



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo Final

Título: Conocimientos y conductas que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.

Alumno: Gentilcore, Marianela

Tutor: Dr. Rabbia, Miguel

Fecha de presentación: Diciembre de 2012

Índice

Resumen.....3

Introducción.....5

Marco Teórico.....8

Problema.....24

Objetivos.....24

Materiales y métodos.....25

Resultados estadísticos .....28

Discusión.....46

Conclusión.....48

Bibliografía.....49

Anexos.....54

## Resumen

Introducción: En la actualidad vemos en nuestros alrededores mujeres que a muy temprana edad quedan embarazadas, jóvenes que deben tomar la gran responsabilidad de ser padres, y dejar de estudiar y disfrutar la adolescencia; y que deben comenzar a comportarse como adultos para mantener una familia. No obstante existen adolescentes que deciden ser padres o madres a esa edad, generalmente influenciados por su cultura.

Objetivo: Evaluar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo prospectivo, en la escuela n° 237 José Hernández de la ciudad de Carcaraña a adolescentes entre 13 y 19 años. La muestra se realizó sobre 150 alumnos. Los resultados de las encuestas fueron volcados en una planilla en Microsoft Excel. Se realizaron gráficos para describir gráficamente las variables.

Resultados: El 58% de los alumnos encuestados es de sexo femenino y el 42% de sexo masculino. El 68% de los alumnos encuestados tuvo alguna vez relaciones sexuales y la gran mayoría respondió que inició sus relaciones entre los 14 y 16 años con una pareja estable. El menor porcentaje lo hizo con una trabajadora sexual. El 96% de los alumnos encuestados sabe que es un método anticonceptivo. El 44,4% de los alumnos nombró que conoce al menos 2 métodos. El 53,3% de los estudiantes utiliza algún método anticonceptivo, los más utilizados son el preservativo y los ACO; Dentro de los que no utilizan, la gran mayoría es porque actualmente no tiene relaciones sexuales. Dentro de los métodos efectivos para prevenir infecciones de transmisión sexual, los más nombrados fueron el preservativo y los ACO. La gran mayoría de los alumnos no sabe si el coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz. El mayor porcentaje de los alumnos ha participado alguna vez de un taller, clase, charla o capacitación

sobre educación sexual, en donde el 92,6% recibió capacitación en la escuela y les interesaría tener acceso a más información de la que poseen.

Conclusión: La principal fuente de información es la escuela y se observa que la mayor parte de los adolescentes están poco o mal informados. Lo que nos lleva a pensar que es necesario crear programas informativos de salud sexual, no solo en las escuelas sino en otros medios de comunicación. Los distintos métodos anticonceptivos en su mayoría no fueron conocidos por los estudiantes, siendo solo los ACO y el preservativo los más conocidos. Además coincidentemente los métodos más usados son el preservativo y los ACO. Esto quizá pueda deberse a que ambos métodos son distribuidos en forma gratuita por el SAMCO de Carcaraña, lo que nos indica que nuestra población estudiada tiene acceso al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

Palabras claves: Anticonceptivos, adolescentes, educación sexual.

## Introducción

En la actualidad vemos en nuestros alrededores mujeres que a muy temprana edad quedan embarazadas, jóvenes que deben tomar la gran responsabilidad de ser padres, y dejar de estudiar y disfrutar la adolescencia; y que deben comenzar a comportarse como adultos para mantener una familia.

No obstante existen adolescentes que deciden ser padres o madres a esa edad, generalmente influenciados por su cultura.

Es por ello que me he planteado el problema de cuáles son los conocimientos y conductas que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.

El desarrollo de la sexualidad se va dando desde el nacimiento y adquiere características diferentes a lo largo de la vida de un individuo. (1)

La adolescencia es un largo proceso que transcurre en forma gradual entre la niñez y la madurez sexual. Tal como lo señala la OMS “Durante este periodo el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita desde los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, y consolida su independencia económica”

La adolescencia se extiende entre los 10 y 20 años, y está caracterizada por una baja incidencia de enfermedades somáticas. Sin embargo, la inestabilidad y el desequilibrio, característicos de este periodo los hacen vulnerables a alteraciones de origen psicosocial, como adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc. (2)

La adolescente está preparada biológicamente para tener un hijo, pero no tiene aun la madurez psicológica ni la posibilidad de manejarse en lo social, resultando el embarazo en muchos casos, el comienzo de frustraciones a nivel personal (relacionado con lo educativo o el trabajo), y en el círculo familiar (este muchas veces induce la interrupción del embarazo)

El inicio de la sexualidad a edades tempranas, sin conocimiento o con una mala utilización de los métodos anticonceptivos, termina en abortos (provocados

muchas veces), o en embarazos y partos en los cuales el recién nacido queda al cuidado de la madre adolescente o de algún otro familiar. (1)

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos capaces de evitar la aparición de un embarazo no deseado.

Las condiciones que debe reunir un contraceptivo para ser ideal, son las siguientes:

Eficacia: Impedir en el 100% de los casos la aparición del embarazo no deseado.

Reversibilidad: Suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuible al método utilizado.

Tolerabilidad: No debe tener efectos secundarios indeseables.

Aceptabilidad: Su utilización no debe crear conflictos matrimoniales en lo que respecta a creencias religiosas, costumbre, sexualidad, etcétera.

Practicabilidad: Debe ser fácil de usar. (2)

Con respecto a la elegibilidad, las adolescentes son elegibles para utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de elecciones anticonceptivas. La edad en si no constituye una razón medica para negar cualquier método a las adolescentes, sin embargo existen aspectos sociales y conductuales que deben ser considerados importantes en la elección de los métodos anticonceptivos. (3)

Ante una adolescente sexualmente activa que no desea embarazarse la anticoncepción debería ser teóricamente una respuesta adecuada y simple. Sin embargo, la realidad es más compleja. La adolescente es una paciente particularmente "crítica", con dificultades para asumir responsabilidades, portadora la mayoría de las veces de información errónea y "mitos" sexuales. Los requisitos para el uso de anticonceptivos en la adolescente son la aceptabilidad, practicabilidad, disponibilidad y privacidad. (4)

## Marco teórico

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos capaces de evitar la aparición de un embarazo no deseado, generalmente impidiendo la fecundación.

(2,5)

Las condiciones que debe reunir un contraceptivo para ser ideal son las siguientes:

Eficacia: Impedir en el 100% de los casos la aparición de un embarazo no deseado.

Reversibilidad: Suspendido su uso, el embarazo debe producirse sin ningún problema importante atribuible al método utilizado.

Tolerabilidad: No debe tener efectos secundarios indeseables.

Aceptabilidad: Su utilización no debe crear conflictos matrimoniales en lo que respecta a creencias religiosas, costumbres, sexualidad, etcétera. (2)

## Clasificación de los métodos anticonceptivos

### 1 Métodos anticonceptivos temporales

#### a) Métodos de barrera físicos

-Preservativo masculino: Es una funda o vaina de látex que se ajusta sobre el pene. Su industrialización generalizó su uso como contraceptivo y como protector frente al contagio de distintas enfermedades venéreas. Para el máximo control deben observarse premisas básicas: utilizar un condón en cada relación sexual, colocarlo antes de comenzar el coito y con el pene erecto, dejar un espacio en el

extremo del condón para contener el semen, desenrollar hasta la base del pene, si se rompe el condón durante el coito, retirar el pene y colocar otro. (2)

-Preservativo femenino: 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 a modo de diafragma, que mantiene al preservativo femenino en posición adecuada, y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y que permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito. Es una barrera eficaz, tanto para los espermatozoides como para enfermedades de transmisión sexual. (1,2)

-Diafragma: Consiste en un resorte circular recubierto de una fina goma de látex. Existen varios tipos de diafragma según el borde del anillo: en espiral, plano o arqueado. Los diafragmas en espiral y arqueados se vuelven ovales cuando se comprimen para su colocación. Los arqueados forman un arco o una media luna cuando se comprimen y son los más fáciles de insertar. El médico debe buscar el tamaño del diafragma adecuado para la paciente e instruirla en la colocación, y verificar, mediante la exploración, que sabe colocárselo correctamente cubriendo el cuello del útero y la porción superior de la vagina. Para elegir la medida se efectúa un tacto vaginal colocando el dedo índice y medio en el fondo de saco vaginal posterior, posteriormente se coloca el pulgar de la mano exploradora contra el dedo índice, para marcar en que sitio este toca el hueso púbico. La distancia desde la punta del dedo medio hasta la punta del pulgar es el diámetro del diafragma que debe probarse. Para la colocación debe tener el recto y la vejiga vacíos.

Se introduce en la vagina antes de la relación sexual y se debe dejar en su lugar hasta 6 horas después.

Técnica de colocación: Para introducirlo, se debe adoptar una posición acostada con las piernas flexionadas, o en posición de cuclillas. Apretar uno contra otro los bordes opuestos del diafragma e introducirlo profundamente en la vagina generalmente con los dedos o con un aplicador. Llevar un extremo hasta el fondo

de saco posterior y luego con el mismo dedo empujarlo en la parte anterior hacia arriba hasta atrás del pubis, donde queda colocado. Se deberá tocar el cuello para verificar que este cubierto y, por lo tanto, colocado correctamente. Para retirarlo, la paciente introduce el dedo índice en la vagina y curvando el dedo engancha por detrás el borde anterior del diafragma y lo desplaza hacia abajo y hacia afuera. Se lava, se seca y se guarda en su envase.

Se puede utilizar con sustancias químicas espermicidas, que aumentan su efectividad. Se coloca la sustancia espermicida en la parte cóncava del diafragma, antes de la introducción. Si se repite el acto sexual luego de 2 horas, se debe aplicar, sin extraer el diafragma, crema espermicida con un aplicador. No retirar antes de las 6 horas del último coito. (1,6)

b) Métodos de barrera químicos:

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos. Los espermicidas más utilizados son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio. (4)

Los mismos producen la ruptura de la membrana del espermatozoide y la separación de la cabeza y la cola.

-Óvulos espermicidas: El ovulo debe colocarse 10 minutos antes de tener la relación sexual, para darle tiempo a la disolución y que cubra todo el cuello uterino. Es importante llevar el ovulo hasta el fondo de la vagina, en contacto con el cuello del útero.

-Cremas espermicidas: No necesita tiempo de espera previo, se coloca con un aplicador en el fondo de la vagina sobre el cuello del útero. (1)

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. (4)

c) Métodos combinados (físicos y químicos)

-Tampones con espermicida: Es la combinación de un método de barrera con un producto químico, el cloruro de benzalconio. Se debe introducir el tampón lo más profundamente en la vagina. Permite una protección de 24 horas. Debe ser retirado en posición de cuclillas, por lo menos 6 horas después de la última relación. (1)

-Diafragma con espermicidas

d) Métodos hormonales

Actúan sobre el eje gonadal retardando la pulsatilidad del eje hipofisario y frenando el pico ovulatorio de la LH. De esta manera producen la inhibición de la ovulación esto se suma las alteraciones de moco cervical, ejercido preferentemente por el progestágeno, generando un moco escaso, viscoso y poco filante que interfiere en la espermomigración.

