



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

INFORMACIÓN DEL ADOLESCENTE VARÓN ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA MEDIA MARZO-ABRIL 2001

AUTORES:

Br. Coitiño, Jacquelin
Br. Fagúndez, Lorena
Br. Firpo, Iliana
Br. Ostolaza, Beatriz
Br. Pirez, Adriana

TUTORES:

Lic. Enf. Grassi, Elsa
Lic. Enf. Lacava, Esther

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2001

AGRADECIMIENTOS

_ A todos los docentes, compañeros y familiares que estuvieron presentes, brindándonos su colaboración y apoyo durante la realización de esta investigación.

_ A la Socióloga Carmen Varela (docente de la Facultad de Ciencias Sociales y de Derecho), al Dr. José Luis Díaz Rossello (coordinador de centros asociados, Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP/OPS), y Socióloga Iris Maresca (Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública).

_ A la Directora, Prof. Karina Bazurro y a los estudiantes del Liceo Dr. Roberto Taruselli.

INDICE

Introducción.....	Pág. 1.
Marco Conceptual.....	Pág. 4.
Marco Teórico.....	Pág. 5.
Metodología.....	Pág. 32.
Resultados y Análisis.....	Pág. 37.
Conclusiones.....	Pág. 48.
Recomendaciones.....	Pág. 49.
Bibliografía.....	Pág. 50.
Anexos.....	Pág. 53.

INTRODUCCION

El presente trabajo es realizado por cinco estudiantes pertenecientes al INDE, durante el período comprendido entre Marzo-Abril de 2001. El mismo consiste en una investigación que se desarrolla con adolescentes varones, acerca de la información que poseen con respecto a los métodos anticonceptivos.

La misma surge a partir de:

-Una situación real que se viene dando en nuestro país (Uruguay) que es: el *incremento del embarazo en la adolescencia*, ya que en el año 1963 la tasa de fecundidad para el rango etario de 15 a 19 años era de 53,08 por mil, en el año 1996 era de 70, 57 por mil y en el año 1999 era de 86,69 por mil.¹

-La revisión bibliográfica acerca de dicha problemática, donde se observa que existe un vacío relacionado con la información que poseen los mismos con respecto a los métodos anticonceptivos.

Por lo cual nos planteamos el siguiente problema:

¿ El adolescente varón está informado acerca de los métodos anticonceptivos?

Encontramos numerosas razones por las cuales se considera de gran importancia conocer la información que poseen los varones adolescentes con respecto a los métodos anticonceptivos ya que:

- Cumplen un papel importante respecto al control de la reproducción y a la independencia respecto al ejercicio de la sexualidad.²
- Los programas de educación sexual y prevención del embarazo en la adolescencia suelen olvidarse de los varones, es así que se toma imprescindible trabajar con los mismos.³
- En base a la revisión bibliográfica se observó que hay poca investigación acerca de dicha problemática.
- La edad promedio de inicio de la actividad sexual en Uruguay es a los 15 años de edad.⁴
- En Uruguay se ha visto el incremento del embarazo adolescente (como lo demuestran los datos estadísticos expuestos anteriormente).¹
- Son una medida profiláctica para evitar el embarazo.

Otro de los aspectos que fundamentan el haber elegido este problema, esta referido al trabajo que puede realizar Enfermería en un primer nivel de atención; ya que la Licenciada en Enfermería, está capacitada para proporcionar a este grupo de riesgo (adolescencia) la información necesaria y adecuada, abordando actividades coordinadas de promoción y prevención de la salud (por ejemplo: enfermedades de transmisión sexual, embarazo no

¹ DIAZ ROSSELLO, José Luis. *Datos Estadísticos del Departamento de Estadísticas del M.S.P.* Montevideo-Uruguay. 1999

² VARELA, Carmen. *Datos Reprocesados del Programa de Población.* MSP. Montevideo. 1999.

³ GOMEZORO, Arnoldo et al. *La Nueva Condición del Varón.* Editorial Fin de Siglo. Montevideo. 1995.

⁴ FORTULO, José. *La Sexualidad de los Adolescentes.* OPS. New York. 1992.

deseado,etc.) y potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y participación de los adolescentes.

Para dicho trabajo se toma como objeto de estudio los adolescentes varones, entre 15 a 17 años de edad, que concurren a una Institución Pública de Enseñanza Secundaria (Dr. Roberto Taruselli) del Departamento de Soriano (Dolores).

Siendo el objetivo : ***"Conocer la información que poseen los mismos con respecto a los métodos anticonceptivos"***.

Para ello se realiza una investigación cuantitativa, de tipo de estudio descriptivo, de corte transversal. Tomándose como muestra 70 estudiantes en una población de 164.

Para la recolección de los datos se utiliza como método una encuesta y como instrumento un formulario y una planilla.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ◆ Conocer la información que posee el varón adolescente de 15 a 17 años de edad frente a los métodos anticonceptivos en una Institución Pública de Enseñanza Secundaria del departamento de Soriano (Dolores) en el período comprendido entre marzo - abril del 2001.

Objetivos específicos:

- ◆ Conocer la información que poseen de los diferentes métodos anticonceptivos.
- ◆ Conocer los métodos anticonceptivos más utilizados.
- ◆ Conocer la información que poseen acerca de los métodos que se utilizan con mayor frecuencia.
- ◆ Conocer la información que poseen acerca de las ventajas y la eficacia del uso de los anticonceptivos.
- ◆ Conocer la fuente de donde proviene la información.

MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia: Según la O.M.S.: Período durante el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) hasta el de la madurez sexual y reproductiva. Abarca la franja etárea comprendida entre los 10 a los 19 años de edad.

La única definición universal de la adolescencia parece ser que, aunque el joven ya no se considera un niño, tampoco se considera un adulto.

Contracepción: Empleo de medios que evitan la concepción.

Anticoncepción: Deseo voluntario de no tener hijos a menos durante un periodo de tiempo.

Sexualidad: Suma de atributos físicos y funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación o no con los objetos sexuales o con la procreación.

Características genitales que distinguen al varón de la mujer.

Planificación Familiar: Según la O.M.S. se refiere a "técnicas que permite buscar o evitar los embarazos mediante la observación de los signos y síntomas, que de manera natural ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual. Esta implícito en la definición que cuando se practica para evitar embarazos debe respetarse la abstinencia de las relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo menstrual".²

consiste en la adopción voluntaria de prácticas que, por medio del espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana consigue mejorar la salud materna e infantil, adecuando el tamaño de la familia y la elección del momento óptimo para el embarazo. (Este concepto está basado en la declaración universal de los derechos humanos de 1948.) Mantener o desear un número determinado de hijos, es un derecho humano.

Evita los nacimientos no planificados o no deseados.

Métodos Anticonceptivos: Formas para evitar temporalmente el embarazo. Son utilizados para oponerse a la concepción.

La razón fundamental para su uso es poder acceder al ejercicio libre de la sexualidad sin riesgo de embarazos no deseados.

² R:RUIZ DE ADANA PEREZ, Métodos Contraceptivos. Ed.Doyma. España, 1991.

MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA

Al intentar un abordaje del tema de adolescencia en América Latina surgen dos tipos de dificultades básicas: un primer tipo se relaciona con la variedad de conceptualizaciones que existen acerca de la adolescencia y la indefinición de agentes responsables de la misma. En torno a la temática no existen conceptos claros, precisos e integrales.

La atención de la población adolescente resulta de un complejo entramado de responsabilidades institucionales sin que se lleguen a configurar actores que asuman la identidad y representatividad del sector y un esquema institucional capaz de articular las políticas integrales y específicas que la población adolescente de nuestros países requieren.

En primer lugar es preciso recordar que el concepto de adolescencia es relativamente nuevo, tan solo aparece en Europa a finales del siglo XVIII, y únicamente adquiere importancia a mediados del siglo XIX. A nuestra América llega mucho mas tarde, de hecho se empieza a hablar de adolescencia en la segunda mitad del siglo como un proceso de verdadera importancia para la estructuración de las nuevas generaciones. Un discurso que no ha logrado imponerse de tal manera que la sociedad, el Estado, la familia y los gobiernos cambien sus modos de pensar y actuar en torno a la inmensa población de adolescentes.

Al inaugurarse el concepto de adolescencia, las perspectivas y condiciones del adolescente cambian de manera radical tanto en los campos sociales como individuales.

Las definiciones encontradas acerca de la adolescencia poco contribuye a la comprensión del fenómeno y a la conceptualización del mismo, se procuran por clarificar lo que la adolescencia no es y poco nos dicen de lo que ella es, aportan en la mayoría de los casos límite pocos precisos y escasamente operativo y realizan una pobre contribución a la auto identificación de los propios adolescentes. Otra característica común a las diferentes definiciones de adolescencia, hacen diferencia a un mínimo tipo de factor: la subjetividad, es frecuente encontrarse definiciones con fuerte sesgos hacia lo psicológico, hacia lo biológico, lo antropológico o hacia lo sociológico y se vuelve difícil encontrarse con concepciones integrales del fenómeno, que atienden a la multicausalidad y pluridimensionalidad de la manifestación de la adolescencia.

Pero no sólo se deben de señalar los puntos de déficit de las conceptualizaciones realizadas, sino que a pesar del avance realizado todavía es de considerar lo que hay que investigar y profundizar para que la conceptualización acerca del fenómeno de adolescencia permita contar con enfoques más claros precisos e integrales.

La única definición universal de la adolescencia parece ser que, aunque el joven ya no se considera un niño, tampoco se considera un adulto.

Debido a lo expuesto anteriormente es que tomamos como referencia a la definición de la Organización Mundial de Salud (O.M.S): Período durante el cual:

- ♦ el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) hasta el de la madurez sexual y reproductiva
- ♦ Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un niño a los de un adulto.
- ♦ Se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia.
- ♦ Abarca la franja etaria comprendida entre los 10 a los 19 años de edad.

La adolescencia, es un tiempo privilegiado en el proceso de conformación de los adolescentes en todas sus dimensiones, que origina nuevos estilos de vida, crea una nueva concepción del mundo y de los valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.

En el proceso de desarrollo humano, la adolescencia es una fase crítica en la que tiene lugar cambios biológicos, psicológicos y sociales en la búsqueda de una noción coherente de identidad. El adolescente se encuentra en el proceso de despojarse de los restos de su infancia y remplazarlos por una nueva autodefinición basada en capacidades y limitaciones, y compatible con la noción de ser una persona adulta. Las principales tareas durante el paso por esta etapa del desarrollo son la identidad del ego, la emancipación, la definición de papeles, la capacidad de intimidad y el logro de una identidad funcional.

Las sensaciones físicas acompañan los cambios que ocurren en el cuerpo (pubertad y características sexuales secundarios, con el aumento concomitante de impulsos sexuales). Estos cambios van acompañados de nuevos recursos intelectuales (pensamiento conceptual) de que dispone el adolescente al hacer frente a la profunda reorganización de la personalidad.

Las tensiones de la dependencia y la independencia, de abandonar la infancia para reestructurar una autoidentidad coherente, de la confusión que causa la maduración del cuerpo, de la forma cambiante de ver la vida, de la búsqueda de un lugar y un papel que representar, y de la búsqueda de la intimidad con personas del sexo opuesto sin temor a la pérdida de si mismo, crean una angustia considerable y profunda.

El adolescente prueba con varios papeles y estilos para definirse y ajustarse con la dirección que tomará su vida y con la definición de una personalidad adulta. Con los rápidos cambios de estatura, maduración física, emancipación, y autodefinición, lo que el adolescente busca es estabilidad. La tensión y la

ansiedad aumentan debido a los trastornos que se producen en la noción de integridad física psicológica y el funcionamiento social del adolescente.

La adolescencia es cambios, mutación en el cuerpo, en el modo de ser, en las ideas, gustos, inclinaciones, deseos, sentimientos y afectos. Estos cambios son los que terminan configurando lo que caracteriza a cada uno, su modo peculiar de ser, su modo de vivir, su cuerpo, sus relaciones, etc.

Durante la adolescencia se experimentan sucesos vitales como la primera menstruación, la primera relación sexual y la paternidad.

Los adolescentes alcanzan la madurez sexual antes de llegar a ser emocional o socialmente maduros o económicamente independientes.

Por eso con el concepto de adolescencia aparece otro igual de importante, el de identidad. Antes basada en el cuerpo con sus características anatómicas y fisiológicas, para determinar si alguien es varón o mujer para siempre, en cambio el concepto de identidad, se refiere a un proceso mediante el cual alguien se va haciendo mujer o varón a lo largo de la vida, mediante modelos, imágenes, deseos, palabras y presencia de los otros, los cuales son impuestos por la sociedad. Para los niños los modelos están en el hogar, la casa, en cambio para los adolescentes están fuera: en el cine, en la T.V., el deporte, la moda. Cada adolescente se va construyendo de acuerdo a éstos modelos.

Durante la adolescencia nada es estable, ni fijo ni duradero, por el contrario todo cambia a una velocidad incontrolable.

La salud reproductiva en los adolescentes es un tema en común que tienen numerosos países, culturas y lenguas. Senderowitz concluye que en los últimos 15 años se ha visto pocos cambios en la atención de las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva" vemos una tendencia a negar provisión de información correcta sobre sexualidad a los adolescentes y sin embargo se ve como diversos medios de difusión bombardean a los adolescentes con un número creciente de imágenes sexuales.

Son cada día más frecuente los trastornos de índole psicosocial en los adolescentes (ansiedad, depresión, angustia, agresividad, etc) y los problemas de conducta tales como la violencia, abandono de los estudios, consumo de sustancias, suicidio, relaciones sexuales precoces, ETS, embarazos, abortos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1) Métodos Naturales:

Se basan en la abstinencia de relaciones sexuales durante los días potencialmente fértiles. Los métodos naturales pueden ser interesantes para aquellas personas que por razones religiosas o por temor a los eventuales efectos secundarios de los contraceptivos hormonales o intrauterinos prefieren

regular su fertilidad adaptando su vida sexual a las fases fértiles e infértiles del ciclo.

