



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNAN-Managua**






**Trabajo Monográfico para optar al Título de:**  
**Médico y Cirujano General**

**TEMA:**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL DIU COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN MUJERES ADOLESCENTES QUE ACUDEN A SU ATENCION AI CENTRO DE ADOLESCENTES EN SALUD REPRODUCTIVA EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE, DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO-MARZO 2015**

**AUTORES:**

-  Br. Josué David Ruiz Guido
-  Br. Claudia Lucia Lindo Martínez
-  Br. Elizabeth de los Ángeles Martínez Saavedra

**TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO:**

MsC. MD. José de los Ángeles Méndez

**Tema:**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL DIU COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN MUJERES ADOLESCENTES QUE ACUDEN A SU ATENCION AI CENTRO DE ADOLESCENTES EN SALUD REPRODUCTIVA EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE, DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO-MARZO 2015**

### **Dedicatoria**

**A Dios:** quien ha sido la fuente de sabiduría y en quien he confiado el éxito dentro de estos años de estudio.

**A Mis Padres:** que con gran sacrificio y esmero me han apoyado incondicionalmente, inculcando en mí el más preciado valor del éxito en todo ser humano, AMOR

**A mi Hermano y Hermanas:** Por su gran apoyo y fraternidad.

*Br. Josué Ruiz G.*

### **Dedicatoria**

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades y no desfallecer en el intento.

Para mis padres, sobre todo a mi mama por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi familia en general quienes por ellos soy lo que soy.

A mis compañeros de trabajo porque sin el equipo que formamos no hubiéramos logrado esta meta tan importante en nuestras vidas.

*Br. Elizabeth De los A. Martínez Saavedra.*

### **Dedicatoria**

Primeramente a Dios por ser la luz y fuerza en mi vida, sin Él no soy nada.

A mi familia, principalmente a mi madre, abuela y tío Roberto por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis amigos que siempre han tenido una palabra de aliento y han creído en mí.

*Br. Claudia Lucia Lindo Martínez*

### **Agradecimiento**

A Dios que nos ha bendecido hasta este momento de nuestras vidas.

A nuestros padres y hermanos quienes han sido pilares fundamentales en nuestra formación y vocación, con su apoyo incalculable

De Forma Especial a Nuestro Tutor MsC MD José de los Ángeles Méndez, quien con su extraordinario conocimiento y vocación ha sido parte fundamental para la realización de este trabajo.

A Nuestros docentes que han sido gran valuarde en el conocimiento diario sobre nosotros, siendo de gran estima cada uno de ellos

A las adolescentes que fueron participes de este trabajo, por obsequiarnos parte de su tiempo, de su vida, salud y su sexualidad.

## Resumen

**Objetivo.** Identificar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el DIU, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al Centro de Adolescentes en Salud Reproductivas en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante Febrero y Marzo del año 2015.

**Material y Método.** Es un estudio descriptivo, corte transversal, donde se estudió el nivel de conocimiento, actitud y práctica en una muestra de 40 adolescentes, que participaron voluntariamente. Se realizó una encuesta donde se midieron estas variables, utilizando la escala de Likert.

**Resultados.** De las adolescentes encuestadas, el 50% se encontraban entre las edades de 17 a 19 años. El nivel de escolaridad mayor obtenido en las participantes fue el de Secundaria con 60%. El estado civil que con mayor predominio se mostró fue Unión estable, con más del 50%. Dentro de los datos gineco obstétricos más destacados, la Menarca se presentó más en las edades de 9 a 11 años con 57.5%. No así la IVSA; entre los 14 a 16 años de edad. El medio de información que más impactó en las adolescentes para obtener conocimiento fue el personal médico con 37.5%. El nivel de conocimiento alcanzado por las adolescentes fue Regular con 72.5%. El tipo de Actitud que demostraron ante el uso del DIU fue Favorable con 90% y por último el tipo de Práctica que prevaleció fue Buena en las 24 adolescentes que usaron este método. **Conclusiones.** En la población adolescente es indispensable la información exhaustiva acerca de este método, seguro y eficaz; al invertir en mejoras en el lugar de espera en el centro de Adolescentes, como medios audiovisuales con enfoque de planificación segura, usando normativas como 0-20. En los centros educativos bajo supervisión y lineamientos del MINED, crear un espacio en asignatura que se relacione con la salud y sexualidad de los estudiantes. Y en el personal de salud seguir más de cerca a este grupo de población para evitar la cadencia generacional sobre los métodos anticonceptivos, en particular sobre el DIU.

## **Contenido**

Tema: .....	2
Dedicatoria .....	3
Agradecimiento .....	6
Resumen .....	7
Introducción.....	10
Antecedentes .....	12
Justificación.....	17
Planteamiento del problema:.....	18
Objetivos .....	19
General: .....	19
Específicos:.....	19
Adolescencia.....	20
Salud sexual y reproductiva en adolescentes .....	25
Planificación familiar .....	26
Dispositivo Intrauterino (DIU) .....	33
Mitos y realidades sobre el DIU .....	42
Conocimientos sobre el DIU por adolescentes .....	43
Actitudes y creencias sobre el DIU por los adolescentes.....	43
Prácticas sobre el DIU por los adolescentes.....	45
Material y método.....	47
Tipo de estudio .....	47
Universo.....	47
Muestra .....	47
Criterios de inclusión.....	47
Criterios de exclusión.....	47
Muestreo .....	47
Métodos e instrumentos para la recolección de la información.....	48
Métodos e instrumento para el análisis de la información.....	49
Enumeración de variables.....	50
Operacionalización de variables .....	52



*Conocimientos, actitudes y práctica sobre el DM como método de planificación familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo de Febrero-Marzo 2015*

---

Plan de tabulación y análisis.....	58
Resultados .....	59
Análisis de los resultados.....	65
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	73
Bibliografía .....	76
Tablas y gráficos .....	90

## Introducción

La disponibilidad del Dispositivo Intrauterino (DIU) T de Cobre, siendo un método anticonceptivo altamente seguro y eficaz; ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento, ni acceso a este.

Se sabe que el uso del DIU por parte de las mujeres está en relación, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. Este método puede estar en relación además con el progresivo retraso en la edad de la maternidad, las recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales (CO), las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos; o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dicho método.

En nuestro país, este método anticonceptivo se encuentra dentro de programas de salud sexual y reproductiva gubernamentales de forma gratuita. Sin embargo; los datos estadísticos reflejan la utilización del DIU en un 3.5% del total de 80.4% que usan cualquier método anticonceptivo, siendo el 19.6% restantes las mujeres que no utilizan un método específico (Instituto Nacional de Información y Desarrollo, 2013). Muchas de las causas de la subutilización del DIU están en relación a opiniones y creencias erróneas de los proveedores y de las usuarias como contraindicaciones incorrectas, baja eficacia y riesgos inciertos.

Las adolescentes actualmente representan una edad en riesgo, unas 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía en esta edad.

La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes es de 49 por 1000 muchachas (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Con el surgimiento de la medicina general integral y su aplicación práctica, nos sentimos motivados a realizar este trabajo investigativo sobre el DIU, a través del cual queremos conocer el nivel de conocimiento que poseen las mujeres adolescentes con el objetivo de identificar las razones de el uso y no uso del método así como mitos y creencias sobre el mismo, debido a que la población adolescente es un grupo en riesgo y la creciente tasa de natalidad que presenta actualmente. Asimismo conocer las actitudes y prácticas de la mujer nicaragüense con este método, debido a la relación directa que existe entre conocimiento, actitudes y prácticas para una salud sexual y reproductiva adecuada.

## **Antecedentes**

El embarazo en la adolescencia ha tenido un gran aumento en su incidencia en el mundo entero, especialmente en los países en vías de desarrollo. La poca información en los adolescentes, en especial en escuelas y colegios, provoca que estos tengan mayor inquietud de experimentar su cuerpo y busquen experiencias sexuales a temprana edad.

En los estudios de población, se han abordado diversos aspectos dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tales como: embarazo adolescente, uso de métodos anticonceptivos, riesgo de contagio de ITS y VIH-SIDA e implicaciones del género entre otros. Sabiendo que el DIU (T de Cu 380°A) es un método de planificación familiar efectivo para este grupo, es pertinente conocer la subutilización de este método por adolescentes dando como resultado el aumento de embarazos no planificados.

En los Estado Unidos, se han ejecutado investigaciones en lo que respecta al uso del DIU, un estudio elaborado por Fleming, donde evaluaron las actitudes y creencias acerca del dispositivo intrauterino en mujeres jóvenes entre las edades de 15 a 27 años, revela que de acuerdo con estos resultados, el uso de DIU entre los adolescentes y las mujeres en sus 20 años de edad es bajo. La Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de datos a partir de 2002 mostró que sólo el 0,1% de las mujeres en los Estados Unidos las edades 15-19 años y 1.1% de las mujeres de entre 20 a 24 años eran usuarias de DIU actuales. Además el 45 % de los participantes del estudio había oído hablar del DIU, y el 30% había oído hablar de este método de un proveedor de la salud. (Fleming, Sokoloff, & Raine, 2010)

En el sur de África, para el año 2011, Sarah Gutinab y col. evaluó por medio de una encuesta los conocimientos, actitudes y prácticas del dispositivo intrauterino en 205 usuarias y 32 proveedores de atención médica, con el objeto de informar sobre las estrategias necesarias para ampliar el uso de este método que era

usado poco en la región. La encuesta demostró que el 26 % de las pacientes habían oído hablar del DIU, de los cuales el 9 % tenían ideas erróneas o información incorrecta que influyeron negativamente sobre su opinión sobre el método. Luego de una descripción acerca del método, el 74% dijo que consideraría el uso del mismo. Si el uso del Dispositivo Intrauterino debe ser ampliado en el sur de África, las usuarias potenciales necesitan educación sobre este método anticonceptivo, y los proveedores de salud necesitan capacitación en asesoramiento y prestación. (Gutinab, 2011)

En Latinoamérica también se encuentran estudios relevantes con interés en la población adolescente que evalúan los niveles de conocimientos y las prácticas que toman con respecto a los métodos anticonceptivos, incluyendo el Dispositivo intrauterino como tal.

En Ecuador, para el año 2010, el trabajo de Rojas Granda Erma, determinó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tenían los estudiantes del Colegio Mixto Vilcabamba sobre métodos anticonceptivos. Plasmó que el nivel de conocimiento era mayormente en el sexo femenino en relación al sexo masculino ya que no poseían un conocimiento claro sobre métodos anticonceptivos que conocen. El 91% de la población que se estudió correspondían entre las edades de 15 a 19 años. El nivel de conocimientos resultó ser regular en ambos sexos. Con respecto al conocimiento y uso del DIU, fue mayor en el sexo masculino (19%) que en el femenino (13%) en ese grupo etario. Por otra parte la obtención de información acerca de los MAC fue el 25% proveniente de amigos, 13% de profesores de cualquier asignatura y 11% de padres, como mayores porcentajes. Sin embargo, los adolescentes preferían obtener información acerca de los métodos anticonceptivos por los profesores, en lo cual la estrategia para ampliar de información a los adolescentes era la recomendación de una asignatura que tratara acerca de educación sexual y reproductiva. (Rojas Granda, 2010)

En Colombia, en el municipio de Miranda – Cauca, Rengifo-Reina y col. Identificando el nivel de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes escolares, cerca del 90% de estos había recibido información acerca sexo y embarazo, teniendo conocimiento muy alto. La mayor fuente de información de las cuales los adolescentes han recibido su conocimiento es por parte de los padres (67.5%). Acerca del conocimiento del DIU, el 66% de los adolescentes encuestados no conocían sobre este método. Ante esto, llego a la conclusión de que el estar involucrado en grupos juveniles o culturales permite mayor socialización e interacción social diurna y nocturna tanto para hombres como mujeres, lo cual, a medida que el conocimiento sea más claro, habrá mejor practica por esta población en riesgo. (Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal, & Serrano-Rodríguez, 2012)

A nivel nacional, existen pocos o nulos trabajos investigativos específicamente acerca del DIU orientado en las(os) adolescentes

En el año 2010, Delgado Ingri & Carballo Zapata Alfredo; evaluaron los conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos en 60 estudiantes, todos adolescentes; de IV y V año de un Instituto en el Municipio de Jinotepe. Demostraron que el 50% de los adolescentes tenían conocimiento regular sobre los métodos en general. También, el 60% poseían una actitud favorable sobre en relación a los métodos, sin embargo; el 70% de los adolescentes realizaban practicas incorrectas. Además, las fuentes de información por las cuales los adolescentes tenían acceso al conocimiento sobre estos métodos anticonceptivos, para ambos sexos; resultó ser el centro de salud reflejado en un 41%.

Con el fortalecimiento del programa de atención al adolescente como parte de la atención primaria en salud, siendo el primer contacto con la población y fomentar el interés de las y los adolescentes de dicho municipio a participar en los clubes y

brindarles charlas educativas completas acerca de sexualidad y anticoncepción. (Aguilar Delgado & Zapata Carballo, 2010)

Barrera Martínez María & Contreras Francisco, en el año 2011; evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes de un Colegio en Juigalpa, Chontales. El 70.8% de los adolescentes comprendían entre las edades de 15 a 19 años y el 29.2% entre 10 a 14 años. La mayoría de estos pertenecían al sexo femenino. En cuanto a la religión, el 64.4% eran católicos, el 29.7% evangélicos y el 5.9% pertenecían a otra religión. El nivel de conocimiento que tenían los adolescentes fue encontrado bueno y la actitud que tomaban estos ante los métodos anticonceptivos fue favorable con un; pero no así las prácticas que resultó ser mala por el 62% de los estudiantes. Además se reflejó que la fuente de información acerca de métodos anticonceptivos provenía en el 61.1% de la radio y televisión, seguidamente información provista en el colegio con un 18.2%. (María & Steve, 2011)

La Dra. Anna Planck, en el año 2013, realizó un estudio sobre la población adolescente de Somoto, Madriz; sobre conocimientos, actitudes y practicas ante el uso de anticonceptivos y embarazo, ya que había un aumento de incidencia de embarazo en mujeres menores de 20 años. Demostró que el 7.6% de los adolescentes conocen el Dispositivo Intrauterino, al igual que la pastilla, condón y la inyección. Para la obtención de cualquiera de estos métodos el principal medio de acceso según la población es el Centro de Salud y Hospital (33.3%). Abordo las ventajas y las desventajas del uso del DIU, cuya principal ventaja, el 50% mencionaron su eficacia contra el embarazo. Respecto a las desventajas del DIU, el 45.4% no mencionaban ninguna desventaja, y un 24.2% en ambos sexos mencionó que se puede “encarnar” o desviar.

Llego a la conclusión que el DIU es el método anticonceptivo menos conocido por los adolescentes, lo que se correlaciona al hecho que este no es un MAC que se promueve en este grupo etario. (Planck, 2013)

Actualmente existen creencias erróneas relacionadas especialmente al DIU, a pesar de la abundante información que se proporciona sobre este MAC.



## Justificación

En la sociedad moderna, se ha permitido que la mujer actual ocupe un lugar esencial en la constitución de una nueva generación, y esto tiene repercusión sobre la familia. El nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, constituye un hecho social de vital importancia en nuestro tiempo que no debe agravar la situación económica de la familia.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, los hijos. Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales.

Estas razones nos han llevado a realizar el presente estudio, debido a que la planificación familiar es un pilar fundamental para una salud sexual y reproductiva adecuada, planteándonos como objetivo principal identificar el nivel de conocimiento, actitud y las prácticas que realizan las adolescentes con respecto al DIU como método de planificación familiar, ya que un buen conocimiento, una actitud favorable y unas correctas prácticas incidirán en una disminución de la tasa de fecundidad en la población en general y principalmente en este grupo de riesgo. De igual forma, conocer las características socioculturales y gineco-obstétricas ya que éstas influyen en el uso o no uso del DIU.

### **Planteamiento del problema:**

**¿Cómo son los conocimientos, actitudes y practicas sobre el DIU como método de planificación familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductivas en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo Febrero-Marzo 2015?**

## Objetivos

### General:

- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el DIU como método de planificación familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo Febrero-Marzo 2015.