-Comprimidos orales Según su composición se los clasifica en: combinados y minipíldoras o gestágenos solos.

1) Combinados: Los anticonceptivos orales combinados presentan 2 componentes: estrogénico y progestágeno.

Dentro del componente estrogénico se encuentran el ETINILESTRADIOL y el MESTRANOL. Según la dosis de estrógenos, los ACO se clasifican en: MACRODOSIS 50mcg de etinilestradiol, MICRODOSIS 20 a 35mcg de etinilestradiol, ULTRABAJADOSIS 15mcg de etinilestradiol.

Dentro del componente progestacional, los progestágenos se dividen en 3 grandes grupos: derivados de la progesterona (pregnanos, norpregnanos); derivados de la testosterona (estranos, gonanos); derivados de la espeironolactona.

Según la combinación de esteroides, secuencia y dosis se los divide en:

**MONOFÁSICOS:** Sus píldoras son todas iguales, formadas por la misma dosis de estrógeno y gestágeno, que se administran desde el comienzo del ciclo en regímenes de 21 días y 7 de descanso, o de 24 días y 4 de descanso.

**TRIFÁSICOS:** Sus píldoras modifican las dosis del estrógeno y del gestágeno a lo largo del ciclo en tres fases. En la fase inicial las dosis de ambos son bajas; en la fase media, el estrógeno aumenta para garantizar un mejor control del ciclo y en la tercera fase vuelve a disminuir a la dosis inicial. Por otro lado, el gestágeno con dosis inicialmente baja va incrementando la dosis progresivamente en las dos últimas fases, disminuyendo de esta manera los efectos adversos propios.

**PREPARADOS SECUENCIALES:** Administran estrógenos solos en la primera fase y estrógeno más gestágenos en la segunda fase. No se utilizan en la actualidad. Tienen menor eficacia.

2) Minipíldora: Utiliza gestágenos en dosis pequeñas y continuadas aun durante la menstruación; se puede utilizar durante la lactancia.

Contraindicaciones:

Absolutas:

- Trombosis arterial, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular
- Hepatopatía activa: insuficiencia hepática, cirrosis
- Cáncer de mama en tratamiento
- Hipertensión arterial grave o mal controlada

- Trombosis venosa
- Fumadoras > 35 años
- LUPUS con vasculopatía
- Hipertrigliciridemia

Relativas:

- Hipertensión arterial tratada
- Diabetes
- Epilepsia
- Cefaleas
- Cirugía electiva
- Miomatosis
- Otosclerosis
- Hiperprolactinemia
- Enfermedad de vía biliar
- Drepanocitosis homocigoto

Beneficios:

Disminuyen el flujo menstrual y la anemia secundaria (muy útil en pacientes con hipermenorrea), alivian la dismenorrea, disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio, pueden disminuir la displasia mamaria luego de dos años de uso, usualmente mejoran el acné, disminuyen el riesgo de salpingitis y de embarazo ectópico y la incidencia de miomas uterinos a largo plazo.

Efectos colaterales:

Pueden producir náuseas, vómitos, cambios del humor, cefaleas, edemas, ganancia de peso, metrorragia. La principal desventaja se relaciona con el riesgo de tromboembolismo arterial o venoso que aumenta significativamente asociado a tabaquismo, edad y obesidad, situaciones que deben evaluarse al momento de indicarlos. Aumentan el riesgo de cáncer de cérvix. (2, 7,8)

-Inyectables

Inyección mensual: Consiste en la administración mensual de estrógenos y gestágenos, de depósito que inhiben la ovulación. Se administra alrededor del 1° o 5° día del ciclo, y luego cada 30 días por vía intramuscular

Inyección trimestral: Utilizan 150mg de acetato de medroxiprogesterona y se indican en una aplicación intramuscular trimestral. No se aconseja en adolescentes, ya que la marcada anovulación y la no sustitución con estrógenos impactan en la consolidación de su masa ósea. (2,7)

-Parches transdérmicos: Consisten en parches que se aplican sobre la piel y liberan estrógenos y progestágenos. La mujer debe utilizar un parche por semana durante tres semanas y descansar en la cuarta (momento en el que se produce la

menstruación). Todo parche nuevo debe aplicarse el mismo día de la semana. El primer parche se aplica durante las primeras 24 horas del periodo menstrual.

(8)

e) Métodos de abstinencia periódica

La fertilidad de la mujer es periódica en el curso de cada ciclo. Los métodos naturales de control de la natalidad consisten simplemente en evitar las relaciones sexuales durante el periodo fértil de la mujer.

Método de Ogino-Knaus: Los días fértiles de cada ciclo dependen de tres factores fisiológicos:

a) Día de la ovulación: En condiciones ideales ocurre el día 14 del ciclo (o 2 días antes o después), o sea, que podría presentarse entre los días 12 y 16 de un ciclo menstrual de 28 días.

b) Supervivencia del espermatozoide: Antes se creía que el zoospermio mantenía su capacidad reproductiva en el aparato genital femenino durante 48 horas. Sin embargo, el hallazgo de espermatozoides móviles hasta 7 días post coito pone en duda esta creencia. Esto obliga a ampliar el periodo de abstinencia hasta el día 10 del ciclo.

c) Vida del ovulo: Se calcula que el ovulo persiste fértil durante 24 a 48 horas después de la rotura folicular, por lo que el coito debe interrumpirse hasta el día 18 del ciclo.

Antes de aplicar este método la mujer debe controlar durante 3 a 6 ciclos la duración de los mismos, dado que la base de este procedimiento descansa sobre un ciclo ideal de 28 días.

Método de Billings: Se basa en el control de las modificaciones del moco cervical para establecer la fecha de ovulación y el periodo de abstinencia. Mediante un entrenamiento previo, la mujer diariamente recoge el moco de su introito, observa las características del mismo (grado de humedad, color y viscosidad) y confecciona un registro, estableciendo los periodos:

1° periodo (menstruación) infértil, hasta el día 4° del ciclo.

2° periodo (seco) infértil, días 5° a 9° del ciclo.

3° periodo (secretante) fértil, desde el día 10° a 16° del ciclo.

4° periodo (seco) infértil, días 17° a 28° del ciclo.

Método del ritmo por la temperatura basal: El tiempo de la ovulación también puede ser determinado por medio de la temperatura basal. Se controla durante 6 ciclos la curva de temperatura y a partir de esa evaluación se establece el día que se produce la ovulación, calculando el tiempo de abstinencia en más o menos 3 días. (9)

f) Método natural

-Método de la amenorrea de la lactancia (MELA): El amamantamiento proporciona cierta protección para evitar el embarazo, luego del parto, hasta los seis meses posteriores. La paciente debe estar en amenorrea y el niño con alimentación exclusiva o casi exclusiva de leche materna. Cuando pasan los seis meses la posibilidad de embarazo es mayor y no se debe confiar solo en la lactancia como método anticonceptivo, es decir se debe utilizar otro método. (1)

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:

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

Desventajas:

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

G) Dispositivos Intrauterinos

Un dispositivo intrauterino es un elemento pequeño y flexible, habitualmente de plástico con metal o con un progestágeno, que impide el embarazo en forma efectiva e inocua cuando es insertado dentro de la cavidad uterina; No protegen contra las infecciones transmisibles por vía sexual.

Mecanismo de acción: Actúan fundamentalmente interfiriendo en el transporte, la integridad y la capacitación de los espermatozoides en el aparato genital femenino. Esto impide la fertilización del ovulo. La presencia de DIU provoca en el endometrio una reacción inflamatoria aséptica, por la presencia del cuerpo extraño, con la llegada de neutrófilos, macrófagos y el aumento de prostaglandinas y citoquinas que son deletéreas para la motilidad y capacitación del espermatozoide. También afectarían la capacidad de implantación del cigoto, y modifican las características del moco cervical, haciéndolo espeso y viscoso y dificultando así el pasaje de los espermatozoides.

Clasificación:

DIU con cobre El más utilizado es la T de cobre 380A. La T, cuya barra longitudinal mide 36mm y cuya rama horizontal mide 32mm de largo, tiene un filamento de cobre en la rama vertical y cobre en forma de barras en la rama transversal. Su uso está aprobado para 10 años.

DIU liberador de levonorgestrel Libera progresivamente, a lo largo de 5 años, un promedio de 14ug de levonorgestrel por día a la cavidad uterina. El levonorgestrel es un potente gestageno de segunda generación que modifica el moco cervical y suprime la proliferación endometrial, creando un ambiente hostil para la supervivencia de los espermatozoides en el tracto genital femenino, al inhibir su motilidad y su capacitación, previniendo la fertilización.

Inserción del DIU: Puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, Aunque se recomienda hacerlo cuando la paciente esta menstruando, porque hay menos probabilidad de que haya un embarazo, es más fácil la inserción y hay menos dolor.

Problemas relacionados con la inserción del DIU: Expulsión, perforación.

Efectividad: Los DIU T380A y la T de levonorgestrel tienen una tasas de embarazo extraordinariamente bajas, menos de 0,2 por 100 mujeres-año.

Beneficios: Los DIU actuales proporcionan una anticoncepción excelente sin una preocupación continua para la usuaria. Tanto el T380A de cobre como la T de levonorgestrel protegen frente al embarazo ectópico. La T de levonorgestrel, al liberar levonorgestrel, disminuye el sangrado y dolor menstrual. Se han utilizado ampliamente para tratar el sangrado menstrual excesivo. Los beneficios adicionales no anticonceptivos son la reducción del riesgo de cáncer de endometrio y la mejoría de los síntomas de la endometriosis.

Complicaciones:

Hipermenorrea y metrorragia

Embarazo

Perforación

Infección

Aumento del flujo vaginal

Expulsión

Contraindicaciones:

Enfermedad inflamatoria pelviana

Infecciones vaginales

Patología endocavitaria uterina

Deformación de la cavidad uterina por miomatosis u otras causas

Historias de metrorragias repetidas

Dismenorrea intensa

Embarazo

Alergia al cobre

Enfermedad de Wilson (6, 7, 10,11)

#### h) Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia evita el embarazo accidental. Es importante puntualizar que no es un método abortivo.

Con este método se puede intentar suplir el error o falla cometida.

La inhibición de la ovulación y la alteración de la migración espermática son los únicos mecanismos comprobados hasta el momento.

Los anticonceptivos que se pueden utilizar en estas circunstancias son:

Preparados anticonceptivos de emergencia Anticonceptivo de emergencia, para utilizar dentro de las 72hs de una relación sexual sin protección. Si pasaron más de 72hs de la relación sexual, no tomar las grageas.