La eficacia de estos métodos depende en gran medida de la motivación y la correcta aplicación de las personas que lo utilizan, lo cual hace que la eficacia varíe en gran medida según los grupos de población estudiados. De ellos, el método mas seguro es el de la temperatura, limitando al coito a la fase postovulatoria, que muestra una tasa de fallos de 0,3 a 0,6 embarazos por mujeres/ año. El método del calendario y el del moco cervical no se consideran efectivos, dado el alto nivel de fallos que alcanzan.

1.1- Método del calendario :

Es el método de abstinencia periódica más antiguo y más ampliamente utilizado en el mundo. También se lo conoce con el nombre "del ritmo".

La ovulación tiene lugar generalmente una sola vez durante el ciclo menstrual de la mujer y mantiene una relación mas o menos constante con el inicio del próximo ciclo, que se producirá entre 12 y 16 días después de la ovulación, y además los espermatozoides conservan su poder fertilizador hasta 72 horas. aproximadamente luego de la eyaculación, y pueden permanecer fértiles en el conducto genital femenino superior hasta los 7 días; y el óvulo vive de 12 a 24 horas, luego del estallido folicular.

El día que comienza la menstruación se considera el primer día del ciclo.

Se toman 12 ciclos menstruales previos a iniciar el método. De los 12 ciclos, tomados el más largo y el más corto. Se restan 19 días del ciclo más corto obteniendo así el primer día de ese período de fecundidad y el último día surge de restar 11 días al ciclo más largo.

Ejemplo:

En el último año la señora Estevez ha presentado ciclos menstruales con una duración que ha oscilado entre 28 y 32 días:

$$28 - 19 = 9$$

$$32 - 11 = 21$$

Los días fértiles están comprendidos entre los día 9 y 21 del ciclo. El método del calendario no es aconsejable si la diferencia entre la duración del ciclo mas largo y el mas corto es superior a 10 días y si la mujer a presentado trastornos físicos o psíquicos importantes que puedan suponer una alteración de sus ciclos menstruales.

1.2 Método de la Temperatura:

Basado en el efecto termogénico de la progesterona actuando en el centro hipotalámico termorregulador, en forma indirecta a través de la noradrenalina. La producción significativa de progesterona por el cuerpo lúteo se inicia a las 24 - 48 horas después de la ovulación, según lo cual ésta habrá tenido lugar uno o dos días antes del ascenso térmico.

El aumento térmico es posovulatorio y es de aproximadamente 2 - 5 décimas de grado, aumenta en forma abrupta o gradual en varios días.

La temperatura basal se toma después de dormir 5 horas por lo menos, antes de levantarse, sin haber ingerido alimentos, a la misma hora, con el mismo termómetro, durante 3 minutos como mínimo, puede tomarse bucal, rectal, axilar o vaginal, pero una vez iniciada una forma, se debe continuarla. La rectal y vaginal son ligeramente superiores a la oral.

Los registros de temperatura pueden utilizarse para la contracepción de dos formas: realizar el coito durante la fase postovulatoria (que es un sistema de control muy eficaz), o hacerlo también en los primeros días de la fase folicular del ciclo; de esta manera se establece el período de abstinencia mediante la combinación de los métodos del calendario y de la temperatura.

Quando se realiza correctamente es un de las técnicas periódicas de abstinencia más eficaz.

Las tasas de embarazo fluctúan entre el 0, 3 al 0,6 por 100 mujeres por año.

Contraindicaciones: procesos crónicos que originen modificación en la temperatura, amenorrea, situaciones de stress laboral, etc.

1.3 Método del moco cervical (Bellings):

Se basa en la observación de las modificaciones cualitativas y cuantitativas experimentadas por la secreción mucosa del cuello uterino. Estas están relacionadas con la fluctuación de los niveles hormonales durante el ciclo menstrual y sirven para detectar los días fértiles e infértiles. Según éstos cambios, el ciclo puede dividirse en cinco fases:

- **Fase 1: Flujo menstrual.**
- **Fase 2: Días secos:** son los días inmediatamente posteriores a la menstruación, durante los cuales los bajos niveles estrogénicos no estimulan la secreción.
- **Fase 3: Días preovulatorios:** los niveles de estrógenos aumentan y el moco cervical es de aspecto turbio o blanco y de consistencia pegajosa .
- **Fase 4: Días húmedos:** El nivel de estrógenos es máximo; el flujo cervical es más abundante, transparente (similar a la clara de huevo).Estos signos son índice de ovulación y suelen persistir 2 o 3 días después de ésta.
- **Fase 5: Días postovulatorios:** el aumento de progesterona hace que el flujo cervical tenga un aspecto más turbio, sea de consistencia pegajosa y disminuya de forma considerable. Esta fase dura aproximadamente dos semanas; en los últimos días de esta fase el

flujo puede volverse claro y acuoso, no obstante este hecho no es constante.

La práctica de este método exige que la mujer observe la sensación de sequedad o humedad en sus genitales. Se supone que el período fértil de o inseguro se inicia el primer día de la fase 3 y continúa hasta el cuarto día después de la aparición del flujo claro y lubricante.

Este método no es aconsejable cuando existan posibilidades de desajustes hormonales, como ocurre en :

- La adolescencia
- Las mujeres que recientemente hayan suspendido el tratamiento con ovulatorios.
- La lactancia
- Las mujeres premenopáusicas.

Contraindicaciones: Cuando se toman ciertos fármacos que pueden afectar la producción mucosa, tales como: antihistamínicos, preparación de estrógenos y progesterona, cortisona, algunos antipsicóticos (haloperidol), fármacos utilizados para la migraña, vómitos y náuseas.

1-4 Abstinencia o Celibato:

Es el único medio eficaz de evitar el embarazo.

1-5 Coito interrumpido:

Conocido popularmente como " marcha atrás", es la eyaculación fuera de la cavidad vaginal, es uno de los métodos más utilizados, y dada su baja eficacia no se considera un método contraceptivo. Consiste en retirar el pene de la vagina de la mujer antes de que se produzca la eyaculación, en caso de realizar otra penetración después de la eyaculación se tomará la precaución de lavar cuidadosamente los genitales femeninos y masculinos; además, el hombre debe miccionar para evitar introducir espermatozoides.

Es el método más antiguo de anticoncepción reversible.

Demanda gran autocontrol por parte del hombre y se le atribuye disminución de la satisfacción sexual.

Otra técnica recomendada comprende: el coito saxónico mediante la comprensión de la uretra en la base del pene inmediatamente antes de la eyaculación con lo que el espermatozoide se vierte en forma retrógrada.

2) Métodos de Barrera.

Los métodos de barrera tienen como finalidad impedir que los espermatozoides vivos alcancen el canal cervical, ya sea por oclusión mecánica (preservativos,

diafragmas vaginales, capuchones cervicales) o mediante la inactivación de los espermatozoides (espermicidas). Recientemente se ha observado un incremento del uso de estos sistemas de contracepción.

Un factor decisivo para el aumento de su utilización ha sido el incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y en especial el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

PRESERVATIVOS:

Mecanismo de acción

Los preservativos ayudan a prevenir el embarazo y las Enfermedades de Transmisión Sexual(E.T.S.), incluyendo el VIH/ SIDA, Gonorrea, Sífilis, Clamidia y Tricomoniasis. Los mismos protegen parcialmente, pero no con tanta eficacia contra los herpes, el virus de la verruga genital (HPV), y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en las zonas de piel no cubiertas por el preservativo. Usados correctamente, impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedad presente en el semen ingrese en la vagina. Así mismo, los preservativos impiden que los organismos causantes de enfermedades en la vagina ingresen en el pene.

VENTAJAS

- Previenen las E.T.S., incluyendo VIH/SIDA, así como el embarazo, cuando se usan correctamente en cada relación sexual.
- Ayudan a proteger contra condiciones ocasionadas por E.T.S., tales como la enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor crónico, y posiblemente el cáncer cervical en la mujer, y la infertilidad tanto en los hombres como en las mujeres.
- Pueden usarse para prevenir infecciones de E.T.S. durante el embarazo.
- Pueden usarse poco después del parto.
- Seguros.
- Ayudan a prevenir los embarazos ectopicos.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- Ofrecen contracepción ocasional, sin necesidad de seguir un plan diario.
- Fáciles de acceder en caso que la relación sexual ocurra en forma inesperada.
- Pueden ser utilizados por hombres de cualquier edad.
- Sin necesidad de consultar al medico.
- Fáciles de conseguir .
- Permite que el hombre asuma responsabilidad en la prevención de enfermedades y del embarazo.
- Frecuentemente ayudan a prevenir la eyaculación precoz.

DESVENTAJAS

- Reacciones alérgicas al látex, (poco frecuentes)
- Disminuyen la sensación haciendo la relación sexual, menos agradable para la pareja.
- La pareja debe tomarse el tiempo de colocarse el condón antes del coito.
- Debe tenerse preservativos disponibles, aun cuando no hallan planeado tener relaciones.
- Los preservativos pueden debilitarse y romperse durante el uso.
- Puede que algunas personas tengan vergüenza de adquirirlos, de pedir a su pareja que los use o de utilizarlos.

USO

El preservativo debe colocarse antes de cualquier inicio de penetración (vaginal, anal, oral) y cuando el pene esta en erección. Se abre el envase por un lateral, utilizando los dedos. Se toma el preservativo de manera que el extremo enrollado quede boca arriba alejado del pene. Si el usuario no tiene el pene circuncidado tire hacia atrás el prepucio. Coloque el condón en la punta del pene. Desenrolle el condón hasta la base del pene. El condón debe desenrollarse fácilmente en caso contrario significa que esta "al revés". Si se está utilizando el preservativo para evitar la transmisión de una enfermedad sexual se desechará el mismo y se colocará uno nuevo.

Después de la eyaculación del varón, tiene que retirar el preservativo antes de que el pene pierda la erección, se sujeta desde la base para evitar que quede dentro de la vagina.

Si el preservativo se rompe, es necesario utilizar inmediatamente espermicida o bien acudir a un centro de contracepción.

Es muy importante tener en cuenta: El preservativo es el único método preventivo que además de protegerte del embarazo no deseado, te protege del SIDA y otras E.T.S.

Comprar preservativos de calidad y homologados (en farmacia) los que son de máquinas, tiendas, mercadillos ambulantes, etc.no son fiables.

Consérvalos fuera de fuentes de luz y de calor. No usar preservativos después de su fecha de caducidad (viene puesta en cada preservativo o en la caja).

En caso de usar un lubricante adicional, debe elegirse uno a base de agua (por Ej. : glicerina) nunca uno con base de aceite como la vaselina.

No desenrollar los preservativos previo a su uso, ya que hacerlo puede debilitarlos, además de ser de difícil colocación.

Después de utilizarse debe desecharse.

El preservativo es de un solo uso. La seguridad no admite reciclados en este aspecto.

Utilizar otro preservativo si presenta las siguientes características: la envoltura esta dañada o rasgada, si la fecha de fabricación que aparece es mayor a 5

años, no tiene apariencia uniforme o a cambiado de color, siente quebradizo, reseco o pegajoso.

PRESERVATIVO FEMENINO:

También llamado femy, aparece entre 1993 y 1994 en Estados Unidos e Inglaterra y en un corto espacio de tiempo llega al resto de Europa.

Es un método de barrera alternativo al preservativo masculino, como éste, se venden en la farmacia sin necesidad de recetas y consisten en impedir el contacto del semen con el óvulo. Consiste en una funda fina de poliuretano prelubricado que se ajusta a las paredes de la vagina, no contiene espermicida. Posee 2 anillos, uno interior que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro con un diámetro mas grande que impide que éste anillo se introduzca dentro de la vagina.

Se introduce cogiendo el anillo interior desde la parte externa del preservativo en la vagina. Una vez iniciada la colocación se introduce el dedo dentro del preservativo para terminar de colocarlo, se puede utilizar un aplicador para su inserción. El anillo externo queda por fuera para impedir que se ponga en contacto el semen con la vagina.

Una vez terminado el coito se le da un par de vueltas al anillo externo para que no se salga el semen y se tira del preservativo para sacarlo.

VENTAJAS:

- No hace falta que el pene esté en erección
- No hace falta extraerlo después de la eyaculación
- Diseñado para prevenir tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual.
- Al parecer ninguna condición médica limita su uso.
- Ningún efecto secundario evidente, ninguna reacción alérgica.

DESVENTAJAS:

- Actualmente es costoso.
- Generalmente adquiere aprobación de la pareja.
- Debe tenerse abastecimiento disponible.
- La mujer tiene que tocar sus genitales.
- Resulta poco estético por su gran volumen.

DIAFRAGMA

Es una cúpula casi semiesférica, de goma fina (látex) rodeada por aro metálico recubierto por la misma goma. El diámetro externo puede oxilar entre 50 y 105

mm; existen diferentes tallas de diafragmas y varían de 5 en 5 mm, actúan primariamente como una barrera mecánica, bloqueando la entrada de los espermatozoides al útero y a la trompas, y actúa secundariamente como receptáculo de un agente espermicida. Se colocan introduciéndolo en la vagina, de forma que un borde se ajuste al fondo del saco posterior y el otro quede por detrás de la sínfisis del pubis, quedando así cubierto el cuello uterino y gran parte de la pared vaginal anterior, debe ser retirado 6 hs después de la relación. El diafragma se mantiene en su posición correcta por la tensión que ejerce el borde metálico elástico sobre la paredes de la vagina, dado que su adaptación a esta nunca puede ser perfecta. Es imprescindible el uso simultaneo de un espermicida en forma de crema o gel, que recubra ambas caras del diafragma y sus bordes justo antes de su inserción.

