materna y prevalencia de casos de VIH. De acuerdo a los resultados de esta investigación, los jóvenes mencionaron que existe una carga social y moral en temas de sexualidad, lo que dificulta obtener información científica. También indicaron que la actividad sexual inicia entre los 12 y 15 años, con escasa o nula información sobre los riesgos y consecuencias de embarazos no deseados e ITS incluyendo el VIH/SIDA. Otro de los problemas mencionados es el poco acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos, así como información sobre su uso. En cuanto a la tasa de fecundidad específica de mujeres guatemaltecas entre 15 y 19 años, es sobre 109 nacimientos por 1,000 mujeres, siendo una de las más altas de América Latina. Sólo en el año 2009, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala reportó un total de 41,529 partos en adolescentes entre los 10 y 19 años. (16)

Para las jóvenes adolescentes, el embarazo puede ser perjudicial para la salud, tanto para ellas como para los niños; adicionalmente sufren la penalización social, que en muchos casos las obliga a retirarse de la escuela, lo que limita sus oportunidades educativas y económicas y les dificulta insertarse en el mercado laboral, situación que contribuye a la reproducción de la pobreza. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/padres. En muchos casos los varones jóvenes y adultos, suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos que procrean con estas mujeres. Esto aumenta la presión económica y de cuidado de los progenitores de las jóvenes. (16)

3.5. Adolescencia

Se dice que “es la segunda parte de la pubertad, se inicia con la primera menstruación de la niña y con la producción de esperma en el orgasmo o polución del niño. En la primera parte de la pubertad se trata pues, de la preparación para la madurez sexual como hecho biológico en la segunda parte de la preparación psicológica para la vida sexual misma”. Al respecto, la etapa adolescente en las mujeres comprende entre los 11 y 19 años de edad; y en los varones de 13 a 20

años de edad. Según la UNICEF la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los Jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. (17)

Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos. Aproximadamente a los 10 años de edad, los niños y las niñas comienzan un largo periplo a través de la adolescencia. Con sus senderos escarpados e indefinidos, este fascinante viaje puede resultar agotador y confuso, revitalizador y apasionante. Señala el comienzo de una búsqueda de la identidad y de un camino para darle un sentido a la vida y encontrar un lugar en el mundo. (17)

Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. Más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo, especialmente en zonas urbanas. (6)

En un momento en que los niños y las niñas se están transformando en hombres y mujeres, quizás las más influyentes de todas las presiones a las que están sometidos sean los estereotipos de género. Las mujeres jóvenes pueden llegar a pensar, por ejemplo, que sólo se les considerará adultas cuando se casen y que incluso entonces se espera de ellas que sean sumisas y obedientes, y no decididas y activas. Los hombres jóvenes a menudo asumen que se considera viril ejercer autoridad y control sobre niñas y mujeres, e incluso es apropiado abusar de

ellas y tratarlas con violencia. Los adolescentes tienen derechos —tal como estableció en 1989 la Convención sobre los Derechos del Niño— y entre ellos se encuentra el derecho a la información y a adquirir conocimientos; a acceder a servicios, como la educación, la salud, los entretenimientos y la justicia; a un entorno seguro y estimulante, y a disponer de oportunidades para participar y expresar sus opiniones. Los países que han ratificado la Convención tienen la obligación de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar esos derechos. (6)

3.6. Sexualidad

Es el “conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad”. (18) Otra definición de sexualidad indica que es la “totalidad de los caracteres sexuales primarios y secundarios considerados como aspectos parciales de la constitución de un individuo”. (19)

Se considera que la sexualidad por ser una manifestación emocional y de conducta, a las mujeres desde temprana edad se les debe de orientar adecuadamente sobre educación sexual, para que ellas lo comprendan y la manejen con naturalidad en beneficio de su vida personal. (18)

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. (20)

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 pre-marital (5.5 %), cifra que resulta ser la más baja en América Latina. 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 pre-marital: 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 (20).

3.7. Educación sexual (16)

La educación sexual es una sexualidad bien orientada, por lo tanto para poder comprender a cabalidad la educación sexual es importante conocer primero la sexualidad. La sexualidad es una parte importante del ser humano que lo acompaña desde el nacimiento y tiene un papel esencial en la consolidación de la personalidad. La OMS definió la sexualidad como “una energía que nos impulsa a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influye en nuestros pensamientos, acciones e interacciones y por tanto está relacionada con la salud física y mental.

A la educación sexual se le denomina como el proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niños y jóvenes que le aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida. Se define como “parte de la educación general que proporciona conocimiento, actitudes y valores morales de la sexualidad, como parte de la formación integral de la persona. La educación sexual describe cómo está compuesto y cómo funciona el aparato reproductor (genitales), tanto

masculino como femenino”. Es importante que los jóvenes a temprana edad, reciban orientación sobre educación sexual, principalmente en el caso de las mujeres, pues la información al respecto es deficiente y muchas veces es encubierta.

3.8. Métodos anticonceptivos (21)

3.8.1. 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.

3.8.2. Clasificación

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

3.8.2.1. Dispositivos Intrauterinos:

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170). Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- Sistemas liberadores de hormonas.

Dispositivos intrauterinos con cobre; con cobre y plata o con cobre y oro. Existen diferentes modelos de DIU medicados con metales:

- TCu-380 A, TCu-380 Slimline (más delgado).
- TCu-200.
- TCu-200B.
- TCu-220C.
- Nova-T.

- Multiload-250.
- Multiload-375.

Otros modelos similares a los listados, pero de fabricación nacional. El DIU más ampliamente disponible, llamado TCu-380 A, dura por lo menos 10 años.

Mecanismo de acción: La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva (proporcional a la superficie de cobre), y a la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea.

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo. Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de los gametos.

Para confirmar que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU de cobre es el anteriormente descrito, varios autores han determinado el nivel de sub unidad BHCG (gonadotrofina coriónica humana) durante el primer día menstrual de mujeres portadoras de DIU, en comparación con igual determinación en mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo. El porcentaje de resultados positivos varió entre 0 y 1% en las mujeres usuarias de DIU, contra 33,3% en las no usuarias. Cabe destacar que los resultados positivos en las usuarias de DIU se asociaron a descenso o expulsión

inadvertida del dispositivo, luego confirmados por ecografía. Los embarazos pudieron seguir adelante.

Se recuperaron óvulos de 14 mujeres que usaban DIU y 20 mujeres que no practicaban la anticoncepción, luego de haber tenido relaciones sexuales alrededor del momento de la ovulación. Ninguno de los óvulos de las usuarias de DIU mostraba signos de fecundación o desarrollo embrionario, mientras que la mitad de los óvulos de las mujeres sin DIU u otro tipo de anticoncepción sí los mostraban. (Ver citas bibliográficas.) Los dispositivos intrauterinos medicados con hormonas las liberan lentamente a la luz de la cavidad uterina, alcanzando una acción local con mínimo pasaje de la sustancia a la circulación sistémica.

Se describen principalmente dos modelos: uno que contiene progesterona, utilizado en USA, cuya duración es de un año (Progestasert®) y otro, recientemente introducido en nuestro país, que libera Levonorgestrel (14 mg/día) y cuya duración es de cinco años (Mirena®). El mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos se basa en dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración. Es decir, que impiden la fecundación al impedir el encuentro de los gametos.

Ventajas

1. No interfiere con las relaciones sexuales.
2. Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
3. No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.

4. Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
5. Ninguna interacción con otras medicinas

Desventajas

1. Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como: cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
2. Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
3. Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
4. Más cólicos o dolor durante los períodos.
5. No protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
6. No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS.

3.8.2.2. Anticonceptivos hormonales

3.8.2.2.1. Anticonceptivos hormonales combinados orales:

Se clasifican en:

- Combinados monofásicos:
- Macrodosificados
- Microdosificados
- Combinados trifásicos.
- Mensuales.
- Minipíldora o anticonceptivos sólo de progesterona.

Combinados Monofásicos: Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación. Se componen de un estrógeno –el Etinilestradiol– más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos). Todos los

anticonceptivos orales monofásicos actúan de igual manera. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis. Es por este mecanismo de acción ovulostático que los ACO son el método anticonceptivo reversible más eficaz.

En el mercado existen preparados:

1. Macrodosificados: Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol, No suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivos de emergencia.
2. Microdosificados: Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Dentro de este grupo existen preparados con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE (recientemente incorporados).

Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona (Medroxiprogesterona y Ciproterona) o derivados de la Nortestosterona. Estos últimos son los más utilizados en la actualidad y se los denomina como de primera, segunda o tercera generación. Los más antiguos son llamados de primera generación y son la Noretisterona y el Linestrenol.

Los de segunda generación son el Norgestrel y el Levonorgestrel. Los de tercera generación son el Desorgestrel, el Norgestimato y el Gestodeno. El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, siendo los más nuevos los que mejor controlan el ciclo, evitando el manchado irregular (spotting) y las metrorragias por disrupción (sangrados fuera de fecha).

¿Cómo se toman?