Este método no afecta el embarazo establecido, en caso de realizarse la toma después de la implantación.

Dosificación: Levonorgestrel 0,75 mg. (2 comprimidos. Tomar uno cada 12 hs, o los dos juntos)

Levonorgestrel 1,5 mg. (1 gragea dentro de las 72hs de una relación sexual sin protección)

Minipildoras Son anticonceptivos que solo tienen un progestágeno en su composición.

El tratamiento consiste en una toma dentro de las 72 horas de una relación sexual sin protección y una segunda dosis 12 horas después. La cantidad de comprimidos depende de la cantidad de progestágeno que contiene cada comprimido. Para el uso en nuestro medio la dosis debería ser muy elevada (40 comprimidos en 2 tomas), lo que produciría trastornos secundarios. (Vómitos). Por lo tanto, se desaconseja su uso.

Anticonceptivos combinados Estas son grageas anticonceptivas combinadas que contienen estrógeno y progesterona. Se pueden utilizar Microvlar o Evelea. La composición de ambos es la misma (etinilestradiol 30mcg –levonorgestrel 150mcg). La dosis como anticonceptivo de emergencia es de 4 grageas, repetidas a las 12 hs; en total son 8 comprimidos.

Efectividad: El uso de anticonceptivos de emergencia reduce el riesgo de embarazo. La efectividad disminuye a medida que el tiempo transcurre, menos de 24hs: 95%, entre las 25-48hs: 85%, y el 58% entre las 49-72hs.

El 50% de las usuarias sufre náuseas y el 75% vómitos. De presentarse esto último dentro de las primeras 2 horas, se debe repetir cuanto antes otra dosis.

Para evitar las náuseas y los vómitos, se puede administrar una hora antes algún medicamento que contenga metoclopramida.

Colocación de un DIU Para evitar el embarazo, se puede colocar un DIU con cobre dentro de los 5 primeros días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. La inserción del DIU T de cobre reduce el riesgo de embarazo a consecuencia de las primeras relaciones sexuales sin protección en más de un 99%. Además el DIU, se puede dejar en su lugar para lograr un efecto anticonceptivo posterior. (1)

i) Coito interrumpido

Es un método difundido, que consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular. Requiere un seguro control mental por parte de hombre, por la posibilidad de goteo seminal en la vagina o vestíbulo, con el riesgo de embarazo. Puede provocar trastornos emocionales o estados de tensión en la pareja. (9)

2- Métodos anticonceptivos definitivos:

Estos métodos son quirúrgicos y producen la esterilización femenina (Ligadura tubaria) o masculina (Vasectomía). Tienen como finalidad impedir el paso del ovulo o los espermatozoides a través de las trompas de Falopio en la mujer o el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes en el hombre. La elección de este método debe ser bien elaborado, pensado y resuelto por la pareja ya que el procedimiento es generalmente irreversible. (1)

a) Esterilización femenina: Esta intervención se puede hacer en tres momentos distintos: Durante una intervención cesárea; Inmediato a un parto vaginal; o alejado del parto por videolaparoscopia Funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y por lo tanto, no entran en contacto con el esperma.

Efectos Colaterales: Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud: Ayuda a proteger contra:

Riesgos de embarazo

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Puede ayudar a proteger contra: Cáncer de ovario

Riesgos conocidos para la salud: Complicaciones de la cirugía y anestesia

Complicaciones de la Cirugía Poco comunes a extremadamente raros:

La esterilización femenina es un método de anticoncepción seguro. Sin embargo, requiere cirugía y anestesia, lo que conlleva algunos riesgos, tales como infección o absceso de la herida. Las complicaciones graves no son comunes. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara. (1,12)

b) Esterilización masculina: La vasectomía no es un procedimiento de uso en nuestro medio. Consiste en la sección de los conductos deferentes. La técnica básica consiste en palpar el conducto deferente a través del escroto, sujetarlo con los dedos o con pinzas atraumáticas y efectuar una pequeña incisión, previa anestesia local. Se reseca un pequeño segmento, se liga y se efectúa electrocoagulación en ambos extremos. No es esencial la hospitalización. Entre sus complicaciones figura el hematoma, pero el procedimiento es en general bien tolerado.

Tiene la intención de ser un método anticonceptivo permanente; aunque en alrededor la mitad de los casos, las técnicas modernas de microcirugía, pueden revertir el procedimiento y lograr una fertilidad posterior. Cuanto mayor es el intervalo desde la vasectomía, peores son los resultados de la reversión.

No hay contraindicaciones absolutas para la misma. Las contraindicaciones relativas pueden ser la ausencia de hijos, edad <30 años, una enfermedad grave, ninguna relación actual y dolor en el escroto. (1, 13,14)

Problema

¿Cuáles son los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos?

Objetivo general

Evaluar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según edad y sexo.
- Conocer a qué edad inicio sus relaciones sexuales y con quien.
- Conocer si los adolescentes utilizan algún método anticonceptivo y cuáles son.
- Evaluar, en caso de que no utilicen métodos anticonceptivos, porque no lo hacen.
- Identificar el porcentaje de adolescentes que han participado en algún taller, clase, capacitación o charla sobre educación sexual.
- Conocer en que ámbito han adquirido los conocimientos sobre educación sexual.
- Identificar el porcentaje de adolescentes que les interesaría tener acceso a más información de la que poseen.

Materiales y métodos

Se llevo a cabo un estudio de tipo prospectivo en base a una encuesta realizada a un grupo adolescentes entre 13 y 19 años de edad que concurren a la Escuela nº 237 “José Hernández” (Avenida La plata 1555) de la ciudad de Carcarañá.

Para la búsqueda de información se aplico una encuesta anónima, el instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario elaborado para tal fin con preguntas cerradas y opciones múltiples. (Ver anexo).

La encuesta se realizo en las aulas de la escuela. El muestreo quedó conformado por 150 alumnos que concurren a dicha Institución, estratificados por: edad: comprendida entre 13 y 19 años, sexo. La selección de los sujetos se realizo en forma aleatoria y voluntaria.

Los datos de las encuestas fueron volcados en una planilla en Microsoft Excel para su posterior procesamiento en los programas estadísticos SPSS y SAS.

Para describir las variables cuantitativas se calcularán promedio, desvío estándar, mínimo y máximo. Para describir las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Se realizaron gráficos para describir gráficamente las variables: histogramas, gráficos de sectores, barras y barras comparativas.

Se aplicaron los test estadísticos Chi cuadrado, Fisher y T Student. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativas las pruebas de hipótesis con valores de p asociados inferiores a 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Las variables que se tomaron en cuenta para el análisis fueron las siguientes:

Edad (variable cuantitativa el que se responde con el número adecuado)

Sexo

Edad de inicio de las relaciones sexuales (Variable con tres posibilidades: antes de los 13 años, entre 14 y 16 años, después de los 17 años)

Persona con quien se inicio sexualmente (variable cualitativa existiendo en la respuesta cuatro posibilidades: pareja estable, casual, amigo/a, trabajadora sexual)

Conocimiento sobre si utilizan métodos anticonceptivos

Conocimiento sobre que es un método anticonceptivo (Variable cualitativa existiendo en la respuesta dos posibilidades: Sí y No.)

Interés por recibir mayor información (Variable cualitativa existiendo en la respuesta dos posibilidades: Sí y No.)

Consentimiento informado.

Por la presente, yo .....autorizo a mi hijo/a .....a participar de la encuesta sobre “ Cuales son los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos” , la cual consta de preguntas a responder en forma anónima. La información obtenida será utilizada para la realización del Trabajo Final de Investigación de Marianela Gentilcore, necesario para la graduación de Medicina y será presentado ante el Comité de Investigación de la Universidad Abierta Interamericana.

## Resultados Estadísticos

### Análisis Descriptivo

Se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo en base a en una encuesta sobre educación sexual, la misma fue armada con preguntas cerradas y de respuestas múltiples.

Se realizó a los alumnos que concurren a la Escuela Nº 237 “José Hernández de la ciudad de Carcarañá.

El muestreo quedó conformado por 150 alumnos que concurren a dicha Institución con edades entre 13 y 19 años.

- Caracterizar a la población según edad y sexo.

Edad de los alumnos encuestados:

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
13	19	15,9	1,5

La edad promedio de los alumnos encuestados fue de  $15,9 \pm 1,5$  años, con una edad mínima de 13 y una máxima de 19 años.

Gráfico 1: Distribución de las edades de los alumnos encuestados

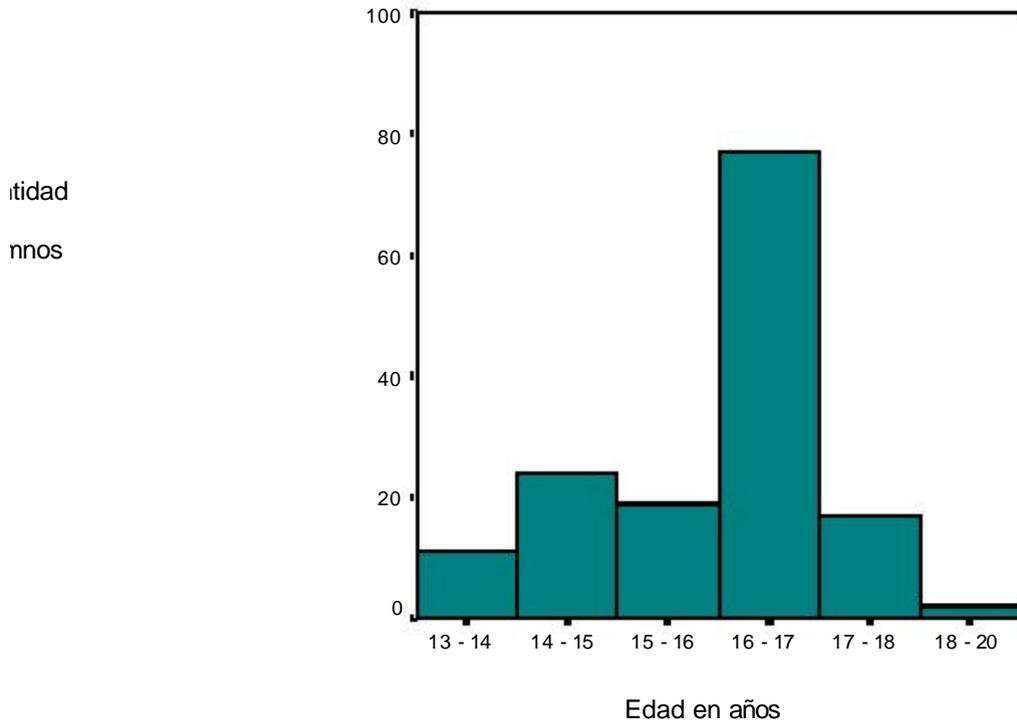
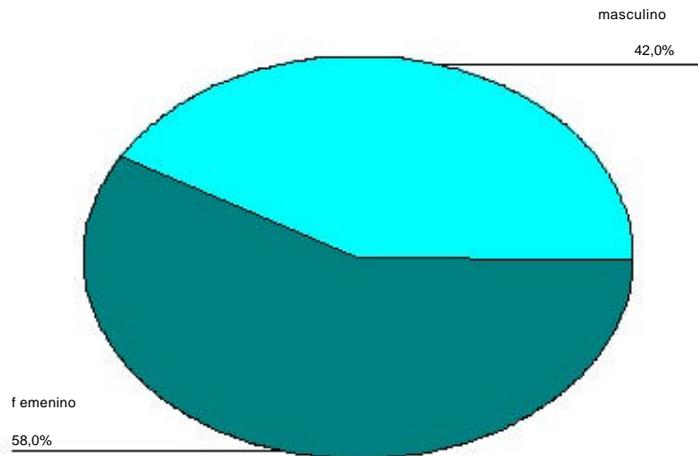