La determinación de la talla del diafragma debe realizarlo una persona experta en el manejo del diafragma. El ajuste del diafragma en la vagina depende fundamentalmente de sus condiciones anatómicas y su grado de tonicidad. Será necesaria una nueva valoración de la medida del diafragma cuando estas condiciones hayan podido variar: tras un parto, una cirugía pélvica o un cambio importante de peso.

Existe una serie de condiciones que contraindican su uso:

- prolapso uterino
- Cistocele y/o rectocele
- Fístulas vaginales
- Desgarros perineales importantes.
- Posición anormal del útero
- Infección urinaria recurrente
- Infección vaginal
- Nunca hayan tenido relaciones sexuales.

Higiene del diafragma luego de utilizado: Lavado con agua fría y jabón neutro. Secado, dejar la superficie recubierta con maicena, guardar en el estuche lejos del calor y la luz.

Eficacia: aumenta con el tiempo de su utilización.

Su índice de fallo muestra una gran variabilidad entre un 1,4 y un 19,6%.

Las principales causas de fallo son: falta de conocimiento adecuado acerca de su inserción, falta de motivación, lo que se traduce en un uso discontinuo, la talla incorrecta y un defecto del propio diafragma.

VENTAJAS:

- Método seguro, controlado por la mujer, que pueden ser utilizados por casi todas las mujeres.
- Ayudan a prevenir algunas ETS y condiciones ocasionadas por ETS tales como: la enfermedad pélvica inflamatoria, la infertilidad, el embarazo ectópico y posiblemente el cáncer de cuello uterino.
- Ofrece contracepción solo cuando es requerida.
- Previene el embarazo en forma eficaz si se usa correctamente cada vez que se tiene relaciones sexuales.

- Ausencia de efectos secundarios.
- Puede interrumpirse en cualquier momento
- Fácil de usar con un poco de práctica.
- Puede insertarse hasta 6 hs antes del coito para evitar interrupciones durante el acto sexual.

DESVENTAJAS:

- Requiere que la mujer o su pareja introduzca los dedos o el insertor dentro de la vagina (primero deberá lavarse las manos).
- Interrupción de la relación sexual si no se coloca con anterioridad
- El espermicida puede ensuciar.
- Puede ser difícil esconderlo de la pareja.
- Algunos espermicidas pueden derretirse frente al calor.
- Necesidad de aprendizaje y habilidad y alergia al caucho.

ESPERMATICIDAS

Es la aplicación de sustancias químicas, diversas en la forma que deben colocarse en la vagina como finalidad de interferir en la actividad funcional de los espermatozoides.

Incluyen: supositorios o tabletas espumantes, supositorios que se derriten espuma, películas que se derriten, jalea y crema.

Los espermaticidas actúan de varias formas: inhibiendo las enzimas esenciales, lesionando las membranas celulares, acción directamente lesiva sobre los espermatozoides.

Los espermaticidas vaginales constan de dos componentes: una sustancia activa y una base inerte cuya finalidad es la de mantener que el agente espermaticida en la vagina y que constituye al mismo tiempo una barrera mecánica. Pueden utilizarse junto con otros métodos para aumentar su eficacia: diafragma, preservativo, dispositivo intrauterino, etc.

Dichos espermaticidas se usan previos al coito, no más de una hora antes; si el hombre no ha eyaculado dentro de un período de una hora se debe colocar más espermaticida, la aplicación debe repetirse cada vez que se repite éste. Luego no se deben realizar lavados ni irrigaciones vaginales por lo menos por 6 hs pos coito.

Modo de uso : debe colocarse en el fondo de la vagina antes del coito, se recomienda un tiempo mínimo variable con cada producto, entre la colocación y el coito propiamente dicho, para dar tiempo a una correcta distribución a lo largo del conducto vaginal. En general no suele demorar más de 8 o 10 minutos.

Una vez aplicado su actividad es limitada, no más de unas cuantas horas.

Eficacia:

El índice de fallos oscila entre un 10 y un 39%.

VENTAJAS:

- Idem a las de el diafragma.
- Pueden insertarse hasta una hora antes del coito, para evitar interrupciones durante el acto sexual.
- Pueden que incrementen la lubricación vaginal.
- Pueden usarse inmediatamente después del parto.
- No es necesario visitar a un proveedor de salud antes de iniciar su uso.

DESVENTAJAS

- Idem a las de el diafragma.
- Posibilidad de fallos si se utilizan como único método.
- Puede ocasionar irritación a la mujer o a su pareja si se usan varias veces al día.
- Puede provocar alguna reacción alérgica local (rara vez) en la mujer o en su pareja.
- Puede hacer que ocurran infecciones en tracto urinario con mayor frecuencia.
- Algunos espermaticidas pueden derretirse frente al calor.
- El tipo de espermicida que se derrite debe colocarse en la vagina por lo menos 10 minutos antes que el hombre eyacule, pero no más de una hora antes.
- Las tabletas espumantes pueden ocasionar sensación de calor.
- La irritación provocada al usarlos varias veces al día puede aumentar el riesgo de contraer ETS.

ESPONJAS DE COLAGENO

Consiste en la introducción en la vagina de esponjas sintéticas de colágeno. Estas tienen forma de discos cilíndricos, de unos 6 a 7 cm de diámetro y 2 a 2,5 cm de grosor.

Su finalidad es crear una barrera mecánica, de características similares a las del diafragma. Se coloca en la vagina mediante un aplicador y se retira tirando de una asa de hilo que lleva incorporada.

Eficacia: es de un 15 %, pero aumenta de forma considerable, con el uso simultáneo de un espermaticida.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Es una pieza de plástico o metal (a menudo cobre) en forma variable, de 2, 5 por 2 cm que introduce el ginecólogo por el cuello uterino a la cavidad

endometrial, con fines anticonceptivos. Se piensa que el mecanismo por el cual el DIU evita la anticoncepción es una reacción inflamatoria local debida a la presencia de un cuerpo extraño en el útero. Tal reacción al parecer es tóxica, para los espermatozoides y el blastocito.

Un dispositivo, progestasert- T, libera progestina y se cambia cada año. Otros se sustituyen cada 2 o 3 años, salvo que hall algún problema.

Hay una gran variedad de DIU, pero fundamentalmente se clasifican en inertes y medicados.

INERTES: En la actualidad se utilizan poco, siendo el asa de Lippes la más característica, son hechos de plástico o de acero inoxidable.

MEDICADOS: Entre éstos pueden distinguirse los que poseen metales, como el cobre o la plata y los que llevan una hormona incorporada, como la progesterona.

El mecanismo de acción fundamental es que interfieren en el proceso de implantación del óvulo fecundado en el endometrio, posiblemente por una reacción celular inflamatoria inespecífica o además por la dificultad del espermatozoide que presenta a través del tracto reproductivo femenino que a la vez reduce la posibilidad que el espermatozoide fertilice el óvulo.

CONTRAINDICACIONES

Enfermedad inflamatoria pélvica.

Embarazo o sospecha de embarazo.

Embarazo ectópico previo.

Metrorragias de origen desconocido.

Malformaciones o tumores uterinos.

Anemias importantes.

Nullíparas: Contraindicación relativa ya que aumenta el riesgo de salpingitis, que pueden ocasionar una esterilidad irreversible.

Infecciones genitales activas.

Alergia al cobre.

Promiscuidad sexual.

COMPLICACIONES

Perforación uterina: Se producen una de cada mil inserciones.

Metrorragias.

Dismenorrea.

Enfermedad inflamatoria pélvica.

Embarazo: 0,5-3%.

Embarazo ectópico: Ocurre en 4 de cada mil mujeres que quedan embarazadas con DIU.

VENTAJAS

- Método de alta seguridad cuando está contraindicada la contracepción hormonal.

- No tiene relación directa con el momento del coito y no exige ningún esfuerzo metódico.
- Puede insertarse inmediatamente después del parto o después de un aborto inducido.

DESVENTAJAS

- Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
- Más cólicos o dolor durante los períodos menstruales.
- Perforación de la pared uterina.
- No protege contra ETS.
- Se necesita realizar un procedimiento médico, incluyendo el examen pélvico, para insertar el DIU.
- Puede salirse fuera del útero y posiblemente sin que la mujer se de cuenta.

Eficacia, muy alta: 1 - 3% de fallos. Para disminuir los fallos se recomienda la utilización simultánea de espermaticidas en los días fértiles.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Los anticonceptivos inyectables pueden ser de dos tipos:

Los que tan solo contienen un gestágeno, o los que combinan estrógenos y gestágenos. Entre los primeros tenemos los preparados de acetato de medroxiprogesterona (AMP), que contienen 150 mgrs y deben administrarse trimestralmente, y los de enantato de noretisterona, que contienen 200 mgrs y deben administrarse cada 8 - 10 semanas.

Estos actúan impidiendo la ovulación (salida del óvulo de los ovarios), también aumenta la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres

VENTAJAS

- Muy efectivo.
- Privado. Nadie puede darse cuenta que una mujer lo está usando.
- Ofrece prevención contra el embarazo a largo plazo pero que es reversible. Una inyección previene el embarazo por lo menos por tres meses.
- No interfiere con el coito.
- El placer sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo.
- No se tiene que tomar una píldora diariamente.

- Permite alguna flexibilidad en las visitas de seguimiento. LA usuaria puede volver 2 a 4 semanas antes (aunque esto no es lo ideal) y 2 semana y quizás hasta 4 semanas tarde para su próxima inyección.
- Se puede usar a cualquier edad.
- No parece alterar la cantidad y la calidad de la leche materna. Puede ser usado por madres que dan de lactar tan pronto como 6 semanas después del parto.
- No tiene efectos secundarios por estrógenos. No aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas al estrógeno, como ataques al corazón .
- Ayuda a prevenir embarazos ectópicos.
- Ayuda a prevenir el cáncer de endometrio.
- Ayuda a prevenir fibroides uterinos.
- Es posible que prevenga el cáncer ovárico.
- Las ventajas especiales para algunas mujeres incluyen:
 - Puede ayudar a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.
 - Puede reducir la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia.

DESVENTAJAS

- Efectos secundarios: Cambios en el sangrado menstrual (Goteo leve o sangrado, sangrado abundante, amenorrea).
- Puede ocasionar aumento de peso.
- Retraso en el regreso a la fertilidad.
- Requiere administrar una inyección cada tres meses.
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida de cabello, disminución del deseo sexual y /o acné en algunas mujeres.
- No protege contra ETS.

IMPLANTES DE NORPLANT:

El sistema de implantes Norplant (es la marca registrada del Population Council para sus implantes subcutáneo de levonorgestrel) es un conjunto de 6 pequeñas cápsulas plásticas. Cada cápsula tiene el tamaño de un pequeño palillo de fósforo. Las cápsulas se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer. Las mismas contienen un progestágeno similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer. Las 6 cápsulas liberan muy lentamente la hormona. De esta manera las cápsulas abastecen una dosis constante muy baja. No contienen ningún estrógeno.

Un juego de estas cápsulas pueden prevenir el embarazo con un mínimo de 5 años. Sin embargo puede ser efectivo por un tiempo mas largo.

Los implantes de Norplant actúan sobre el moco cervical, aumentando su densidad lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Además, detienen la

ovulación cerca de la mitad de los ciclos menstruales (después del primer año).

No actúan interrumpiendo un embarazo existente.

Para una colocación adecuada deben colocarse paralelos a la piel a nivel subdérmico, y abiertos como un abanico de forma que el extremo proximal se encuentre muy próximo para todos los cilindros a la incisión de colocación.

Para colocarlo situamos a la paciente en decúbito supino con el brazo flexionado 90 grados, de modo que quede claramente expuesta la zona de inserción. Se utiliza anestesia local y se infiltran linealmente cinco zonas convergentes en las que se colocarán finalmente los implantes. Se practica una pequeña incisión en la piel a través de la cual se coloca cada uno de los cilindros, de forma sucesiva, dentro de un trocar especial en el que hay dos ranuras que señalan la profundidad a la que debe colocarse y el punto hasta el que debe retirarse para colocar cada uno de los cilindros.

Aprender a retirar los implantes de Norplant requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa: el proveedor utiliza los conocimientos adecuados para la prevención de infecciones, la mujer recibe una inyección de anestesia local debajo de la piel del brazo para prevenir el dolor. Ella permanece totalmente despierta a lo largo del procedimiento. Se realiza una pequeña incisión en la parte interna del brazo, donde los implantes fueron colocados. Es posible que el proveedor de salud utilice algún instrumento para facilitar la remoción de las cápsulas, este procedimiento puede llevar cerca de 15 minutos o más. Si la mujer quiere continuar usando implantes, las nuevas cápsulas se insertarán en otra parte del mismo brazo o en el brazo contrario.

La incisión se cierra y se cubre con una venda, no es necesario suturar.

EFICACIA: La tasa de embarazos es, 0,1 por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Después de los 5 años, 1,6 embarazos por cada 100 mujeres.

VENTAJAS:

- Muy efectivos
- Protección contra el embarazo a largo plazo, reversible.
- No hay necesidad de tomar ninguna medida en el momento del coito.
- Aumento en el goce sexual porque no hay preocupaciones por el riesgo de embarazo.
- No hay necesidad de recordar nada, no requiere tomar ninguna píldora diaria ni aplicarse inyecciones. No requiere visitas repetidas a la clínica
- Efectivos dentro de la 24 hs después de la inserción.
- La fertilidad regresa casi inmediatamente después de que las cápsulas se retiran.
- La cantidad y calidad de la leche materna no se altera.
- Ningún efecto secundario por estrógenos.
- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.
- Ayuda a prevenir embarazos ectópicos.
- Ayuda a prevenir el cáncer de endometrio.