### Específicos:

- ✓ Identificar datos generales del grupo de estudio
- ✓ Identificar datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen las adolescentes que pertenecen al grupo de estudio.
- ✓ Identificar el nivel de actitud que tienen las pacientes dentro del grupo de estudio.
- ✓ Identificar las prácticas que tienen las mujeres adolescentes en estudio.
- ✓ Enlistar las fuentes de información brindadas al grupo de mujeres en estudio.
- ✓ Describir las razones del uso y no uso del DIU por las mujeres del grupo de estudio.

## **Adolescencia**

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer los límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la OMS, la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

### **Características de la adolescencia temprana.**

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

### **Características de la adolescencia tardía.**

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. (Pineda Perez & Santiago Aliño, 1999)

## **Fisiología de la adolescencia.**

Al conjunto de cambios fisiológicos que se dan en la adolescencia se les denomina pubertad. La pubertad se caracteriza por una maduración física y sexual, que conlleva grandes implicaciones a su vez en el apartado social y psicológico, de evolución mental para la transición de niños a adultos.

Es fácil dividirlos en tres caracteres principales, estos siendo:

- \*Aceleración y desaceleración del crecimiento óseo.
- \*Cambios de la composición corporal.
- \* Maduración sexual.

Algo muy básico y notorio en la adolescencia es el rápido crecimiento entre los 12 y 13 años en mujeres. Durante este proceso que dura alrededor de dos años, en promedio uno llega a crecer alrededor de 20 a 27 centímetros. Eventualmente se llega al final de esta etapa, mujeres alrededor de los 18 años.

La niña gana aproximadamente el 20% de la talla que va a tener como adulto y el 50% del peso. La evolución del peso y la talla durante esta etapa depende mucho de la niña, por lo que es muy difícil de estandarizar. Cuando se necesita, por diferentes motivos, conocer con exactitud el valor de estos parámetros, se hace necesaria una evaluación antropométrica individualizada.

Los caracteres sexuales secundarios en la mujer son aparición o cambios en: pechos, vello púbico, aumento y ensanchamiento de la pelvis o cadera, cambios de voz y de piel. (Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2015)

El Consejo Nacional de Población CONAPO la denomina como “el periodo de la vida durante el cual el individuo desarrolla las características sexuales secundarias y se transforma en un organismo con competencia reproductora”.

En la niña, la hormona estimulante de folículo se produce en la hipófisis y simultáneamente estimula los ovarios para que produzcan los estrógenos por el torrente sanguíneo a las mamas, en donde se estimulan su crecimiento. Así mismo se estimulan las caderas y la región glútea.

La primera evidencia se constituye a partir del cambio de las glándulas mamarias, la areola, crece y las mamas empiezan a aumentar de volumen como resultado del desarrollo de los conductos en la zona del pezón y el aumento del tejido adiposo, conectivo y de los vasos sanguíneos.

Conforme continua el crecimiento del tejido mamario, el contorno del cuerpo femenino redondease de manera gradual, y la cintura de la pelvis se ensancha.

Las glándulas suprarrenales, en la mujer producen pequeñas cantidades de andrógenos (hormonas sexuales masculinas) que estimulan el crecimiento del vello axilar y púbico. Este vello es suave, casi incoloro, tanto en la axila como en el pubis. El vello púbico se engruesa, se ondula y se oscurece después.

### **La menarca. (Menarquía)**

Dos años después del crecimiento del vello y mamas, llega la menarca o primera menstruación se toma como parámetro que marca la conversión de la niña a mujer. Tiene lugar por la interacción de varias hormonas diferentes, las hormonas del hipotálamo y la pituitaria, en el cerebro que interaccionan con las producidas en los ovarios y estas a su vez interaccionan con el revestimiento del útero.

El ciclo menstrual, como los acontecimientos de la pubertad, están básicamente reguladas por las hormonas y van por fases. La primera se llama “proliferativa” o “preovulatoria”. Esta fase dura unos 14 días en un ciclo de 28 (se es regular la persona). En esta etapa la hipófisis secreta hormona folículo estimulante (FSH) que aumenta la producción de estrógenos ováricos, los cuales son causantes del nuevo crecimiento del endometrio: así mismo la FSH estimula la maduración de uno de los folículos ováricos, el cual se romperá por ultimo durante la ovulación en

respuesta al estímulo de una mayor producción de hormona Luteinizante (HL) por la hipófisis.

La cantidad de líquido dentro del folículo en maduración aumenta de manera continua durante la fase proliferativa y en última instancia del folículo se rompe y el ovulo maduro se expulsa hacia la trompa de Falopio. Este proceso es la “ovulación”, que ocurre alrededor de los 14 días antes de la menstruación.

El periodo después de la ovulación se llama fase “secretora” o “postovulación” del ciclo menstrual. La hipófisis, respondiendo estimula de mayores niveles de estrógenos en la corriente sanguínea elabora mas HL que viaja por el torrente circulatorio al folículo ovárico recién roto y estimula a las células restantes del folículo para que se desarrollen en una estructura glandular microscópica llamado “cuerpo amarillo”.

La fase final del ciclo menstrual es la llamada y conocida “menstruación”, es el desprendimiento del endometrio a través del cuello y la vagina. Lo que con lleva a el descenso en el nivel de los estrógenos al final del ciclo. Así se expulsan sesenta mililitros de sangre, que equipara a dos onzas. Dicho sangrado en general es de tres a siete días. Los estrógenos estimulan de modo específico el crecimiento de la vagina y del útero. La pared muscular de este se agranda y también se desarrolla su epitelio glandular (Perez Garcia, 2009)

### **Problemas con el embarazo en la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia debe ser considerado como un problema de la sociedad que nos compete a todos y todas y en donde se debe jugar un papel activo, ya que este hecho trunca, la mayoría de las veces, el proyecto de vida de las madres adolescentes. Sin preparación alguna para la maternidad, las adolescentes llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones sociales y personales provocando con ello que su proyecto de vida cambie en forma radical. La adolescencia constituye un momento de vulnerabilidad de los sujetos en su tránsito a la adultez, que cobra una

significación especial cuando tiene lugar en situaciones de riesgo, fragilidad y precariedad en los vínculos relacionales, familiares y sociales. En la adolescente embarazada, se tiene una problemática de fondo social, ya que por su edad, no cuenta con una estructura psíquica firme

La falta de información sexual correcta en los adolescentes y jóvenes tiene como consecuencias: embarazos no deseados, violaciones, contagio de infecciones de transmisión sexual, SIDA, y abortos clandestinos. Uno de los problemas de la juventud detectado a nivel mundial, es el embarazo precoz. Esta situación expone a quienes lo sufren a asumir responsabilidades que socialmente no les corresponden, y que aún no están preparados para asumirlas, ya que éste es un período de moratoria “en cuanto a la capacidad psicosexual para la intimidad y su disposición psicosocial para la paternidad”

Abortar o tener un hijo es un dilema trascendental de muchas adolescentes hoy en día. En uno u otro caso la decisión impactará de modo significativo el curso de sus existencias. Inclusive la decisión del aborto puede costar la vida misma. La de tener un hijo con frecuencia implica deserción escolar, subempleo, maltrato, frustración y resentimiento, esto a su vez conlleva a alterar su proyecto de vida.

Las adolescentes son más propensas que la madre promedio a experimentar partos prematuros y a tener bebés con bajo peso al nacer, aunque las razones para esto son discutibles. Las adolescentes también suelen tener deficiencias nutricionales, que pueden contribuir a la mala salud de sus hijos. Algunas adolescentes menores de 14 años pueden sufrir complicaciones durante el parto, debido a sus pelvis subdesarrolladas que hacen que un parto vaginal físicamente imposible. (Soto de Jesus, Contreras Guerrero, & Becerra Moya, 2014)



## **Salud sexual y reproductiva en adolescentes**

Cuando hablamos de Salud Sexual (SS) y Salud Reproductiva (SR) decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual y hoy dicen Procreación Responsable; etc.

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos. Pero no siempre las mujeres ejercemos ese derecho a decidir por nuestra salud sexual y reproductiva. Existen factores culturales y de género que impiden a la mujer adoptar decisiones en cuanto al sexo, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Según La OMS, “La salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social”.

“La OMS centra su concepto en dos pilares; El respeto a los derechos de la familia a decidir el N° de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo”.

La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y

servicios con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR), los principales riesgos de esta población son:

- ➔ El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual
- ➔ La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo
- ➔ La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad, y la gran mayoría (alrededor del 60%) no utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una ITS o infectarse de VIH.

Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38% sucede en América Latina y el Caribe. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años. (UNFPA Mexico , 2010)

### **Planificación familiar**

**La anticoncepción (contracepción)** impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

### **Beneficios de la planificación familiar**

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

### **Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres**

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

## **Reducción de la mortalidad de los menores de un año**

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

## **Anticonceptivos en la adolescencia**

Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los y las adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello se les deben orientar sobre las diversas opciones anticonceptivas. Definición: es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

La OMS usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años y “Jóvenes” para referirse a las edades entre 10 y 24 años. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional emplea la expresión “Adultos Jóvenes” para referirse a las personas en transición de la niñez a la edad adulta, sin especificar el intervalo de edades.

## **Escogencia del método**

Principios básicos en anticoncepción en la adolescencia:

La orientación, escogencia y oferta de métodos anticonceptivos debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo ínter genésico, a prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.

Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay Criterios de Elegibilidad y Condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada, generalmente tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales, a

menudo no tienen información exacta o completa relativa a la anticoncepción y tienden a depender de los conocimientos de sus padres, incluidos mitos y conceptos erróneos, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Para escoger un método además hay que basarse en las siguientes características del adolescente:

- Vida sexual activa, esporádica o frecuente.
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas.
- Fertilidad no probada.
- Paridad.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes en:

**Grupo I:** Jóvenes-Adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual.

**Grupo II:** Jóvenes-Adolescentes con inicio de actividad sexual.

a) adolescente mujer sin hijos.

b) adolescente varón sin hijos.

**Grupo III:** Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

La selección del método para cada grupo se orientará:

### **Selección de Método**

**Grupo I:** Abstinencia y postergación de la iniciación sexual.

Es el método más eficaz de prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos nocivos en la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual, abrazarse, frotarse el cuerpo, besarse, regalar una rosa, acariciarse el cuerpo mutuamente.

En las jóvenes-adolescentes mujeres:

- Retardar el inicio de las relaciones sexuales el mayor tiempo posible.
- Retardar el inicio del primer embarazo.
- Realizar su historia clínica obteniendo la fecha de su última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual.

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual.

## **Grupo II**

- En las Jóvenes-Adolescentes mujeres sin hijos:
  - Retardar el inicio del primer embarazo.

a) Nunca ha estado embarazada

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Reforzar estos métodos:

En casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales con métodos de barrera, físicos y químicos.

b) Tuvo un aborto o un parto con un hijo fallecido.

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos.

**Primera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

**Segunda opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

**Tercera opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más inyectables combinados mensuales.

**Cuarta opción:** métodos de barrera (condón masculino o femenino) más insertar el DIU post aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

**Grupo III:** Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

• En la Joven-Adolescente mujer con hijo vivo:

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos

a) período puerperal:

Poner especial énfasis en la anticoncepción posparto, trans cesárea y post aborto

Recomendar siempre el método de lactancia amenorrea y los métodos de barrera (condón).

b) período ínter genésico:

De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta. (Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud, 2008)

## **Clasificación**

**Los métodos disponibles actualmente:**

### **Métodos temporales**

**Métodos naturales:** no utilizan ningún elemento externo a la pareja

-coito interruptus

**Métodos de barrera** impiden el paso de los espermatozoides al útero.

-preservativos

-diafragma

### **Métodos hormonales**

-píldoras o inyecciones

### **Métodos intrauterinos**

-dispositivo intrauterino (DIU)

### **Métodos permanentes**

#### **Métodos quirúrgicos**

-ligadura de trompas (mujer)

Vasectomía.



## **Dispositivo Intrauterino (DIU)**

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

### **Tipos de DIU**

Hay dos tipos de DIU: el DIU hormonal y el DIU de cobre.

Un **DIU hormonal** dura hasta 5 años. Después de unos meses, las mujeres tienen menos períodos y períodos menos intensos que antes, con menos cólicos. Los períodos incluso pueden desaparecer. Actualmente, el DIU hormonal por excelencia es el DIU Mirena.

El **DIU de cobre** puede usarse hasta 10 años. Las mujeres que usan este DIU pueden tener sangrados y cólicos más intensos durante sus períodos, pero ningún efecto secundario de las hormonas.

### **Eficacia**

La efectividad del DIU es del 98% y brinda protección anticonceptiva hasta por siete a diez años Sin embargo parece prudente cambiarlo hacia el séptimo año por el riesgo de retención por cambio de posición.

El DIU no interfiere con el acto sexual, es económico y sus efectos colaterales son mínimos. Es una buena alternativa para quienes no toleran métodos hormonales o son poco estrictas con el horario de toma de las píldoras anticonceptivas.

No hay contraindicación del DIU para nulíparas, aunque el médico deberá pensar en otras opciones antes de recomendar este método en las mujeres que no han tenido hijos

### **Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:**

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.
- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

### **Momento adecuado para la aplicación del DIU**

Existen varios momentos adecuados para iniciar la planificación con un DIU, durante la menstruación, existe una razonable certeza de ausencia de embarazo y el cérvix está blando y permeable. Sin embargo es posible aplicarlo en cualquier momento del ciclo, aún sin menstruación, si la prueba de embarazo es negativa; post-parto, hacia los 30 días, pues se disminuye la tasa de expulsión espontánea, a la vez que el peligro de perforación; post-aborto, puede ser aplicado inmediatamente, siempre que no se trate de un aborto séptico; post-coito, al aplicarse después de una relación sin protección previene el embarazo. Las personas legalmente habilitadas para colocar un DIU son los médicos o enfermeros (as) que tengan el entrenamiento para hacerlo y los estudiantes de estas dos profesiones bajo la tutoría de un profesor(a).

El lugar de aplicación puede ser un quirófano o un consultorio siempre y cuando se mantengan las medidas de antisepsia que impidan la contaminación de la cavidad uterina. (Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud, 2008)

## **Ventajas**

- Es de fácil adaptación y funciona de inmediato.
- Es bien tolerado y es excelente, sobre todo si se considera que sólo requiere de una visita inicial para la inserción, una de control a los 2 ó 3 meses para verificar que está en buena posición y luego la visita anual rutinaria para la citología.
- Te brinda una protección permanente y no tiene que estar pendiente del método, como ocurre con los anticonceptivos orales, el anillo vaginal, los parches, etc.
- La duración del dispositivo para la protección del embarazo es a largo plazo, de cinco años para el endoceptivo, de hasta doce años para los DIU metálicos.
- El riesgo de efectos secundarios en el largo plazo es bajo.
- Es efectivo en la prevención del embarazo y una vez es insertado estará protegida, hasta que el DIU sea retirado.
- Las madres que están lactando no tienen problemas con el uso del DIU.
- Puede ser removido por un médico en cualquier momento.
- El DIU no interfiere en las relaciones sexuales, a menos que haya molestias importantes con los hilos del dispositivo.
- El DIU de cobre no tiene efectos hormonales secundarios.
- El DIU con hormonas puede reducir la cantidad y el dolor menstrual.
- Aun cuando el DIU haya sido retirado por problemas, las tasas de fertilidad posterior siguen siendo normales.

## **Desventajas**

- La presencia de cólicos en el momento de la inserción es frecuente y puede persistir por dos a tres meses.
- Algunas mujeres tienen sangrado después de que el DIU es insertado. Este sangrado puede ser abundante y con manchas durante dos a tres meses.
- Puede tener una menstruación más fuerte, si está usando el DIU de cobre.
- El incremento de infecciones pélvicas está relacionado con el momento de la inserción y con la conducta sexual de la mujer y no con el DIU propiamente dicho.
- No se debe considerar como el método de elección en mujeres sin hijos, porque en caso de desarrollar infección pélvica la fertilidad pudiera verse comprometida.
- El riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, que puede afectar al útero, las trompas de Falopio y los ovarios, que ocurre en el momento de la inserción del DIU.
- El DIU no la protege de ninguna infección de transmisión sexual (ITS).
- Solo sirve para mujeres con una pareja estable, porque lo contrario el riesgo de contraer una ITS es mayor si tiene varias parejas.
- El DIU aumenta la posibilidad de que se produzca un embarazo fuera del útero (embarazo ectópico).
- Debe ser insertado y retirado solo por el médico.
- Existe la posibilidad de expulsión en los primeros meses de uso y la
- Durante la inserción del DIU la posibilidad de perforación en remota.
- No se debe usar si es alérgica al cobre.