Gráfico 2: Sexo de los alumnos encuestados

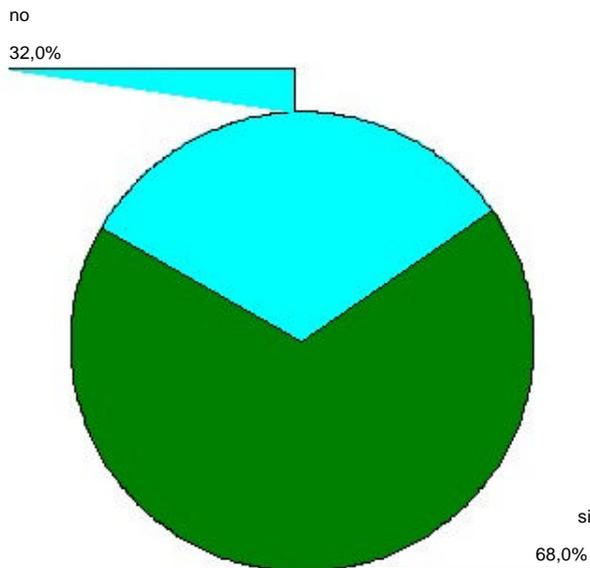


El 58% (87) de los alumnos encuestados es de sexo femenino y el 42% (63) de sexo masculino.

**\*Conocer a qué edad inicio sus relaciones sexuales y con quien**

El 68% (102) de los alumnos encuestados tuvieron alguna vez relaciones sexuales y el 32% (48) no tuvo.

Gráfico 3: ¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales?



A los 102 alumnos que respondieron que alguna vez tuvieron relaciones sexuales se les preguntó las siguientes 2 preguntas:

¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?	Frecuencia	%
entre los 14 y 16 años	72	70,6
antes de los 13 años	22	21,6
después de los 17 años	8	7,8
Total	102	100

El 70,6% (72) de los alumnos respondió que inició sus relaciones entre los 14 y 16 años, el 21,6% (22) respondió que antes de los 13 años y un 7,8% (8) dijo iniciar sus relaciones después de los 17 años.

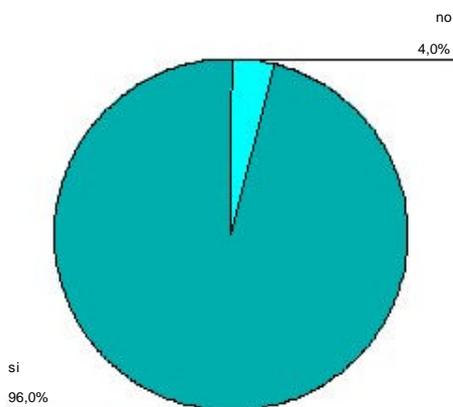
¿Con quién se inició sexualmente?	Frecuencia	%
pareja estable	50	49
Casual	29	28,4
amigo/a	17	16,7
trabajadora sexual	6	5,9
Total	102	100

El 49% (50) inicio sus relaciones con una pareja, el 28,4% (29) fue en forma casual, el 16,7% (17) con amigo/a y el 5,9% (6) son trabajadoras sexuales.

**\*Conocer si los adolescentes utilizan algún método anticonceptivo y cuáles son.**

El 96% (144) de los alumnos encuestados sabe que es un método anticonceptivo y el 4% (6) no sabe.

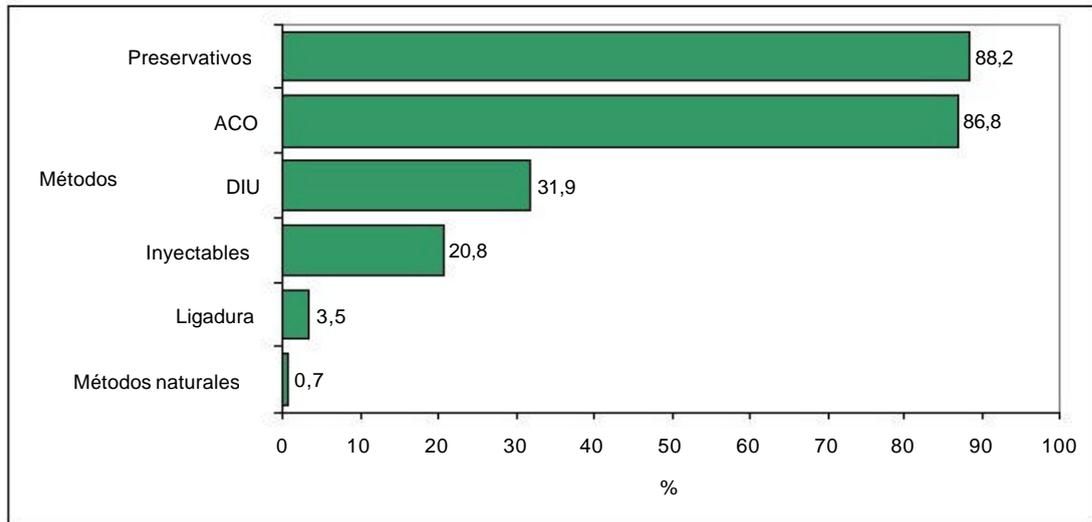
Gráfico 4: ¿Sabe que es un método anticonceptivo?



A los 144 alumnos que respondieron que saben que es un método anticonceptivo se les pidió que nombren cuales conocen:

Pregunta de respuesta múltiple, los alumnos podían nombrar más de un método.

Gráfico 5: Métodos anticonceptivos que nombraron los alumnos

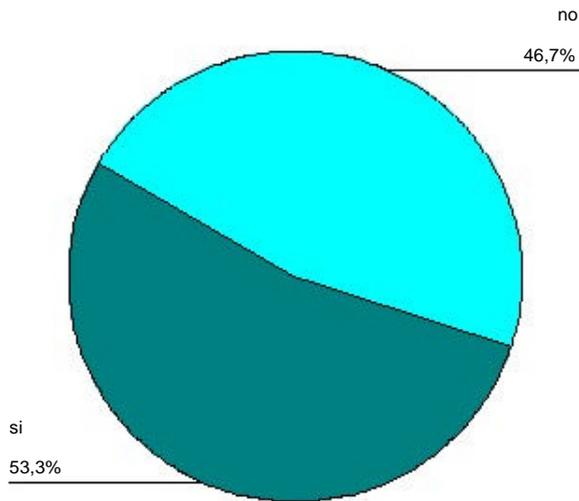


Cantidad de métodos que conoce	Frecuencia	Frecuencia %
Dos	64	44,4
Tres	37	25,7
Cuatro	21	14,6
Uno	11	7,6
No nombraron	11	7,6
Total	144	100

El 44,4% (64) de los alumnos nombró 2 métodos, el 25,7% (37) nombró 3, el 14,6% (21) nombró 4, el 7,6% (11) nombró uno, y un 7,6% (11) si bien dijo conocer no nombró ninguno.

Gráfico 6: ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

El 53,3% (80) de los estudiantes utiliza algún método anticonceptivo y el 46,7% (70) no utiliza.



- A los 80 alumnos que usan métodos anticonceptivos se les preguntó cuales:

Métodos	Frecuencia	%
Preservativo	53	66,3
ACO	27	33,8
Total	80	100

El 66,3% (53) respondió que usa preservativos y el 33,8% (27) ACO.

\*Evaluar, en caso de que no utilicen métodos anticonceptivos, porque no lo hacen.

- A los 70 alumnos que no usan métodos anticonceptivos se les preguntó cuál es el motivo por el cual no lo utilizan

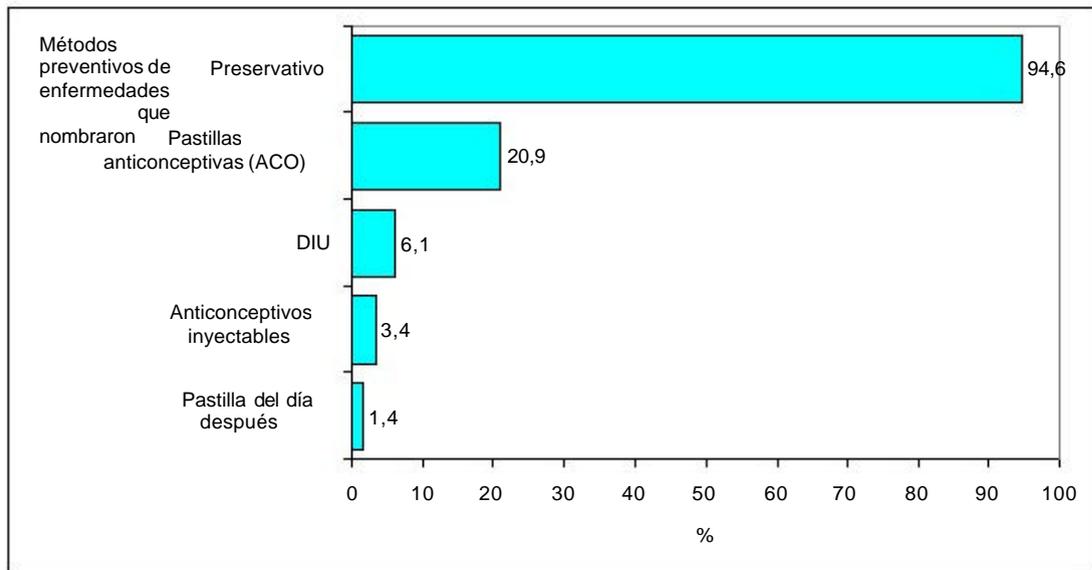
Motivos	Frecuencia	%
Actualmente no tiene relaciones sexuales	60	85,7
No le gusta usar	5	7,1
No sabe cómo utilizarlos	4	5,7
Su pareja no quiere utilizarlos	1	1,4
Total	70	100

El 85,7% (60) de los alumnos dicen que no utiliza porque actualmente no tiene relaciones sexuales, al 7,1% (5) no le gusta usar, el 5,7% (4) no sabe cómo utilizarlos y el 1,4% (1) dice que su pareja no quiere que los utilice.