DESVENTAJAS:

- Efectos secundarios: sangrados menstruales (goteo leve o sangrado entre períodos menstruales, sangrado prolongado, amenorrea).
- Cefaleas.
- Mareos.
- Sensibilidad anormal en los senos o secreción.
- Nerviosismo.
- Nauseas.
- Acné.
- Cambio de apetito.
- Aumento de peso.
- Pérdida del cabello o crecimiento de pelo en la cara.
- Aumento en el tamaño de los ovarios o en el tamaño de los quistes ováricos.
- No protegen de las enfermedades de transmisión sexual.

La mayoría de las mujeres no presentan estos efectos secundarios. Y la mayor parte de los síntomas desaparecen dentro del primer año de uso.

Los implantes de Norplant pueden ser usado en cualquier circunstancia por mujeres que: - están dando de lactar

- no han tenido hijos.
- Han tenido recientemente un aborto o pérdida.
- Enfermedad benigna de mama
- Períodos menstruales irregulares o dolorosos
- Diabetes.
- Malaria
- Tuberculosis hipertensión arterial
- Anemia
- ETS
- Venas varicosas

ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA

ESTERILIZACIÓN FEMENINA

La Esterilización femenina provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener mas hijos.

Es un procedimiento quirúrgico, simple y sin riesgo. Usualmente puede realizarse con anestesia local y sedación leve. Requiere el uso de procedimiento apropiado para la prevención de infección.

Las dos técnicas mas comunes son la minilaparatomía y la laparoscopia.

En el procedimiento de minilaparotomía el útero se levanta y se da vuelta con instrumento (el elevador uterino) para traer cada una de las dos trompas de

falopio justo debajo de la incisión. Cada tubo se ata y se corta o se bloquea con un broche o anillo.

La incisión se cierra con suturas y se cubre con vendajes adhesivos. Para este procedimiento la mujer recibe sedación leve. Se inyecta anestesia local en el abdomen justo arriba de la línea del vello púbico, se hace una incisión pequeña(de 2 a 5 cm) en el área anestesiada, este procedimiento se usa pasadas las 6 semanas después del parto. La técnica usada antes de los 7 días después del parto es ligeramente diferente.

En el procedimiento de laparoscopia la mujer recibe sedación leve para relajarla. Se inyecta anestesia local apenas debajo del ombligo. Se inserta una aguja especial en el abdomen de la mujer mediante la aguja infla el abdomen con gas o aire. Esto levanta la pared del abdomen y la separa de los órganos internos.

Se hace una incisión pequeña aproximadamente de 2 cm justo debajo del ombligo de la mujer e introduce un laparoscopio. Mediante este instrumento se observa dentro del cuerpo y se encuentran las dos trompas de falopio.

Cada trompa se cierra con un broche, un anillo o por electro coagulación.

La incisión se cierra y se cubre con vendajes adhesivos.

La esterilización femenina también se conoce como la contracepción quirúrgica voluntaria, ligadura de trompas, ligar las trompas, minilap, y la operación.

El profesional de salud realiza una pequeña incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de falopio. Las trompas son las que llevan los óvulos de los ovarios al útero. Con las trompas bloqueadas de la mujer los espermatozoides del hombre no puede encontrar dichos ovulos.

La mujer continúa teniendo sus períodos menstruales.

EFICACIA: en el primer año después del procedimiento 1 en cada 200 mujeres quedan embarazadas.

En los siguientes 10 años 1 en cada 55 mujeres. La ligadura de trompa post parto es una de las técnicas de esterilización femenina mas efectiva. En el primer año después del procedimiento 1 en cada 2000 mujeres. En los siguientes 10 años después del procedimiento una en cada 133 mujeres.

VENTAJAS:

- Muy efectivo.
- Permanente. Un solo procedimiento permite la planificación familiar efectiva, segura y para toda la vida.
- No se tiene que recordar nada . No se necesita suministro, ni visitas al centro de salud.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- El goce sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo.
- No afecta la leche materna.
- Ningún efecto o riesgo para la salud conocido a largo plazo.
- La minilaparotomía puede realizarse inmediatamente después del parto.

- Ayuda a proteger contra el cáncer de ovario.

DESVENTAJAS:

- Ninguna protección contra ETS.
- Comúnmente doloroso al principio, pero el dolor disminuirá gradualmente después del primer o segundo día.
- Complicaciones infrecuentes de la cirugía como: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrados o infección interna, daños a órganos internos, riesgos de la anestesia (riesgo de reacción alérgica o sobredosis en caso de anestesia local y en la anestesia general recuperación mas lenta y presencia de efectos secundarios con complicaciones mas severas y mayor riesgo de sobredosis que con la anestesia local.
- Muy rara vez ocurre la muerte por sobre dosis de anestésico u otra complicación.
- En casos raros cuando ocurre un embarazo, la probabilidad de que sea el mismo ectópico es mas alta que en una mujer que no usó ningún método contraceptivo.
- Requiere un examen físico y cirugía menor.
- Comparada con la vasectomía, la esterilización femenina es mas riesgosa y costosa.
- La cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en la mayoría de los lugares así como no puede garantizarse el éxito de la recanalización.
- Problemas psicológicos: sensación de frustración por la imposibilidad de una nueva maternidad; inapetencia sexual.

Circunstancias en que las mujeres pueden efectuarse la esterilización:

- Son jóvenes o mayor de edad (con consentimiento informado).
- No han tenido hijos .
- Acaban de dar a luz (dentro de un período de 7 días).
- Están dando de lactar.
- Preclamsia.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Tumores benignos de ovario.
- Sangrado vaginal irregular o abundante, menstruación dolorosa.
- Vginitis sin cervicitis purulento.
- Diabetes.
- Venas varicosas.
- Con prueba positiva de VIH.
- Tuberculosis
- Parto por cesárea.

ESTERILIZACION MASCULINA (VASECTOMIA)

Es la ligadura sección y separación de la continuidad de los conductos deferentes en el hombre.

Debe considerarse un método irreversible.

Provee contracepción permanente a los hombres que han decidido no tener más hijos.

Es un procedimiento quirúrgico, seguro, simple y rápido.

No es una castración, no afecta los testículos y tampoco la capacidad sexual.

Después de una vasectomía no existe cambio alguno en la respuesta sexual permaneciendo inalterados la erección y la eyaculación. El líquido seminal se produce en la misma cantidad, solo que éste no contendrá espermatozoides y por consiguiente no puede fecundar.

El procedimiento se realiza a través de una pequeña incisión (mediante tacto) en el escroto, del hombre bloqueando los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos. Mediante anestesia local en el escroto para prevenir el dolor, permaneciendo despierto a lo largo del procedimiento.

Se utiliza un escalpelo u otro instrumento quirúrgico especial para hacer una perforación.

Se extrae cada conducto a través de la incisión, se cortan cada uno de ellos y se ata con hilo uno o ambos de los extremos cortados.

La incisión puede suturarse o simplemente cubrirse con un vendaje adhesivo.

EFICACIA: Muy efectivo y permanente tal como se lo utiliza usualmente:

0,15 embarazos por cada 100 hombres en el primer año después del procedimiento.

Los fracasos suelen deberse a un desconocimiento u "olvido" de la pauta que hay que seguir en el período posoperatorio. El hombre debe ser informado que la cobertura contraceptiva no es inmediata, por lo que debe emplear otro método contraceptivo hasta que, mediante un seminograma, se evidencie la azoospermia, lo que suele alcanzarse tras unas 15 o 20 eyaculaciones postintervención.

VENTAJAS

- Muy efectiva.
- Permanente. Un solo procedimiento rápido conduce a una forma de planificación familiar que es segura y efectiva y que dura toda la vida.
- No hay necesidad de recordar nada, excepto usar preservativo por lo menos para las primeras 20 eyaculaciones.
- No interfiere con el sexo.
- El placer sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de un embarazo.
- No hay necesidad de abastecerse de nada ni de hacer visitas repetidas al centro de salud.
- Costo bajo.

- Comparada con la esterilización voluntaria femenina, la vasectomía es: un poco más efectiva, ligeramente mas segura, más fácil de realizar, y se puede verificar la eficacia en cualquier momento.

DESVENTAJAS

- Leve malestar por dos o tres días.
- Dolor en el escroto y en los testículos.
- Sensación pasajera de desmayo después de la intervención.
- Irreversible.
- Problemas psicológicos: Impotencia, sensación de castración, proveniente de una mala explicación de la naturaleza del método o debido a presiones socioculturales.
- Complicaciones infrecuentes son: sangrado o infección en el lugar de la incisión, o por dentro de la incisión, coágulos en el escroto.
- No es efectivo en forma inmediata (porque puede que al menos las primeras 20 eyaculaciones posteriores a la vasectomía contenga espermatozoides).
- La cirugía de recanalización es costosa, difícil y no se encuentra disponible en muchos lugares.
- Ninguna protección contra ETS.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Es el método de contracepción reversible mas utilizado en el mundo.

Es el método más eficaz para prevenir el embarazo de entre los métodos reversibles. Es reversible cuando se recupera la fertilidad al dejar de usarlo.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA

En la actualidad, los anticonceptivos orales contienen dosis muy bajas de hormonas. Frecuentemente se le llama anticonceptivos orales de dosis bajas.

Hay dos tipos de presentaciones para la píldora. Algunos paquetes contienen 28 píldoras: 21 píldoras "activas" que contienen hormonas, seguidas por 7 píldoras de diferente color que no contienen hormonas y que sirven como "recordatorio". El otro tipo de presentación consiste en ciclos que contienen solo 21 píldoras "activas".

Funcionamiento: En el ovario hay unas estructuras que se llaman folículos. Dentro de cada folículo hay un óvulo inmaduro. En cada ciclo menstrual varios folículos crecen pero solo uno se rompe y libera el óvulo ya maduro. Si éste óvulo es fecundado por un espermatozoide y anida en el útero se produce un embarazo. El resto del folículo que ha quedado en el ovario libera una hormona que se llama Progesterona, uno de sus efectos es mantener el embarazo si

éste ha ocurrido y otro, impedir nuevas ovulaciones. Si no fuera así, aunque una mujer estuviera embarazada seguiría ovulando todos los meses y podría quedar embarazada de nuevo.

La píldora se aprovecha de ésta función que tiene la Progesterona natural de impedir nuevas ovulaciones. Para ello se utilizan los Gestágenos, hormonas sintéticas de acción similar a la Progesterona natural, evitando que un folículo que ha crecido se rompa liberando el óvulo. La píldora moderna se denomina píldora combinada porque une dos componentes en su composición. Uno es un estrógeno (tipo de hormona sexual femenina) y el otro es gestágeno. La función del estrógeno es ayudar al gestágeno, por un lado y por otro evitar que los folículos crezcan, aunque luego no se rompan, es decir impide la ovulación. Mediante la supresión de la secreción de las hormonas de liberación hipotalámica (FSH y LH). No se producen los picos de dichas hormonas ni tampoco la secreción de estrógenos y progesterona, lo que detiene el crecimiento del folículo y sustituye la secreción hormonal del ovario.

Además la píldora produce un espesamiento del moco que hay en el orificio de entrada al útero y por ello dificulta la entrada a los espermatozoides.

Éstos son los principales mecanismos: Anovulatorio y Espesamiento del moco cervical. Además el endometrio cambia y hace menos probable que, tras el improbable fallo de todo lo anterior, el huevo anide así como también se modifica la fisiología tubaria dificultando el transporte y nutrición del cigoto.

Eficacia: 0.1 embarazos por cada 100 mujeres. Deben tomarse todos los días para lograr su máxima efectividad. Muchas mujeres no pueden tomar la píldora correctamente y aumenta el riesgo de quedar embarazadas.

VENTAJAS

- Muy efectivo cuando se usa correctamente.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- El placer sexual se aumentado porque no hay preocupaciones sobre riesgo de embarazos.
- Los períodos menstruales son regulares, disminuyen el volumen y duración del sangrado menstrual, así como los cólicos menstruales.
- Se puede usar mientras la mujer desee prevenir el embarazo sin necesidad de períodos de reposo.
- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la menopausia.
- Puede ser usado por mujeres que tienen hijos y mujeres que no los tienen.
- La usuaria puede interrumpir el uso en cualquier momento.
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso.
- Puede usarse como anticonceptivo de emergencia después de un coito sin protección contra el embarazo.
- Puede prevenir o disminuir la anemia por deficiencia de hierro.

- Ayuda a prevenir: el embarazo ectópico, el cáncer de endometrio y ovario, quiste de ovario, la enfermedad pélvica inflamatoria, la enfermedad benigna de mama.

DESVENTAJAS

- Efectos secundarios: náuseas, sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, cefaleas, sensibilidad anormal en los senos, leve aumento de peso, amenorrea.
- No altamente efectivo a menos que se tomen todos los días. Para algunas mujeres resulta difícil recordar que deben tomar una píldora todos los días.
- Debe tenerse un nuevo paquete de píldoras a la mano cada 28 días.
- No protege contra ETS.
- No es recomendable para mujeres en período de lactancia porque afecta la calidad y cantidad de la leche materna.
- En unas pocas mujeres, pueden ocasionar cambios de temperamento, incluyendo depresión y menor deseo sexual.
- Muy rara vez pueden ocasionar un infarto cerebral, coágulos en las venas profundas de las venas o un infarto de miocardio.
- Quienes están en mayor riesgo son las mujeres con presión arterial alta y las mujeres que tienen 35 o más años y que a la vez fuman más de 20 cigarrillos al día.

Los anticonceptivos orales combinados de dosis baja pueden ser usados en cualquier circunstancia por mujeres que:

No tengan hijos.

Sean gordas o delgadas, de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años, sin embargo no se recomienda su uso antes de los 16 años(para dejar que se complete la maduración sexual de forma natural). Ni después de los 45 años, porque aumenta el riesgo de padecer alteraciones de los vasos sanguíneos y del corazón.

Sean fumadoras pero menos de 35 años.