Todos los anticonceptivos monofásicos de 35 a 20 microgramos diarios de Etinilestradiol se toman una vez al día, a la misma hora, durante 21 días (una caja completa). Se comienza el primer día de menstruación. Luego de tomar toda la caja, se hace un intervalo de 7 días sin tomar pastillas, en el que comenzará el sangrado mensual. Durante estos 7 días también se conserva la protección anticonceptiva. Al octavo día se comenzará una nueva caja de pastillas aunque todavía dure el sangrado. Una forma muy sencilla de recordar cómo tomar las pastillas, consiste en contar las semanas: durante tres semanas se toman pastillas y durante la cuarta semana, no. De este modo, si la primera pastilla fue tomada, por ejemplo, un martes, todas las nuevas cajas se deberán empezar un martes. Se puede marcar en un calendario el primer día de toma y la semana sin pastillas.

Los anticonceptivos monofásicos de 15 microgramos de Etinilestradiol por comprimido tienen la misma eficacia. Vienen 28 comprimidos por envase: 24 de un mismo color (habitualmente blanco) y 4 de un color diferente (generalmente rojo o naranja). Es muy importante tomar primero las 24 pastillas blancas y luego las 4 de color, ya que estas últimas no tienen hormonas, sino que ayudan a reforzar el hábito de tomar todos los días los comprimidos (comprimidos recordatorios). Al día siguiente de terminar un envase, se comienza inmediatamente otro, sin ningún intervalo o pausa.

Combinados Trifásicos: La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de

Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos impresa en el blíster del producto.

Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido. Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por éstos.

¿Cómo se toman?

La primera caja se inicia tomando el primer comprimido el quinto día menstrual; se continúa tomando un comprimido por día a la misma hora, hasta terminar el envase. Se esperan entonces siete días sin tomar comprimidos para iniciar una nueva caja al octavo día.

Es decir, que la única diferencia con los monofásicos es que la primera caja se inicia al quinto día del ciclo. En todo lo demás el procedimiento es idéntico. Se puede aprovechar este comienzo más tardío de la primera caja, cuando concurre a la consulta una mujer que ha iniciado su menstruación hace menos de cinco días. Los ciclos siguientes pueden continuar con anticonceptivos trifásicos o cambiar a un monofásico.

Errores en la toma de los anticonceptivos hormonales orales:

Los errores más frecuentes son:

- Olvido de toma: consiste en no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.
- Modificar el intervalo de días indicado por el proveedor entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente, que habitualmente es de 7 días.
- Efectuar "descansos" en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos (sin que el proveedor lo haya indicado por una circunstancia especial).
- Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

Recomendaciones:

Para evitar el olvido de toma es conveniente establecer una rutina:

- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la píldora en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el blíster ayudarán a no olvidar la toma.

Ventajas:

1. Bajo riesgo de complicaciones.
2. Muy efectivos cuando se usan correctamente.

3. Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración, así como los cólicos menstruales.
4. No necesitan períodos de descanso.
5. Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia.
6. Puede interrumpirse su uso en cualquier momento, recuperándose inmediatamente la fertilidad.
7. Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro.
8. Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas:

1. Algunas usuarias refieren que la necesidad de toma diaria les incomoda.
2. Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado intermenstrual, cefaleas sin trastornos de la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso (sólo el 20 % aumenta más de dos kilos en un año). Estos suelen desaparecer con la continuidad del tratamiento y no son una indicación para discontinuar el uso.
3. La aparición de efectos secundarios o adversos más severos se describe en el apartado "razones para interrumpir el tratamiento".

Mensuales: Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol). Produce

frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

Ventajas:

1. Su comodidad.

Desventajas:

1. Alta frecuencia de efectos adversos.

¿Cómo se toman?

Se debe tomar el primer comprimido el día 23º del ciclo, y luego regularmente cada 30 días. El efecto anticonceptivo comienza luego del sangrado que sigue a la primera toma.

3.8.2.2.2. Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora:

Se conocen también como POP (ProgesteroneOnlyPill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg (ExlutonNR), Levonorgestrel 0,030 mg. (Microlut-NR) y Norgestrel 0,075 mg (Norgeal-NR). No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Estos anticonceptivos suelen utilizarse:

- Durante la lactancia materna, con una eficacia del 99,5% los primeros seis meses del puerperio.
- En aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de estrógenos pero no el de progesterona, como en los casos leves a moderados de hipertensión arterial, con una eficacia del 96,8%.

- En la peri menopausia, si no se desea utilizar estrógenos (por ejemplo, en mujeres fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, con una eficacia del 96,8%).

¿Cómo se toman?

Si la mujer ha tenido un parto, se comienza la toma de la siempre a la misma hora, sin interrumpir la toma en ningún momento; es decir, que se inicia una nueva caja inmediatamente de la anterior.

Deben transcurrir catorce días de iniciada la toma para lograr la eficacia anticonceptiva antes descrita. La mujer continuará en amenorrea durante todo el tratamiento. Si el niño deja de alimentarse exclusivamente de leche materna y comienza a espaciar las mamadas (incorporación de papillas, etc.), la eficacia anticonceptiva disminuirá. Es habitual que en ese momento la usuaria vuelva a menstruar.

Si la mujer no ha tenido un parto recientemente y menstrúa regularmente, se inicia la toma el primer día de la menstruación, con un comprimido por día, siempre a la misma hora, sin interrupción ni intervalo entre un envase y el siguiente. Es frecuente que se presenten alteraciones del patrón de sangrado mensual o manchado irregular, sin que ello justifique suspender el tratamiento. Si la usuaria entra en amenorrea, es necesario descartar primero la posibilidad de que esté embarazada. En caso de olvido de toma se debe agregar el uso de otro método anticonceptivo de barrera por catorce días.

Ventajas:

1. Su buena tolerancia.

2. Es posible su utilización durante la lactancia.
3. Puede emplearse en fumadoras mayores de 35 años, en las que otros anticonceptivos se hayan contraindicados.

Desventajas:

1. En un grupo reducido de mujeres, puede producir disminución de la lactancia o alteraciones del ciclo menstrual.
2. Como único método anticonceptivo es de menor eficacia que los anovulatorios.

3.8.2.2.3. Inyectables mensuales

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Se los clasifica como:

1. Mensuales de primera generación
 2. Mensuales de segunda generación
 3. Trimestrales
1. Mensuales de primera generación: Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enentato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihidroprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno. La alta dosis de estrógenos de liberación prolongada produce frecuentes alteraciones del ciclo como hipermenorrea y menometrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda.
 2. Mensuales de segunda generación: Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enentato de Noretisterona o de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo

disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente. Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez).

La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario (por ejemplo: si su primer aplicación fue el 9 de noviembre, que realice las siguientes aplicaciones el 9 de cada mes: 9 de diciembre, 9 de enero, etc.).

Ventajas:

1. Una sola aplicación mensual.

Desventajas:

1. Son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.
2. Trimestrales: Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias. Si bien se trata de un anticonceptivo de

progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineral corticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial. La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas:

1. Alta eficacia anticonceptiva
2. Administración a intervalos prolongados.

Desventajas:

1. Frecuentes alteraciones del ciclo menstrual,
2. Menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

3.8.2.3. Anticonceptivos de barrera

3.8.2.3.1. Preservativo

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal, y el sexo oral

Eficacia: 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33).

Para usar correctamente el preservativo se deben seguir estas recomendaciones:

- Usar un condón en cada relación.
- Sacar el preservativo de su envoltorio con cuidado de no romperlo.
- Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración, dejando un espacio en su extremo superior para contener el semen eyaculado (al hacerlo no estirar con fuerza el extremo del condón sobre la punta del pene).
- Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no se salga (el condón queda grande cuando el pene se va desentumeciendo) tratando de no derramar esperma al hacer esta maniobra.
- No reutilizar nunca. Tirarlo envuelto en un trozo de papel.
- Si necesita lubricante, usar uno a base de agua (la misma jalea espermicida sirve) ya que los de base oleosa deterioran el látex.

Constituye el método contraceptivo de uso más frecuente, ya que a su accesibilidad y bajo costo se agrega actualmente su elección como método en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA y la hepatitis B.

Ventajas:

1. De fácil acceso
2. No requiere preparación previa.

Desventajas:

1. Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para erotizar su uso.

3.8.2.3.2. Profiláctico femenino

Eficacia: 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura. La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

Ventajas:

1. Permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.

Desventajas:

2. Requiere adiestramiento para su colocación.

3.8.2.3.3. Diafragma

Su eficacia es de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Si su uso es correcto y consistente y combinado con espermicidas, desciende a 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana del mismo material que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco vaginal posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cérvix y obstruyendo el orificio externo. Es por ello que existen diferentes medidas estandarizadas cada

medio centímetro desde el 6 (diámetro de 6 cm) hasta 8,5 (diámetro de 8,5 cm).