¿Si su pareja le pidiera no cuidarse, lo haría?	Frecuencia	%
No	115	76,7
Si	35	23,3
Total	150	100

El 76,7% (115) dice que si su pareja le pidiera no cuidarse no le haría caso, y el 23,3% (35) dice que si le haría caso.

Gráfico 7: Método efectivo para prevenir enfermedades



Nota 1: Pregunta de respuesta múltiple, los alumnos podían nombrar más de un método.

Nota 2: dos alumnos no respondieron a esta pregunta, por lo que el total se reduce de 150 a 148 respuestas.

El 94,6% (140) nombró preservativos, el 20,9% (31) ACO, el 6,1% (9) DIU, el 3,4% (5) anticonceptivos inyectables y el 1,4% (2) pastilla del día después.

Se debe aclarar que esa fueron las respuestas de los alumnos. Solo 112 nombraron únicamente preservativo que es el único método que sirve para prevenir enfermedades.

El coito interrumpido, ¿es un método anticonceptivo eficaz?	Frecuencia	%
no lo sabe	109	73,2
No	37	24,8
Si	3	2
Total	149	100

Nota: 1 registro sin información

El 73,2% (109) de los alumnos no sabe si el coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz, el 24,8% (37) dice que no es un método eficaz y el 2% (3) dice que sí lo es.

¿Existen métodos anticonceptivos definitivos?	Frecuencia	%
no lo sabe	78	52,7
Si	45	30,4
No	25	16,9
Total	148	100

Nota: 2 registro sin información

El 52,7% (78) de los alumnos no sabe si existe algún método anticonceptivo definitivo, el 30,4% (45) dice que si, y el 16,9% (25) que no.

\* Identificar el porcentaje de adolescentes que han participado en algún taller, clase, capacitación o charla sobre educación sexual.

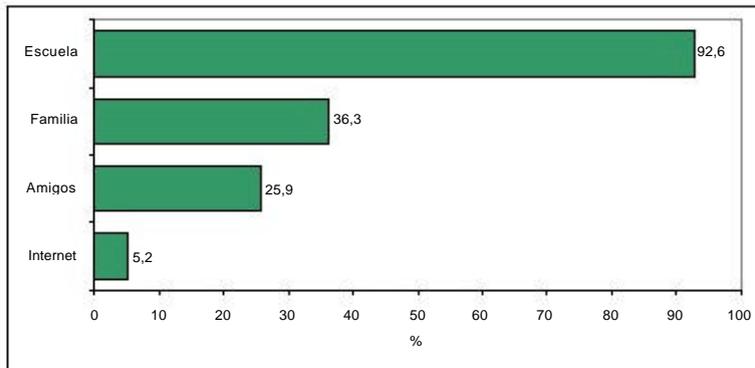
¿Alguna vez has participado de un taller, clase, charla o capacitación sobre educación sexual?	Frecuencia	%
Si	136	90,7
No	14	9,3
Total	150	100

El 90,7% (136) de los alumnos dice que alguna vez participó de un taller, clase, charla o capacitación sobre educación sexual y el 9,3% (14) dice que no.

\*Conocer en que ámbito han adquirido los conocimientos sobre educación sexual.

- A los 136 alumnos que alguna vez participaron se les preguntó donde, y sus respuestas fueron:

Gráfico 8: Participación en Talleres, charlas o capacitación sobre educación sexual



Nota 1: Pregunta de respuesta múltiple, los alumnos podían nombrar más de un método.

Nota 2: 1 alumno no respondió a esta pregunta, por lo que el total se reduce de 136 a 135 respuestas.

El 92,6% (125) recibió capacitaciones en la escuela, el 36,3% (49) en la familia, el 25,9% (35) con amigos y un 5,2% (7) a través de Internet.

\*Identificar el porcentaje de adolescentes que les interesaría tener acceso a más información de la que poseen.

¿Te interesaría tener acceso a más información de las que posees?	Frecuencia	%
Si	130	86,7
No	20	13,3
Total	150	100

Al 86,7% (130) de los alumnos le interesaría tener acceso a más información de las que posees y al 13,3% (20) no le interesaría.

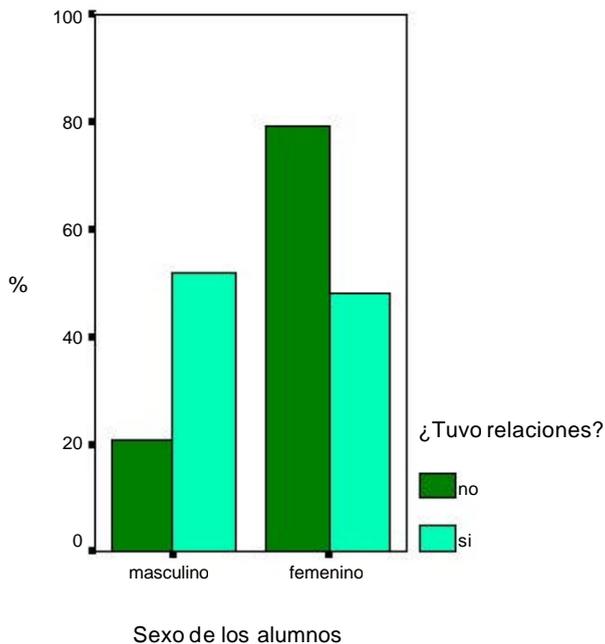
Cruces de variables

¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales? según sexo

De los alumnos que no tuvieron relaciones sexuales, el 79,2% (79,2) son de sexo femenino y el 20,8% (10) masculino. Y de los alumnos que si tuvieron relaciones se encontró que el 48% (49) son de sexo femenino y el 52% (53) masculino.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos que tuvieron o no relaciones sexuales según el sexo de los mismos ( $p= 0,0003$ )

Gráfico 9: ¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales? y sexo de los alumnos



¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales? según edad

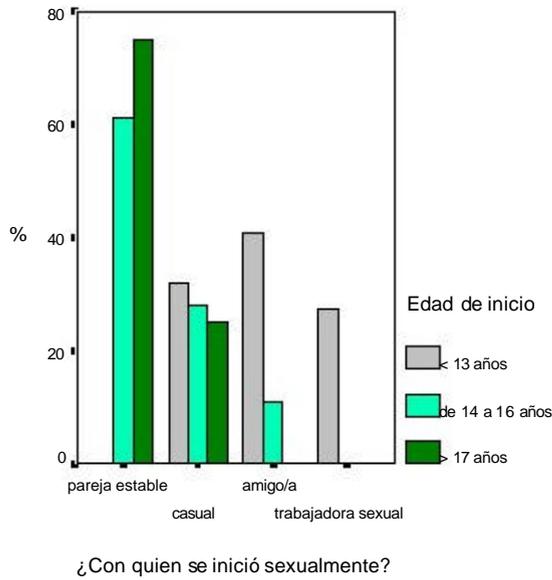
¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales?	N	Promedio	Desvío estándar
No	48	15,02	1,6
Si	102	16,3	1,3

La edad promedio de alumnos que no tuvieron relaciones sexuales es de  $15,02 \pm 1,6$  años; y la edad promedio de los alumnos que si tuvieron relaciones sexuales es de  $16,3 \pm 1,32$  años.

En base a la evidencia muestral se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las edades promedio de los alumnos que tuvieron y no tuvieron relaciones sexuales ( $p < 0,0001$ )

¿Con quién se inició sexualmente? Según edad inicio sus relaciones sexuales

Gráfico 10: ¿Con quién se inició sexualmente? y la edad inicio sus relaciones sexuales



Del 100% (22) alumnos que iniciaron sus relaciones antes de los 13 años se encontró que el 31,8% (7) lo realizó en forma casual, el 40,9% (9) con amigos/as y el 27,3% (6) como trabajadora sexual.

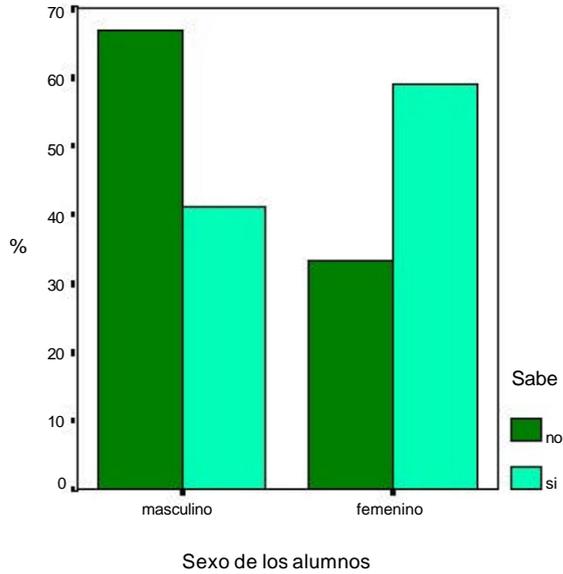
Del 100% (72) de los alumnos que iniciaron sus relaciones entre los 14 y 16 años, se encontró que el 61,1% (44) lo realizó con pareja estable, el 27,8% (20) de forma casual y el 11,1% (8) con amigos/as

Del 100% (8) de los alumnos que iniciaron sus relaciones después de los 17 años se encontró que el 75% (6) lo realizó con una pareja estable y el 25% (2) en forma casual.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre con quienes se iniciaron sexualmente y la edad de inicio de sus relaciones ( $p < 0,0001$ ).

¿Sabe que es un método anticonceptivo? según sexo

Gráfico 11: ¿Sabe que es un método anticonceptivo? y el sexo de los alumnos



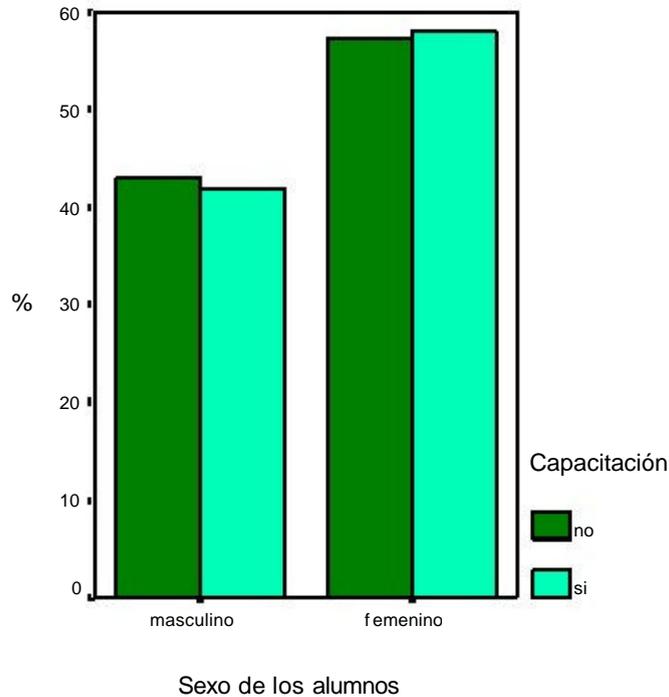
Del 100% (6) de alumnos que no saben que es un método anticonceptivos, se encontró que el 66,7% (4) son de sexo masculino y el 33,3% (2) femenino.