Han tenido recientemente un aborto inducido o espontáneo.

Enfermedad de la tiroides.

Períodos menstruales irregulares.

Enfermedad benigna de mama.

Diabetes.

Cefaleas.

Venas varicosas.

Malaria.

Enfermedad pélvica inflamatoria.

Endometriosis.

Tumores benignos de ovario.

Tuberculosis.

Historia de embarazo ectópico.

Esquistosomiasis.

USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES DE DOSIS BAJAS

- Generalmente cada envase tiene 21 píldoras. La primera se toma el primer día de la hemorragia menstrual y después una cada día durante los 20 días siguientes. Al finalizar las 21 píldoras se deja una semana de descanso.
- Apenas la mujer interrumpa la lactancia o seis meses después del parto.
- De tres a seis semanas después del parto si no está dando de lactar, o después de seis semanas en cualquier momento mientras no esté embarazada.
- En los siete primeros días después de sufrir un aborto inducido o espontáneo durante el primer o segundo trimestre o luego en cualquier momento mientras no esté embarazada.
- Inmediatamente de haber interrumpido el uso de otro método.

Olvido de tomar píldoras

En caso del olvido de una píldora antes de 12 horas simplemente toma la píldora olvidada y la siguiente a la hora habitual(puede ser que ese día tome dos píldoras).

En caso de olvidarse de tomar una píldora en un tiempo mayor de 12 horas desde el momento de haberla tomado, ya no se garantiza su eficacia anticonceptiva. Se deberá omitir la píldora olvidada(que se quede en el envase) y tomar la siguiente a la hora habitual. Será necesario emplear otro método anticonceptivo durante las relaciones sexuales.

En caso de vomitar dentro de 3 o 4 horas luego de haber ingerido la píldora no es seguro que el organismo la haya absorbido, por lo tanto también se deberá emplear otro método anticonceptivo adicional y seguir tomando las restantes píldoras a la hora habitual.

También se deberá hacer lo mismo si, mientras al emplear la píldora la mujer presenta una diarrea intensa como por ejemplo cuando se tiene una gastroenteritis.

ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTAGENOS

Los progestágenos tienen acción sobre:

- Endometrio: producen cambios glandulares, así como en el estroma que tiene poco crecimiento y escasa secreciones. Todo ello dificulta la implantación del óvulo.
- Moco cervical: el mismo se vuelve viscoso y escaso, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides.
- Trompa: disminuye su motilidad y secreción.

Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales solo de progestágenos toman cada día una píldora para prevenir el embarazo. Este anticonceptivo contiene

cantidades muy pequeñas de un solo tipo de hormona, un progestágeno. Los mismos contienen entre una mitad y un décimo del progestágeno incluidos en los anticonceptivos orales combinados. No contiene estrógenos.

EFICACIA: Aproximadamente un embarazo de cada 100 mujeres, en el primer año de uso, en mujeres que están dando de lactar, en el resto de las 0.5 mujeres es de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres.

VENTAJAS

- Los mismos son una buena opción para las mujeres que están dando de lactar.
- Son de dosis muy bajas.
- No disminuyen la cantidad de leche materna.
- No tienen los efectos secundarios de los estrógenos.
- Pueden usarse para la contracepción de emergencia, después de tener relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo.
- Pueden ayudar a prevenir: la enfermedad benigna de mamas, el cáncer de endometrio y ovario y la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Las mujeres toman una píldora todos los días sin interrupción. Su uso es más fácil de comprender que el de las píldoras combinadas por 21 días.

DESVENTAJAS

- En mujeres que no están dando de lactar los efectos secundarios son los comunes: cambios en el sangrado menstrual son normales, incluyendo periodos irregulares, goteo o sangrados entre periodos y amenorrea.
- Efectos secundarios como: cefaleas, sensibilidad anormal en los senos, etc.,
- Deben tomarse aproximadamente a la misma hora todos los días para tener máxima efectividad.
- No previene el embarazo ectópico.
- Crea dependencia psíquica.
- Necesita control médico.

Los anticonceptivos orales de progestágenos pueden ser usados en cualquier circunstancia por mujeres que:

Están dando de lactar (comenzando tan pronto como 6 semanas después del parto).

No tengan hijos.

Sean gordas o delgadas, de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años, sin embargo no se recomienda su uso antes de los 16 años(para dejar que se complete la maduración sexual de forma natural). Ni después de los 45 años, porque aumenta el riesgo de padecer alteraciones de los vasos sanguíneos y del corazón.

Sean fumadoras pero menos de 35 años.
Han tenido recientemente un aborto inducido o espontáneo.
Enfermedad de la tiroides.
Períodos menstruales irregulares.
Enfermedad benigna de mama.
Cefaleas.
Venas varicosas.
Malaria.
Enfermedad pélvica inflamatoria.
Endometriosis.
Tumores benignos de ovario.
Tuberculosis.
Esquistosomiasis.
Epilepsia.
ETS.
Enfermedad valvular cardíaca.
Hipertensión arterial.
Problemas en la coagulación.
Anemia por deficiencia de hierro.
Enfermedad de la vesícula.

USO: La mujer deberá tomar una píldora todos los días.

ANTICONCEPTIVOS ORALES PARA LA CONTRACEPCION POSCOITO (DE EMERGENCIA)

Se llama así a una forma de intercepción que solo se considera útil para casos de urgencia, por ejemplo la ruptura de un preservativo en la fase fértil del ciclo. Consiste en la administración a la mujer de altas dosis de estrógenos y/ o progesterona antes de que transcurran 72 horas del coito sin protección. Se administra para producir cambios en el endometrio que impidan la implantación. Los efectos secundarios son náuseas y vómitos.

EFICACIA: Parece prevenir aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de los embarazos que de otra manera hubieran ocurrido. En promedio, el riesgo de embarazo después de un coito sin protección en la segunda o tercera semana del ciclo menstrual es de 8 %; cuando se usa contracepción oral de emergencia, el porcentaje es de 2 %. Cuanto más pronto se utiliza la contracepción oral de emergencia mejores son los resultados en prevenir embarazos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA PARA LA CONTRACEPCION ORAL DE EMERGENCIA.

Cualquier mujer puede usar contracepción oral de emergencia, siempre y cuando no esté embarazada.

Se debe usar únicamente en situaciones de emergencia, por ejemplo cuando:

Una mujer ha tenido un coito contra su voluntad o ha sido forzada a tener sexo (violación).

- ☐ El preservativo se ha roto.
- ☐ El DIU se ha salido de lugar.
- ☐ La mujer se ha quedado sin anticonceptivos orales, ha olvidado de tomar 2 o más anticonceptivos orales.
- ☐ El coito tuvo lugar sin contracepción, y la mujer desea evitar el embarazo.

METODOLOGIA

Es una investigación cuantitativa.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal.

La investigación se realizó en Uruguay, en el Departamento de Soriano, en la ciudad de Dolores (zona urbana), en una Institución Pública de Enseñanza Secundaria "Liceo Dr. Roberto Taruselli". El mismo fue seleccionado porque la población que concurre presenta las características de nuestro objeto de estudio y además porque es factible institucionalmente.

Las variables en estudio son:

INFORMACION : Variable cualitativa nominal.

Se define como: Conjunto de noticias, datos e informes que posee el varón adolescente con respecto a los métodos anticonceptivos.

Categorías:---- Posee Información (94 a 140 puntos)

---- Posee información básica (47 a 93 puntos)

---- No posee información (0 a 46 puntos)

Para cuantificar esta variable se tendrán en cuenta 7 de las interrogantes realizadas en la encuesta: (Anexo 1). Las mismas son las siguientes:

Nº 8: si responde 2 o más métodos anticonceptivos, se le otorgará (10 puntos).

Nº 12: si responde el ítem A (5 puntos)

el ítem B (5 puntos)

el ítem C (10 puntos)

Nº 13 A si responde el ítem A. 1 (0 punto)

el ítem A. 2 (4 puntos)

el ítem A. 3 (2 puntos)

el ítem A. 4 (4 puntos)

B si responde el ítem B. 1 (10 puntos)

el ítem B. 2 (0 punto)

el ítem B. 3 (0 punto)

C si responde el ítem C. 1 (0 punto)

el ítem C. 2 (10 puntos)

D si responde el ítem D. 1 (10 puntos)

D. 2 (0 punto)

Nº 14: A si responde el ítem A. 1 (0 punto)

el ítem A. 2. 1 (5 puntos)

el ítem A. 2. 2 (5 puntos)

B si responde el ítem B. 1 (10 puntos)

el ítem B. 2 (0 punto)

C si responde el ítem C. 1 (10 puntos)

el ítem C. 2 (0 punto)

Nº 15: si responde el ítem A (10 puntos)

el ítem B, C, D, E (0 punto)

Nº 16: si responde el ítem A (4,5 puntos)

el ítem B (4,5 puntos)

el ítem C (1 punto)

el ítem D (0 punto)

N° 17: si responde el ítem A (10 puntos)
el ítem B (0 punto)

EDAD: Período de tiempo expresado en años, transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Valores: número de años.

AÑO DE SECUNDARIA QUE CURSA: grado curricular en que se encuentra el estudiante.

Categorías: Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

Quinto

Sexto

ESTADO CIVIL: Situación legal de los adolescentes con respecto al registro civil.

Categorías: Soltero

Casado

Unión Estable

Otros.

SITUACION LABORAL: Desempeño de alguna actividad remunerada.

Categorías: Desocupado

Ocupado

RELIGION: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.

Categorías: NO

SI: Católico

Evangélico

Mormones

Testigo de Jehová

Budista

Otros

MANTIENE RELACION SEXUAL: Acto en el cual se produce la conjunción del órgano genital masculino con el órgano genital femenino.

Categorías: SI

NO

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL: tiempo expresado en años en que el individuo manifiesta haber tenido su primer relación sexual .

Valores: número de años

INFORMACION ACERCA DE LOS TIPOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS: Datos que poseen los adolescentes acerca de los diferentes métodos anticonceptivos.

Categorías: SI: Preservativo
Anticonceptivos Orales
Dispositivo intrauterino
Diafragma
Otros

NO

UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS: Adopción de una medida contraceptiva.

Categorías: SI ¿Cuáles? - Preservativo
- Anticonceptivos Orales.
- Otros.

NO ¿Por qué? - No conoce ningún método anticonceptivo.
- No sabía como utilizarlo.
- No pensaba tener relaciones sexuales.
- Por negación de un integrante de la pareja.
- Otros.

INFORMACION RECIBIDA ACERCA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

Datos, noticias acerca de métodos anticonceptivos recibidos hasta el momento actual.

Categorías :SI
NO

FUENTE DE INFORMACION: Lugar, objeto, persona de donde el adolescente obtiene información.

Categorías: Familia.
Centro de estudio.
Personal de salud.
Medios de difusión.
Otros.

IMPORTANCIA DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS: Conocimiento acerca de la necesidad del empleo de los métodos anticonceptivos.

Categorías: Evitar el embarazo.
Prevenir enfermedades de transmisión sexual.
Ambas.
No sabe/ no conoce.

INFORMACION ACERCA DEL USO DEL PRESERVATIVO: Datos que posee el adolescente con respecto al preservativo.

Categorías:

Tiene información:

- Si responde a la pregunta A los ítems A 2 y A 4 como mínimo.
- a la pregunta B el ítem B 1
- a la pregunta C el ítem C 2
- a la pregunta D el ítem D1

No tiene información:

- Si responde en la pregunta A un solo ítem
- en la pregunta B, el ítem B 2, B 3 o B4
- en la pregunta C, el ítem C 1 o C3
- en la pregunta D, el ítem D 2 o D3

INFORMACION ACERCA DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Datos que posee el adolescente con respecto a los anticonceptivos orales.

Categorías:

Tiene información:

- Si responde en la pregunta A el ítem A 2 y debe nombrar por lo menos un tipo de anticonceptivo.
- en la pregunta B, en forma correcta.
- en la pregunta C, el ítem C 1

No tiene información:

- Si responde en la pregunta A, el ítem A 1
- en la pregunta B, en forma incorrecta.
- en la pregunta C, el ítem C 2

INFORMACION ACERCA DEL PERIODO FERTIL DE LA MUJER: Datos que posee el adolescente varón con respecto a los días del ciclo menstrual.

Categorías: Tiene información (responde el ítem A).

No tiene información (no responde al ítem A).

INFORMACION ACERCA DE LAS VENTAJAS DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS: Datos que poseen los adolescentes varones acerca de los beneficios en cuanto al empleo de los métodos anticonceptivos.

Categorías: Tiene información (responde el ítem A y B como mínimo)

No tiene información (no responde el ítem A ni B responde el D).

INFORMACION ACERCA DE LA EFICACIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS CON RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO. Datos que poseen los adolescentes varones acerca de la eficacia de los métodos anticonceptivos con respecto a la prevención del embarazo.