## **Contraindicaciones**

### **Contraindicaciones absolutas**

#### **Prueba embarazo positiva**

**Sospecha o existencia de embarazo.** Si se sospecha un embarazo se debe diferir la inserción del DIU hasta que se haya establecido el diagnóstico. La inserción en un útero grávido puede desencadenar un aborto y la posibilidad de una infección severa.

**Infección genital.** Cuando existe infección activa en trompas, útero y vagina se debe evitar la inserción; sin embargo, luego de solucionado el problema no existe contraindicación a la inserción. En las mujeres con antecedentes de infecciones crónicas y recidivantes de las trompas, no es recomendable su uso por la relación del DIU con la enfermedad inflamatoria pélvica.

**Sospecha o existencia de cáncer.** En lo primero, se debe aclarar el diagnóstico antes de la inserción y, en lo segundo, la contraindicación es absoluta.

**Alteración anatómica del útero.** En los casos de fibromas gigantes o múltiples, sobre todo los submucosos e intramurales, cuando existe útero hipoplásico, sinequias importantes, hay anomalías congénitas tipo útero doble, tabicado, etc., la alteración de la anatomía impide la adecuada inserción del DIU. Luego del tratamiento quirúrgico de la sinequia el DIU se inserta para mantener separadas las paredes del útero.

**Trastornos menstruales.** El DIU es capaz de ocasionar: hipermenorrea, polimenorrea, manchas intermenstruales y sinusorragia, principalmente en los primeros meses luego de la inserción. Si se practica la inserción, el médico no podrá saber si los trastornos son debidos al DIU o a un problema ginecológico, por lo que es preferible aclarar la causa antes de la inserción.

**Desconocimiento de la técnica de inserción.** Aunque la inserción es sencilla, se requiere de cierta experiencia y conocimiento de la técnica porque, de lo contrario, la incidencia de complicaciones es mayor.

### **Contraindicaciones relativas**

**Historia de trastornos menstruales.** La inserción en mujeres con dismenorrea puede aumentar la intensidad y duración del dolor. En aquellas mujeres en las que las reglas sean abundantes antes de la inserción, pueden ver aumentada esta condición y es preferible utilizar los endoceptivo.

**Útero fijo.** En los casos de ante o retroversoflexión forzada la inserción es complicada porque es difícil enderezar completamente el útero. Muchos de estos casos terminan con una inserción ístmica que disminuye la capacidad anticonceptiva del método y favorece la perforación. El médico con experiencia puede tratar de insertar el DIU doblando la cánula para que se amolde al contorno de la cavidad uterina, pero debe estar seguro de que la inserción es adecuada mediante ecosonografía.

**Orificio cervical estrecho.** En estos casos, la inserción es técnicamente difícil y se recomienda el uso de dilatadores cervicales antes de la inserción.

**Fase postovulatoria del ciclo menstrual.** Si la mujer se presenta en la fase postovulatoria tardía sin utilizar otro método anticonceptivo o el mismo no es muy seguro, es preferible esperar a la próxima menstruación para proceder a la inserción y evitar la posibilidad de un embarazo precoz. La inserción en la fase postovulatoria del ciclo se puede intentar como método de anticoncepción de emergencia; así la inserción de un DIU con cobre en los primeros 7 días luego de un coito no protegido, en la época fértil del ciclo, es efectiva para prevenir un embarazo no deseado.

**Fracaso de inserción anterior.** En algunas mujeres el primer intento fallido de inserción puede ser tan doloroso que no permiten un segundo intento. En las que deseen intentar por segunda vez, se puede insertar un dispositivo en una época

favorable del ciclo como es durante la menstruación o en la época ovulatoria, cuando el cuello uterino está más abierto.

**Expulsión repetida anterior.** Aquellas mujeres con historia de expulsión repetida anterior no son buenas candidatas para un nuevo intento, sobre todo si en la inserción anterior se usó el DIU adecuado y fue hecha correctamente. Aunque se puede intentar una nueva inserción, la posibilidad de una nueva expulsión se debe tener presente y la mujer debe ser instruida acerca de cómo controlar que el DIU esté en su sitio mediante la introducción de uno o dos dedos en la vagina, por ella o por su pareja, para constatar la presencia de los hilos. Esto se debe hacer siempre que vayan a tener relaciones o, por lo menos, después de la regla que es la época donde más frecuentemente se puede expulsar.

**Embarazo anterior con DIU.** Cuando el embarazo ocurrió con el DIU en la cavidad uterina se puede intentar de nuevo con este método pero es preferible asociarlo con los espermaticidas, por lo menos durante las relaciones de la época fértil. Si han ocurrido 2 o más embarazos con el DIU es preferible usar otro método

### **Complicaciones del uso del DIU**

Si el embarazo anterior fue ectópico, es preferible el uso de los anticonceptivos orales concebir temor que ofrecen una protección mayor contra ectópicos.

**Dolor durante la inserción.** Aunque muchas mujeres experimentan malestar general, menos del 5% experimentan dolor de moderado a intenso. Las mujeres nulíparas o de baja paridad, cuando el cuello es estrecho y en las que ha pasado mucho tiempo desde el último parto son las que más tienden a tener dolor.

**Expulsión** Después de colocado el DIU las contracciones uterinas pueden empujar el dispositivo hacia abajo y expulsarlo parcial o completamente. Las tasas de expulsión varían entre 1% y 10% durante el primer año de uso. La tasa de expulsiones disminuye progresivamente y son raras luego de 2 años de uso. La edad también es un factor que afecta la tasa de expulsiones, es más frecuente en

jóvenes que en mujeres de edad avanzada, y más frecuente aún en mujeres que no han parido que las que han tenido hijos.

**Embarazo.** No hay duda de que el DIU es el método temporal no quirúrgico más efectivo en prevenir embarazos. Se señala una tasa de fracasos para los dispositivos con cobre menor del 1%, cuando se usa en condiciones ideales y de 3% en la práctica y para los endoceptivos menos de 0,5%, en condiciones ideales en la práctica 2%.

Aunque algunos piensan que los DIU ocasionan un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos, especialmente ováricos, este aumento es relativo porque se ha estimado que los DIU reducen la implantación intrauterina en el 99% de los casos, la tubárica en el 95% y no reducen la posibilidad de implantación ovárica; en otras palabras, los DIU no ocasionan ectópicos, sino que a la falta de implantación el huevo fecundado busca otros sitios de implantación.

**Perforación.** Es una complicación que ocurre durante la inserción o que, por lo menos, comienza en ese momento. Su incidencia se ha estimado entre 0,5 y 10/1 inserciones, aunque puede ser mayor por el número de casos que pasan desapercibidos. La perforación está relacionada con el tamaño, forma y consistencia del DIU, con el estado y configuración del útero pero, sobre todo, con la habilidad y experiencia del operador.

**Sangrado.** Luego de la inserción de los DIU con cobre hay un incremento del 55% del flujo menstrual que se prolonga durante todo el tiempo que se use. Este incremento de las pérdidas hemáticas es, sin lugar a dudas, el problema más frecuente que se presenta en las usuarias y que, a pesar de los avances tecnológicos, sigue siendo causa de retiro entre el 5% y el 15% de los casos. (FERTILAB, 2014)



## **Seguimiento e instrucciones para la paciente**

- Luego de la inserción del DIU, es normal experimentar calambres de corta duración e intensidad. Estas contracciones pueden ser manejadas tomando analgésicos o aplicando compresas tibias en el abdomen.
- Luego de 4 a 6 semanas después de la inserción, debe realizar un control con el doctor. Durante el primer mes luego de la inserción del DIU, chequear la sutura regularmente, especialmente después de su período. Si las suturas no se encuentran y si ellas están más largas o más cortas de lo usual, visitar a su médico.
- Visitar al médico en forma urgente si: las suturas no se encuentran; la parte plástica del DIU puede ser tocada con la mano; si el DIU ha sido expulsado o si el período no ha llegado.
- Después de los 3 primeros meses de la inserción del DIU puede ocurrir algún goteo ínter menstrual, sangramiento o flujo menstrual aumentado o prolongado. Si esto continúa informar al médico.
- Si el período se retrasa por 10 días y presenta síntomas de embarazo tales como náuseas, molestias en los senos, etc., informar inmediatamente al doctor.
- Si hay dolor abdominal o dolor durante el transcurso o infección tal como gonorrea, secreción anormal, fiebre, escalofríos o si se siente mal informe a su médico.
- Volver a visitar a su médico para chequear o para reemplazar la T de cobre (la T de cobre protege del embarazo por 10 años). El embarazo con la T de cobre en su lugar ocurre en una proporción de menos de 1 en 100 mujeres al año. Si la mujer que utiliza un DIU queda embarazada, el DIU debe ser removido inmediatamente. (Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud, 2008)

## Mitos y realidades sobre el DIU

1. El DIU produce cáncer de cuello uterino.  
No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino
2. El DIU es abortivo.  
No hay ninguna evidencia que señale este efecto.
3. Si sales gestando con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño.  
No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.  
No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.  
No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero.  
No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.
9. La mujer nulípara no puede usar DIU.  
No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.
10. Después de usar DIU se debe descansar.  
No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo.

11. Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando.

No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.

12. Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo

No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo. (Zegarra, 2011)

### **Conocimientos sobre el DIU por adolescentes**

De las mayores formas modernas de anticoncepción reversible del mundo (píldoras, inyectables, condones y DIU), los DIU son los menos conocidos; aproximadamente 61 por ciento de las mujeres entrevistadas en las Encuestas de Demografía y Salud en los últimos cinco años conocen los DIU. Además, en algunos países, muchas mujeres no saben de las fuentes existentes de servicios del DIU. (Rivera, Jacobstein, McGinn, Shelton, Salem, & Hubacher, 2006)

Un estudio realizado por Stanwood y Bradley encontró que sólo la mitad de las mujeres embarazadas las edades 14 a 25 años que presentan para la atención prenatal y el aborto había oído hablar del DIU, y una mayor proporción no eran conscientes de su alta eficacia (58%) o la seguridad (71%). Otro estudio realizado por Whitaker et al. Que encuestó a mujeres de entre 15 a 24 años que presenta para la atención en una clínica de obstetricia y ginecología en general encontró que menos de la mitad de las jóvenes había oído hablar del DIU y la mayoría de las mujeres (63%) no tienen una actitud positiva hacia el método. (Fleming, Sokoloff, & Raine, 2010)

### **Actitudes y creencias sobre el DIU por los adolescentes**

El conocimiento de los DIU es bajo entre los adolescentes y las mujeres jóvenes. La información escrita básico dado sobre el DIU, los pacientes en este grupo de

edad también es reacios a considerar el uso de un DIU. Si bien es cierto, después de haber escuchado sobre el DIU de un proveedor de atención de la salud se asocia con interés en el método por parte de las adolescentes. Esta asociación significativa entre haber escuchado sobre el DIU de un proveedor de atención de la salud y el interés en el método indica que los proveedores pueden tener un impacto positivo en el interés y el uso de DIU. Aunque en los adolescentes existen muchas razones comunes por las cuales muestran inseguridad acerca del DIU, tales como el miedo al dolor con la inserción o preocupaciones acerca inducidos DIU amenorrea - preocupaciones que podrían ser fácilmente tratadas por un médico. El impacto potencial de la consejería proveedor o educador de la salud sobre las actitudes de los métodos anticonceptivos y la adopción es claramente un área de investigación que se necesita. (Whitaker, Johnson, Harwood, Chiappetta, Creinin, & Gold, 2008)

Los estudios indican que los proveedores que tienen más información basada en la evidencia son más propensos a ofrecer los DIU a sus pacientes, lo que indica que las intervenciones para aumentar la captación de los DIU debe incluir un componente de formación profesional.

La mayoría de mujeres piensan que no cambiarían o aumentaría su uso del condón con un DIU en su lugar. Sin embargo, otros estudios que examinan el uso de anticonceptivos hormonales en adolescentes han demostrado que los adolescentes tienden a hacer compensaciones entre los condones y métodos anticonceptivos hormonales más eficaces. Hay evidencia de que 3 semanas o más después de la inserción del DIU la tasa de EPI con un DIU en su lugar no es mayor que sin un DIU. Los proveedores deben tener indicaciones de revisión previa a la inserción cuidadosa como el riesgo de EPI es mayor en las mujeres que tienen un DIU y que tienen una infección cervical en el momento de la inserción en comparación con las mujeres que no tienen una infección en el momento de la inserción.

Mientras que los DIU no son apropiados para todos los pacientes, hay un número de mujeres jóvenes que se beneficiarían de la alta efectividad y conveniencia de este método. Los proveedores deben ser conscientes de que mientras que las mujeres multíparas pueden ser más propensas a estar interesados en el método, las mujeres nulíparas son candidatos apropiados y también pueden estar interesados en el método.

### **Prácticas sobre el DIU por los adolescentes**

La OMS solo recomienda su uso en la adolescencia cuando no se dispone de otros métodos o si estos no son aceptados, ya que el riesgo de expulsión en mujeres menores de 20 años es más elevado, sobre todo, en aquellas que no han tenido hijos.

Durante muchos años, el Dispositivo Intrauterino (DIU) no fue admitido como un anticonceptivo para jóvenes o adolescentes, pues les provoca un aumento de la cantidad de sangrado y duración de las menstruaciones, incremento de los cólicos menstruales y de la aparición de flujo vaginal patológico, así como aumento del riesgo de padecer infecciones genitales y enfermedad pélvica inflamatoria. Nuevos criterios de la Organización Mundial de la Salud (2009) y del CDC, Centro de Control de Enfermedades (USA, 2010) consideran que el DIU es una opción aceptable para jóvenes que no hayan tenido bebés. Se ha demostrado en un estudio, realizado por la Organización Mundial de la Salud en 23.000 pacientes, que el DIU no causa infecciones, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, ni embarazo ectópico.

Autoridades del Sector Salud indican que actualmente existe una serie de presentaciones y tamaños que permite a un ginecólogo realizar una correcta selección para las adolescentes, por lo que estas ya pueden utilizar el DIU sin peligro, sobre todo, cuando hay antecedentes de parto o aborto.

Existen diferentes tipos de DIU medicados así como inertes o no medicados. Algunos son hechos de polietileno con espirales de cobre.

Por otra parte, los DIU medicados con levonorgestrel tampoco están contraindicados en las adolescentes, siempre que se pretenda conseguir una anticoncepción de larga duración

Los DIU medicados están indicados para mujeres jóvenes en edad fértil y nulíparas es decir, mujeres jóvenes sin hijos.

## **Material y método**

### **Tipo de estudio**

Descriptivo, de corte transversal (CAP)

### **Universo**

Las adolescentes que acudieron por atención al Centro de Adolescentes de Salud Reproductiva durante el periodo de estudio correspondieron a doscientos noventa y tres (293).

### **Muestra**

Nuestra muestra fueron un total de ciento veinte (120) adolescentes que accedieron a participar en el estudio.

### **Criterios de inclusión**

Adolescentes que decidieron participar voluntariamente en el estudio

### **Criterios de exclusión**

Adolescentes que no decidieron participar en el estudio

### **Muestreo**

No probabilístico, por conveniencia.

### **Fuente:**

Primaria

### **Método:**

Encuesta

## **Métodos e instrumentos para la recolección de la información.**

1. Elaboración de instrumento para informantes claves.
2. Encuesta a informantes claves con el objetivo de obtener pautas de información y conocimiento sobre el DIU como método de planificación. La encuesta se realizó por 30 preguntas abiertas y fue aplicada a un total de 20 personas distribuidas de la siguiente forma:
  - ✓ 10 Médicos Especialistas en Gineco-Obstetricia o con dominio en Salud sexual y reproductiva.
  - ✓ 4 Padres de familia
  - ✓ 3 Maestros de Educación Secundaria
  - ✓ 3 Autoridades Religiosas (Pastor, Sacerdote, Cura)
3. Con los resultados obtenidos en las encuestas a informantes claves se analizaron las preguntas siendo accesibles y asequibles a las adolescentes y se elaboró el instrumento final a utilizar en adolescentes que accedieron a su participación en el estudio.
4. Realización de la base de datos en el programa SPSS Versión 19.