Del 100% (144) de los alumnos que saben que es un método anticonceptivo, se encontró que el 41% (59) son de sexo masculino y el 59% (85) femenino.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos que conocen y no que es un método anticonceptivo y el sexo de los mismos ( $p= 0,24$ )

¿Alguna vez has participado de un taller, clase, charla o capacitación sobre educación sexual? Según sexo

Gráfico 12: ¿Alguna vez has participado de un taller, clase, charla o capacitación sobre educación sexual? y el sexo de los alumnos

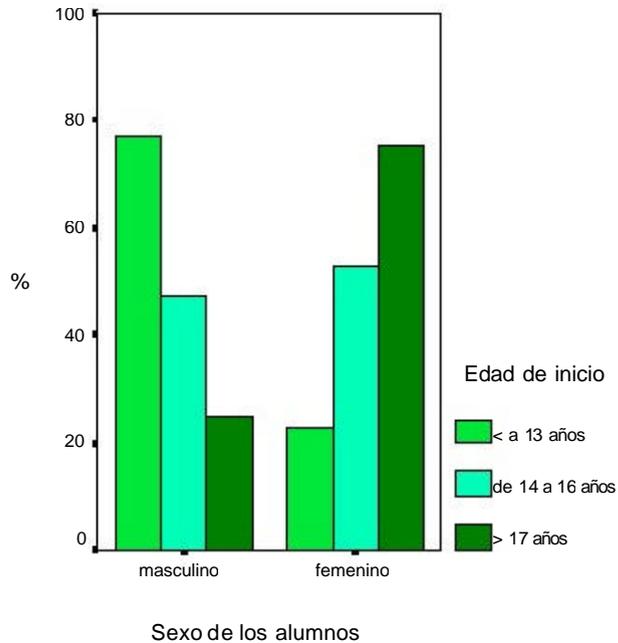


Del 100% (14) de alumnos que nunca participaron de una charla, taller o capacitación sexual se encontró que el 57,1% (8) son de sexo femenino y el 42,9% (6) de sexo masculino. Y del 100% (1136) de alumnos que alguna vez participó de una charla, taller o capacitación sexual se encontró que el 58,1 (79) son de sexo femenino y el 41,9% (6) de sexo masculino.

En base a la evidencia muestral se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los algunos que alguna vez participaron o no de las charlas sobre educación sexual y el sexo de los mismo ( $p=0,95$ )

¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales? Según sexo

Gráfico 13: ¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales? y el sexo de los alumnos



Nota: sobre el total de los 102 alumnos que respondieron haber tenido relaciones sexuales.

Del 100% (22) de los alumnos que iniciaron sus relaciones antes de los 13 años se encontró que el 77,3% (17) fueron de sexo masculino y el 22,7% (5) de sexo femenino.

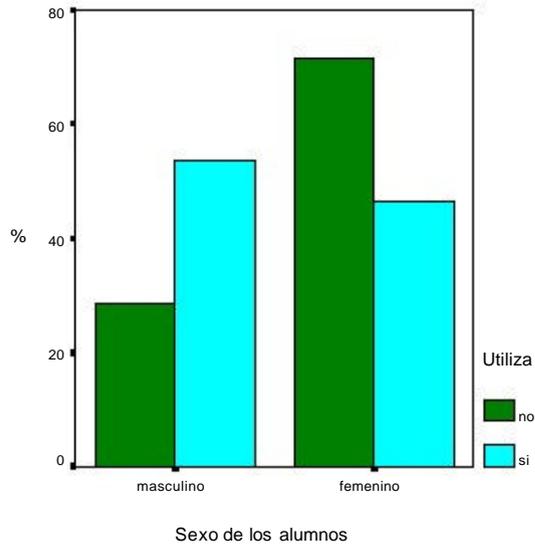
Del 100% (72) de los alumnos que iniciaron sus relaciones entre los 14 y 16 años se encontró que el 48,2% (34) fueron de sexo masculino y el 52,8% (38) de sexo femenino.

Del 100% (8) de los alumnos que iniciaron sus relaciones después de los 17 años se encontró que el 25% (2) fueron de sexo masculino y el 48% (49) de sexo femenino.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre las edades de inicio de sus relaciones sexuales y el sexo de los alumnos ( $p= 0,013$ )

### ¿Utiliza algún método anticonceptivo? según sexo

Gráfico 14: ¿Utiliza algún método anticonceptivo? y el sexo de los alumnos



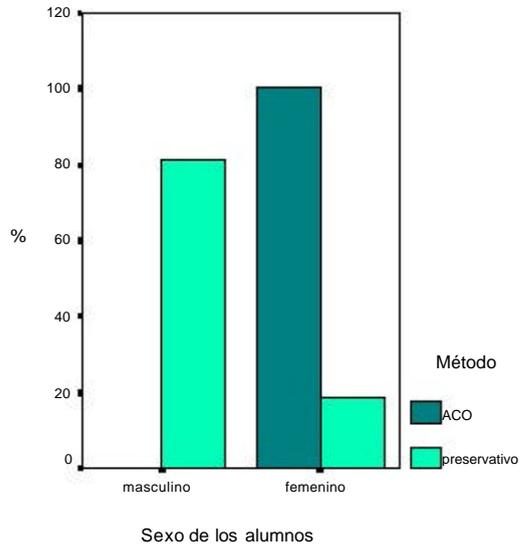
Del 100% (70) de los alumnos que no utilizan algún método anticonceptivos se encontró que el 28,6% (20) son de sexo masculino y el 71,4% (50) de sexo femenino.

Del 100% (80) de los alumnos que utilizan algún método anticonceptivos se encontró que el 53,8% (43) son de sexo masculino y el 46,3% (37) de sexo femenino.

En base a la evidencia muestral se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre la utilización o no de métodos anticonceptivos y el sexo de los alumnos ( $p=0,0018$ ).

### Método anticonceptivo que utilizan según sexo

Gráfico 15: Método anticonceptivo que utilizan según sexo



Nota: sobre el total de 80 alumnos que respondieron que utilizan método anticonceptivo

Del 100% (27) de las alumnos que dijeron utilizar ACO son todas de sexo femenino.

Y del 100% (53) de los alumnos que dijeron utilizar preservativos, el 81,1% (43) son de sexo masculino y el 18,9% (10) de sexo femenino.

## Discusión

De los resultados obtenidos por medio de las 150 encuestas a los alumnos de la Escuela n° 237, estas nos muestran que el 58% son de sexo femenino y un 42% de sexo masculino.

En el análisis de los resultados se observó que el 68% de los alumnos ha tenido relaciones sexuales, en donde un 70,6% se inició entre los 14 y 17 años, el 21,6 % antes de los 13 años y un 7,8% después de los 17 años. Comparativamente con otros estudios realizados en Colombia y Chile en donde los adolescentes se inician sexualmente a una edad más temprana, alrededor de los 13 años <sup>(15, 16,17)</sup>, se demuestra que los jóvenes de la escuela, inician sus relaciones sexuales a una mayor edad (14-17 años)

En cuanto a la persona con quien se iniciaron sexualmente, el mayor porcentaje lo hizo con una pareja estable, y en menor porcentaje en forma casual, resultado igual al encontrado en un estudio realizado en México, con la diferencia que en este solo un 1,2% lo hizo en forma casual <sup>(18)</sup>, a comparación con nuestro trabajo donde el porcentaje fue mucho mayor. (28%).

Con respecto a cuantos métodos anticonceptivos conocen la mayoría conoce al menos 2 métodos a diferencia de un estudio realizado en México en donde el mayor porcentaje conoce un solo método. <sup>(19)</sup>

Los datos demuestran que los métodos anticonceptivos que más utilizan nuestros estudiantes son el preservativo los hombres y los anticonceptivos orales las mujeres; en comparación con un estudio realizado en Costa Rica, coincide que los varones utilizan el preservativo como principal método anticonceptivo <sup>(20)</sup>, pero con respecto a las mujeres en comparación con un estudio realizado en México, solo un mínimo porcentaje utiliza los ACO como principal método anticonceptivo, utilizando el DIU en un mayor porcentaje <sup>(21)</sup>, en contraposición con nuestro trabajo en donde nadie lo utiliza. En un estudio realizado en Cuba, el DIU y los anticonceptivos inyectables son los más utilizados. <sup>(22)</sup>

En nuestro trabajo el 46,6 % no utiliza ningún método anticonceptivo debido a que actualmente no tiene relaciones sexuales, en comparación con un trabajo realizado en Cuba, en donde el no uso se debe a que afecta la sensación sexual.<sup>(23)</sup>

Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron el preservativo y los ACO, al igual que un trabajo realizado en Perú <sup>(24)</sup>, En contraposición con un estudio realizado en Cuba, en donde los más conocidos fueron el preservativo y el DIU <sup>(25)</sup>.

Si bien la mayoría de los estudiantes señalan al preservativo como el método efectivo para prevenir infecciones de transmisión sexual, un gran porcentaje tiene como concepto erróneo, que los ACO también son efectivos a diferencia de un estudio realizado en Cuba en donde todos los estudiantes tienen en claro que el preservativo es el único método para prevenirlas.<sup>(26)</sup>

Los jóvenes encuestados, que recibieron información sexual, representan el 90%, al igual que un trabajo realizado en Colombia <sup>(27)</sup>, a diferencia de Cuba<sup>(28)</sup> en donde el 100 % ha recibido información sexual;

Con respecto al ámbito en donde han adquirido los conocimientos la escuela fue el principal lugar al igual que una encuesta realizada en México <sup>(29)</sup>. En contraposición con Cuba en donde los amigos y la familia figuran entre los principales. <sup>(30)</sup>

## Conclusión

Los resultados obtenidos por medio de este estudio, muestran la importancia y la necesidad de una mayor calidad educativa sobre el uso de métodos anticonceptivos y salud sexual, ya que la mayoría de los adolescentes conoce solo 2 métodos, desconociendo el resto. Lo más preocupante y llamativo es que, si bien mayoría de los alumnos sabe que el preservativo es el método para prevenir las infecciones de transmisión sexual, un gran porcentaje nombro a los ACO como método para prevenirlas.