Para medir el diafragma que necesita la usuaria existen aros re-esterilizables de distintos diámetros que el profesional coloca en la vagina de la mujer; luego le pide que se levante y camine, para luego efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar, es decir que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis púbica. Un diafragma pequeño se deslizará hacia abajo y puede moverse libremente hacia los costados. Un diafragma grande no logrará desplegarse totalmente o no se sujetará por encima de la sínfisis púbica, sino que ese extremo tenderá a salir por la vulva. Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.

Es importante utilizar el diafragma en todas las relaciones, independientemente del día del ciclo en que se encuentre la mujer. Para colocarse correctamente el diafragma es conveniente recostarse o levantar una pierna y apoyarla sobre una silla. Se le debe colocar el espermicida en crema o gel sobre el borde del anillo, en el centro por su cara superior y en el centro por su cara inferior. Se toma entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil. Con la otra mano se entreabren los labios de la vulva. Se introduce el diafragma profundamente dirigiéndolo hacia la pared posterior de la vagina. Se verifica con un dedo en la vagina que el borde anterior esté correctamente colocado por encima de la sínfisis pubiana y que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma.

Se coloca hasta una hora antes de la relación sexual. Si el lapso será mayor, agregar una dosis extra de espermicida antes del coito. Si se tendrá una segunda relación sexual,

aplicar otra dosis de espermicida. Retirar el diafragma entre 6 y 8 horas luego del último coito, como mínimo.

Para hacerlo, introducir el índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo, y traccionar suavemente. Lavar el diafragma con agua y jabón neutro (por ejemplo, el jabón blanco de lavar la ropa); secarlo bien sin refregar, y guardarlo en su envase original con fécula para bebés o de maíz (evitar el uso de talco ya que no es biodegradable y produce reacciones de cuerpo extraño en el tracto genital superior e inferior). Periódicamente, mirarlo detenidamente con una luz potente para asegurarse de que no presenta fisuras. Cuidar de no rasgarlo con las uñas.

Ventajas:

1. No provoca efectos secundarios sistémicos.
2. Es de uso temporario.
3. La mujer puede controlar el método, colocándolo antes del inicio del juego sexual, por lo que no interrumpe el mismo.

Desventajas:

1. Requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación.
2. Es necesaria una alta motivación para su uso eficaz.
3. Puede producir cistitis en mujeres predispuestas.
4. Los espermicidas pueden provocar reacciones alérgicas

3.8.2.4. Anticonceptivos químicos

Eficacia: Los fracasos en el uso no combinado oscilan entre el 6 y el 26 %. Mejoran la eficacia de los métodos de barrera.

3.8.2.4.1. Espermicidas

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulo.

Los espermicidas más utilizados en nuestro país son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio y con menor frecuencia el Octoxynol o el Mefengol.

Deben introducirse en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito –ya que pierden su actividad espermicida con el transcurso del tiempo– y no menor de 10 a 15 minutos antes –para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas–. Debe recomendarse no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas luego del coito.

Debido a su alta tasa de fallas, se recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo o el diafragma. Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.

3.8.2.4.2. Esponjas Vaginales

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

Ventajas:

1. Son de uso temporario.
2. No presentan efectos secundarios sistémicos.

Desventajas:

1. Su baja eficacia.
2. Puede inducir reacciones alérgicas en cualquiera de los miembros de la pareja.
3. Dificultades en la extracción

3.8.2.5. Método de la lactancia (MELA)

Eficacia: En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar. Como método anticonceptivo, el MELA sólo es válido si:

1. La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.
2. No se han reiniciado sus períodos menstruales
3. El bebé es menor de 6 meses de edad.

Si estas condiciones no se cumplen, o si se cumple sólo alguna de ellas, la mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Mecanismo de acción: Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales.

Ventajas:

1. Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.
2. Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
3. Puede usarse inmediatamente después del parto.
4. No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
5. No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
6. No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
7. Ningún efecto secundario.

Desventajas:

1. No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
2. La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
3. No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el SIDA.
4. Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna.

3.8.2.6. Métodos basados en la fertilidad de la mujer

3.8.2.6.1. Calendario

Históricamente, este fue el primero de los métodos naturales a partir de los trabajos de Ogino-Knaus. Constituyó la base para el método del ritmo, que está actualmente superado por métodos naturales más avanzados. Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la supervivencia del espermatozoide, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo, se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil. Como la duración del ciclo no es siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días.

La fase se calcula:

- Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos;
- Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil;
- Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil.

Por ejemplo: si una mujer tuvo ciclos de 28 y 32 días durante 12 meses, debería proceder según el siguiente cálculo:

- $28 \text{ (ciclo más corto)} - 18 = 10$
- $32 \text{ (ciclo más largo)} - 11 = 21$

Debería guardar abstinencia de relaciones sexuales desde el día 10º al 21º de su ciclo, recordando que llamamos "ciclo" al periodo comprendido entre el primer día de una menstruación y el primer día de la menstruación siguiente.

Actualmente no se recomienda que este método sea utilizado como único índice de fertilidad. Sin embargo, puede proporcionar una información útil cuando se usa como uno de los indicadores entre los índices múltiples.

3.8.2.6.2. Moco cervical

- Humedad (Billings)
- Filancia (Spinnbarkeit)
- Cristalización (Rydberg)

La primera fase fértil o de fertilidad relativa. Después de la menstruación, los niveles de estrógeno y progesterona en el torrente sanguíneo de la mujer están muy bajos y se produce poco moco, si es que se produce algo.

Si se puede encontrar moco suficiente en la vulva de la mujer, se observará que es fino, de naturaleza pegajosa y de color opaco.

La fase fértil. Cuando los folículos comienzan a madurar, el aumento de estrógenos conduce a la producción de moco por las glándulas del cérvix. Conforme continúa el desarrollo del folículo, el moco se hace más abundante y más fino, claro y aguado (en el momento de la ovulación el moco tiene un 80% de agua). Se libera a menudo en oleadas y tiene propiedades elásticas por el gran contenido de sales minerales, propiedad conocida también como filancia: el moco es capaz de formar un hilo entre dos dedos o dos superficies sin romperse. Habitualmente las mujeres asocian este moco con la clara de huevo cruda.

El máximo de fertilidad, se sitúa en el último día de moco de tipo fértil, conocido como el día de moco máximo o culminante –y que se corresponde estrechamente con el pico

máximo de secreción de estrógenos en la sangre. Fisiológicamente, podemos concluir que el día de moco máximo precede a la ovulación en no más de tres días. Si dejamos 24 horas de margen para la fertilización del óvulo, entonces la tarde del cuarto día después del día de moco máximo indica el final de la fase fértil. Ese día muchas mujeres refieren una sensación de plenitud y blandura en los tejidos de la vulva. El día del moco máximo sólo puede ser identificado retrospectivamente. Es posible saber que un día en particular fue el último día del moco fértil, si al día siguiente el moco ha cambiado características.

La fase de infertilidad absoluta. Después de la ovulación, la caída brusca de estrógenos produce un rápido cambio en las cantidades y características del moco. La cantidad del moco cae bruscamente y algunas veces llega a desaparecer, mientras que su textura se vuelve espesa, pegajosa y opaca, como el moco tipo infértil de los primeros estadios del ciclo.

Cuando este moco de tipo infértil o una sensación de sequedad permanecen durante tres días después del día de moco máximo, se asume que ya se ha producido la ovulación y ha concluido el período fértil. La apariencia del moco, cuando éste existe, se observa en la vulva, frecuentemente en la toalla higiénica o en el momento de la micción. Se deberá observar las características del moco a lo largo del día, incluyéndolo en un gráfico a la noche. Se recogen de este modo en dicho gráfico las características del moco a lo largo de un día completo.

Método de la Humedad (Billings)

Luego de la menstruación, la escasa presencia de moco da a la mujer una sensación de sequedad en la entrada de la

vagina. Se considera éste un período infértil. Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación de moco.

En el inicio de la fase fértil la mujer comienza a sentir la sensación de humedad, con lo que se debe evitar el acto sexual o realizarlo con protección. La aparición de esta sensación de humedad hace necesaria la abstinencia sexual, que deberá prolongarse hasta cuatro días posteriores al pico de humedad vulvar. En la tercera fase (días secos luego de la ovulación) se pueden mantener relaciones en días consecutivos hasta el inicio de la siguiente menstruación.

Método de la Filancia (Spinnbarkeit)

Consiste en investigar diariamente la elasticidad o filancia del moco cervical para determinar la fase fértil. Se observará el moco a diario desde que concluye la menstruación.

En la primera fase de infertilidad relativa, el moco será escaso y no filante. En esta fase del ciclo desde la menstruación hasta la aparición del moco fértil, se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí, un día no), ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal impide la aplicación del método. La fase fértil se caracteriza por un moco filante, es decir, que no se rompe al separar los dedos, sino que queda como un hilo, tendido entre el pulgar y el índice. Se deberá guardar abstinencia entre la aparición del moco filante hasta el cuarto día en el que el moco retorne a su estado anterior (es decir, escaso y no elástico).