## **Métodos e instrumento para el análisis de la información.**

Una vez obtenidas las encuestas llenadas por las adolescentes se procedió a introducir los datos en forma de variables, en el programa SPSS versión 19; según las variables medibles que contienen cada objetivo. Para evaluar los conocimientos se realizaron un total de 26 preguntas de las cuales 17 de ellas estaban en sentido positiva y 9 en sentido negativo; dándole el valor de 1 punto a cada pregunta correcta, con un total de 26 puntos de los cuales 20-26 se consideró un buen conocimiento, de 13-20 regular y menor de 13 un conocimiento malo. Seguidamente para valorar las actitudes se utilizó la Escala de Likert donde se plantearon 8 proposiciones en sentido positivo, con las siguientes opciones y puntajes: Totalmente de acuerdo: 5 puntos, De acuerdo: 4 puntos, Indeciso: 3 puntos, Desacuerdo: 2 puntos y Totalmente en desacuerdo: 1 punto. La puntuación total fue de 40 puntos de los cuales mayor o igual a 30 se consideró una actitud favorable y menor a 30 desfavorable. Por último, las prácticas de las adolescentes fueron evaluadas en prácticas con riesgo y sin riesgo. Para efectos de medicina las prácticas con riesgo se tomaron como malas y las practicas sin riesgo como buenas con un total de 9 preguntas, cada una con valor de un punto. El puntaje máximo 9 nos orientó una buena práctica, y toda encuesta que no obtenía ese valor se consideró mala, es decir menor de 9.

Posteriormente se realizaron tablas de salida para las variables en frecuencia y porcentaje para su análisis e interpretación de los resultados, su posterior discusión y las conclusiones del estudio, y por ultimo las recomendaciones.

## **Enumeración de variables.**

### **Objetivo #1**

- ✓ Identificar datos generales del grupo de estudio
  1. Edad
  2. Escolaridad.
  3. Estado civil
  4. Ocupación
  5. Religión
  6. Procedencia
  7. Etnia

### **Objetivo # 2**

- ✓ Identificar datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
  1. Menarca.
  2. Inicio de vida sexual activa. (IVSA)
  3. Gestaciones (Número)
  4. Para.
  5. Cesárea.
  6. Aborto.
  7. Legrado.
  8. Número de hijos.

### Objetivo #3

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen las adolescentes que pertenecen al grupo de estudio
  1. Conocimientos.
  2. Nivel de conocimientos.

### Objetivo#4

- ✓ Identificar el nivel de actitud que tienen las pacientes dentro del grupo de estudio.
  1. Actitudes
  2. Nivel de actitudes

### Objetivo #5

- ✓ Identificar las prácticas que tienen las mujeres adolescentes en estudio
  1. Prácticas
  2. Tipo de prácticas.

### Objetivo #6

- ✓ Enlistar las fuentes de información brindadas al grupo de mujeres en estudio.
  1. Fuente de información.

### Objetivo # 7

- ✓ Describir las razones del uso y no uso del DIU por las mujeres del grupo de estudio.
  1. Razón de uso y no uso.

## Operacionalización de variables

- ✓ Objetivo #1 Identificar datos generales del grupo de estudio

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala /valor</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual de la entrevista	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11-13</li> <li>• 14-16</li> <li>• 17-19</li> </ul>
Escolaridad.	Ultimo año lectivo aprobado	Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iltrado</li> <li>• Letrado</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Universidad</li> <li>• Técnico medio</li> </ul>
Estado civil	Situación personal que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Según respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero.</li> <li>• Casado.</li> <li>• Unión estable.</li> </ul>
Ocupación	Realización de un ejercicio u obra que genera remuneración económica.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comerciante</li> <li>• Técnico medio</li> <li>• Profesional</li> <li>• Estudiante</li> <li>• Otro</li> <li>• Ama de casa</li> </ul>
Procedencia	Lugar donde procede el sujeto	Área geográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural</li> <li>• Urbano</li> </ul>
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestizo</li> <li>• Negro</li> </ul>

Objetivo #2

- ✓ Identificar datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Menarca.	Fecha de primer sangrado menstrual.	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9-11</li> <li>• 12-14</li> <li>• 15-17</li> </ul>
Inicio de vida sexual activa. IVSA	Edad de inicio de prácticas sexuales	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11-13</li> <li>• 14-16</li> <li>• 17-19</li> </ul>
Gesta.	Número de embarazos.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>
Para.	Nacimientos por vía vaginal.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>
Cesárea.	Nacimientos por intervención quirúrgica	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>
Aborto.	Productos perdidos con un peso menor de 500 gr	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>
Legrado.	Intervención quirúrgica practicada en útero con el objetivo de extracción de tejido según indicación.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>
Número de hijos vivos.	Nacimiento de producto vía cesárea o vaginal vivos.	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 ò más</li> </ul>

Objetivo #3

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento que poseen las adolescentes que pertenecen al grupo de estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
Conocimiento de pacientes sobre uso de DIU	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	<p>Acerca del concepto de DIU.</p> <p>Acerca de las ventajas del uso de DIU.</p> <p>Sobre las desventajas del uso e DIU.</p> <p>Sobre mitos del DIU.</p> <p>Sobre Indicaciones del DIU.</p> <p>Sobre las contraindicaciones del DIU.</p>	Respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> <li>• No sabe</li> </ul>
Nivel de conocimiento	Conjunto de ideas referidas por las pacientes en relación a los aspectos abordados sobre DIU.		Puntuación según resultado de encuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malo</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> </ul>

Objetivo #4

- ✓ Identificar el nivel de actitud que tienen las pacientes dentro del grupo de estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
Actitud de los pacientes con respecto al uso de DIU	Predisposición a reaccionar al momento del uso de DIU	Escala Likert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indeciso</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>
Tipo de actitud	Predisposición a reaccionar de manera favorable o desfavorable con respecto al uso de DIU.	Escala de Likert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desfavorable</li> <li>• favorable</li> </ul>

Objetivo #5

- ✓ Identificar las prácticas que tienen las mujeres adolescentes en estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/ valor</b>
Practica	La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Ha utilizado el DIU como método anticonceptivo Tiempo de uso del DIU Número de veces de visitas para su seguimiento	Según respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcta</li> <li>• Incorrecta</li> </ul>
Nivel de practica	Grado de acción que desarrolla al aplicar los conocimientos		Según respuesta de la encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcta</li> <li>• Incorrecta</li> </ul>

Objetivo #6

- ✓ Enlistar las fuentes de información brindadas al grupo de mujeres en estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
Fuente de información.	Medio por el cual obtuvo la información acerca del DIU	Según respuesta de encuestada	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Familiares</li> <li>✓ Amigos</li> <li>✓ Radio</li> <li>✓ Televisión</li> <li>✓ Médicos</li> <li>✓ Internet</li> <li>✓ Colegio</li> <li>✓ Otro</li> </ul>



Objetivo #7

- ✓ Describir las razones del uso y no uso del DIU por las mujeres del grupo de estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
Razón de uso y no uso	Motivo o expresión que tiene una persona acerca del DIU, por la cual objeta la utilización o no del método.	Según respuesta de encuestada	

## **Plan de tabulación y análisis.**

- ✓ Características socio demográficas
  1. Edad
  2. Escolaridad.
  3. Estado civil
  4. Ocupación
  5. Religión
  6. Procedencia
  7. Etnia
- ✓ Datos Gineco-obstétricos
  1. Menarca
  2. IVSA
- ✓ Nivel de conocimiento
  - 1) Edad /nivel de conocimiento
  - 2) Escolaridad /nivel de conocimiento
  - 3) Procedencia / nivel de conocimiento
- ✓ Nivel de actitud
  - 1) Edad /nivel de actitud
  - 2) Escolaridad /nivel de actitud
  - 3) Procedencia /nivel de actitud
- ✓ Tipo de práctica
  - 1) Edad /Tipo de práctica
  - 2) Escolaridad /Tipo de práctica
  - 3) Procedencia /Tipo de práctica
- ✓ Fuente de información
- ✓ Razones de uso y no uso del DIU

## **Resultados**

En el presente estudio se valoró los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre el DIU como método de planificación familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el hospital Bertha calderón roque, durante el periodo de febrero-marzo 2015 encontrándose los siguientes resultados

### **Objetivo N° 1**

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró en la distribución por edades de las pacientes en estudio la mayoría de las entrevistadas se encontraban entre las edades de 17-19 años con frecuencia de 60 pacientes (50%), seguido de mujeres de 14-16 años con 42 pacientes (35%), siendo la minoría las pacientes de 11-13 años con 18 paciente (15%). (Tabla N° 1A)

En relación a la escolaridad 72 de las pacientes cursaron secundaria es decir el 60%, 36 primaria (30%), 6 técnico medio (5%) y en igual frecuencia 3 paciente (2.5%) universitarias y letrada. Describiendo el estado civil, 63 mujeres se encontraban en una relación de unión estable es decir un 52.2%, 51 de ellas se encontraban solteras (42.5%) y solo 6 mujeres casadas (5%). (Tabla N° 1A)

En relación a la procedencia de las mujeres en estudio se encontró que 93 de ellas eran del área urbana en un 77.5% y 27 del área rural con un 22.5%. En cuanto a la Etnia de las personas entrevistadas se encontró que 117 de las mujeres eran mestiza (97.5%) y solo 3 de ellas eran de raza negra (2.5%). En cuanto a la ocupación 72 mujeres (60%) eran ama de casa, 30 (25%) eran estudiantes, y de igual manera 6 mujeres (5%) eran técnico medio, comerciante y otra ocupación, equivalentemente. (Tabla N° 1B). La variable religión se distribuyó de la siguiente manera; 12 adolescentes eran ateas para un 10%, Católica 51 encuestadas para un 42.5%, Evangélicas fueron 36 para un 30%, Mormón 3

adolescentes para un 2.5% y de Otras religiones 12 encuestadas para un 15%. (Tabla N 1B).

#### Objetivo N° 2

En relación a la menarca de las adolescentes entrevistadas se encontró que 69 mujeres iniciaron la misma entre las edades de 9-11 años (57.5%) seguido de 12-14 años 42 mujeres (35%) y en 6 entre las edades de 15-17 años para un 5%. Se muestra además un dato perdido con 3 adolescentes para un 2.5% (Tabla N° 2)

Dentro de las edades en el cual las adolescentes iniciaron vida sexual activa correspondieron entre los 11 a 13 años el 32.5% con una frecuencia de 39 mujeres; del grupo de 14 a 16 años correspondió al 52.5% con 63 mujeres; dentro de las edades de 17 a 19 años con un 12.5%, 15 mujeres. Además se encontró que 3 adolescente no había iniciado vida sexual que corresponde a 2.5%. (Tabla N° 2)

#### Objetivo N° 3

En cuanto al conocimiento sobre el DIU, 114 de las adolescentes entrevistadas refirieron haber obtenido información acerca de este método correspondiendo al 95%. En cambio las 6 restantes encuestadas, siendo el 5%; no había sido informado sobre este método. (Tabla N° 3)

El nivel de conocimiento que mostraron las adolescentes en las encuesta fue de 85 (75%) regular, 25 de ellas (22.5%) malo y 4 (4%) bueno (Tabla N 4). Relacionando esta variable según la edad, se encontraron los siguientes resultados; entre las edades de 11 a 13 años no se encontró, entre las edades de 14 a 16 años, 1 adolescente correspondiente a un 1% y entre el grupo de 17 a 19 años, 3 igualmente con un 2% para un total de 4, es decir el 3% con un Buen Nivel de Conocimiento sobre el DIU. No obstante, dentro del nivel de conocimiento Regular, se encontró 13 para un porcentaje de 11% adolescentes en el grupo de 11 a 13 años, 27 mujeres que corresponde a 24%, entre los 14 a 16 años y 45 para

un porcentaje 40% entre las edades de 17 a 19 años; para un total de 85, equivalente al 75%.

También para un nivel de conocimiento Malo acerca del uso de DIU por adolescentes resultó que entre las edades de 11 a 13 años se presentó 1 mujer, es decir 1%; de los 14 a 16 años obtuvimos 12 con un porcentaje de 10% y dentro del grupo de 17 a 19 años de igual forma 12 y un 11% para un total de 25, con porcentaje subtotal de 22%. (Tabla N° 5)

El nivel de conocimiento de acuerdo al nivel de escolaridad de las adolescentes se reflejó mediante los siguientes resultados. Un nivel de conocimiento bueno con un 3% que corresponde a adolescentes con escolaridad alcanzada hasta la secundaria en frecuencia de 4. Un regular conocimiento la presentaron 85 con el 75% de adolescentes de las cuales el 25% presentaron las de primaria en frecuencia de 28, 44% las de secundaria en frecuencia de 51 adolescentes, 3 adolescentes para un 3% universitaria y técnico medio igualmente. También con un mal conocimiento presentaron 25 con el 22% de adolescentes de las cuales el 3% correspondió a 3 letradas, 3% a nivel de primaria con frecuencia de 4. El 14% de ellas tenían nivel de secundaria con frecuencia de 15 y con 2% provenía de técnico medio en frecuencia de 3 adolescentes. (Tabla N° 6)

De acuerdo a la procedencia de adolescentes encuestadas y el nivel de conocimiento, se obtuvieron los siguientes resultados; en el ámbito rural las adolescentes no presentaron conocimiento bueno, 22 mujeres presentaron conocimiento regular, con un porcentaje del 20%; y 3 demostraron conocimiento malo, para un 2%; para un total de 25, con porcentaje subtotal de 22%. En cambio, en el sector urbano, 4 presentaron buen conocimiento acerca del DIU, que corresponde al 3%; 63 adolescentes presentaron conocimiento regular, con el más alto porcentaje de 55% y 22 obtuvieron un mal conocimiento, con porcentaje de 20% para un total de 89 personas, obteniendo el 78%. (Tabla N° 7)

#### Objetivo N° 4

El nivel de actitud que presentaron las adolescentes en base al uso de DIU el 90% presentaba una actitud favorable, siendo 108 usuarias y un 10% restante una actitud desfavorable, que correspondía a 12 del total. (Tabla N°8)

El nivel de actitud según la edad el 90% favorable corresponde un 45% entre edades de 17-19 años, 54 adolescentes; un 30% entre edades de 14-16, corresponde a 36; y un 15% de 11-13 años, para 18 participantes. El 10% que representa a 12 encuestadas con actitud desfavorables, corresponden un 5% entre las edades de 14-16, siendo 6 adolescentes y el otro 5% entre las edades de 17-19 años, para 6 usuarias igualmente. (Tabla N° 9)

De acuerdo a la escolaridad las entrevistadas mostraron que el 90%, es decir 108 de ellas, tenían una actitud favorable distribuyéndose 3 de las adolescente letradas, siendo el 2.5%; 36 de ellas nivel primaria que representa el 30%, 60 participantes nivel de secundaria que corresponde el 50%, 3 adolescente siendo el 2.5% universitaria y 6 usuarias para un 5% técnico medio. El restante 10%, 12 adolescentes presentaban una actitud desfavorable y este correspondía a entrevistadas que se encontraban en secundaria. (Tabla N° 10)

Según la procedencia el 90% presentaban una actitud favorable estas repartidas en 27 adolescentes que corresponde el 22.5% del área rural y 81 participantes que corresponde el 67.5% del área urbana, el 10% con actitud desfavorable, 12 adolescentes; eran del área urbana (Tabla N° 11)

#### Objetivo 5

En cuanto a práctica solo 24 (25%) de las mujeres admitieron utilizar el DIU como método anticonceptivo, habiendo 96 (75%) adolescentes las cuales no lo han utilizado. (Tabla N° 12). De estas 24 mujeres 18 (75%) de ellas tuvieron una buena práctica, las restante 6 (25%) mujeres presentaron una mala práctica. (Tabla N° 13)

En relación a edad y el tipo de práctica encontramos que las 24 mujeres (100%) se encontraban entre las edades de 17-19 años. (Tabla N° 14)

Según la escolaridad de las 18 adolescentes (75%) con buena práctica, 9 de ellas (37.5%) se encontraban cursando secundaria, 6 (25%) en técnico medio y 3 (12.5%) universitaria, las 6 (25%) adolescente con mala práctica tenían una escolaridad de secundaria. (Tabla N° 15)

Con respecto a la procedencia de las 24 encuestadas que utilizaron el DIU (100%), provinieron del sector urbano, las que tuvieron mala práctica; así como las que presentaron buena práctica (Tabla N° 16)

#### Objetivo 6

El medio de información por el cual las adolescentes conocieron el método de planificación familiar en estudio fueron, en orden de frecuencia: por medio de Médico un total de 45; por los Familiares se informaron 36 adolescentes; por Amigos un total de 18 encuestadas; también se informaron por Colegio 9 adolescentes. Por otros medios llámese afiches, revistas, brochures; se informaron 6 adolescentes. También la Radio como medio de información se manifestó por 3 personas; y por medio de Internet 3 adolescentes. (Tabla N° 17)

## Objetivo 7

Dentro de las razones por las cuales las adolescentes utilizaron el DIU se encontraron:

1. La vía de administración es una sola vez (“No me acuerdo de tomar las pastillas”).
2. Porque es de larga duración.
3. No presenta esterilidad. (“No me deja estéril”)
4. No provoca aumento de peso y depósito de grasa. (“No me engorda”)
5. Es más seguro que los otros métodos anticonceptivos

Dentro de las razones por las cuales las pacientes no utilizaron el método se encontraron:

1. Provoca mucho dolor.
2. Se puede encarnar.
3. Molesto al momento de las relaciones sexuales.
4. Aumenta el sangrado.
5. Provoca cáncer.
6. Puede moverse por mi cuerpo.