La principal fuente de información es la escuela y se observa que la mayor parte de los adolescentes están poco o mal informados. Lo que nos lleva a pensar que es necesario crear programas informativos de salud sexual, no solo en las escuelas sino en otros medios de comunicación.

Casi la totalidad de los alumnos refirió que les interesaría tener acceso a mas información de la que poseen; por eso creo que es fundamental insistir en una mayor y mejor educación sexual, para que así los estudiantes puedan acceder a una mayor información sobre estos temas, y evitar de esta forma embarazos no deseados y la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

Los distintos métodos anticonceptivos en su mayoría no fueron conocidos por los estudiantes, siendo solo los ACO y el preservativo los más conocidos. Además coincidentemente los métodos más usados son el preservativo y los ACO. Esto quizá pueda deberse a que ambos métodos son distribuidos en forma gratuita por el SAMCO de Carcaraña, lo que nos indica que nuestra población estudiada tiene acceso al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Bibliografía

1-Zanuttini Edgar. Temas de obstetricia. Anticoncepción post parto. Páginas 301-329. Editorial UNR año 2000

2- Jorge R. Gori, Antonio Lorruso. Ginecología de Gori. Capítulo 4: Etapas evolutivas biológicas de la mujer y de la personalidad femenina. Páginas 88,89.

Capítulo 31: Planificación familiar. Página 553-576.

Editorial El Ateneo 2º Edición año 2003.

3-Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición.OMS, 2009.

4-Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Ministerio de salud de la Nación, Octubre 2002. Dirección nacional de salud materno infantil. Equipo de salud reproductiva materno perinatal.

5-Schwarck- Sala- Duverges. Obstetricia 6º edición Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2005. Cap. 11 "El parto normal" Pág. 431-544.

6- Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. Barcelona, España, 2008. Cap. 10 Planificación familiar. Pág. 255-313

7-Roberto Ítalo Tozzini y colaboradores. Ginecología. Corpus. Buenos Aires, Arg enero de 2012. Cap. 46 Métodos anticonceptivos Pág. 331-337

8- Marcela Botargeues. Manual Profarm, Terapéutica en medicina ambulatoria. Hospital Italiano, Bs As, Arg, marzo de 2010. Anticoncepción pág. 53-60

9-Mario R. Comparato. Ginecología en esquemas. 3edición Editorial el Ateneo, Buenos Aires, Argentina. Julio de 2002 Cap. 19 Planificación familiar pág. 140-145

10- Alfredo Pérez Sánchez. Cap. 60 Dispositivos intrauterinos. Ginecología 3 edición Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile año 2003. Pág. 1075-1085

11- J. González Merlo, J González Bosquet, E González Bosquet. Ginecología 8° edición. Masson S.A, Barcelona España 2003 Cap. 30 Anticoncepción Pág. 627-647

12- Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Facultad de Salud Pública, Bloomberg de Jhonson Hopkins. OMS, Estados Unidos año 2007.

13-D: \guía de urologia.mht

14- Larry J. Copeland. Ginecología. 2° Edición. Editorial médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina 2002. Cap. 11 Anticoncepción Pág. 299-350

15-Juan Carlos González. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Revista de Salud Publica. Volumen 11. Año 2009, pág. 14-26.

16-Adalberto Campo Arias, José Leonardo Silva Duran, Mariluz Meneses Moreno, Melanie Castillo Suarez, Paola Andrea Navarrete Hernández. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de psiquiatría. Volumen 33. Año 2004. Pág. 367-377.

17-Paula León, Matías Minassian, Francisco Bustamante. Embarazo adolescente. Revista pediatría electrónica. Volumen 5. Año 2008.

18-Carlos Welti Chanes. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Revista papeles de población. Volumen 45. Año 2005. Pág. 143-147.

19-María de la Merced Ayala-Castellanos Bárbara Vizmanos-Lamotte, Rosa Angélica Portillo-Dávalos. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Revista de Ginecología y Obstetricia Volumen 79. Año 2011. Pág. 86-92

20-Mariela Parajeles Reyes, Marcela Zamera Arrieta. Educación sexual en la adolescencia: la vivencia de un trabajo comunal universitario. Revista de medicina legal de Costa Rica. Volumen 29. Año 2012. Pág. 67-76.

21-Rosa María Núñez Urquiza, Bernardo Hernández Prado, Cecilia García Barrios, Dolores González, Dylis Walker. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos postparto. Revista Salud Pública de México. Volumen 45. Año 2003. Pág. 92-102.

22- Miguel Lugones Botell, Marieta Ramírez Bermúdez, Héctor Machado Rodríguez Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil Revista Cubana de Pediatría .Volumen 80 Año 2008

23-Jorge Madiedo Hernández, Miriam Otero Alonso, Yamilka González Izquierdo, Tania Pulido González. Conducta sexual en adolescentes y anticoncepción. Revista Cubana de enfermería. Volumen 17. Año 2001. Pág. 9-13.

24-Gloria María Carmona Clavijo. Conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año del secundario del Colegio nacional Dora Mayer. Revista peruana de obstetricia y enfermería. Volumen 5. Año 2009. Pág. 11-16.

25- Fajardo Villarroel, Aurora. Estrategia de intervención para el cuidado de los/as adolescentes en salud sexual y reproductiva. Revista de enfermería global. Volumen 10. Año 2011. Pag.15-20.

26- Alba Cortés Alfaro, Yuliet Marleidys Fiffe, René García Roche, Alina Mezquía Valera y Dania Pérez Sosa. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Revista Cubana de Medicina General Integrada. Volumen 23. Año 2007 Pág. 1-

27-Luis Miguel Benítez Gómez, Catalina Rueda Sais. Factores determinantes para la iniciación sexual y prácticas sexuales en jóvenes universitarios, en Cali, Colombia. Revista colombiana Salud libre. Volumen 2. Año 2007. Pág. 90-110.

28-Zhenia Pérez Palmero Ludmila Casas Rodríguez, Liuba Peña Galban, Osvaldo Miranda Rodríguez, Miguel Zaldívar Gari. Información sexual en un grupo de adolescentes. Revista cubana de medicina militar. Volumen 31. Año 2002.

29-Teresa de Jesús Pineda Leiva, María Teresa Ramos Cavazos, Miguel Ángel Frías Contreras, Pedro Cesar Canti Martínez. Salud reproductiva en estudiantes adolescentes de educación media superior, en Monterrey, México. Revista Salud pública y nutrición. Volumen 1. Año 2000.

30-Dra. Ileana García Imia Dra. Elena Ávila Gálvez, Dr. Antonio Lorenzo González y Dra. Marisela Lara Carmona. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Revista Cubana de pediatría. Volumen 74. Año 2002. Pág. 75-81.

Anexo1

Encuesta sobre educación sexual para estudiantes del nivel secundario.

“Cuáles son los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos”

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud-Universidad Abierta Interamericana

Todas sus respuestas son anónimas. Tu participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento. Se resguardara la identidad y se tomaran los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de los datos personales.

Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de nuestros participantes.

Edad

Sexo        F        M    (Tachar el que no corresponda)

3-¿Tuvo alguna vez relaciones sexuales?

SI

NO

¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?

- a) Antes de los 13 años
- b) Entre los 14 y los 16 años
- c) Después de los 17 años

5- ¿Con quién te iniciaste sexualmente?

- a) Pareja estable
- b) Casual
- c) Amigo/a
- d) Trabajadora sexual

6-¿Sabes que es un método anticonceptivo?

SI

NO

7-Describe cuantos métodos anticonceptivos conoces (Nombrar)

8-¿Utilizan algún método anticonceptivo?

- a) SI
- b) NO

-Si la respuesta es SI, que método utilizas? .....

-Si la respuesta es NO, ¿Cuál es el motivo por el cual no lo utiliza?

- a) Actualmente no tengo relaciones sexuales
- b) No sé cómo utilizarlos.
- c) No sé donde conseguirlos
- d) Mi pareja no quiere utilizarlo

e) No me gusta usar

9- ¿Si tu pareja te pidiera no cuidarse, lo harías?

SI

NO

10) ¿Cuál/es de estos métodos consideras efectivo para prevenir enfermedades?

- a) Preservativo
- b) Pastillas anticonceptivas
- c) Anticonceptivos inyectables
- d) DIU
- e) Pastilla del día después

11) El coito interrumpido, ¿Es un método anticonceptivo eficaz?

- a) SI
- b) NO
- c) No lo se

12) ¿Existen métodos anticonceptivos definitivos?

- a) SI
- b) NO
- c) No lo se

13) ¿Alguna vez has participado de un taller/clase/charla/capacitación sobre educación sexual?

a) SI

b) NO

- si la respuesta es SI ¿Dónde?

a) Amigos

b) Familia

c) Escuela

d) Internet

14) ¿Te interesaría tener acceso a mas información de la que posees?

a) SI

b) NO

Anexo 2

Enc. n°	1	2	3	4	5	6	7.1	P7.2	P7.3	P7.4	7.5	7.6	8	8.1	9	10	10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	11	12	13	13.1	13.2	13.3	13.4	14
1	19	1	1	3	1	1	pres.	ACO	DIU				0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1
2	17	1	1	2	2	1	Pres.	ACO					1	pres.	1	1	0	0	0	0	0	2		1	0	0	1	0	1
3	17	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU	met.			1	pres.	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
4	15	2	1	2	1	1	pres.	ACO					1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
5	15	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU				1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
6	15	2	1	2	1	1	pres.	ACO					1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0
7	17	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU		Inye		1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0					1
8	17	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU		Inye		0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1
9	17	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU		Inye		0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	1
10	18	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU		Inye		0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1
11	13	2	0			1		ACO					0	1	0	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0	1
12	13	2	0			1	pres.	ACO	DIU				0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
13	15	2	1	2	1	1	pres.	ACO			Inye		1	pres.	0	1	1	0	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1
14	13	2	0			0							0	1	0									0					1
15	14	2	0			1	pres.	ACO					0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1
16	13	2	0			1	pres.	ACO	DIU				0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1
17	13	2	0			1	pres.	ACO	DIU				0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
18	17	2	1	2	2	1	pres.	ACO	DIU				1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1
19	18	2	1	2	1	1	pres.	ACO					1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1
20	17	2	1	2	2	1	pres.	ACO	DIU		Inye		0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
21	17	2	1	2	1	1	pres.	ACO	DIU		Inye		1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
22	18	2	1	3	1	1	pres.	ACO	DIU				1	pres.	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1