Categorías: SI

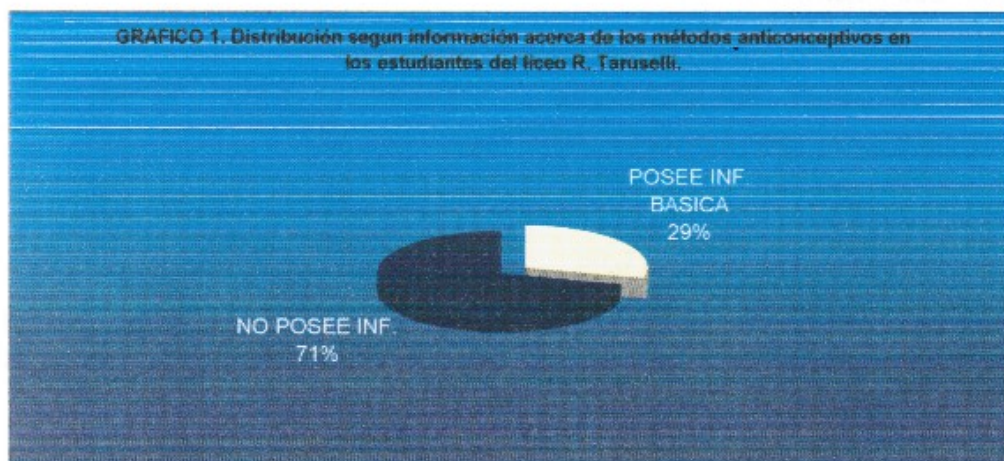
NO

El universo, corresponde a todos los adolescentes varones con edades comprendidas entre 15 a 17 años, en una población de 164 estudiantes que concurren al Liceo Dr. Roberto Taruselli en el Departamento de Soriano. La muestra es de 70 estudiantes. La misma fue seleccionada por conveniencia. Para la recolección y el registro de los datos se utilizó como método la encuesta y como instrumentos un formulario y una planilla (*Anexo 1 y 2*). En una primera instancia se realizó una prueba piloto a 50 estudiantes de 15 a 17 años de edad, con el objetivo de realizar los ajustes necesarios al instrumento a utilizar en dicha encuesta. La misma se realizó en una Institución Pública de Enseñanza Secundaria en el Departamento de Montevideo, Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (IAVA). En una segunda instancia se procedió a encuestar a los estudiantes (adolescentes varones), en los días 19 y 20 de marzo del presente año, en el horario de entrada, recreo y salida.

RESULTADOS Y ANALISIS

TABLA N° 1- DISTRIBUCIÓN SEGÚN **INFORMACIÓN** ACERCA DE LOS **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS** QUE POSEEN LOS ADOLESCENTES VARONES DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN AL LICEO DR. ROBERTO TARUSELLI EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 19 AL 20 DE MARZO DEL 2001

INFORMACIÓN ACERCA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	F. A.	F.R. %
POSEE INF. BASICA	20	29
NO POSEE INF.	50	71
N	70	100



Se observa que sólo un 29 % del total de los encuestados **poseen información básica**, es decir están informados acerca de algún tipo de método anticonceptivo. De los mismos se observa lo siguiente:

1. Acerca del preservativo, el 55 % responde que se debe de tener en cuenta los daños o la fecha de vencimiento, un 25 % responde ambas y el resto no contesta. Ninguno contesta correctamente.
2. El 60 % (12 estudiantes) responden correctamente en qué momento de la relación sexual se debe de colocar y retirar el preservativo.
3. Todos refieren que el preservativo se debe usar solo una vez.

4. El 80 % (16 estudiantes) refiere tener información en cuanto a un tipo de anticonceptivo oral

(ACO), siendo el más nombrado los que se ingieren diariamente 94 % (19 estudiantes), de estos solo un 31 % (6 estudiantes) sabe como se toman los ACO y solo uno de ellos esta informado acerca de lo que debe de hacer en caso de olvidarse de ingerir "una pastilla".

5. El 45 % (9 estudiantes) conoce los días más fértiles de la mujer.

6. La mitad responde al menos una de las ventajas del uso de los anticonceptivos, siendo las más nombradas: prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual; el 30 % (6 estudiantes) responde ambas y el resto seguridad frente a las relaciones sexuales.

7. Solo el 15 % (3 estudiantes) refiere que los anticonceptivos no son el 100 % eficaces.

TABLA N° 2- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS ADOLESCENTES

EDAD INFORMACION	BÁSICA	NO POSEE	TOTAL
15	5 (14%)	31 (86%)	36 (51%)
16	7 (50%)	7 (50%)	14 (20%)
17	8 (40%)	12 (60%)	20 (29%)
TOTAL	20 (29%)	50 (71%)	70

El 51 % (36) de los estudiantes tienen 15 años de edad.

Se observa que la información "básica" aumenta en proporción a la edad (a mayor edad, mayor es el n° de estudiantes con información básica).

TABLA N° 3- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL AÑO DE SECUNDARIA QUE CURSAN LOS ADOLESCENTES E INFORMACIÓN

AÑO 2° CURSA INFORMACION	BÁSICA	NO POSEE	TOTAL
3°	3 (27%)	8 (73%)	11 (16%)
4°	7 (19%)	30 (81%)	37 (53%)
5°	8 (42%)	11 (58%)	19 (27%)
6°	2 (67%)	1 (33%)	3 (4%)
TOTAL	20 (29%)	50 (71%)	70

El 53 % (37) de los encuestados se encuentra cursando 4° año de secundaria.

Se destaca que a medida que aumenta el grado de secundaria cursado por cada estudiante la información "básica" que poseen es mayor; situación similar a la tabla anterior.

Se destaca que a medida que aumenta el grado de secundaria cursado por cada estudiante la información "básica" que poseen es mayor; situación similar a la tabla anterior.

TABLA N° 4- DISTRIBUCIÓN SEGÚN UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E INFORMACIÓN BÁSICA.

UTILIZAN METODO INF. BÁSICA	SI	NO	TOTAL
SI	18 (51 %)	17 (49 %)	35 (50 %)
NO	2 (6 %)	33 (94 %)	35 (50 %)
TOTAL	20 (57 %)	50 (43 %)	70

De los estudiantes que utilizan métodos, solo la mitad posee información básica, es decir que hay un porcentaje similar de estudiantes que utilizan métodos sin poseer la información necesaria para el uso de los mismos.

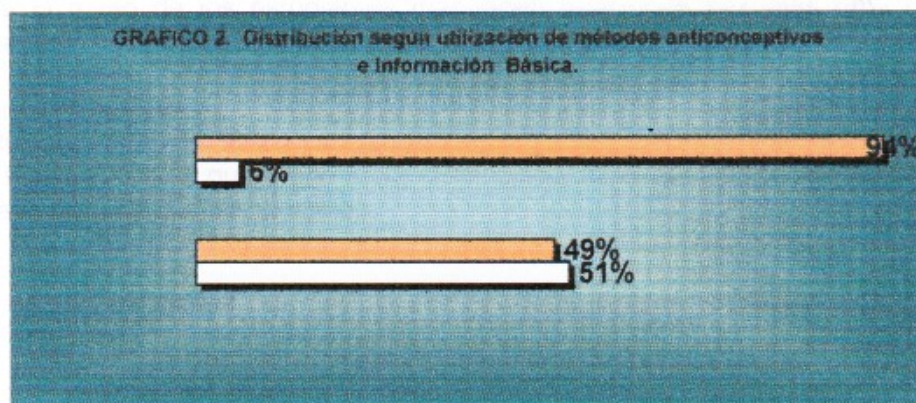


TABLA N° 5 - DISTRIBUCIÓN SEGÚN AÑO DE SECUNDARIA CON LA EDAD.

AÑO 2º CURSA EDAD	15 años	16 años	17 años	TOTAL
3º	8 (73%)	1 (9%)	2 (18%)	11 (16%)
4º	27 (73%)	3 (8%)	7 (19%)	37 (53%)
5º	1 (5%)	10 (53%)	8 (42%)	19 (27%)
6º			3 (100%)	3 (4%)
TOTAL	36 (51 %)	14 (20 %)	20 (29 %)	70

La mayoría de los estudiantes se encuentran cursando 4º año de secundaria y tienen 15 años de edad.

Se observa que casi la totalidad de los encuestados se encuentran realizando el proceso educativo en tiempo y forma.

Todos los adolescentes son solteros, lo que corresponde a su edad.

El 100 % de los estudiantes no posee una actividad remunerada, situación acorde para la etapa en la cual se encuentran. Esto se podría relacionar con lo anteriormente expuesto (edad acorde con el año que cursa).

TABLA N° 6. DISTRIBUCION SEGÚN LOS ESTUDIANTES QUE REFIEREN *MANTENER RELACIONES SEXUALES Y EDAD*

MANTIENE R. S. EDAD	15 años	16 años	17 años	TOTAL
SÍ	17 (40 %)	9 (21%)	16 (39%)	42 (60%)
NO	19 (68 %)	5 (18%)	4 (14%)	28 (40%)
TOTAL	36 (51 %)	14 (20%)	20 (29%)	70

Mas de la mitad de los estudiantes mantienen relaciones sexuales 60% (42 estudiantes).

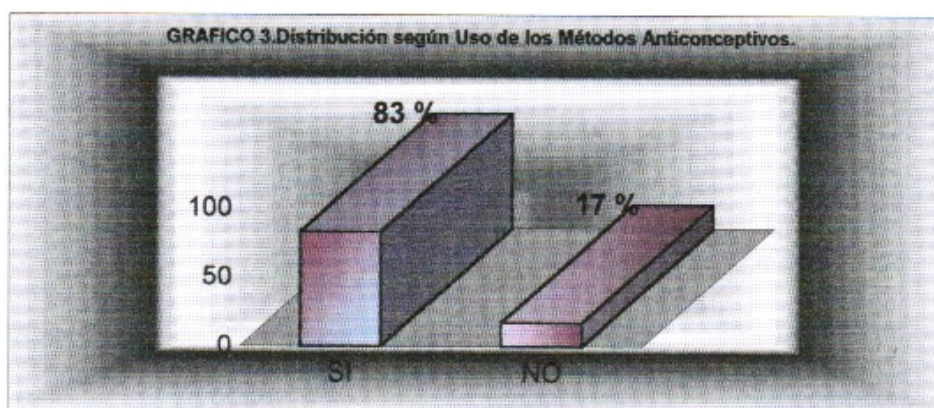
Según los datos, los adolescentes de 15 años, la mayoría no mantiene relaciones sexuales.

Si analizamos a los de 16 y 17 años, se encuentra que la mayoría si mantiene.

Por lo tanto a medida que aumenta la edad mayor es el número de estudiantes que mantienen relaciones sexuales.

TABLA N°7. DISTRIBUCION SEGÚN *USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS* EN LOS QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	FA	F.R.%
SI	35	83
NO	7	17
N	42	100



De los estudiantes que mantienen relaciones sexuales la mayoría, 83% (35 estudiantes) utiliza métodos anticonceptivos.

Los estudiantes que no utilizan métodos anticonceptivos refieren que es: porque no tienen planificado mantener relaciones sexuales, por no saber como utilizar los mismos y por negación de 1 integrante de la pareja.

TABLA Nº 8. DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO EN LA REACCIÓN SEXUAL.

TIPO DE METODO ANTICONCEP. UTILIZADO	FA	F.R.%
PRÉSERVATIVO (Por el hombre)	33	94
ANT. ORALES (Por la mujer)	2	6
N	35	100

TABLA Nº 9. DISTRIBUCION SEGÚN LOS ESTUDIANTES QUE MANTIENEN Y NO MANTIENEN RELACIONES SEXUALES SEGÚN RELIGIÓN.

MANTIENE R.S. RELIGION	Católicos	Ateos	Evangé licos	Judíos	Otros	TOTAL
SI	28 (67%)	13 (31%)	1 (2%)	0	0	42 (60 %)
NO	8 (29%)	12 (43%)	0	2 (7%)	6 (22%)	28 (40 %)
TOTAL	36 (51%)	25 (36%)	1 (1%)	2 (3%)	6 (9%)	70

Más de la mitad de los estudiantes refieren ser católicos, un 36 % (25 estudiantes) refieren ser ateos.

Dentro de los estudiantes que expresan ser católicos la mayoría mantiene relaciones sexuales, mientras que los estudiantes que expresan ser ateos el número es similar entre los que mantienen y no.

TABLA Nº 10. DISTRIBUCION SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RELIGIÓN

USO DE MET ANTIC RELIGION	Católicos	Evangé licos	Judíos	Ateos	Otros	TOTAL
SI	21 (60 %)	1 (2 %)	1 (3%)	11 (31%)	1(3%)	35 (50%)
NO	15 (43%)	0	1 (3%)	14 (40%)	5(14%)	35 (50%)
TOTAL	36 (51%)	1(1%)	2 (3%)	25(36%)	6 (9 %)	70

La mayoría, 60 % de los estudiantes que usan métodos anticonceptivos (21) refieren ser católicos, lo que se contradice con la posición de dicha religión frente a este tema (se opone a la actividad sexual previo al matrimonio y al uso de cualquier método anticonceptivo).

TABLA N° 11. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

EDAD DE LA 1ª RELACION SEXUAL	F.A	F.R. %
12	3	7
13	12	29
14	14	33
15	10	24
16	2	5
17	1	2
N	42	100

La edad de la primera relación sexual oscila entre los 13 y 15 años de edad. El mayor porcentaje se da a los 14 años. Comparando estos resultados con los datos obtenidos por el MSP para el año 1998 que indica que el comienzo de dicha actividad es a los 15 años, se observa en esta muestra un adelanto en el tiempo.

TABLA N° 12 A. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACION ACERCA DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

INFORMACIÓN DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO	F.A.	F.R. %
SI	66	94
NO	4	6
N	70	100

Casi la totalidad 94% (66 estudiantes) refiere estar informado acerca de algún método anticonceptivo.

TABLA N° 12 B. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACION ACERCA DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

INFORMACIÓN DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO	F.A.	F.R. %
PRESERVATIVO	25	38
PRESERVATIVO Y ANTICONCEPTIVOS ORALES	25	38
PRESERVATIVO, ANTICONCEPTIVOS ORALES Y AL MENOS 1 DEL RESTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS	16	24
N	66	100

Todos los estudiantes poseen información acerca del preservativo y un 62 % (41 estudiantes) además de este, refieren los anticonceptivos orales. Esto coincide con los métodos más utilizados y de los cuales existe mayor información.

TABLA Nº 13. DISTRIBUCION SEGÚN IMPORTANCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

IMPORTANCIA DEL USO DE MET ANTICONCEPTIVOS	F.A.	F.R. %
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	14	20
PREVENCIÓN DE ETS	11	16
AMBAS	19	27
NO SABE	26	37
N	70	100

De los estudiantes encuestados se observa que, solamente un 27 % (19 estudiantes) contesta correctamente los motivos por el cual se utilizan los métodos anticonceptivos. Un porcentaje similar responde uno u otro motivo, existiendo un 37 % (26 estudiantes) de los adolescentes que no saben el motivo del uso de los mismos.