(Tabla N 18)



## **Análisis de los resultados**

Actualmente, en nuestro país; la mujer adolescente según la OMS, representa una edad en riesgo para la reproducción, es por lo cual se ha centrado este estudio en este tipo de población con relación al DIU como un método anticonceptivo que está a la disposición en nuestro país en programas de planificación familiar, que dada su efectividad sería una alternativa adecuada para estas adolescentes.

Nuestro estudio se centró en el Hospital de referencia nacional de la mujer, Bertha Calderón Roque; en el Centro de Adolescentes en Salud Reproductiva, donde se brinda una atención integral a las usuarias que demandan atención en salud.

De las pacientes que se encuestó, el 50% de ellas están entre las edades de 17 a 19 años, lo cual nos indica que este grupo de edad demanda mayormente la atención en este centro de salud sexual y reproductiva, y representa el mayor porcentaje de población estudiada (Ver tabla 1A). Este es un dato que demuestra ENDESA 2011/2012 en sus informes, que a nivel Nacional ocupa el tercer lugar del total de la población. Se relaciona directamente con el estudio realizado por Erma Rojas; acerca del conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos donde la población estudiada en 91% del total incluía este grupo de edad. De igual forma el estudio realizado por María Barrera y Francisco Contreras el 70% de su población muestreada comprendía las edades de 15-19 años. La adolescencia es un proceso de cambios sexuales; hormonales y maduración de órganos reproductores que suelen notarse con mayor frecuencia entre este grupo de edad, por lo cual es importante evaluar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos de planificación que existen en la actualidad haciendo énfasis en este grupo de edad.

El nivel académico juega un papel importante en el nivel de conocimiento que pueden tener las personas sobre el DIU como método de planificación familiar. Es una relación directamente proporcional ya que entre más alto sea el nivel escolar, mejor será el nivel de conocimiento. El 60% de las adolescentes habían alcanzado

la secundaria parcial o en su totalidad, representando más de la mitad de nuestra muestra de estudio (Ver Tabla 1A). Esto nos orienta que el nivel de conocimiento podría ser medido de forma satisfactoria por varias razones, entre ellas es la inclusión de temas de sexualidad y reproducción en asignaturas correspondientes por el MINED en la modalidad de secundaria y otro aspecto importante; los adolescentes con el desarrollo de la tecnología tienen mayor acceso a información sobre el DIU.

Además de la escolaridad que se evaluó en las adolescentes, el estado civil también fue medido y demostró que las adolescentes en su mayoría con el 52.5% tenían relación de hecho estable y en segundo lugar adolescentes solteras con 42.5%. (Ver Tabla 1A). En los estudios previos acerca de métodos anticonceptivos no demuestran el estado civil, sin embargo; esta variable es considerada importante desde el punto de vista reproductivo, económico y social, debido a que una adolescente que se encuentra en una relación tiene una vida sexual activa. Por lo tanto es necesario que conozca y utilice un método anticonceptivo que brinde mayor tiempo para la maduración completa de su sistema reproductor, evitar embarazos que en cierta medida interrumpen proyectos de vida, evitar complicaciones que se dan durante el embarazo, parto y puerperio como refleja la Normativa 109 de Complicaciones Obstetricas; la cual estipula como factor de riesgo para Preeclampsia edad menor de 20 años. Enfermedad que ocupa entre los tres primeros lugares de Morbi-Mortalidad Materna. No obstante, las adolescentes solteras representan un porcentaje importante y competitivo, ya que su estado civil temporal no demuestra IVSA negado en las pacientes, por lo que también es necesario incluirlas en temas relacionados con la planificación familiar.

También dentro del grupo estudiado las adolescentes, el 60% de ellas son ama de casa, seguido de estudiante con un 25%. (Ver Tabla 1B). Estos datos reflejan que este grupo etario ya se enfrenta en la tarea de formar y mantener un hogar, además podría resultar difícil el acceso a información que sea necesaria para

gozar de una vida sexual y reproductiva sin complicaciones. Según datos de ENDESA 2011/2012 las consultas de atención en salud son mayormente por amas de casa, por lo cual los programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar que se brindan en los puestos de salud deben incluirlas, ya que es el único medio disponible para acceder a la información sobre métodos de planificación familia por la disposición de tiempo. Las adolescentes estudiantes son un grupo que se puede utilizar para inquirir en el conocimiento sobre el DIU como método de planificación seguro que podría ser elegido en un tiempo futuro por estas. Ingrid Delgado y Alfredo Carballo, quienes demostraron prácticas incorrectas en 60 adolescentes estudiantes de modalidad secundaria, sobre métodos anticonceptivos en general, relacionándolos con un nivel de conocimiento regular. Es necesario evaluar los mecanismos de enseñanza o el tiempo que se estipula para desarrollar temas en relación a los métodos anticonceptivos, en particular del DIU a los estudiantes.

En cuanto a la religión el 42.5% de las adolescentes son católicas, seguido por el 30% evangélica.(Ver Tabla 1B) La religión siempre ha sido una influencia en rechazo de cualquier método anticonceptivo por las parejas sean de hecho estable o las casadas, esto es debido a la creencia que presenta la Iglesia en contra de los métodos anticonceptivo ya que no forman parte del plan de Dios, según menciones de informantes claves que se basan en citas bíblicas como Génesis 1:28 “*Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla...*” Esto puede evitar el uso del DIU por las adolescentes y la consecuente concepción temprana. Esta variable se estudió de igual forma por María Barrera y Francisco Contreras encontrando relación entre las diversas denominaciones con el 64% religión católica y 29.7% evangélica, con nuestro estudio. No se evidencia que tipo de religión influya de manera negativa en mayor proporción. Sin embargo; los dogmas instruidos por personas feligreses a las adolescentes no importando religión, inciden en la actitud frente al uso del DIU para planificar la familia.

La procedencia de las adolescentes resultó que el 77.5% de la población en estudio provenía del área urbana y el 22.5% del área rural. (Ver Tabla 1B). Como es de esperarse este dato predominara el área urbana por la localización geográfica del Centro, sin embargo; como Hospital de referencia nacional de la mujer, brinda cobertura a adolescentes de cualquier parte del país, reflejando un porcentaje considerable. Otro aspecto que se debe de considerar es que la población urbana es la que mayor acceso a información sobre el DIU posee, mayor acceso al método. Según ENDESA el mayor porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que son madres se registran en el área rural con 22.2% y solo el 2.4% utiliza el DIU como método anticonceptivo. Es necesario aumentar el nivel de conocimiento sobre DIU como método de planificación familiar en el área rural, para mayor uso y buena práctica; ya que esto contribuiría a disminuir el número de complicaciones de embarazo, disminución de muertes maternas, aumentar la calidad de vida de las familias, disminuir en mayor medida la tasa global de fecundidad y aumentar el desarrollo nacional.

Dentro de los datos obstétricos, edad de primera menstruación o Menarca de las adolescentes prevaleció entre el grupo etareo de 9-11 años con un 57.5% seguido de 12 a 14 años con 35%. (Ver Tabla 2). La menarca según la literatura consultada, aparece dos años posteriores al crecimiento de glándulas mamarias y aparición del vello púbico, marcando la conversión de niña a mujer. Los cambios se manifiestan entre los 12 y 13 años de edad. Este estudio demostró lo contrario. Es bien decir que las alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipofisis-ovario, pueden influir en la aparición de la menarca. Entre más temprano sea este evento, mayor curiosidad despertará en las adolescentes, ya que las hormonas juegan un papel fundamental en los ciclos de ovulación.

El inicio de vida sexual activa en las adolescentes lo presentaron en la edad entre los 14 a 16 años mayormente con un 52.5%, seguido de 11 a 13 años con un 32.5%. Infiriendo en estos datos estadísticos se puede decir entre más temprana haya ocurrido la Menarca, más temprano fue el inicio de vida sexual.

Ya que estos cambios hormonales, físicos y psíquicos; despiertan en las adolescentes la curiosidad por experimentar con su cuerpo sensaciones, emociones y sentimientos, explotando su sexualidad. En estos grupos de edades son los más vulnerables a complicaciones en embarazo, según ENDESA, estos grupos de edad son en donde mayormente predominan los embarazos, o adolescentes que ya son madres.

En cuanto al conocimiento que tenían las encuestadas acerca del DIU como método de planificación encontramos que en un 95% habían afirmado tener algún tipo de información acerca de este (Ver Tabla 3). A simple vista este dato impresiona, sin embargo; al profundizar el estudio logramos darnos cuenta que el nivel de conocimiento real que tienen sobre el DIU es regular con 75% (Ver Tabla 4). Las edades que representa este porcentaje es entre 17-19 años (Ver tabla 5), grupo que asumen nuevas responsabilidades, se crean proyectos de vida, mayor relación afecto-sexo por lo que se considera conocer sobre el método moderno como opción para planificación familiar. De esta manera se logra seguridad en su relación sexual y amorosa. Estudio realizado por Erma Rojas, constató nivel de conocimiento regular en adolescentes que comprendían estas edades, tanto en el sexo masculino como el sexo femenino. Por lo que este estudio no se separa de las directrices típicas que se pueden encontrar sobre estudios que evalúan el conocimiento en los adolescentes.

En cuanto al nivel de escolaridad que presentaban estas se encontró que las que cursaban en educación secundaria en un 44% tenían mejor conocimiento lo que nos indica que se estamos avanzando en lo que refiere a educación sexual a los jóvenes a este nivel académico relacionado con un estudio en la Universidad de Chile en el que resultó que la mayoría de los participantes recibió alguna forma de educación sexual en el colegio y reconoció este como principal fuente de información en métodos anticonceptivos (E. González 2015)

Por otro lado, no sorprende que el área urbana posea mayor información que el área rural, debido a que el sector urbano presenta mayor accesibilidad a la educación, el sector rural es una población con costumbres más arraigadas, existen mayores mitos y creencias por lo que en estos lugares es en donde se debería brindar mayor y mejor información.

En relación a la actitud adoptadas por las adolescentes durante la realización del estudio un 90% tuvo una actitud favorable (Ver Tabla 8), lo cual concuerda con estudios realizado por Ingri Delgado y Alfredo Carballo, donde la actitud que demostraron los adolescentes estudiantes era 60% de forma favorable ante los métodos anticonceptivos en general. Los adolescentes pueden acceder de manera positiva si se les brinda adecuadamente la información pertinente sobre el método que deseen optar. Hay que recordar que la Normativa de Planificación familiar expresa dentro de los acápites ACCEDA, Describir cómo utilizar el método una vez que la usuaria se le haya Encaminado a elegir el método de preferencia o mejor beneficio. La Escolaridad de acuerdo a la actitud favorable en la mayoría de las encuestadas fue nivel de secundaria con 50% (Ver Tabla 10). El nivel académico es propicio para tomar una actitud propia hacia el método, evaluando los beneficios y prejuicios con una buena tutoría. Podría ser el hecho que las adolescentes tengan mejor conocimiento que las que han cursado primaria, como adolescentes entre 15-19 años que tenían actitud favorable en el 80% de casos en el estudio de Maria Barrera y Francisco Contreras, un porcentaje importante, que demuestra la aceptación del método en este grupo de edad.

La actitud favorable, siendo la predominante en el ámbito urbano con 81%; también demostró significativamente que todas las adolescentes que provenían del sector rural con el 22.5%, mostraron aceptación del DIU (Ver Tabla 11). Los mitos y creencias acerca del Dispositivo Intrauterino son más considerados en las usuarias del sector rural, pero si tomamos el porcentaje con un mayor conocimiento en estas adolescentes se podrá introducir el DIU como método de elección en ellas, esto no solo disminuirá la tasa de fecundidad en este sector,

sino que también mejorara en cierto nivel la calidad de vida y salud de las adolescentes, espaciando sus embarazos y mejorar el desarrollo y crecimiento de sus hijos.

De las 120 adolescentes, solamente el 25% había utilizado el DIU como método de planificación familiar (Ver Tabla12). Este dato no concuerda con el nivel de actitud que mostraron las encuestadas por lo que es preciso interrogarse que factores conllevaron a no utilizarlo si mostraron una favorable actitud. Analizando mejor este dato, de este porcentaje que uso el DIU, el 75% tenían un tipo de práctica sin riesgo, o dicho de otra manera una buena práctica. (Ver Tabla13). Para llegar a eso, factores como la edad, nivel académico y procedencia, fueron herramientas fundamentales debido a que a los 19 años hay una maduración a nivel encefálico y hormonal que una adolescente de 13 años, la cual comienza a experimentar los cambios físicos y neurohormonales; entre mayor sea su nivel de escolaridad la captación de información será más enriquecida, que una adolescente iletrada; y por último proviniendo del sector urbano, hay mayor oferta del DIU, mejor acceso, y mayor atención ante cualquier posible complicación de su uso. Estudios comparativos realizados por María Barrera, el tipo de práctica encontrado fue malo en el 62% de las adolescentes. Esto podría modificarse si se lleva un seguimiento más cercano en las adolescentes que usen este método.

Si se relacionan las tres variables céntricas de este estudio, un nivel de conocimiento regular, que tiende a ser malo; el nivel de actitud favorable ante el DIU, con una practica buena o sin riesgo, se concreta a nivel general que el nivel de conocimiento es Regular. Por lo que esto es necesario modificarlo y mas en este grupo de población ya que en unos 10 años próximos, serán los formadores de los hogares a nivel nacional, latinoamericano y mundial.

El DIU es un método anticonceptivo que se ha difundido como cualquier gracias al desarrollo en la tecnología y comunicación en todas las partes del territorio nacional e internacional. Este es dado a conocer, además del personal médico directamente; por radio, televisión, sitios web en internet, afiches, entre otros más. En esta población estudiada se refleja que el medio de información por el cual las adolescentes conocieron del DIU fue mayormente por el personal médico con un 37%, seguido de los familiares 30% y en tercer lugar amigos con un 15% (Ver Tabla 17). En el año 2010, Delgado Ingri & Carballo Zapata Alfredo realizan estudio reflejando, las fuentes de información por las cuales los adolescentes tenían acceso al conocimiento sobre estos métodos anticonceptivos, para ambos sexos; resultó ser el centro de salud. Esto demuestra que las políticas, normas y protocolos en salud, sexual y reproductiva particularmente; están siendo ejercidas por el personal médico de manera que la relación médico-paciente es fluida y bien practicada hacia las usuarias. En Ecuador, para el año 2010, el trabajo de Rojas Granda Erma en este estudio concluyeron la obtención de información acerca de los MAC fue proveniente de amigos, de profesores de cualquier asignatura y de padres resultados similares a los encontrados en nuestro estudio.

En Colombia, en el municipio de Miranda – Cauca, Rengifo-Reina y col. La mayor fuente de información de las cuales los adolescentes han recibido su conocimiento es por parte de los padres lo que indica que la familia presenta bases fundamentales para brindar información e influye de manera positiva en las adolescentes para una vida sexual y reproductiva segura, libre de complicaciones.

En última instancia las razones por las cuales las adolescentes no utilizaron el método de forma consecuente fue guiado por los mitos que han mantenido dentro de su conocimiento, mitos como Productor de Cáncer cervicouterino, Encarnación en Útero, entre otros (Ver Tabla 18); son los que disminuyen el uso y práctica del DIU. Cabe destacar que si se brinda una adecuada información sobre indicaciones, modo de uso, descripción del método, ventajas y desventajas, obtendremos una buena práctica.