Marianela Gentilcore, Rosario2012

23	1 8	2	1	3	1	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0
24	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU		1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1
25	1 7	2	0			1	pres	ACO	DIU	Inye c.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1
26	1 7	2	0			1	pres	ACO	DIU		0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1
27	1 8	2	1	2	3	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	1	ACO	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
28	1 9	2	1	3	1	1	pres	ACO			1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1
29	1 7	2	1	2	1	1		ACO			1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
30	1 8	2	1	2	1	1	pres	ACO			1	pres.	0	1	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1
31	1 4	2	1	1	2	1	pres	ACO			0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0
32	1 7	2	1	3	2	1	pres	ACO			1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
33	1 7	2	1	2	2	1	pres	ACO		Inye c.	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
34	1 8	2	1	2	1	1	pres	ACO			1	ACO	1	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1
35	1 7	2	1	1	2	1	pres	ACO	DIU		0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
36	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	1	pres.	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1
37	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
38	1 7	1	1	2	1	1	pres	ACO		Inye c.	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
39	1 6	2	0			1	pres	ACO			0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1
40	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
41	1 7	2	1	3	1	1					1	ACO	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
42	1 4	2	1	2	1	1	pres	ACO			1	ACO	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1
43	1 8	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1
44	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO		Inye c.	1	ACO	0	1	0	1	1	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
45	1 7	1	1	2	2	1	pres	ACO			1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0
46	1 7	2	1	2	1	1		ACO			1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	1	1
47	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	DIU		1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1

Marianela Gentilcore, Rosario2012

48	1 7	2	0	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	
49	1 8	2	0	1	pres	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1	
50	1 7	2	1	2	1	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	
51	1 5	1	0	1					0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
52	1 4	1	0	1	pres	ACO			0	1	0	1	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
53	1 4	1	1	2	1	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	2	0					1	
54	1 4	1	1	2	2	1			1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
55	1 5	1	0	1	pres	ACO			0	1	1	1	1	0	0	0	2	2	1	1	1	0	1	1	
56	1 8	1	1	1	4	1	pres	ACO	1	pres.	1	1	0	0	0	0	0	0	1					0	
57	1 8	1	1	2	3	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0	
58	1 7	1	1	2	2	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	
59	1 8	1	1	3	2	1	pres	ACO	1	pres.	1	1	0	0	0	0	2	2	0					0	
60	1 7	1	1	2	2	1	pres	ACO	DIU								0	2	1	0	0	1	0	1	
61	1 7	2	0	1	pres	ACO	DIU	Inye c.	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1	
62	1 6	1	1	2	1	1	pres	DIU	Lig	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	
63	1 3	1	0	1	pres				0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
64	1 4	1	1	1	3	1	pres		1	pres.	1	1	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
65	1 8	1	1	2	2	1	pres		1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	1	0	1	
66	1 6	1	1	1	3	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	1	0	1	
67	1 7	1	1	1	3	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	
68	1 6	1	1	2	3	1	pres	ACO	1	pres.	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1	
69	1 6	1	0	1					0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	
70	1 6	1	1	2	2	1	pres	ACO	DIU	Lig	1	pres.	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
71	1 6	1	1	2	2	1	pres	ACO	Inye c.	1	pres.	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	0	1
72	1 6	1	1	2	1	1	pres	ACO	DIU								1	2	2	1	0	1	1	0	1

Marianela Gentilcore, Rosario2012

73	1 6	1 1 2 3 1	pres	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1
74	1 6	1 1 2 1 1	pres	ACO	DIU	1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
75	1 6	1 1 2 2 1	pres	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
76	1 6	1 1 2 1 1	pres	ACO		Inye c.	1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
77	1 8	2 0 1	pres	ACO		0 1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
78	1 7	2 1 2 1 1	pres	ACO		0 2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
79	1 7	2 0 1	pres	ACO	DIU	0 1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1
80	1 7	2 0 1	pres	ACO		Inye c.	0 1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0
81	1 7	2 1 2 1 1	pres	ACO	DIU	Lig	0 1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
82	1 8	2 0 1		ACO		Inye c.	0 1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	0	1
83	1 6	2 1 2 3 1	pres	ACO	DIU	Inye c.	1 ACO	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
84	1 7	1 1 2 2 1	pres	ACO		1 pres.	0	1	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1
85	1 6	1 1 2 2 1	pres	ACO		1 pres.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
86	1 7	1 1 2 1 1	pres	ACO		1 pres.	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1
87	1 7	1 1 2 1 1	pres	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	1
88	1 7	1 1 2 1 1	pres	ACO		1 pres.	1	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
89	1 7	1 1 2 2 1	pres	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	1
90	1 7	1 1 2 2 1	pres	ACO		Inye c.	1 pres.	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
91	1 7	1 1 2 2 0				1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	0	1
92	1 7	1 0 1	pres	ACO		0 1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1
93	1 8	1 1 2 1 1	pres	ACO	DIU	1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
94	1 8	1 1 1 3 1	pres	ACO		Inye c.	1 pres.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
95	1 7	1 1 1 4 1	pres			0 2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
96	1 3	1 0 1	pres	ACO	DIU	0 2	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
97	1 3	1 1 1 4 0				0 5	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1

Marianela Gentilcore, Rosario2012

98	1 6	1 1 1 3 1	pres .	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1	
99	1 4	1 1 1 3 1	pres .	ACO		1 pres.	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	
100	1 3	1 1 1 2 1	pres .	ACO		1 pres.	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1	
101	1 4	1 1 1 4 1	pres .		DIU		0	5	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0
102	1 4	1 1 1 3 1	pres .	ACO	DIU		0	2	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1
103	1 3	1 0	pres .	ACO			0	1	1					2	2	1	0	0	1	0	1	
104	1 5	1 1 2 3 1					0	5	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	1
105	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
106	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
107	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	0
108	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1
109	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1
110	1 5	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	1	0	0	0	2	2	1	0	1	1	0	1
111	1 7	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
112	1 4	2 1 1 2 1					0	1	1	0	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	0
113	1 4	2 0					0	1	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
114	1 4	2 0	pres .				0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
115	1 6	2 1 2 1 1	pres .	ACO	DIU		1	ACO	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
116	1 4	2 0	pres .				0	1	1	1	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
117	1 4	2 0					0	1	0	1	1	1	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1
118	1 4	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1
119	1 4	2 0	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
120	1 4	2 0	pres .	ACO	DIU		0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1
121	1 4	2 0					0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
122	1 5	2 0					0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1

Marianela Gentilcore, Rosario2012

123	1 4	2	0	1	pres .	ACO		Inye c.	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0	1	0	0	1		
124	1 6	2	0	1	pres .	ACO			0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0		
125	1 6	2	1	1	2	1	pres .	ACO		0	4	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1		
126	1 6	2	1	2	1	1	pres .	ACO	DIU	Lig .	1	ACO	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	
127	1 6	2	0	1	pres .	ACO			0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1		
128	1 6	2	0	1	pres .	ACO		Inye c.	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1		
129	1 6	2	0	1	pres .	ACO	DIU		0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1		
130	1 6	2	1	1	3	1	pres .	ACO		1	ACO	0	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1		
131	1 6	2	1	2	1	1	pres .	ACO	DIU	Inye c.	1	ACO	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1
132	1 7	2	1	2	3	1	pres .	ACO		Lig .	1	ACO	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
133	1 7	2	1	2	1	1	pres .	ACO	DIU		1	ACO	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	
134	1 5	2	1	2	1	1	pres .	ACO		1	ACO	0	1	0	0	0	2	2	1	1	0	1	0	1		
135	1 6	2	1	2	1	1		ACO		1	ACO	0	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1		
136	1 3	2	0	1				ACO		0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	1		
137	1 7	2	1	3	1	1	pres .	ACO		1	ACO	0	1	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1		
138	1 6	1	1	1	2	1	pres .	ACO		0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0		
139	1 6	1	1	2	2	1	pres .	ACO		0	5	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1		
140	1 6	1	1	2	2	1	pres .			1	pres.	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1		
141	1 6	1	1	2	3	1	pres .	ACO		1	pres.	1	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	1		
142	1 5	1	0	1	pres .	ACO	DIU	Inye c.	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	1		
143	1 5	1	1	1	2	1	pres .	ACO		1	pres.	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1		
144	1 4	1	1	1	3	0			0	1	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1		
145	1 6	1	1	2	1	1	pres .	ACO		1	pres.	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1		
146	1 4	1	1	2	2	1			1	pres.	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1		
147	1 5	1	1	1	4	1	pres .	ACO		1	pres.	1	1	0	0	0	2	2	1	0	0	1	0	1		



Pregunta n° 7-Describe cuantos métodos anticonceptivos conoces (Nombrar)

Pregunta n° 8 ¿Utilizan algún método anticonceptivo?

1 SI

0 NO

-Si la respuesta es SI, que método utilizas? .....

-Si la respuesta es NO, ¿Cuál es el motivo por el cual no lo utiliza?

1 Actualmente no tengo relaciones sexuales

2 No sé cómo utilizarlos.

3 No sé donde conseguirlos

4 Mi pareja no quiere utilizarlo

5 No me gusta usar

Pregunta n° 9 ¿Si tu pareja te pidiera no cuidarse, lo harías?

SI

0 NO

Pregunta n°10 ¿Cuál/es de estos métodos consideras efectivo para prevenir enfermedades?

1 Preservativo

2 Pastillas anticonceptivas

3 Anticonceptivos inyectables

4 DIU

5 Pastilla del día después

Pregunta n°11 El coito interrumpido, ¿Es un método anticonceptivo eficaz?

1 SI

0 NO

2 No lo se

Pregunta n°12 ¿Existen métodos anticonceptivos definitivos?

1 SI

0 NO

2 No lo se

Pregunta n°13 ¿Alguna vez has participado de un taller/clase/charla/capacitación sobre educación sexual?

1 SI

0 NO

- si la respuesta es SI ¿Dónde?

Amigos

Familia

Escuela

Internet

Pregunta n°14 ¿Te interesaría tener acceso a más información de la que posees?

1 SI

0 NO

Anexo 3

Sra. Directora

Prof. Estela Bondoni

Escuela n° 237 José Hernández

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted con el fin de solicitarle su autorización para realizar una encuesta sobre "Cuales son los conocimientos que tiene los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos", a los alumnos de entre 13 y 18 años.

La misma consta de preguntas a responder en forma escrita y opciones múltiples y es de forma anónima. La información obtenida será utilizada para la realización de un trabajo de investigación en el que se pretende averiguar el grado de conocimiento que los adolescentes presentan sobre este tema.

Dicho trabajo forma parte de la elaboración de mi Trabajo Final de Investigación para graduarme en la carrera de Medicina y será presentado ante el comité de Investigación de la Universidad Abierta Interamericana.

La saluda a usted muy respetuosamente,

Marianela Gentilcore  
DNI 31631927

Recibido 7/05/12  
*Estela Bondoni*  
ESTELA G. BONDONI  
DIRECTORA