Método de la cristalización

El moco cervical, al secarse, cristaliza de modo diferente según el tenor de estrógenos circulantes. Esta característica puede ser utilizada para valorar la fertilidad, sabiendo que el moco fértil cristaliza en forma de helecho y el moco no fértil lo hace en forma amorfa (pequeños grumos dispersos).

La cristalización en forma de helecho del moco cervical o de mues-tras de saliva al secarse, se relacionan con el aumento del cloruro de sodio y son debidos a los cambios orgánicos producidos por los estrógenos. Colocada una muestra de moco cervical o saliva en un portaobjeto se visualizará, con un débil aumento, la cristalización en forma de helecho que indica que se está en un día fértil. Si la visión es amorfa se trata de un día infértil y no hay posibilidad de embarazo.

Se procederá a la determinación diaria manteniéndose abstinencia desde el primer día de la cristalización en forma de helecho hasta el cuarto día de la cristalización amorfa. Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos (un día sí, un día no) hasta el inicio de la abstinencia, ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación del moco. Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método. En la tercera fase infértil (luego de que el moco pasa a cristalizar nuevamente en forma amorfa) se pueden tener relaciones cotidianamente.

3.8.2.6.3. Temperatura basal

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y

bebida. De ser posible, se cree conveniente usar un termómetro de mercurio de escala expandida (termómetro de fertilidad), para detectar el pequeño ascenso de la temperatura que está normalmente entre 0,2 °C y 0,6 °C.

La temperatura puede tomarse en la boca (5 minutos), en el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos), y se escribe diariamente en un gráfico especial, que está diseñado para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel menor al mayor y facilitar su interpretación con posterioridad. La temperatura basal debe tomarse en el mismo momento todos los días ya que, incluso en condiciones ideales y constantes, existe una variación diurna que oscila desde un mínimo entre las 03:00 y las 06:00 horas, a un máximo entre las 15:00 y las 19:00 horas.

Si se produjera la concepción durante el ciclo de toma de la temperatura, ésta permanecerá en su nivel mayor. De lo contrario, comienza a caer justo antes de la menstruación. Como indicador de fertilidad, la temperatura basal sólo puede detectar el final de la fase fértil, que ocurre luego del tercer día de elevación sostenida de la temperatura basal.

La pareja evita el coito desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días enteros. Esto significa que la ovulación ha ocurrido y la fertilidad ha terminado. Si la mujer presenta un cuadro febril de cualquier etiología, este método deja de ser útil hasta la menstruación siguiente, por lo que en ese mes se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Si la mujer se traslada a otra localidad a mayor altura sobre el nivel del mar, la temperatura basal no es evaluable en ese ciclo, por lo que se deberá esperar la menstruación para reiniciar el método. En ese caso se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Puesto que se debe restringir tanto el coito, el método no es muy aceptado como indicador objetivo del final del período fértil. Por lo tanto, en la práctica, la temperatura basal se combina normalmente con otro indicador como el cálculo del calendario o los síntomas del moco, en una combinación de índice múltiple.

3.8.2.6.4. Sintotérmico

El método combinado más usado es el sintotérmico que agrega a la detección del ascenso de la temperatura basal la percepción de aspectos sintomatológicos como humedad vulvar, tensión mamaria, sangrado periovulatorio, dolor abdominal, etc.

Para detectar el comienzo de la fase fértil:

Método Calendario más Método de la Temperatura Basal más Método del Moco Cervical. Cualquiera de estos indicadores que se produzca primero marca el comienzo de la fase fértil. Para detectar el final de la fase fértil y comienzo de la fase infértil post-ovulatoria

Método de la Temperatura Basal más Método del Moco Cervical.

3.8.2.7. **Métodos de esterilización**

Por considerarlos métodos definitivos, no son de elección en planificación familiar salvo en situaciones especiales. Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en

hombres o en mujeres y, por lo tanto, consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor. Es necesario también, capacitación especial del proveedor.

3.8.2.7.1. Vasectomía

Eficacia: 99,9 % Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

Ventajas:

1. Es permanente.
2. No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
3. Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
4. Es un procedimiento simple y seguro.
5. Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
6. Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

1. Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
2. Requiere cirugía por parte de médico capacitado.
3. No es efectivo en forma inmediata.
4. No protege contra ETS/SIDA

3.8.2.7.2. Interrupción Quirúrgica Tubárica

Eficacia: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento. En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas. La interrupción quirúrgica tubárica es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2000 mujeres). En los siguientes 10 años después del procedimiento asciende a 0,75 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 133). Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos.

Ventajas

1. No necesita suministros ni controles periódicos.
2. No interfiere con las relaciones sexuales.
3. No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

1. Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna,
2. riesgos de la anestesia.
3. En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
4. Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
5. No provee protección contra ETS/SIDA.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo descriptivo, corte transversal.

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad primaria de muestreo: Institutos públicos de las jornadas matutina y vespertina del nivel básico plan diario, ubicados en el área rural y urbana del departamento de Escuintla, Guatemala.

4.2.2. Unidad de análisis: Información proporcionada por los estudiantes de 13 a 16 años acerca de conocimientos y actitudes de métodos anticonceptivos, utilizando un cuestionario autoaplicado diseñado para este estudio.

4.2.3. Unidad de información: Estudiantes de 13 a 16 años inscritos en los institutos públicos de las jornadas matutina y vespertina del nivel básico, plan diario, ubicados en área rural y urbana del departamento de Escuintla, Guatemala.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población: 35 institutos públicos y mixtos de las jornadas matutina y vespertina del nivel básico plan diario, ubicados en el área rural y urbana con un alumnado mayor o igual a 50 y menor o igual a 150 alumnos inscritos del departamento de Escuintla, Guatemala.

4.3.2. Marco muestral: Listado de institutos públicos de las jornadas matutina y vespertina del nivel básico, plan diario, ubicados en el área rural y urbana del departamento de Escuintla, Guatemala.

4.3.3. Muestra: Para establecer la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple de la población para establecer el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(pqZ^2N)}{(E^2(N - 1)) + (Z^2pq)}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

p= prevalencia = 0.5

q= 1 – p

N= total de establecimientos = 35

Z²= para un nivel de confianza del 95% según la tabla z= 1.96

E²= error = 0.10

n= (0.5) (0.5) (1.96²) (35) / (0.10² (35-1)) + (1.96²) (0.5) (0.5)

n= 26

Con el tamaño de muestra determinado, se realizó la selección por medio de una tómbola, y se seleccionó uno por uno hasta que se obtuvieron los 26 institutos con número de estudiantes homogéneo.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes de 13 a 16 años del nivel Básico de los establecimientos públicos del departamento de Escuintla de las jornadas matutina y vespertina
- Estudiantes de 13 a 16 años que aceptaron voluntariamente a participar en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Estudiantes de 13 a 16 años que no estuvieron presentes en clase el día en que se aplicó el instrumento.

4.5. Medición de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.	Acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente. (18)	Cuestionario de conocimientos. En el cual se evaluó lo siguiente De la 1-10: conceptos de métodos anticonceptivos De la 11-20: usos de los métodos anticonceptivos (Anexo 2)	Cualitativa	Nominal	Nivel de conocimiento igual o mayor de 60 puntos sobre 100 puntos = tiene conocimientos Nivel de conocimiento menor de 60 puntos sobre 100 puntos = no tiene conocimientos
Actitudes sobre métodos anticonceptivos	Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente. El término "actitud" ha sido definido como " reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado.(21)	Cuestionario de Actitud. Actitud positiva: Aceptación de los ,métodos anticonceptivos preguntas 1,3,7,9 y 10 A cada respuesta se le asignó una ponderación 5= Totalmente de acuerdo 4= bastante acuerdo 3= indiferente 2= bastante en desacuerdo 1= totalmente en desacuerdo Actitud negativa: No aceptación de los métodos anticonceptivos. En las	Cualitativa	Nominal	Se tomó como actitud negativa de 10-24 puntos Se tomó como actitud positiva de 25- 50 puntos

		preguntas 2,4,5,6 y 8 A cada respuesta se le asignó una ponderación: 1= Totalmente de acuerdo 2= bastante acuerdo 3= indiferente 4= bastante en desacuerdo 5= totalmente en desacuerdo			
Uso de métodos anticonceptivos.	Costumbre o hábito para alcanzar un fin o meta.	Respuesta de pregunta sobre uso de métodos anticonceptivos del cuestionario realizado, específicamente la pregunta 6.	Cualitativa	Nominal	Si No

4.6. Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en recolección de datos

4.6.1. Técnica:

Se aplicaron los cuestionarios a cada uno de los estudiantes pertenecientes a los diferentes grados del ciclo básico.

4.6.2. Procesos:

Se solicitó autorización a la Dirección Departamental de Educación del departamento de Escuintla, solicitando permiso para pasar encuestas a los 26 institutos públicos, de las jornadas matutina y vespertina, plan diario, muestreados, los cuales fueron escogidos al azar en el listado de establecimientos nacionales del departamento de Escuintla.