## **Conclusiones**

Entre los datos sociodemográficos de las adolescentes encuestadas el grupo de edad que prevaleció fue entre las edades de 17 a 19 años, habían alcanzado o cursaban en la modalidad de Secundaria, se encontraban en unión estable, eran del sector urbano y más de la mitad de ellas eran ama de casa.

Dentro de los datos gineco-obstétricos, la Menarca tuvo mayor presencia entre las edades de 9-11 años, e IVSA entre las edades de 14-16 años.

De las adolescentes encuestadas el nivel de Conocimiento fue malo.

El Nivel de actitud de adolescentes encuestadas fue favorable

La práctica que presentaron las adolescentes resultó Buena o de bajo riesgo.

Entre las razones de uso del DIU están que es un método seguro, de fácil uso, de larga duración y no interfieren con la fertilidad. Por otro lado, las razones de no uso, aumentan el dolor y sangrado menstrual; y mitos como encarnación, material cancerígeno y molestias durante el acto sexual.

El medio de información principal fue el Personal Médico de Salud, seguido por los familiares y los amigos, segundo y tercer lugar respectivamente

El nivel de conocimiento, actitud y práctica fue regular.

## Recomendaciones

1. A las autoridades del Ministerio de Salud junto con los Directores de SILAIS establezcan verdadera comunicación con las autoridades del Ministerio de Educación para que se ponga en práctica los acuerdos ya establecidos, en que se cumpla la educación sexual en las escuelas de educación primaria y secundaria, y abordando como tema central el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
2. A las autoridades de los SILAIS junto con su personal médico, establezcan un método o forma eficaz para que dentro del contexto de la atención a los y las adolescentes; se aborden como tema fundamental el conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
3. Al personal médico y paramédico de las diferentes unidades de salud del país, hagan cumplir uno de los principales objetivos de la atención de la embarazada adolescente como es información clara, concisa y concreta; sobre planificación familiar, específicamente sobre el DIU para promover una salud sexual y reproductiva saludable.
4. A los directores de Hospitales junto con autoridades docentes, incluyendo enfermería; que se elabore un plan práctico sobre información fundamental en Métodos de Planificación familiar, específicamente el DIU; en el posparto inmediato. Haciendo uso de personal de información médica como son estudiantes de medicina y enfermería. Todo esto con el firme propósito de evaluar el conocimiento sobre las bondades del DIU

5. A las autoridades del Ministerio de Salud junto con entes gubernamentales y no gubernamentales, que tienen relación directa con la educación hacia la población; elaborar un plan continuo sobre información detallada de métodos de planificación familiar ya sea por radio, televisión, escrito, planfetos, volantes etc. Con el firme objetivo de llevar educación a toda la población específicamente las adolescentes

## **Bibliografía**

- ✓ Aguilar Delgado, I., & Zapata Carballo, A. (2010). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en adolescentes de IV y V año del Instituto Nacional Manuel Hernández Martínez del Municipio de Jinotepe, Carazo; en el período comprendido de Mayo-Junio*. Tesis Monográfica para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía General, Instituto Nacional Manuel Hernández Martínez, Jinotepe.
- ✓ FERTILAB. (09 de Septiembre de 2014). *FERTILAB*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de FERTILAB: [http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/dispositivos\\_intrauterinos\\_diu/ventajas\\_desventajas\\_y\\_contraindicaciones\\_del\\_diu\\_1](http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/dispositivos_intrauterinos_diu/ventajas_desventajas_y_contraindicaciones_del_diu_1)
- ✓ Fleming, K., Sokoloff, A., & Raine, T. (9 de Agosto de 2010). *National Institutes of Health*. Recuperado el 30 de Enero de 2015, de National Institutes of Health : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/pdf/nihms-227871.pdf>
- ✓ Gutinab, S. (6 de Febrero de 2011). *Asociacion Medica Argentina de Anticonceptivos*. Recuperado el 25 de Enero de 2015, de A.M.A.d.A: <http://amada.org.ar/encuesta-de-conocimientos-actitudes-y-practicas-relacionadas-con-el-dispositivo-intrauterino-en-el-sur-de-africa>
- ✓ Instituto Nacional de Informacion y Desarrollo. (2013). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12*. Ministerio de Salud, Informacion , Managua.
- ✓ María, B. M., & Steve, C. B. (2011). *Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre Métodos Anticonceptivos en Adolescentes del turno matutino de seceundaria del Colegio Nuestra Señora de la Asunción, del municipio de Juigalpa-Choontales, en el período comprendido del 01 de Agosto al 30 de Nov*. Tesis monografica para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía General, Colegio Nuestra Señora de la Asunción, Juigalpa.
- ✓ Ministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud. (2008). *Normativa 00-2, Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Ministerio de Salud, Managua. Managua: Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios".
- ✓ Organizacion Mundial de la Salud. (Septiembre de 2014). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 20 de Enero de 2015, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- ✓ Perez Garcia, L. C. (01 de Mayo de 2009). *ENDO Vive Plena*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de ENDO Vive Plena: [http://www.viveplena.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26:pubertad-cambios-fisiologicos-y-anatomicos&catid=6:seccintimidad&Itemid=10](http://www.viveplena.com/index.php?option=com_content&view=article&id=26:pubertad-cambios-fisiologicos-y-anatomicos&catid=6:seccintimidad&Itemid=10)

- ✓ Pineda Perez, D. S., & Santiago Aliño, D. M. (Enero de 1999). *Infomed*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de Red de Salud de Cuba: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
- ✓ Planck, A. D. (2013). Actitudes y prácticas empleadas por los adolescentes de la ciudad de Somoto en relacion al uso de métodos anticonceptivos y al embarazo. *Revista Universidad y Ciencia* , 7 (10), 2-9.
- ✓ Renfigo-Reina, H., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodríguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *SciELO, Revista de Salud Pública* , 14 (4), 562-566.
- ✓ Rivera, R., Jacobstein, R., McGinn, E., Shelton, J., Salem, R., & Hubacher, D. (Junio de 2006). *Profamilia*. Recuperado el 29 de Enero de 2015, de Profamilia: <http://www.profamilia.org.do/media/DIUessentialknowledgesp%281%29.pdf>
- ✓ Rojas Granda, E. V. (2010). *Conocimientos y Prácticas de Métodos Anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Mixto de Vilcabamba*. Tesis Monografica para Título de Médico General, Universidad Nacional de Loja, Medicina, Loja, Ecuador.
- ✓ Soto de Jesus, M., Contreras Guerrero, M. T., & Becerra Moya, D. R. (2014). LOS CAMBIOS EN EL PROYECTO DE VIDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. *Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* .
- ✓ UNFPA Mexico . (2010). *Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
- ✓ Universidad Nacional de Educacion a Distancia. (2015). *UNED*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de UNED: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/etapas/adolescencia/fisiologia.htm>
- ✓ Whitaker, A., Johnson, L., Harwood, B., Chiappetta, L., Creinin, M., & Gold, M. (2008). Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Pub MED* , 78 (3), 1.
- ✓ Zegarra, T. (2011). *Mitos y Metodos Anticonceptivos*. Publicacion, UNFPA Peru, Peru.

# ANEXOS

## Entrevista a GRUPO FOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA

### ESTUDIO SOBRE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



**INTRODUCCION.** Somos estudiantes de VI año de Medicina de la UNAN MANAGUA y estamos realizando un trabajo de investigación. Le estamos solicitando su participación para contestar preguntas acerca del Dispositivo Intra-Uterino utilizado como método anticonceptivo. Su opinión y respuestas serán respetadas; y los resultados serán utilizados únicamente para efectos de investigación. Su participación es imprescindible para la realización de este trabajo investigativo por lo cual agradecemos su ayuda.

Perfil de la persona que participa en la entrevista:

- A. Médico Especialista Gineco-Obstetra o máster en salud sexual y reproductiva ( )
- B. Padre de familia ( )
- C. Maestro de enseñanza secundaria ( )
- D. Autoridad religiosa (pastor, sacerdote, cura, obispo, etc) ( )

1. ¿Conoce usted sobre métodos anticonceptivos?
2. Si su respuesta anterior fue positiva, ¿Qué métodos ha escuchado o conoce?
3. ¿Conoce usted el DIU o T de Cobre como método anticonceptivo?
4. Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, ¿Mediante que fuente o persona fue informado acerca de este método?
5. Para usted ¿Qué es el DIU?
6. ¿A qué edad considera adecuado que la mujer utilice el DIU como método anticonceptivo? ¿Por qué?
7. ¿Cuando está indicado utilizar el DIU o T de Cobre?
8. ¿Cuáles son las contraindicaciones que conoce acerca del DIU?
9. ¿Puede mencionar las ventajas que usted conoce del DIU?

10. ¿Cuáles son las desventajas que posee el DIU, en las personas que lo utilizan?
11. ¿Qué complicaciones presenta el uso del DIU?
12. ¿Por cuánto tiempo se puede utilizar el DIU?
13. ¿Cuánto tiempo hay que esperar para tener relaciones sexuales después de que sea puesto el DIU?
14. ¿En qué instituciones se puede poner el DIU?
15. ¿Qué tipo de profesionales están calificados para poner un DIU?
16. ¿Cuáles han sido las creencias o mitos que ha escuchado acerca del DIU por parte de la sociedad o medio de comunicación?
17. Previa consejería sobre el DIU como método de planificación familiar ¿Qué haría usted si le recomendaran utilizar el DIU (si fuese mujer) o a algún familiar?
18. ¿Recomendaría usted el DIU a una adolescente que ya ha iniciado a tener relaciones sexuales? ¿Por qué?
19. ¿Qué factores cree usted que influyen en la decisión de utilizar o no el DIU como método de planificación familiar?
20. ¿Cómo cree usted que influye la religión en la utilización del DIU como método de planificación familiar?
21. ¿De qué manera influye la pareja en la utilización del DIU?
22. ¿Cómo influye la familia en la utilización del DIU?
23. Si usted (mujer) o un familiar que hace uso del DIU presentara alguna complicación ¿Qué conducta tomaría para solucionar el problema?
24. ¿A qué persona o medio recurriría primeramente? ¿Por qué?
25. ¿Usaría (si fuese mujer) o recomendaría de nuevo el uso del método? ¿por qué?



**Si usted que está siendo entrevistado (a) es del sexo femenino, se le hará unas preguntas acerca de prácticas del DIU. En cambio, si es del sexo masculino, su participación ha finalizado.**

26. ¿Alguna vez ha utilizado el DIU como método de planificación familiar?
27. Si su respuesta ha sido afirmativa ¿Por qué razón eligió este método?
28. ¿Qué recomendaciones le brindaron después de su inserción?
29. ¿En cuantas ocasiones se lo ha revisado en un año? ¿por qué?
30. Ha presentado algún efecto colateral con el uso del DIU? Si ha presentado, ¿Cuál ha sido?
31. ¿Por cuánto tiempo ha utilizado el DIU?
32. Si no lo usa actualmente, ¿Cuáles fueron las razones por las que se lo retiró?

Se le agradece una vez más por su colaboración para la realización de este trabajo investigativo.

Si durante la entrevista, cree usted que hacen faltas preguntas que son importantes conocerlas sobre este tema, aceptamos cualquier observación o sugerencia.

Gracias, pase un buen día.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA

## ESTUDIO SOBRE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



Reciba un cordial saludo. Somos estudiantes de VI año de Medicina de la UNAN-Managua. Estamos realizando una encuesta acerca de los **“Conocimientos, actitudes y prácticas del DIU como método de planificación familiar en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el hospital Bertha Calderón Roque”**

A usted se le está invitando a participar de forma voluntaria en este estudio de investigación médica, el cual es necesario que firme demostrando de forma escrita su decisión.

### ACLARACIONES

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ Si durante la encuesta tiene alguna duda, puede hacerla saber al investigador con toda la confianza y se le brindara ayuda.
- ✓ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ✓ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos exclusivamente. Convengo en participar en este estudio de investigación.

**I. Datos generales**

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

A continuación, marque con una "X" donde corresponda su caso

**Nivel de Escolaridad:**

Iletrado\_\_\_ Letrado\_\_\_ Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Universidad\_\_\_

Técnico Medio\_\_\_ Profesional\_\_\_

**Estado civil:**

Soltera\_\_\_ Casada\_\_\_ Unión estable\_\_\_ Viuda\_\_\_ Divorciada\_\_\_

**Ocupación:**

Estudiante\_\_\_ Ama de casa\_\_\_ Técnico medio\_\_\_ Comerciante\_\_\_

Profesional\_\_\_ Otro\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

**Religión:**

Atea\_\_\_ Católica\_\_\_ Evangélica\_\_\_ Testigo de Jehová\_\_\_

Mormón\_\_\_ Otra\_\_\_ Especifique\_\_\_\_\_

**Procedencia:**

Rural\_\_\_ Urbana\_\_\_

**Etnia:**

Mestiza\_\_\_ Autóctona\_\_\_ Negra\_\_\_ Blanca\_\_\_

**II. Datos Gineco-obstétricos**

**Menarca:** \_\_\_\_\_

**FUR (fecha ultima regla):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si ya ha tenido relaciones sexuales y/o actualmente está embarazada, conteste las siguientes preguntas

**IVSA (inicio de vida sexual activa):** \_\_\_\_\_

**Número de embarazos:** \_\_\_\_\_

**Nacimientos por vía vaginal:** \_\_\_\_\_

Nacimientos por cesárea: \_\_\_\_\_

Abortos: \_\_\_\_\_

Legrados: \_\_\_\_\_

Número de hijos vivos: \_\_\_\_\_

**III. Conocimientos sobre dispositivo intrauterino (DIU) como método de planificación.**

**1. ¿Ha escuchado usted hablar sobre el DIU como método anticonceptivo?**

- Si ( )
- no ( )

**2. De quien has recibido información sobre el dispositivo intrauterino (DIU).**

- a) ( ) Medico.
- b) ( ) Amigos
- c) ( ) Familiares.
- d) ( ) Radio
- e) ( ) Internet
- f) ( ) Colegio
- g) ( ) Universidad.

Otro: \_\_\_\_\_

**3. El DIU puede ser colocado por:**

- a) ( ) Ginecólogo.
- b) ( ) Médico general.
- c) ( ) Enfermeras.

Otro: \_\_\_\_\_

**4. El DIU puede ser colocado en:**

- a) Centro de salud
- b) Hospitales
- c) Clínicas privadas
- d) Puesto de salud
- e) Farmacias
- f) Clínicas de mujeres (ixchen, si mujer).

Otro: \_\_\_\_\_

**5. Con respecto a las siguientes frases marque SI, NO o NO SE.**

	<b>Preposiciones</b>	<b>si</b>	<b>No</b>	<b>no se</b>
<b>1</b>	El DIU es un dispositivo de cobre que se introduce en útero.			
<b>2</b>	El DIU es un método de planificación seguro, fácil adaptación que funciona de inmediato.			
<b>3</b>	El DIU es un dispositivo para prevenir embarazo que puede ser retirado en cualquier momento.			
<b>4</b>	El DIU es un método anticonceptivo que evita la fecundación al destruir los espermatozoides.			
<b>5</b>	El DIU puede usarse como método de planificación familiar al iniciar vida sexual activa.			
<b>6</b>	Se recomienda el uso del DIU después de un parto, cesárea o aborto.			
<b>7</b>	El DIU está indicado para mujeres que no pueden tomar pastillas anticonceptivas u inyecciones.			
<b>8</b>	El DIU está indicado para mujeres con varices u obesas.			
<b>9</b>	Antes de la colocación del DIU se debe asegurar que la mujer no este embarazada.			
<b>10</b>	Se evita el uso del DIU en mujeres con enfermedades de transmisión sexual.			
<b>11</b>	Entre las ventajas del DIU se encuentra que no interfiere con la lactancia materna			
<b>12</b>	Ante una complicación del DIU se necesita especialista.			
<b>13</b>	Una vez retirado el DIU la mujer puede quedar embarazada cuando lo desee.			
<b>14</b>	El DIU produce hemorragias y mayor dolor menstrual.			
<b>15</b>	La T de Cobre no produce efectos secundarios			
<b>16</b>	El DIU puede ser utilizado hasta por 10 años.			