De los estudiantes que utilizan métodos anticonceptivos, la mitad responde correctamente el motivo del uso de los mismos, siendo este: **prevención del embarazo y de ETS.**

TABLA Nº 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANTIENEN O NO MANTIENEN RELACIONES SEXUALES, E INFORMACIÓN ACERCA DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

MANTIENE R. S. INFORMACIÓN ALGUN MET ANTIC	SI	NO	TOTAL
SI	41 (98 %)	1 (2 %)	42 (60%)
NO	25 (89%)	3 (11%)	28 (40%)
TOTAL	66 (94%)	4 (6%)	70

Casi todos los estudiantes que mantienen relaciones sexuales, 98%(41) refieren poseer información acerca de alguno de éstos, siendo este el preservativo.

TABLA Nº 15. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y FUENTE DE INFORMACIÓN DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

EDAD FUENTE DE INFORMACION	CENTRO DE ESTUDIO (CE)	FAMILIA (F)	F Y C.E	OTROS	TOTAL
15	11 (33%)	7 (21%)	8 (24%)	7 (21%)	33 (50 %)
16	4 (29%)	2 (14%)	2 (14%)	6 (43%)	14 (21 %)
17	8 (42%)	3 (16%)	3 (16%)	5 (26%)	19 (29 %)
TOTAL	23 (35%)	12 (18%)	13 (20%)	18 (27%)	70

El 73% (48 estudiantes) de la información que poseen los estudiantes proviene del centro de estudio y de la familia, destacándose el mayor porcentaje proveniente del centro de estudios.

TABLA N° 16. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACIÓN ACERCA DEL USO DEL PRESERVATIVO

INFORMACIÓN ACERCA DEL USO DEL PRESERVATIVO	F.A.	F.R.%
TIENE INFORMACIÓN	1	1
NO TIENE INFORMACIÓN	69	99
N	70	100

De los 70 estudiantes encuestados, solo uno de ellos tiene información acerca del uso correcto del preservativo. Se destaca que dicho estudiante utiliza como método anticonceptivo el preservativo.

TABLA N° 17 A: DISTRIBUCION SEGÚN SI MANTIENE O NO RELACIONES CON EL USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO.

MANTIENE R.S. USO CORRECTO P	DAÑO	FECHA VENCIMIENTO	NO SABE	DAÑO Y FECHA VENC.	TOTAL
SI	14 (33%)	13 (31%)	10 (24%)	5 (12%)	42 (60%)
NO	1 (4%)	1 (4%)	24 (66%)	2 (7%)	28 (40%)
TOTAL	15(21%)	14(20%)	34(49%)	7 (10%)	70

Se destaca que la mayoría de los que refieren no saber acerca de lo que se debe tener en cuenta para el uso del preservativo no tiene relaciones sexuales. De los adolescentes que mantienen relaciones sexuales solo el 12% (5 estudiantes) respondió correctamente acerca del uso correcto del preservativo, y un 64% (27 estudiantes) contesta al menos uno de ellos.

TABLA N° 17 B: DISTRIBUCION SEGÚN SI MANTIENE O NO RELACIONES SEXUALES Y EL MOMENTO EN EL CUAL SE DEBE COLOCAR EL PRESERVATIVO

MANTIENE R.S. MOMENTO COLOCACIÓN P	ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL	DURANTE LA MISMA	EN EL MOMENTO DE LA EYACULACIÓN	NO SABE	TOTAL
SI	29 (69%)	5 (12%)	0	8 (19%)	42 (60 %)
NO	2 (7%)	12 (43%)	2 (7%)	12 (43%)	28 (40 %)
TOTAL	31 (44%)	17 (24%)	2 (3%)	20(29%)	70

De los estudiantes que mantienen relaciones sexuales, la mayoría conoce el momento oportuno de colocación del preservativo. Además se destaca que los estudiantes que responden incorrectamente a dicha interrogante son aquellos que no mantienen relaciones sexuales.

Seis de los estudiantes (18%) que utilizan como método anticonceptivo el preservativo (33), no conoce en que momento de la relación sexual se debe colocar el mismo.

TABLA N° 17 C: DISTRIBUCION SEGÚN SI MANTIENE O NO RELACIONES SEXUALES Y EL MOMENTO EN EL CUAL SE DEBE RETIRAR EL PRESERVATIVO

MANTIENE R. S MOMENTO RETIRAR P	DESPUÉS DE TERMINADO	POST- EYACULACION	NO SABE	TOTAL
SI	23	15	4	42
NO	8	4	16	28
TOTAL	31	19	20	70

La mayoría de los estudiantes, independientemente de que mantengan relaciones sexuales, no poseen información referida al momento de retirar el preservativo.

De los estudiantes que utilizan como método anticonceptivo el preservativo (33), solo 15 de ellos (45 %) refieren saber en que momento se debe retirar el preservativo, por lo tanto los 18 estudiantes restantes(55%) utilizan el mismo de forma incorrecta.

TABLA N° 18 D: DISTRIBUCION SEGÚN SI MANTIENE O NO RELACIONES SEXUALES Y EL NUMERO DE VECES QUE SE DEBE COLOCAR EL PRESERVATIVO

MANTIENE R. S N° VECES	UNA VEZ	MAS DE UNA VEZ	NO SABE	TOTAL
SI	34 (81 %)	8 (19 %)	0	42 (60 %)
NO	8 (29 %)	0	20 (71 %)	28 (40 %)
TOTAL	42 (60 %)	8 (11 %)	20 (29 %)	70

El 19 % (8) de los estudiantes que mantienen relaciones sexuales refieren que el preservativo se puede utilizar más de 1 vez.

De los estudiantes que no mantienen relaciones, la mayoría responden incorrectamente.

TABLA N° 19. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACIÓN DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

INFORMACIÓN ACERCA DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES	F.A.	F.R.%
TIENE INFORMACIÓN	1	1
NO TIENE INFORMACIÓN	69	99
N	70	100

Del total de la muestra estudiada, solamente un estudiante tiene información acerca de los ACO, coincidiendo este con uno de los varones que su pareja utiliza ACO.

De los 70 estudiantes encuestados 38 de ellos (54%) responde SI ante la pregunta conoce algún tipo de anticonceptivo?. Relacionando esto con lo anteriormente expuesto, se observa que los estudiantes que refieren tener información acerca de los ACO, no la poseen realmente.

TABLA N° 20 A. DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE ACO

TIPO DE ACO	FA	F.R.%
INGESTA DIARIA DE ACO	11	29
INGESTA ACO LUEGO DE LA REL. SEXUAL	5	13
NO SABE	22	58
N	38	100

Mas de la mitad, 58% (22 estudiantes) no conoce que tipo de ACO existe, el 29% (11) conocen los que se ingieren diariamente, y el 13% (5) restante conoce lo que se ingieren luego de la relación sexual.

TABLA N° 20 B. DISTRIBUCION SEGÚN USO CORRECTO DE LOS ACO

USO CORRECTO DE LOS ACO	FA	F.R.%
RESPUESTA CORRECTA	6	38
RESPONDE INCORRECTA	10	62
N	16	100

El 62% (estudiantes) responde incorrectamente a la forma de uso de los ACO.

De los adolescentes que refieren que su pareja utiliza ACO respondieron correctamente en cuanto al uso de los mismos.

TABLA N° 20 C. DISTRIBUCION SEGÚN USO CORRECTO DE LOS ACO QUE SE INGIEREN DIARIAMENTE

USO CORRECTO ACO INGIEREN A DIARIO	FA	F.R.%
RESPUESTA CORRECTA	1	9
RESPUESTA INCORRECTA	10	91
N	11	100

El 91%(10 estudiantes) responde incorrectamente lo que se debería hacer en caso de olvido de alguna píldora.

De los estudiantes que refieren que su pareja utiliza ACO(2), el 50 % conoce lo que se debe de realizar en caso de olvido de "tomar una píldora".

TABLA N° 21. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACIÓN CON LOS DIAS MAS FÉRTILES DE LA MUJER DENTRO DE SU CICLO MENSTRUAL

DIAS FÉRTILES	FA	FR %
DEL 12 AL 16 DESPUES DEL CICLO MENSTRUAL	13	19
LOS DIAS QUE DURA LA MENSTRUACIÓN	5	7
4 DIAS DESPUES DE LA MENSTRUACIÓN	4	6
DEL DIA 24 AL 27 DESPUES DEL CICLO MENSTRUAL	2	3
NO SABE	46	66
N	70	100

La mayoría de los encuestados refiere no saber acerca de los días más fértiles del ciclo menstrual de la mujer.

TABLA N° 22. DISTRIBUCION SEGÚN SI MANTIENEN O NO RELACIONES SEXUALES Y LAS VENTAJAS DEL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

MANTIENE R.S. VENTAJAS	A	B	C	A Y B	A Y C	NO SABE	TOTAL
SI	18(43%)	3 (7%)	6 (14%)	10 (24%)	4 (10%)	1 (2%)	42(60%)
NO	7 (25%)	2 (7%)	0	10 (36%)	1 (4%)	8 (29%)	28(40%)
TOTAL	25 (36%)	5 (7%)	6 (9%)	20 (29%)	5 (7%)	9(13%)	70

A- Evita el embarazo.

B- ETS

C- Seguridad frente a las relaciones sexuales.

De los estudiantes que mantienen relaciones refieren que la ventaja de usar anticonceptivos es para evitar el embarazo 43% (18 estudiantes) y un 24% (10) refiere además de lo antes mencionado evitar las enfermedades de transmisión sexual.

De los estudiantes que no mantienen relaciones el 36% (10) refiere las mismas ventajas y un 29% (8) no sabe.

TABLA N° 23. DISTRIBUCION SEGÚN EFICACIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

EFICACIA DE LOS MET. ANTICONCEPTIVOS	FA	FR %
SI	67	96
NO	3	4
TOTAL	70	100

Casi la totalidad de los estudiantes considera que los anticonceptivos son eficaces en un 100 % en relación a la prevención del embarazo.

CONCLUSIONES

Concluimos que:

- ◆ Menos de la mitad de los adolescentes(29%) posee información básica acerca de los métodos anticonceptivos; la misma está dada por la información que tienen acerca del preservativo.
- ◆ La mayoría de los encuestados mantienen relaciones sexuales, donde el inicio de las mismas se da a edades tempranas(a los 12 años). De estos el mayor porcentaje utiliza métodos anticonceptivos, la mitad de ellos posee información básica, esto nos lleva a pensar que existe un 50 % de los estudiantes que utilizan métodos anticonceptivos y no poseen información.
- ◆ Los métodos anticonceptivos más utilizados son el preservativo(94%) por excelencia y en segundo lugar los ACO(6%).
- ◆ La información proviene principalmente del centro de estudio y de la familia.
- ◆ Solo uno de los estudiantes está informado acerca del uso del preservativo, sucediendo lo mismo con los anticonceptivos orales.
- ◆ Relacionado a las ventajas del uso de los métodos anticonceptivos la mayoría responde que son para evitar el embarazo y las ETS.

Por lo anteriormente expuesto se puede decir que los adolescentes ejercen su sexualidad sin información acerca de los métodos anticonceptivos, lo que los expone a embarazos no deseados y a todas las consecuencias que esto significa para su futuro.

Al no poseer información, los varones adolescentes constituyen una población de riesgo en lo que respecta a su salud reproductiva y su salud en general.

La preocupación por una educación sexual adecuada desde edades tempranas es una cuestión relevante y que no debería de ser pospuesta como forma de mejorar las capacidades de las personas para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas y disminuir las situaciones de riesgo: embarazos no deseados, ETS, abortos.

Consideramos fundamental el estudio mas profundo de este problema para el diseño de políticas de salud reproductiva, adecuadas y específicas destinadas a este grupo de edad.

A través de esta investigación se observó la necesidad existente en este grupo, de información acerca de los métodos anticonceptivos; para lo cual la Licenciada en Enfermería está capacitada para satisfacer esta demanda a través de actividades de promoción de salud.

¿Influirá la información que poseen los adolescentes varones acerca de los métodos anticonceptivos con el incremento del número de embarazos en la adolescencia?.

RECOMENDACIONES

⇒ Promover la educación sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes; haciendo énfasis en los que se utilizan con mayor frecuencia.

⇒ Promover las clínicas y centros de salud como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y establecer mecanismos para proporcionarlos de forma rápida y fácil.

⇒ El personal de salud debería ser partícipe de la planificación y ejecución de planes de educación de salud de los centros de estudios, con una participación activa de los mismos.

⇒ Implementar programas de planificación familiar y educación sexual a nivel de policlínicas zonales impartidos por equipos interdisciplinarios, los mismos deberían enfocar al adolescente así como a sus factores protectores (padres, familia y escuela-familia), tomándose en cuenta que la sexualidad forma parte de todas las etapas de la vida. Y apuntando a lograr que la respuesta sexual humana sea una experiencia plena acompañada por actitudes responsables.

⇒ Ofrecer talleres y actividades educativas sobre sexualidad y anticoncepción para aquellas personas que van a difundir la información (padres, docentes).

⇒ Realizar a través de medios de difusión campañas informando acerca de toda la variedad de métodos anticonceptivos existentes.

⇒ Comenzar con programas de educación sexual en primaria, mejorar y actualizar y que sea obligatorio en secundaria.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

📖 ANDER-EGG, Ezequiel. AGUILAR, María José. *Como Elaborar un Proyecto. Guía para Diseñar Proyectos Sociales y Culturales*. 15 edición. Ed. Lumen/HVManitas. Bs. As.- Argentina, 2000.