Se realizó el estudio piloto en el Instituto Nacional de Educación Básica – INEB- Santa Delfina, Llano Largo, con el fin de corroborar el proceso de recolección de información que se ajustara a la investigación ya que esta tenía características similares a los institutos seleccionados para la investigación. La prueba piloto tuvo como objetivo identificar si el proceso metodológico era adecuado para el estudio y si se requerían hacer algunos cambios en el procedimiento y análisis.

Cada uno de los estudiantes investigadores acudió a 5 establecimientos del departamento de Escuintla, según el listado de establecimientos de Escuintla.

Se visitaron los institutos seleccionados, encuestando a cada uno de los estudiantes del ciclo básico de dicha institución.

4.6.3. Instrumento:

Cada cuestionario incluyó instrucciones y consentimiento informado. En el primer bloque se realizaron preguntas sobre los conocimientos de métodos anticonceptivos. Se dio un puntaje a cada pregunta el cual es de 5 puntos, haciendo un total de 100 puntos, se tomó como arriba de 61 puntos si tienen conocimiento y no tienen conocimiento debajo de 61 puntos.

En el bloque de actitudes se aplicó un cuestionario con 10 preguntas respecto al uso de condón. Las alternativas fueron en base a la escuela de Likert siendo esta la siguiente:

Preguntas positivas:

1	Totalmente en desacuerdo
2	Bastante en desacuerdo
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4	Bastante acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Y la siguiente ponderación hacia las preguntas dirigidas a una actitud negativa

5	Totalmente en desacuerdo
4	Bastante en desacuerdo
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
2	Bastante acuerdo
1	Totalmente de acuerdo

Los valores obtenidos se determinaron según la siguiente escala:

1. Se tomó como negativa de 10 – 25 puntos
2. Se tomó como positiva de 26 – 50 puntos

4.7. Procesamiento y análisis de resultados

4.7.1 Procesamiento

Al finalizar la recolección de la información se tabularon los datos de forma manual, posteriormente se editaron y depuraron los datos, se realizó el procesamiento de los mismos, se presentó los resultados en gráficas y posteriormente se realizó el análisis de los mismos respondiendo a los objetivos del estudio apoyados en la revisión bibliográfica. Al final del análisis de resultados se dan las conclusiones que dan a conocer los puntos relevantes de la investigación y las recomendaciones.

4.7.2 Análisis de resultados

El análisis de los resultados se realizó utilizando estadística descriptiva, con frecuencias y porcentajes.

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Alcances

La investigación aporta datos acerca de los conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes con respecto al uso de métodos anticonceptivos; nos ayudó a determinar el conocimiento real que tienen hacia un método anticonceptivo específico, para tener parámetros que permitieran tomar medidas para educarlos en estos aspectos.

4.8.2. Límites

La principal limitante en la presente investigación, fue el área geográfica, debido a que existieron comunidades donde los establecimientos se encontraban en lugares montañosos, y no se podía acceder en vehículo, así como en otros establecimientos para acceder se tuvo que cruzar ríos y que además por el clima principalmente las lluvias se desbordan en esta época.

Otra limitante importante fue que no fue posible localizar a la totalidad de los estudiantes del listado, esto debido a que al momento de llegar a las escuelas los directores de los diferentes institutos públicos nos indicaron que ya había deserción estudiantil, por diferentes causas. Las cuales mencionaron principalmente las económicas, difícil acceso desde sus comunidades, abandono para trabajar.

4.9. Aspectos éticos

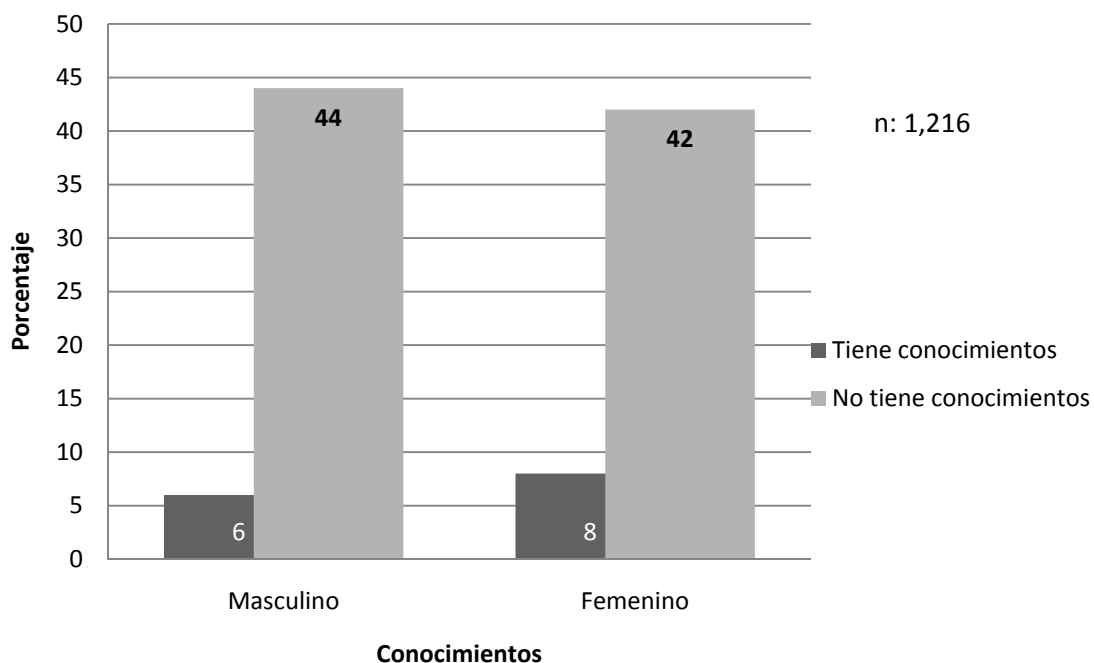
Previo a la realización de la investigación, se explicó a cada uno de los maestros y estudiantes el tipo de estudio, que es un estudio Categoría I (sin riesgo), la importancia del mismo, el carácter confidencial y que los resultados serán utilizados únicamente con fines científicos. Así mismo se hizo constar que cada

uno de los estudiantes recibió dicha información y decidió participar voluntariamente a través de un consentimiento informado

5. RESULTADOS

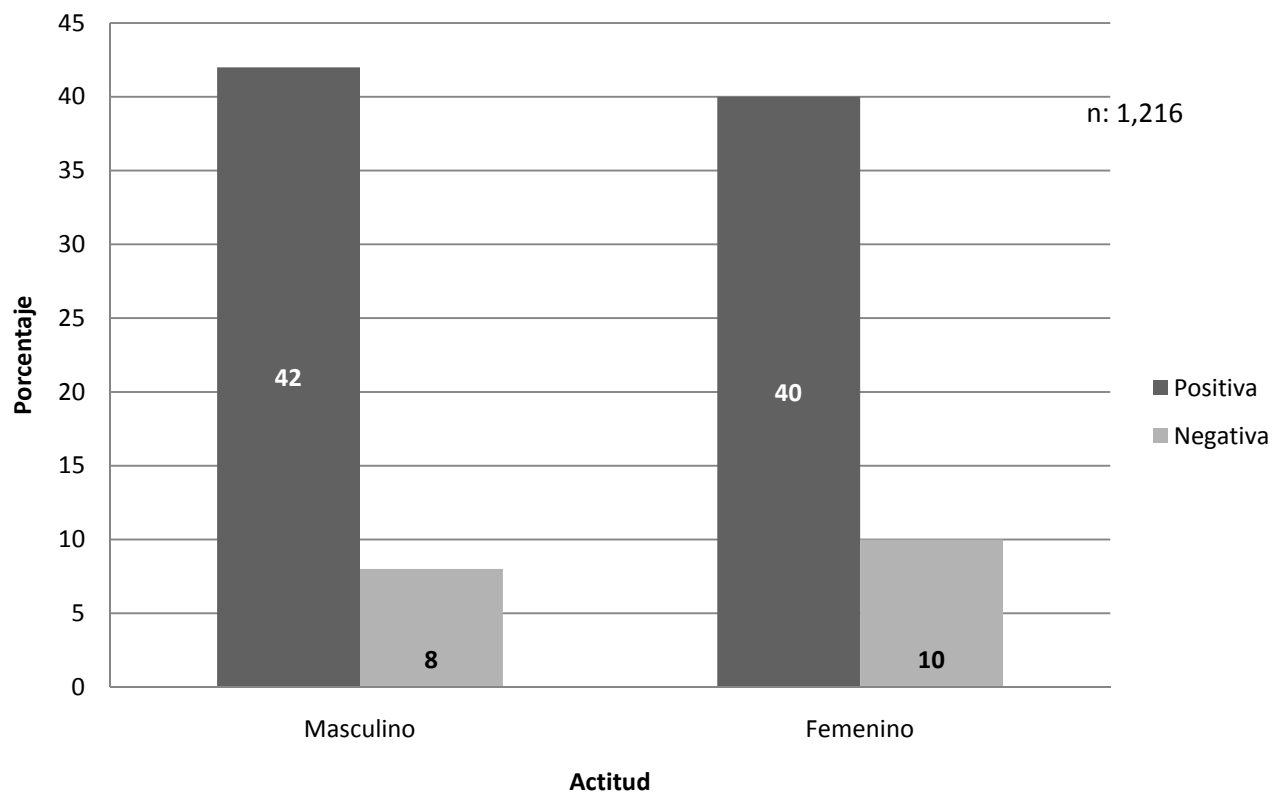
Los conocimientos, actitudes y uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de 13 a 16 años se obtuvieron por medio de un cuestionario, el cual se aplicó a un total de 1,216 alumnos en los 26 institutos mixtos jornada matutina y vespertina del departamento de Escuintla.