*Conocimientos, actitudes y práctica sobre el DIU como método de planificación familiar, en mujeres adolescentes que acuden a su atención al centro de adolescentes en salud reproductiva en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo de Febrero-Marzo 2015*

17	Se puede tener relaciones el mismo día de la colocación del DIU.			
18	EL DIU se puede llegar a encarnar			
20	El DIU molesta durante las relaciones sexuales.			
21	El DIU puede romper la ropa interior			
22	Él bebe puede nacer con el DIU en la frente,			
23	El DIU puede romper el condón			
24	Si utilizo mucho tiempo el DIU puedo quedar estéril.			
25	El DIU puede provocar cáncer.			
26	Si utilizo el DIU no es necesario el uso del condón.			

### **3. VALORACIÓN DE ACTITUDES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

En la siguiente lista se presenta una serie de proposiciones sobre las que deseamos que usted exprese su criterio, para hacer esto marque con una X en la columna que usted considere acorde con su opinión personal, utilizando una de las siguientes escalas.

TA: Totalmente de acuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo.

A: De acuerdo pero no totalmente. D: En desacuerdo.

I: Indeciso.

Proposición	TA	A	I	D	TD
1. La consejería y orientación por los padres sobre el DIU como método de planificación familiar es muy importante					
2. Tu como adolescente puedes utilizar el DIU como método de planificación familiar					
3. La iglesia considera que el uso del DIU es un pecado					
4. La opinión de la iglesia influyen en mi decisión sobre el DIU					
5. La pareja influye en la decisión de utilizar el DIU					
6. Al hombre le da miedo que los hilos del DIU lo lastimen.					
7. Después de la colocación del DIU debo revisarme periódicamente.					
8. El medico ginecólogo es la persona indicada para resolver alguna complicación del uso del DIU.					

**5-Practicas del DIU.**

1. Ha utilizado alguna vez el dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo

SI ( ) NO ( )

Si su respuesta es NO si colaboración con esta encuesta ha terminado, si su respuesta es SI continúe respondiendo.

2. Fuente de obtención del método.

( ) Hospital. ( ) Centro de salud. ( ) Puesto de salud.

Otro: \_\_\_\_\_.

3. Razón por la cual elige el DIU como MPF?

Para no tomar pastillas ( )

En espera de esterilización quirúrgica ( )

No sufrir reacciones adversas de hormonas ( )

Otras ( )

4. Que recomendaciones le brindaron tras la colocación del DIU?

Ninguna ( )

Chequeo según cita médica ( )

Cuando no sintiera hilos acudir al centro porque se podía mover del lugar ( )

No recuerda ( )

5. Que Efectos secundarios que ha presentado a causa del DIU?

Inflama el vientre ( )

Infecciones en pocas ocasiones ( )

Mayor Sangrado después de la menstruación. ( )

Dolor ( )

6. ¿por cuánto tiempo lo ha utilizado?

7. Si ha usado el método anteriormente por que lo dejo de usar?

( ) Quedo embarazada

( ) Molestias con este método.

Otro: \_\_\_\_\_ -

8. Consideraría el uso del DIU como método anticonceptivo en estos momentos.

Si ( )

No ( )



9. Si su respuesta es no por ¿Cuál es su motivo?

- Miedo a que se encarne             Dicen que duele.  
 Baja efectividad                     Oposición de su pareja.  
 Desea quedar embarazada pronto.  
 Falta de información suficiente.  Razones religiosas.  
 Temor a otros efectos adversos.

Otro: \_\_\_\_\_.

**GRACIAS POR SU COLABORACION,**

## Tablas y gráficos

**Tabla N.1.A** Características socio demográficas de Adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11-13 años	18	15%
14-16 años	42	35%
17-19 años	60	50%
Total	120	100%
<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Letrado	3	2.5%
Primaria	36	30.0%
Secundaria	72	60.0%
Universidad	3	2.5%
Técnico Medio	6	5.0%
Total	120	100 %
<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	51	42.5%
Casada	6	5%
Unión Estable	63	52.5%
Total	120	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla 1.B** Características socio demográficas de Adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rural	27	22.5%
Urbana	93	77.5%
Total	120	100%
<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	117	97.5%
Negra	3	2.5%
Total	120	100%
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Estudiante	30	25%
Ama de Casa	72	60%
Técnico Medio	6	5%
Comerciante	6	5%
Otro	6	5%
Total	120	100%
<b>Religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ateo	12	10%
Católica	51	42.5%
Evangélico	36	30.0%
Mormón	3	2.5%
Otra	6	15%

Fuente: Encuesta

**Tabla N.2** Datos gineco-obstétricos de las Adolescentes que Acuden al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015.

N= 120

<b>Menarca de las adolescentes</b>		
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
9-11 años	69	57.5
12-14 años	42	35
15-17 años	6	5
Total	117	97.5
Perdido	3	2.5
Total	120	100
<b>Inicio de vida sexual activa</b>		
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
11-13 años	39	32.5
14-16 años	63	52.5
17-19 años	15	12.5
Total	117	97.5
Perdidos	3	2.5
Total	120	100

Fuente: Encuesta.

**Tabla N 3:** Conocimientos sobre el DIU por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

<b>Conocimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	114	95
No	6	5
Total	120	100

Fuente: Encuesta

**Tabla N 4:** Nivel de Conocimiento sobre el DIU por las adolescentes que acuden al centro de Adolescentes en el HBCR en el período Febrero a Marzo de 2015

N= 114

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno</b>	4	4%
<b>Regular</b>	85	75%
<b>Malo</b>	25	21%
<b>Total</b>	114	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 5:** Nivel de Conocimiento según Edad de las Adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 114

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	Fc	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc	P%
11-13 años	0	0%	13	11%	1	1%	14	12%
14-16 años	1	1%	27	24%	12	10%	40	35%
17-19 años	3	2%	45	40%	12	11%	60	53%
Total	4	3%	85	75%	25	22%	114	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 6:** Nivel de Conocimiento según Escolaridad de las Adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes en el Hospital Bertha Calderon Roque en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 114

Escolaridad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	Fc	P %	Fc	P %	Fc	P %	Fc	P%
Letrado	0		0		3	3%	3	3%
Primaria	0		28	25%	4	3%	32	28%
Secundaria	4	3%	51	44%	15	14%	70	61%
Universidad	0		3	3%	0		3	3%
Tecnico Medio	0		3	3%	3	2%	6	5%
Total	4	3%	85	75%	25	22%	114	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 7:** Nivel de Conocimiento según Procedencia de las Adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 114

Procedencia	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc
<b>Rural</b>	0%	0	20%	22	2%	3	22%	25
<b>Urbana</b>	3%	4	55%	63	20%	22	78%	89
<b>Total</b>	3%	4	75%	85	22%	25	100%	114

Fuente: Encuesta

**Tabla N 8:** Nivel de Actitud sobre el DIU por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBC en el período Febrero a Marzo 2015

N= 120

Nivel de Actitud	Frecuencia	Porcentaje
<b>Favorable</b>	108	90%
<b>Desfavorable</b>	12	10%
<b>TOTAL</b>	120	100%

Fuente: Encuesta



**Tabla N 9:** Nivel de Actitud según Edad por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

Edad	Nivel de Actitud				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	Fc	P%	Fc	P%	Fc	P%
11-13 años	18	15%	0	0%	18	15%
14-16 años	36	30%	6	5%	42	35%
17-19 años	54	45%	6	5%	60	50%
Total	108	90%	12	10%	120	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 10:** Nivel de Actitud según Escolaridad por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

Escolaridad	Tipo de Actitud				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc
Letrado	2.5%	3	0%	0	2.5%	3
Primaria	30%	36	0%	0	30%	36
Secundaria	50%	60	10%	12	60%	72
Universidad	2.5%	3	0%	0	2.5%	3
Tecnico Medio	5%	6	0%	0	5%	6
Total	90%	108	10%	12	100%	120

Fuente: Encuesta

**Tabla N 11:** Tipo de Actitud según Procedencia por las adolescentes que acudieron al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

Procedencia	Nivel de Actitud				Total	
	Favorable		Desfavorable			
	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc
Rural	22.50%	27	0.00%	0	22.50%	27
Urbana	67.50%	81	10.00%	12	77.50%	93
Total	90%	108	10%	12	100%	120

Fuente: Encuesta

**Tabla N 12:** Práctica del DIU por las Adolescentes que Acuden al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	25%
No	96	75%
Total	120	100%

Fuente Encuesta.

**Tabla N 13:** Nivel de prácticas del DIU por las Adolescentes que Acuden al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 24

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Buena	18	75%
Mala	6	25%
Total	24	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 14.** Nivel de práctica según Edad por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N=24

Edad	Nivel De Práctica				Total	
	Bueno		Malo			
	Fc	P%	Fc	P%	Fc	P%
11-13 Años	0	0	0	0	0	0
14-16 Años	0	0	0	0	0	0
17-19 Años	18	75%	6	25%	24	100%
Total	18	75%	6	25%	24	100%

Fuente: Encuesta

**Tabla N 15:** Nivel de práctica según Escolaridad por las adolescentes que acuden al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 24

Escolaridad	Tipo De Practica				Total	
	Buena		Mala			
	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc
Letrado	0	0	0	0	0	0
Primaria	0	0	0	0	0	0
Secundaria	37.5%	9	25%	6	65.5%	15
Universidad	12.5%	3	0	0	12.5%	3
Tecnico Medio	25%	6	0	0	25%	6
Total	75%	18	25%	6	100%	24

Fuente: Encuesta

**Tabla N 16:** Tipo de práctica según Procedencia por las adolescentes que acudieron al centro de adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 24

Procedencia	Nivel De Practica				Total	
	Bueno		Malo			
	P%	Fc	P%	Fc	P%	Fc
Rural	0	0	0	0	0	0
Urbana	75%	18	25%	6	100%	24
Total	75%	18	25%	6	100%	24

Fuente: Encuesta.

**Tabla N 17:** Medio de Información sobre el DIU por las Adolescentes que Acuden al Centro de Adolescentes en el HBCR en el periodo Febrero a Marzo de 2015

N= 120

Medio	Frecuencia
Médico	45
Familiares	36
Amigos	18
Colegio	9
Otro	6
Radio	3
Internet	3

Fuente: Encuesta

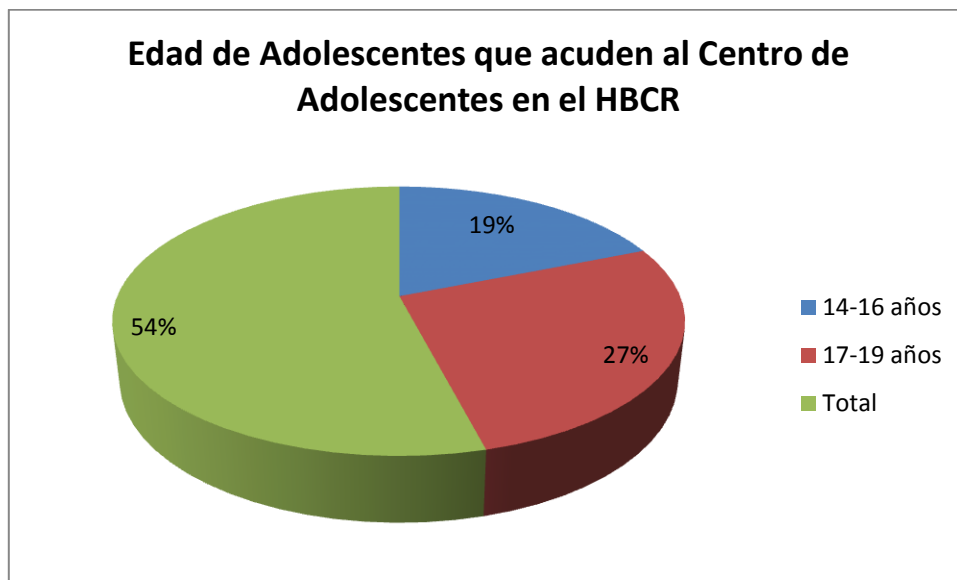
**Tabla N 18:** Razones de Uso y No uso Del DIU por las adolescentes que acudieron al Centro de Adolescentes en el HBCR en el período de Febrero a Marzo de 2015

N= 24

Uso	No uso
6. No me acuerdo de tomar las pastillas. 7. Porque es de larga duración. 8. Por qué no me deja estéril. 9. No me engorda. 10. Es más seguro que los otros métodos.	7. Provoca mucho dolor. 8. Se puede encarnar. 9. Molesto al momento de las relaciones sexuales. 10. Aumenta el sangrado. 11. Provoca cáncer. 12. Puede moverse por mi cuerpo.