📖 BARRIOS, Boibo. *Sexualidad Humana*. Oficina del Libro AEM. Montevideo, 1998.

📖 DEL CASTILLO, Martha et all. *Maternidad Adolescente en Medios Subprivilegiados*. Ed. Humanitas. Bs. As-Argentina, 1989.

📖 ECO, Umberto. *Como se Hace una Tesis*. Técnicas y Procedimientos de Investigación, Estudio y Escritura. Ed. Gedisa, S.A. Barcelona-España, 1977.

📖 FLORENZANO, Ramón et all. *La Salud del Adolescente en Chile*. Ed. Talleres de la Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1992.

📖 GOMENSORO, Arnaldo et all. *La Nueva Condición del Varón*. Editorial Fin de Siglo. Montevideo-Uruguay, 1995.

📖 GOMENSORO et all. *Ser Varón en el Dos mil*. La Crisis del modelo Tradicional de Masculinidad y sus Repercusiones. Editorial Fin de Siglo Montevideo-Uruguay, 1998.

📖 MADDALENO, Matilde et all. *La Salud del Adolescente y del Joven*. Organización Panamericana de la salud. New York-Estados Unidos, 1995.

📖 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. *Iniciando un Camino*. Curso de Capacitación Sexual y Reproductiva. Proyecto Maternidad Paternidad Elegida. Montevideo- Uruguay, SF.

📖 MINISTERIO DE SALUD DEL GOBIERNO DE CORDOBA. *Manual de Salud Integral del Adolescente*. Criterios para Orientar la Resolución de Problemas de Salud en el Adolescente. Bs As-Argentina, 1992.

📖 PERDOMO, Rita et al. *Los Adolescentes Uruguayos Hoy*. Copygraf SRL. Montevideo-Uruguay, 1998.

📖 PINEDA et al. *Metodología de la Investigación*. 2ª edición. Organización Panamericana de la Salud. New York-Estados Unidos, 1994.

📖 POLIT-HUNGER. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 5ª Edición. Ed. Interamericana. New York- Estados Unidos, 1995.

📖 PORTILLO, José. *La Sexualidad de los Adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. New York- Estados Unidos, 1992.

📖 PORTILLO, José et al. *La Adolescencia. Salud y Enfermedad*. Oficina del libro AEM. Montevideo-Uruguay, 1992.

📖 PORTILLO, José et al. *La Adolescencia Salud y Enfermedad /2*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo-Uruguay, 1992.

📖 SAN MARTIN, Hernán et al. *Epidemiología: Teoría, Investigación, Práctica*. Ed. Díaz de Santos. Barcelona-España, 1986.

📖 SLLEBER, Tomás et al. *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. New York-Estados Unidos, 1992.

📖 TAMAYO Y TAMAYO, Mario. *El Proceso de Investigación Científica*. 2ª Edición. Bogotá-Colombia, 1987.

UNICEF - INE. *Mujeres Uruguayas en Cifras*. Imprenta Gega S.R.L. Montevideo-Uruguay. Agosto 1995.

➤ CARLEVARO, Pablo Víctor. "El protocolo de la Investigación". En: *Revista Médica Uruguaya*. 1985. Pág 27.

➤ PEÑA, Iván et al. "Embarazo Precoz". En: *Revista de Trabajo Social*. N° 59. 1991.

➤ "Programa de Planificación Familiar". En: *Revista Population Reports*. Volumen 23. N° 3. Octubre 1995.

➤ SANTI, L. et al. « El Embarazo Adolescente ». En: *Revista Atención Primaria de Salud*. MSP-UNICEF. N° 17. 1992-1993.

➤ "Actividad Sexual". En: *Folleto de Population Reference Bureau*. 1994.

➤ "Actividades de Varones Jóvenes Hacia la Prevención del Embarazo ". En : *Boletín de la Asociación Chilena de Protección a la Familia*. Julio- Diciembre 1989.

ANEXOS

ANEXO 1- Formulario.

ANEXO 2- Instrumento de recolección de los datos. (Planilla).

ANEXO 3- Tablas Univariadas.

FORMULARIO

1- Edad:

- 2- Año de Secundaria que cursa:
- a) Primero
 - b) Segundo
 - c) Tercero
 - d) Cuarto
 - e) Quinto

3- Estado Civil:

- 4- Situación laboral:
- a) Ocupado
 - b) Desocupado

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Otro

5- Religión : SI Católico Evangélico Budista Testigo de Jehová Mormones Otros
NO

6- Mantiene relaciones sexuales: SI
NO

7- Edad de la primera relación sexual:

8- Conoce algún método anticonceptivo.

SI Cuáles: Preservativo.
ACO (Anticonceptivos Orales).
DIU (Dispositivos Intrauterino).
Diafragma.

NO

9- Utiliza métodos anticonceptivos:

SI Cuales: Preservativos
Píldoras
Otros

NO Porque: No conocía ningún método anticonceptivo
No sabía como utilizarlo
No pensabas tener relaciones sexuales
Por negación de un integrantes de la pareja.
Otros.

10- Ha recibido alguna vez información acerca de métodos anticonceptivos: SI
NO

11- Fuente de Información: Familiar
Centro de estudio
Personal de la Salud
Medios de difusión
Otros.

12- Porque utiliza los anticonceptivos:

- A- Prevenir un embarazo.
- B- Prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- C- Ambas.

13- En cuanto al preservativo:

A) Que debes tener en cuenta?

- A. 1. Nada.
- A. 2. Fecha de vencimiento.
- A. 3. Colchón de aire.
- A. 4. Daños.

B) En que momento de la relación sexual se debe colocar?

- B. 1. Antes de la relación sexual.
- B. 2. Durante la misma.
- B. 3. En el momento de la eyaculación.

C) Cuando consideras que debes retirarlo

- C. 1. Después de terminada la relación sexual.
- C. 2. Inmediatamente después de la eyaculación.

D) Cuantas veces puedes usar el mismo preservativo.

- D. 1. 1 vez.
- D. 2. Más de una vez.

14- En cuanto a los anticonceptivos orales:

A) Conoce algún tipo:

- A. 1. NO.
- A. 2. Si. Cuáles? A. 2. 1. De baja dosis
A. 2. 2. De alta dosis.

B) Como se toman:

- B. 1. Respuesta correcta.
- B. 2. Respuesta incorrecta.

C) En caso de olvidarse tomar una pastilla que se debería hacer?

- C. 1. Respuesta correcta.
- C. 2. Respuesta incorrecta.

15- Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual son:

- A) Del día 12 al 16 después del ciclo menstrual?
- B) Los días que dura la menstruación?
- C) Cuatro días después de la menstruación?
- D) Del día 24 al 27 después del ciclo menstrual?
- E) No sabe

16- Cuáles son las ventajas del uso de anticonceptivos?

- A) Evita el embarazo.
- B) Evita las enfermedades de transmisión sexual.
- C) Seguridad frente a las relaciones sexuales.

17- Considera que los Métodos Anticonceptivos son el 100% eficaces para la prevención del embarazo

- A) Si
- B) No
- C) No sabe

OBSERVACIONES:

INSTRUCTIVO DE USO

El mismo se aplicará a adolescentes de 15 a 17 años de edad; a través de una encuesta.

Se completará mediante una *CRUZ* del lado derecho de cada opción que corresponda a lo que refiera el encuestado.

En cuanto a la interrogante N° 6 si el encuestado responde que *NO*, se obviarán las N° 7, 9 y 12 respectivamente.

Cabe aclarar que la mayoría de las interrogantes que tienen diferentes opciones no se darán a conocer al encuestado para obtener información válida evitando así los posibles sesgos.

[illegible]

TABLAS UNIVARIADAS

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN *EDAD* DE LOS ESTUDIANTES QUE CONCURREN AL LICEO DR. ROBERTO TARUSELLI EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 19 AL 20 DE MARZO DEL 2001

EDAD	F. A.	F.R.%
15	36	51
16	14	20
17	20	29
N	70	100

Mas de la mitad de los estudiantes tienen 15 años, el resto tienen entre 16 y 17 años.

TABLA N°2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL *AÑO DE SECUNDARIA*

AÑO DE 2° CURSANDO	F.A.	F.R.%
3°	11	16
4°	37	53
5°	19	27
6°	3	4
N	70	100

Más de la mitad de los estudiantes se encuentran cursando 4° año, el resto se encuentran distribuidos en 3°, 5° y 6° año.

TABLA N° 3. DISTRIBUCION SEGÚN *RELIGION*

RELIGION	F.A.	F.R.%
CATOLICA	36	51
EVANGELICA	1	1
JUDIA	2	3
ÓTROS	6	9
NO	25	36
N	70	100

En cuanto a la religión en su mayoría (51%) refieren ser católicos, el 36% ateos y el resto (13%) confesaron otras religiones (evangélicos, judíos, otros...)

TABLA N° 4. DISTRIBUCION SEGÚN *ACTIVIDAD SEXUAL*

MANTIENE RELACIONES SEXUALES	F.A.	F.R.%
SI	42	60
NO	28	40
N	70	100

Mas de la mitad de los adolescentes mantienen relaciones sexuales.

TABLA Nº 5. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACIÓN ACERCA DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

INFORMACIÓN DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO	F.A.	F.R.%
PRESERVATIVO	25	36
PRESERVATIVO Y ANTICONCEPTIVOS ORALES	25	36
PRESERVATIVO, ANTICONCEPTIVOS ORALES, DISPOSITIVO INTRAUTERINO	6	9
PRESERVATIVO, ANTICONCEPTIVOS ORALES, DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y DIAFRAGMA	2	3
PRESERVATIVO, ANTICONCEPTIVOS ORALES, DIAFRAGMA, DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ESPERMICIDA, ABSTINENCIA.	2	3
PRESERVATIVO Y DISPOSITIVO INTRAUTERINO	1	1
PRESERVATIVO Y DIAFRAGMA	1	1
PRESERVATIVO, ANTICONCEPTIVOS ORALES Y DIAFRAGMA	3	4
DISPOSITIVO INTRAUTERINO, DIAFRAGMA Y PRESERVATIVO	1	1
NO CONOCE	4	6
N	70	100

De los estudiantes que conocen algún método, la totalidad respondió que esta informado acerca del preservativo.

TABLA Nº 6 . DISTRIBUCION SEGÚN MANIFESTACIÓN DEL MOTIVO POR EL CUAL REFEREN NO UTILIZAR METODOS ANTICONCEPTIVOS

MOTIVO	FA	FR %
B-NO SABIA COMO UTILIZARLO	2	28,5
C-NO PENSABA TENER RELAC. SEX	3	43
D-POR NEGACIÓN DE 1 INTEGRANTE	2	28,5
N	7	100

TABLA Nº 7. DISTRIBUCION SEGÚN FUENTE DE INFORMACION

FUENTE DE INFORMACION	F.A.	F.R.%
FAMILIA	12	18
CENTRO DE ESTUDIO	23	35
FAMILIA Y CENTRO DE ESTUDIO	13	20
PERSONAL DE SALUD	1	1
MEDIO DE DIFUSIÓN	8	12
OTROS	9	14
N	66	100

El 73% de los estudiantes han recibido información de la familia o centro de estudios, un 12% de los medios de difusión, un 14% de otros (personal de salud, otros....)

TABLA Nº 8 A. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACION DEL USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO

USO CORRECTO DEL PRESERVATIVO	F.A.	F.R.%
NO SABE	34	49
FECHA VENCIMIENTO	14	20
COLCHON DE AIRE	0	0
DAÑOS	15	21
FECHA VENCIMIENTO Y DAÑOS	7	10
N	70	100

El 49% de los entrevistados no sabe que se debe tener en cuenta para el uso del preservativo. Aproximadamente la mitad (51%) refiere qué se debe tener en cuenta (fecha de vencimiento y daños) .

TABLA Nº 8 B. DISTRIBUCION SEGÚN MOMENTO DEL USO DEL PRESERVATIVO

MOMENTO DEL USO DEL PRESERVATIVO	F.A.	F.R.%
ANTES DE LA RELACION SEXUAL	31	44
DURANTE LA MISMA	17	24
EN EL MOMENTO DE LA EYACULACION	2	3
NO SABE	20	29
N	70	100

Menos de la mitad de los estudiantes conoce el momento oportuno de colocación del preservativo (44 %).

TABLA Nº 8 C. DISTRIBUCION SEGÚN MOMENTO DE RETIRO DEL PRESERVATIVO

MOMENTO DE RETIRO DEL PRESERVATIVO	FA	F.R.%
DESPUÉS DE TERMINADA LA REL. SEXUAL	31	44
INMEDIATAMENTE DESPUÉS EYACULACION	19	27
NO SABE	20	29
N	70	100

Menos de la mitad de los estudiantes conoce el momento en el cual se debe de retirar el preservativo.

TABLA Nº 8 D. DISTRIBUCION SEGÚN INFORMACIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO

INFORMACIÓN USO PRESERVATIVO	FA	F.R.%
1 VEZ	42	60
MÁS DE 1 VEZ	8	11
NO SABE	20	29
N	70	100

La mayoría responde que el preservativo se debe de utilizar una sola vez, incluyendo en estos a todos los estudiantes que mantiene relaciones sexuales.

TABLA N° 9. DISTRIBUCION SEGÚN LAS VENTAJAS DEL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS

VENTAJAS	FA	FR %
EVITA EL EMBARAZO	25	36
ETS	5	7
SEGURIDAD FRENTE A LAS REL. SEXUALES	6	8
EVITA EL EMBARAZO Y ETS	20	29
EVITA EL EMBARAZO Y SEGURIDAD FRENTE A R.SEX.	5	7
NO SABE	9	13
N	70	100

La mayoría (87%) responde acerca de las ventajas del uso de los anticonceptivos (36%) responde que evita el embarazo, un 7% las enfermedades de transmisión sexual, y un 29% ambas.