Gráfica 1
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos



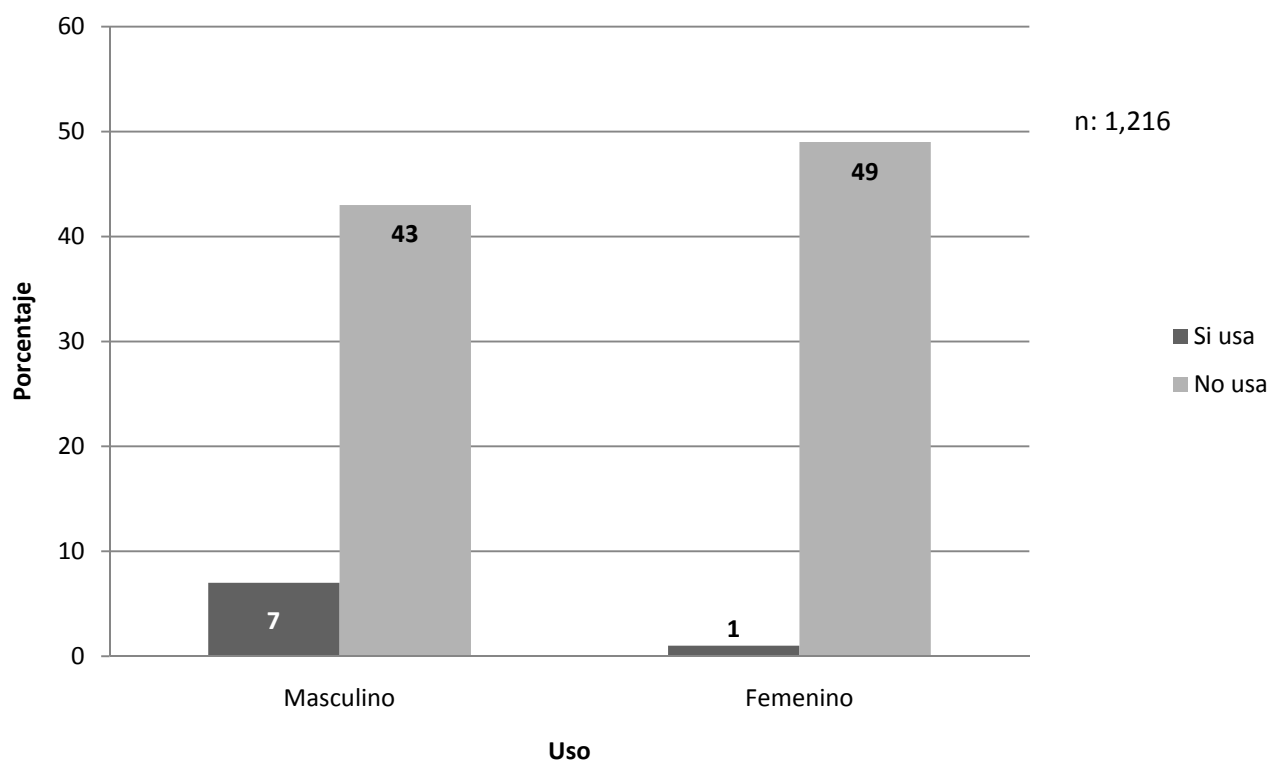
Fuente: cuadro 1 (anexo 4).

Gráfica 2
Actitud sobre métodos anticonceptivos



Fuente: cuadro 2 (anexo 4).

Gráfica 3
Uso de métodos anticonceptivos



Fuente: cuadro 3 (anexo 4).

6. DISCUSIÓN

En cuanto a los conocimientos que poseen los estudiantes del nivel básico sobre los métodos anticonceptivos se puede verificar que el 14% (169) de los estudiantes comprendidos en las edades 13 a 16 años tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos; de estos el 6% (71) son del sexo masculino y el 8% (98) del sexo femenino. Este estudio contrasta con una investigación realizada en el año 2010, en estudiantes del nivel básico entre las edades de 13 a 14 años, en Venezuela, en donde si tuvieron conocimiento sobre métodos anticonceptivos, y donde el 74% de los entrevistados obtuvo un conocimiento excelente; de estos el 51% pertenecía al sexo femenino y fue el que más conocimiento poseía (7), haciendo una comparación de los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, con los obtenidos en el departamento de Escuintla solamente el 14% de los entrevistados tienen conocimientos, de estos el 8% pertenecen al sexo femenino, siendo de igual manera el que más conocimientos posee. El 86% (1,047) no tienen conocimiento, se puede comprobar que el sexo masculino es el que menos conocimiento tiene con el 44% (535) y el femenino con el 42% (512). Estos resultados son similares al estudio que se realizó en estudiantes de Morales, Izabal, en el año de 1,995 donde se pudo verificar que al igual que en Escuintla el conocimiento de los métodos anticonceptivos era deficiente.(1) Y a diferencia del estudio de Venezuela ninguno de los dos sexos obtuvieron conocimientos aceptables. (7)

Sobre la actitud de los estudiantes, el 82% (1,000) obtuvo una actitud positiva respecto a los métodos anticonceptivos, de los cuales el 42% (509) sexo masculino y el 40% (491) sexo femenino. Solo el 18% obtuvo una actitud negativa. Estos resultados son diferentes a los de Morales, Izabal donde el 78% de los estudiantes obtuvo una actitud negativa (1). Sin embargo, tanto en Escuintla como en Izabal los estudiantes están dispuestos a recibir capacitaciones, ya que están conscientes que no es un tema que se debe de impartir en tan poco tiempo.

De todos los estudiantes entrevistados (1,216) solo el 8% (95) refiere haber utilizado algún método anticonceptivo, de los cuales 7% (82) son del sexo masculino y 1% (13) del sexo femenino, por lo tanto el 92% (1,121) de los estudiantes no utilizan métodos anticonceptivos, de estos el 49% (597) pertenecen al sexo femenino y el 43% (524) al sexo masculino, sin embargo cabe mencionar que no fue objetivo del estudio determinar la cantidad de estudiantes que practican o tienen vida sexual activa.

Estos resultados son similares a los del estudio de Venezuela donde existió un predominio del sexo femenino que no utilizan métodos anticonceptivos con el 90.1%, mientras que solamente un 53.0% del sexo masculino no utilizan algún método.

Al igual que en Escuintla, en el estudio realizado en La Habana, Cuba en el año 2006, a 93 estudiantes comprendidos entre las edades de 15 a 20 años, se comprobó la relación entre el uso o no de métodos anticonceptivos y ciertamente la mayoría de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos, pese a que los conocen, o que denota la deficiente educación sexual de los jóvenes y sus consecuencias en las ITS. (8)

Sobre el “Uso de métodos anticonceptivos”, en los estudiantes de Escuintla del total que respondieron que si utilizan algún método anticonceptivo, se obtuvo que el más utilizado fue el Condón, 85% (81) para el sexo masculino y el 7% (7) para el sexo femenino, al compararse los resultados con el estudio de Venezuela donde el uso del condón fue 90.17% para los hombres y 60.23% para las mujeres; en el estudio de La Habana el método más conocido y el más usado es el condón 87.8% seguido de la píldora 79.6% y el DIU (66.0%). Con lo anterior se comprueba que el uso de condón es el método más conocido por los adolescentes, esto debido en parte a la publicidad que se ha dado al mismo en cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual principalmente el VIH.

7. CONCLUSIONES

- 7.1. El conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina del departamento de Escuintla es bajo.
- 7.2. La mayoría de estudiantes de los institutos públicos del nivel básico de las jornadas matutina y vespertina del departamento de Escuintla tienen actitudes positivas sobre métodos anticonceptivos.
- 7.3. Solo 1 de cada 10 estudiantes del nivel básico de los institutos públicos de las jornadas matutina y vespertina del departamento de Escuintla utiliza métodos anticonceptivos.

8. RECOMENDACIONES

A la Dirección Departamental de Educación de Escuintla:

- 8.1. Velar que se cumpla con la temática establecida sobre métodos anticonceptivos, en el Currículo Nacional Base (CNB), en los diferentes grados de nivel básico, para que el conocimiento sea asentado en los estudiantes.
- 8.2. Revisar conjuntamente con el área de salud de Escuintla los puntos establecidos en el CNB sobre los métodos anticonceptivos en fuentes primarias de información para que el conocimiento que sea impartido, posea las características necesarias que le permitan a los estudiantes obtener lo mejor de los mismos.

Al área de salud de Escuintla:

- 8.2. Capacitar al personal de salud para impartir educación sobre métodos anticonceptivos y coordinar con los centros o puestos de salud cercanos a los institutos para que se lleven a cabo pláticas educativas a los estudiantes, así como impartir talleres informativos sobre los diferentes métodos anticonceptivos a los estudiantes de nivel básico de los institutos públicos de Escuintla.
- 8.3. Dar a conocer las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos a los estudiantes, además proporcionar información sobre los lugares indicados y autorizados donde se brindará la correcta orientación al momento de proporcionar los mismos, y la importancia de utilizarlos adecuadamente e impartir material educativo con la información apropiada para la población objeto.

9. APORTES

- 9.1. Proporciona una visión general a las autoridades del Ministerio de Educación, Dirección Departamental de Educación de Escuintla, Área de Salud de Escuintla, que ejercen actividades relacionadas con la educación y promoción de la salud, dando pruebas claras de la necesidad de trabajar en conjunto y así exista una adecuada difusión de información de los métodos anticonceptivos.
- 9.2. Abre la posibilidad para la realización de estrategias de intervención que provoquen un impacto significativo en los estudiantes y de esta forma darles a conocer la importancia de los métodos anticonceptivos.
- 9.3. Brinda un panorama general de la temática a estudio que se podrá tomar como referencia para ampliar y reforzar los conocimientos en el campo de la educación sexual en adolescentes del departamento de Escuintla.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stokes Montes PC. Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de los métodos anticonceptivos en los estudiantes de educación media: estudio realizado en 213 estudiantes de educación media de establecimientos públicos y privados de Morales, Izabal; abril – mayo de 1995; Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1995.
2. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual -AGES-. Manual de educación sexual y vida familiar”. Guatemala: AGES; 1991.
3. Orozco A. Informe sobre avances en Programa CIPD: Mil niños nacen cada día en Guatemala. Prensa Libre. 19 Jun 2013; Actualidad: 6.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe del desarrollo humano 2009-2010[en línea] Guatemala: PNUD; 2010 [accesado 18 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.desarrollohumano.org.gt/indh2010>.
5. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Población en Guatemala (demografía) [en línea] Guatemala: INE; 2012 [accesado 19 Jun 2013]. Disponible en: www.ine.gob.gt/np/biblioteca/index/.htm
6. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. La niñez guatemalteca en cifras. [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2010 [accesado 20 Jun 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/ninez_en_cifras/documentos/ninez_en_cifras_03.pdf
7. Moreno J, Rangel D. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del 9no de la Escuela de Educación Básica “Nuestra Señora de Lourdes” Puerto Ordaz, Estado de Bolívar, Venezuela. [en línea]. [tesis Licenciatura en Enfermería]. Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo de Bolívar, Escuela de Ciencias de La Salud, Departamento de Enfermería; 2010.

- [accesado 28 Jun 2013]. Disponible en:
<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2226/1/29%20Tesis.%20QV9%20M843.pdf>
8. Pérez Batista I, Lie Concepción AE, Pérez Machado J, Hernández Peña I. Empleo de métodos anticonceptivos en adolescentes escuela internacional de educación física y deporte. [en línea]. [tesis Licenciatura en Enfermería].Cuba: Universidad de Cuba Facultad de Ciencias Médicas del Este de la Habana [accesado 28 Jun 2013]. Disponible en:
http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol15_2_09/hab10209.html
9. Fernández R. Relación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 16 a 19 años del primer ciclo de La Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo 1994. [en línea]. [tesis Maestría en enfermería]Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela de Enfermería; 1994. [accesado 28 Jun 2013]. Disponible en:
<http://www.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ciencia/cd/unsm/unsm46/unsm46.htm>
10. Real Academia de La Lengua Española. Diccionario. Conocimiento. [en línea] España: RAE; 2013[accesado 9 Jul 2013]. Disponible en:
<http://lema.rae.es/drae/?val=conocimiento>
11. Chessman de Rueda S. Conceptos básicos en investigación. [en línea] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010. [accesado 27 Jun 2013]. Disponible en:
<http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
12. Nájera DV. Tipos de conocimiento. [en línea]. California:danielvn7.wordpress; 2008. [accesado 27 Jun 2013]. Disponible en:
<http://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento>

13. Cardozo García A. Concepto de actitud. [en línea].Chicago: es.scribd.com; 2011. [accesado 26 Jun 2013]. Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/7869056/Concepto-de-Actitud>
14. Guatemala. Congreso de La República. “Ley de Educación Nacional”. Decreto 12-91. garantiza la libertad de enseñanza y criterio docente, establece la obligación del estado de proporcionar y facilitar educación a sus habitantes sin discriminación alguna con el fin de lograr el desarrollo integral de la persona humana, el conocimiento de la realidad socioeconómica, política, la cultural nacional, además declara de interés nacional la educación, Guatemala, viernes 18 de noviembre de 1977.
15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. V Encuesta nacional sobre salud materno infantil 2008 – 2009. Guatemala: MSPAS; 2009.
16. Escobar De Corzantes M. Educación integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: un estado del arte. Guatemala: DIGEDUCA; 2010.
17. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. División de Comunicaciones. Estado mundial de la infancia. [en línea]. New York: UNICEF; 2002 [accesado 20 Jun 2013]. Disponible en: www.unicef.org
18. Bee H. El Desarrollo Humano. España: Harla; 1980.
19. Monroy A M. Manual de sexualidad humana. México: Grupo Océano; 1981.
20. Martínez L, Vilma G, Rodríguez S, Ana P, Solano A, Ana L, et al. Principales factores asociados a embarazos en adolescentes del área rural de dos municipios del Sibasi, Cuscatlán. Encuesta Nacional de Salud Familiar. (FESAL). [en línea] El Salvador: FESAL; 2011[accesado 20 Jun 2013]. Disponible en:www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option

21. Schwarcz R, Castro R, Galimberti D, Martínez I, García O, Lomuto C, et al. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. [en línea]. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2012 [accesado 20 Jun 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cifras para el desarrollo humano: Escuintla. [en línea] Guatemala: PNUD; 2011 [accesado 23 Jun 2013]. Disponible en: www.desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Fasciculo%20Escuintla.pdf

11. ANEXOS

Anexo 1

Contextualización (22)

Escuintla: características básicas

El departamento de Escuintla está ubicado en la Región V (Central) del país. Ocupa una superficie aproximada de 4,384 km² y su cabecera departamental, Escuintla, se ubica aproximadamente a 347 metros sobre el nivel del mar.

En 2010, a lo largo de sus 13 municipios vivían poco más de 685 mil personas. Se estima que un 50% de sus habitantes vive en áreas rurales.

Aunque la definición de «ruralidad» es todavía un tema pendiente en el país, se estima que en 2010, tres de cada cinco personas habitan en áreas rurales. Además, según proyecciones de población, el 51% de los habitantes son mujeres.

Guatemala es un país cuya población es mayoritariamente joven. La mitad de la población se encuentra bajo la «edad mediana». Según la Encovi 2006, la edad mediana del país era de 19 años. En promedio, los hogares guatemaltecos están conformados por seis personas.

Según el último censo de población y las más recientes encuestas de hogares, dos de cada cinco guatemaltecos se consideran pertenecientes a una de las comunidades lingüísticas de los pueblos indígenas: Maya, Garífuna y Xinca. En 2010, el país se dividía en 333 municipios, con su respectiva administración pública local.

Pobreza y desigualdad

En 2006, año de la última estimación de la pobreza en Guatemala, poco más de la mitad (51%) de la población vivía en condiciones de pobreza y 15% en condiciones de extrema pobreza. La definición de pobreza utilizada se basa en el consumo agregado de los hogares en comparación con el costo de una canasta básica de alimentos para la pobreza extrema, o una canasta de bienes y servicios básicos, para la pobreza en general.

Debido a la exclusión histórica de la que han sido objeto los pueblos indígenas, sus índices de pobreza son más alarmantes. La pobreza es un fenómeno multidimensional

que admite diversos enfoques. Si se consideran privaciones específicas en las condiciones de vida de los hogares, se puede establecer la pobreza según cada criterio.

Muy vinculado al concepto de pobreza está el de desigualdad. La región de América Latina es la más desigual en cuanto al bienestar de sus ciudadanos, en comparación con el resto de regiones del mundo. A su vez, Guatemala presenta indicadores de desigualdad más altos que muchos países de la región. La desigualdad, tanto en relación con los ingresos de que disponen los hogares, como en las condiciones de vida, produce una sociedad profundamente estratificada.

Alfabetismo

Guatemala comenzó el siglo XXI con casi la tercera parte de su población mayor de 15 años carente de la capacidad de leer y escribir. En la primera década del siglo se realizaron importantes esfuerzos para la reducción del analfabetismo. No obstante, resta un 18% de la población en esa condición, que es más grave en las mujeres y en algunos municipios.

Cobertura educativa

En la década de 2000 hubo una ampliación de la cobertura educativa en distintos niveles. La tasa neta de escolaridad expresa la relación entre la población inscrita en la edad escolar para el nivel dado y la población total proyectada en dicha edad. En el nivel primario, casi se alcanzó, a nivel nacional, una tasa neta de 100%. Tanto en la preprimaria como en niveles más altos, la cobertura es más baja.

La cobertura educativa es condición necesaria pero no suficiente. La capacidad de retención del sistema educativo y la aprobación de los alumnos inscritos permiten una aproximación a la eficiencia. La tasa de promoción indica la proporción de alumnos que aprueban el grado con relación a los que lo terminan. A nivel nacional, en 2009, el 86% de los alumnos que concluyeron algún grado de primaria logró aprobar. Esta tasa es mucho más baja tanto en el ciclo básico como en el diversificado.

Salud y seguridad

Otra de las dimensiones básicas del desarrollo humano es la salud. Dos indicadores en el ámbito de salud que reflejan el estado del desarrollo humano en una sociedad son la mortalidad infantil y la desnutrición en la niñez. En Guatemala, a principios del siglo XXI,

por cada mil niños que nacen, 34 mueren antes de cumplir un año y 45 antes de llegar a los cinco. Además, casi la mitad de los niños sufre de desnutrición crónica.

Las altas tasas de mortalidad infantil están asociadas principalmente a enfermedades respiratorias y a síntomas de diarrea. Más de la quinta parte de los niños menores de cinco años del país han presentado síntomas, pero solo el 44% de los casos de una infección respiratoria aguda recibe tratamiento, mientras que menos de dos terceras partes de los casos de diarrea son atendidos. También es importante la cobertura de vacunación en niños para la prevención de la mortalidad y morbilidad. Casi una cuarta parte de los niños menores de dos años en el país tienen pendiente una o más vacunas.

Los riesgos para la salud comienzan desde el embarazo. Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de la región. Si se toma en cuenta que una cuarta parte de esa fecundidad es no deseada, se hace evidente el desafío que representa el hecho que menos de la mitad de las mujeres en unión utilicen algún método moderno de planificación familiar. La salud de las mujeres se complica con el hecho de que solo la mitad de las mujeres guatemaltecas tiene sus partos asistidos por personal médico.

Finalmente, la más grave limitación al desarrollo humano es la privación de la vida misma. Guatemala se ha convertido en uno de los países más violentos de la región con una tasa de homicidios mayor a 40 por cien mil habitantes.

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS”



Edad: _____ años

Sexo: Femenino

Masculino

Grado: _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 30 preguntas divididas en dos bloques en los cuales debe responder según el conocimiento que usted tiene sobre los métodos anticonceptivos. Puede emplear lapicero negro o azul para marcar la respuesta en el cuestionario. Este cuestionario no tiene ningún punteo o valor en las asignaturas que usted cursa; es confidencial por lo que no se divulgarán las respuestas que usted escriba.

BLOQUE I: CONOCIMIENTOS

PRIMERA SERIE:

A continuación encontrará las preguntas de la 1 a la 7, estas son preguntas tipo directa, RECUERDE que debe responder según el conocimiento que usted tiene sobre los métodos anticonceptivos.

1. ¿Qué es anticoncepción?
2. ¿De los diferentes métodos anticonceptivos que existen, cuáles conoce?
3. ¿Qué métodos anticonceptivos naturales conoce?
4. Mencione la (las) desventajas de usar la píldora anticonceptiva.

5. ¿Cuáles son las ventajas que tiene el condón masculino, como método anticonceptivo?
6. ¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo? No. Si ¿Cuál?
7. Entre los métodos anticonceptivos naturales podemos mencionar el MELA, ¿Sabe usted cual es el significado de las siglas MELA?

SEGUNDA SERIE:

A continuación se presentan las preguntas de la 8 a la 20 la cuales son de opción múltiple, en cada pregunta solamente puede elegir una opción. Subraye o marque con un círculo la opción que considere sea la correcta.

8. Indique cual es el método anticonceptivo que se considera como método hormonal.
 - a. Condón
 - b. La píldora
 - c. Billings
 - d. Diafragma
9. Indique cual es el método anticonceptivo que se considera como método de barrera
 - a. La píldora
 - b. Condón
 - c. DIU
 - d. MELA
10. La esterilización quirúrgica o sea la operación para ya no tener hijos es para:
 - a. El hombre
 - b. La mujer
 - c. Ambos
 - d. No sabe
11. Indique cual es el método anticonceptivo que se considera como método natural:
 - a. La píldora
 - b. Condón
 - c. MELA
 - d. Vasectomía

12. ¿Si una mujer esta embarazada, puede provocar un aborto si utiliza un método anticonceptivo oral o inyectado?
- a. SI
 - b. NO
 - c. No sabe
13. ¿Conoce los anticonceptivos de tipo químico?
- a. Si
 - b. No
 - c. No sabe
14. ¿Cuándo debo utilizar métodos anticonceptivos?
- a. Al casarme
 - b. Cuando decido iniciar mi vida sexual
 - c. No debo usarlos
 - d. Cuando ya se tiene muchos hijos
15. Los métodos anticonceptivos son utilizados con el fin de:
- a. Evitar embarazos
 - b. Evitar infecciones de transmisión sexual.
 - c. Prolongar el tiempo entre cada hijo en una pareja
 - d. Todas las anteriores son correctas
16. ¿Cuál es el método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual?
- a. La píldora
 - b. El Dispositivo Intra – Uterino (DIU)
 - c. La Inyección
 - d. El condón
17. El método de la lactancia (MELA) es efectivo durante:
- a. El primer año después del parto
 - b. Los primeros 6 meses después del parto
 - c. El primer mes después del parto
 - d. Durante todo el embarazo
18. ¿Cómo se deben de tomar los anticonceptivos orales (la píldora)?
- a. Todos los días
 - b. Solo una vez a la semana
 - c. Solo una vez al mes
 - d. Solo cuando se tienen relaciones sexuales

19. ¿Quién debe colocarse los métodos anticonceptivos inyectados?

- a. Mujeres
- b. Hombres
- c. Ambos
- d. No sabe

20. La pareja puede utilizar condón masculino y condón femenino al mismo tiempo

- a. SI; porque mejora la protección si se usan dos al mismo tiempo
- b. NO; porque la fricción en el coito, causa que se rompan los condones
- c. Es mejor que ninguno de los dos use condón
- d. No sabe

BLOQUE II: ACTITUDES

Marque con una **X** indicando su grado de acuerdo o desacuerdo, respecto a las siguientes afirmaciones sobre los métodos anticonceptivos.

		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1	¿Usted está de acuerdo en que la gente utilice métodos anticonceptivos regularmente?					
2	Los métodos anticonceptivos fallan mucho					
3	Estoy de acuerdo en espaciar los embarazos con métodos anticonceptivos					
4	Los métodos anticonceptivos quitan espontaneidad a la relación sexual					
5	No se pueden utilizar métodos anticonceptivos antes de casarse					
6	Preferiría tener una práctica sexual sin condón aunque lo tuviera a su alcance.					
7	Consideró adecuado recibir información sobre métodos anticonceptivos					
8	Los métodos anticonceptivos pueden causar problemas en el hombre o la mujer que los use					
9	Si usted tuviera pareja ¿Apoyaría a su pareja para que ambos utilicen métodos anticonceptivos?					
10	Si usted pudiera decidir ¿Aconsejaría a otras personas para que utilicen métodos anticonceptivos?					

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar de la investigación: "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS".

He sido informado (a) de que ésta investigación no conlleva riesgo para mi persona, he leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en ésta investigación respondiendo a las preguntas que me hagan y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante: _____

Firma del participante:

Fecha:

Tabla 1

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los estudiantes de 13 a 16 años de los institutos públicos, jornadas matutina y vespertina de nivel básico del departamento de Escuintla durante el periodo de julio – agosto de 2013

Sexo	Tiene	%	No Tiene	%	Total
Masculino	71	6	535	44	606
Femenino	98	8	512	42	610
Total	169	14	1047	86	1216

Tabla 2

Tipo de actitud respecto a métodos anticonceptivos de los estudiantes de 13 a 16 años de los institutos públicos, jornadas matutina y vespertina de nivel básico del departamento de Escuintla durante el periodo de julio – agosto de 2013

Sexo	Positiva	%	Negativa	%	Total
Masculino	509	42	97	8	606
Femenino	491	40	119	10	610
Total	1000	82	216	18	1216

Tabla 3

Uso de métodos anticonceptivos los estudiantes de 13 a 16 años de los institutos públicos, jornadas matutina y vespertina plan diario del departamento de Escuintla durante el periodo de julio – agosto de 2013.

Sexo	Uso	%	No uso	%	Total
Masculino	82	7	524	43	606
Femenino	13	1	597	49	610
Total	95	8	1121	92	1216