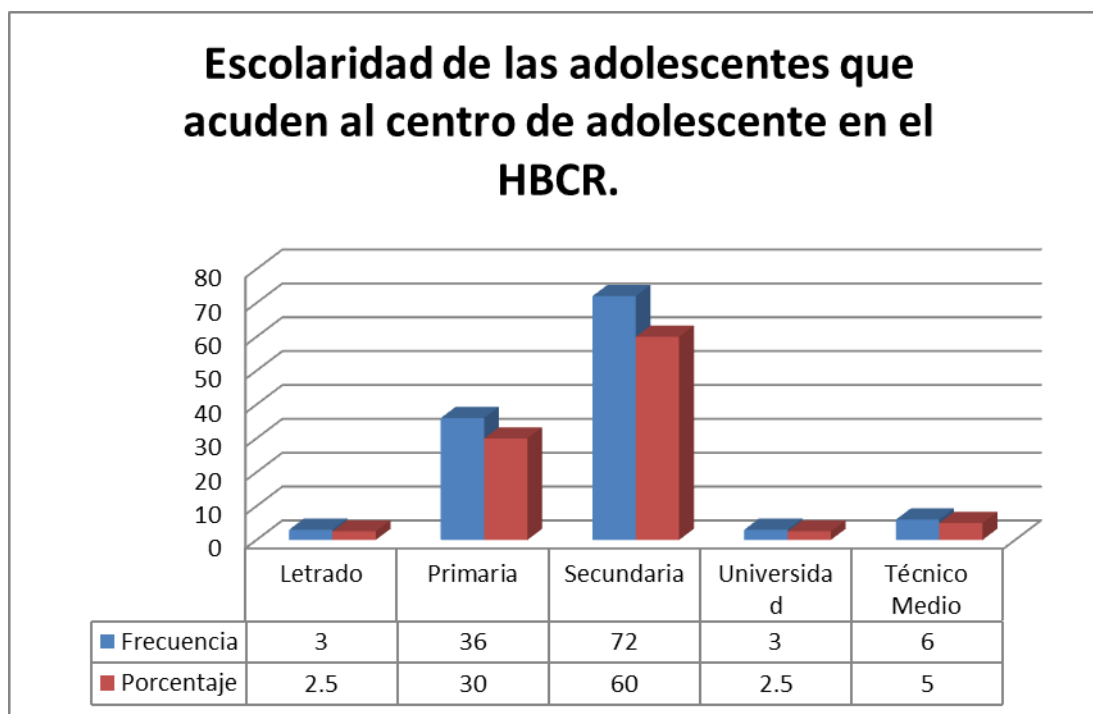
Fuente: Encuesta

Grafico 1



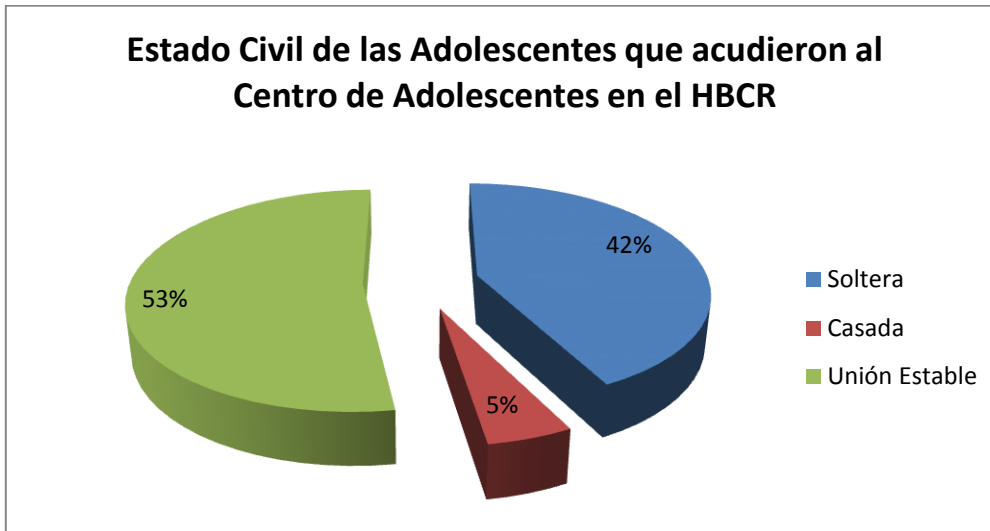
Fuente Tabla 1 A

Grafico 2



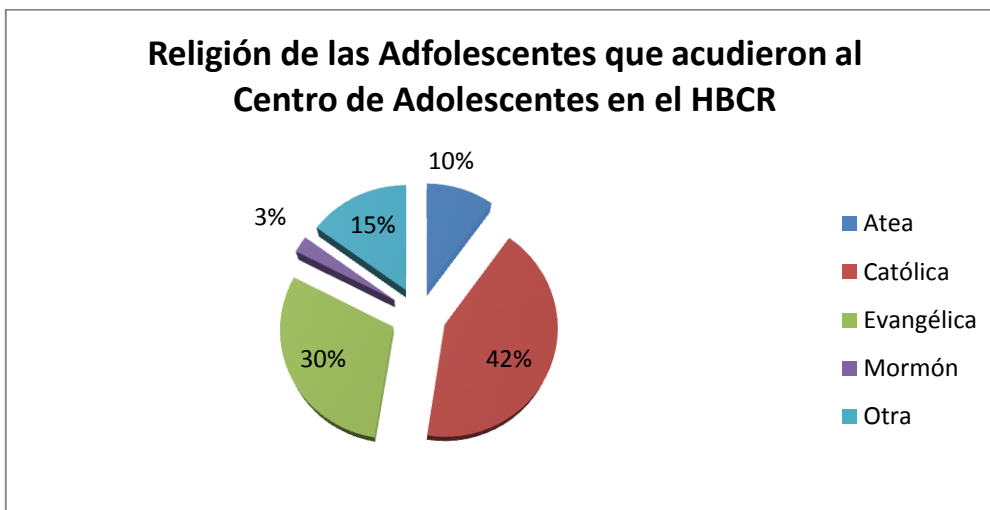
Fuente Tabla 1 A

Grafico 3



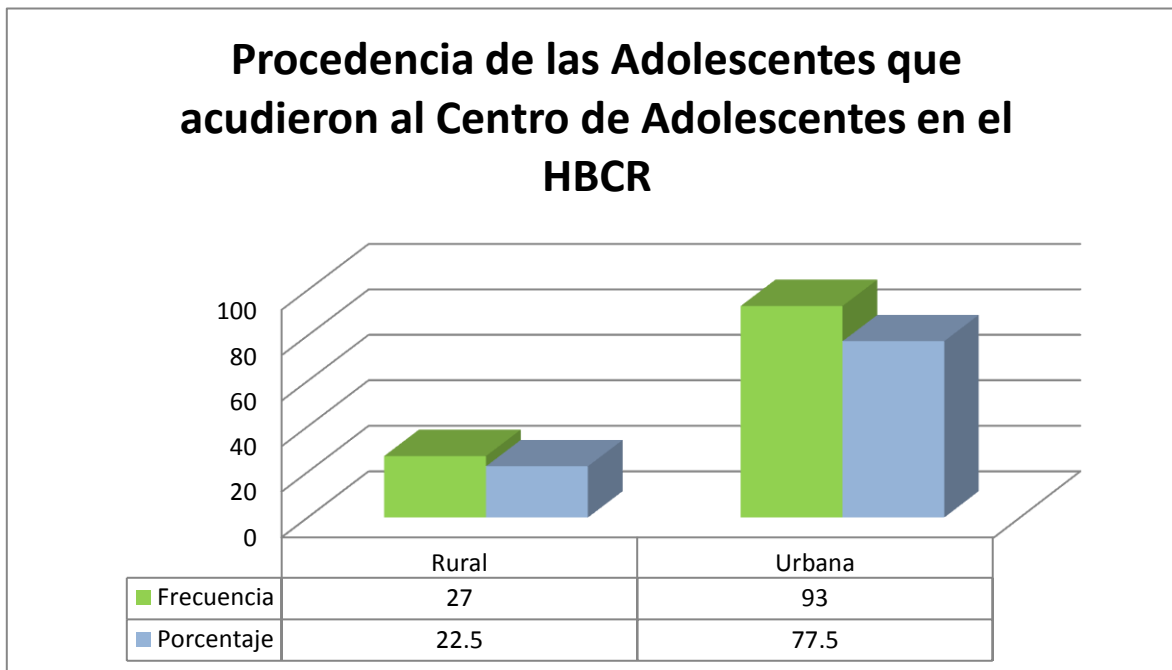
Fuente Tabla 1 A

Grafico 4



Fuente Tabla 1B

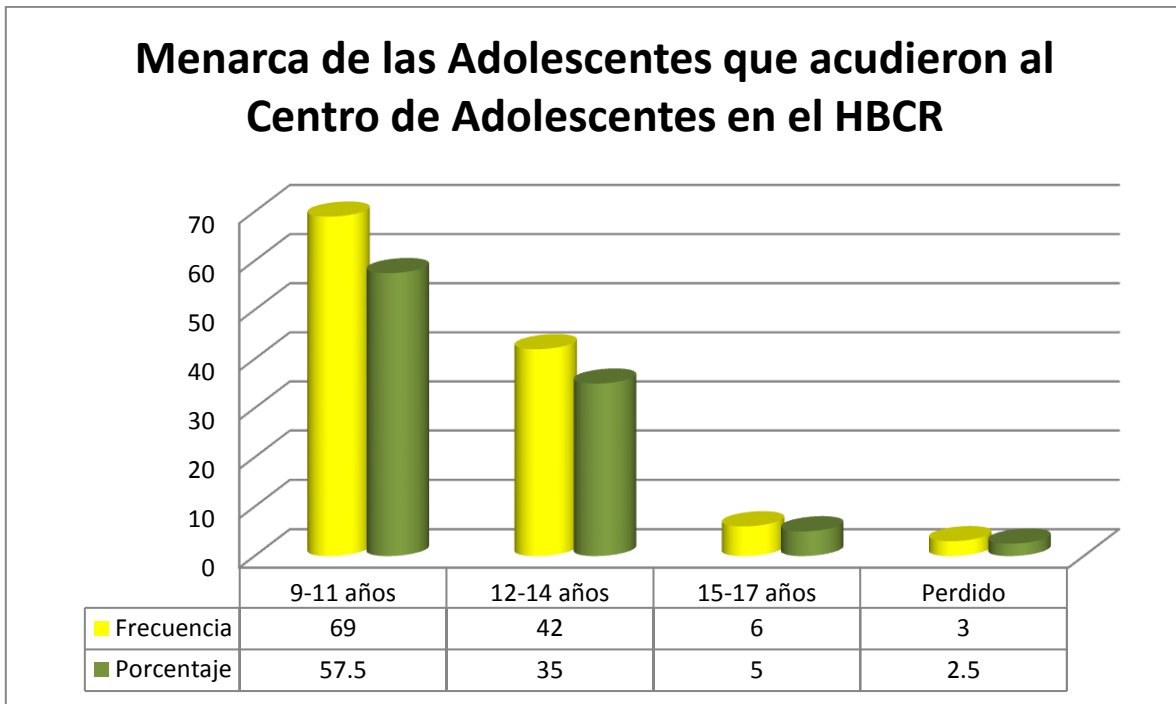
Grafico 5



Fuente Tabla 1 B

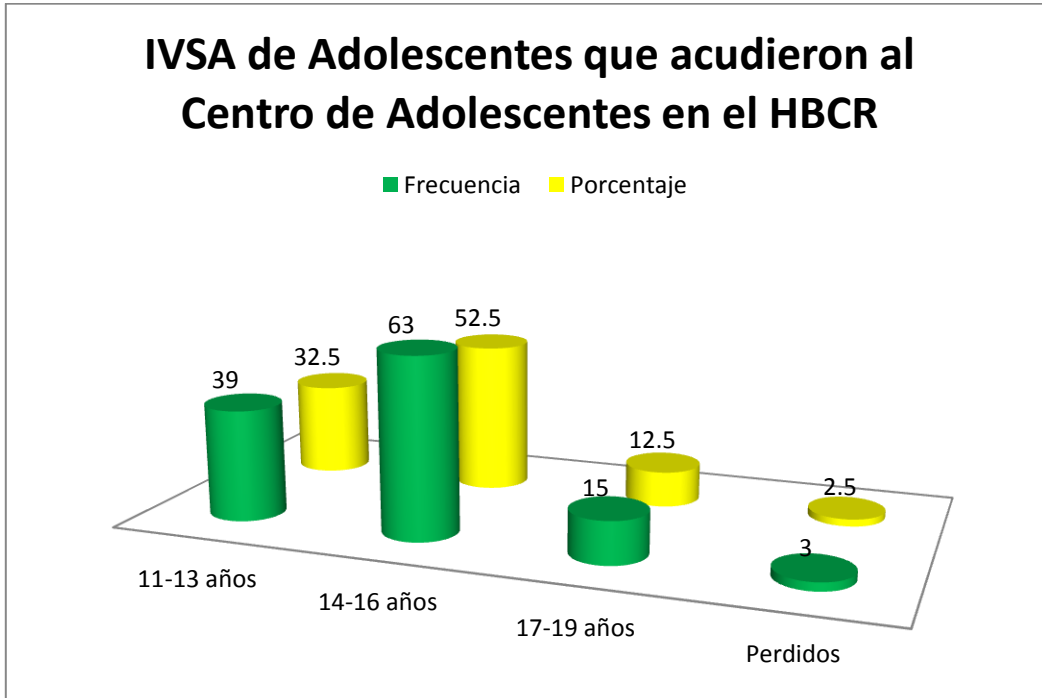


Grafico 6



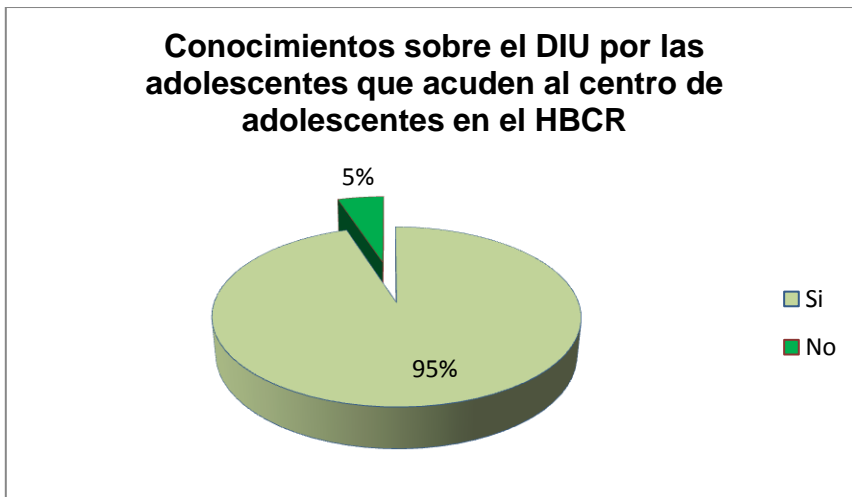
Fuente Tabla 2

Grafico 7



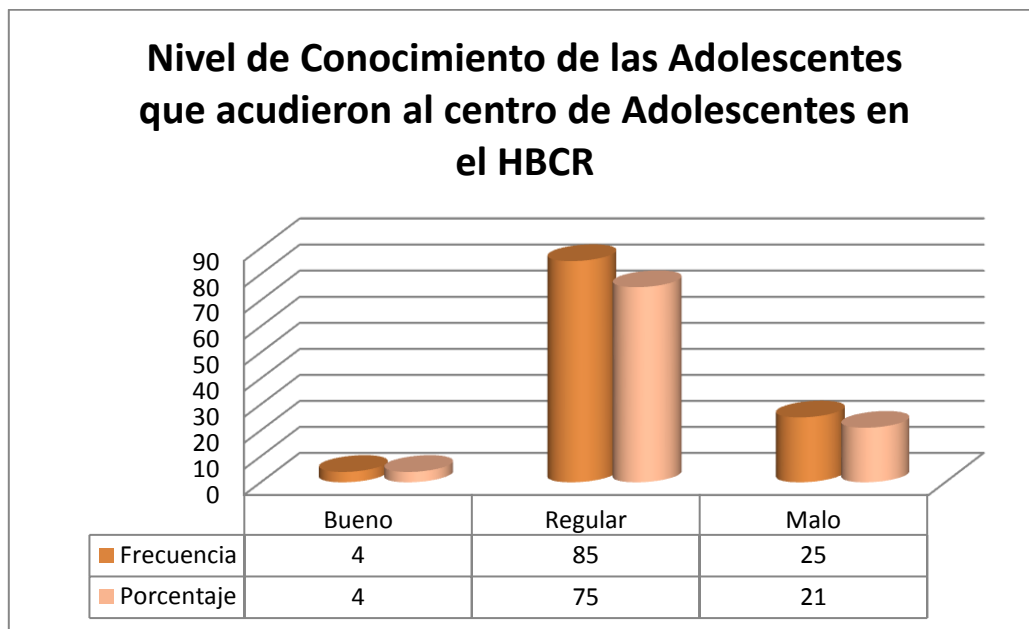
Fuente Tabla 2

Gráfico 8



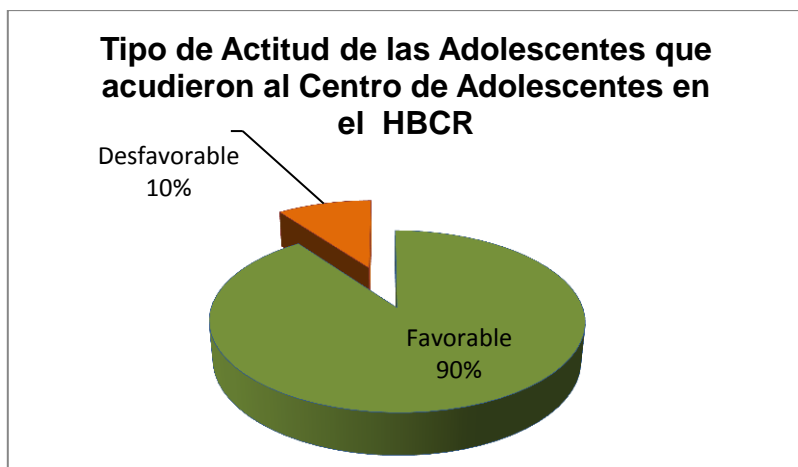
Fuente: Tabla 4

Gráfico 9



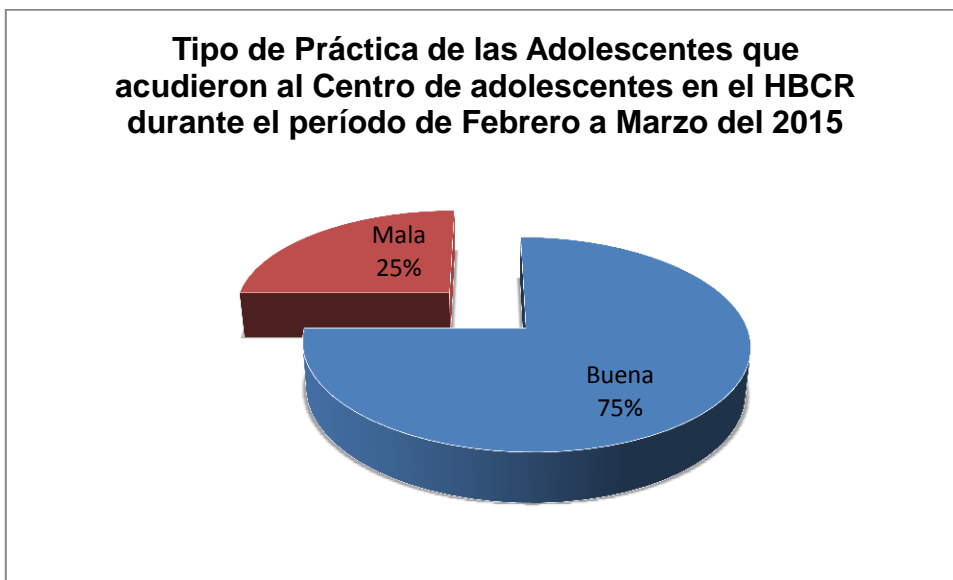
Fuente: Tabla 4

Gráfico 10



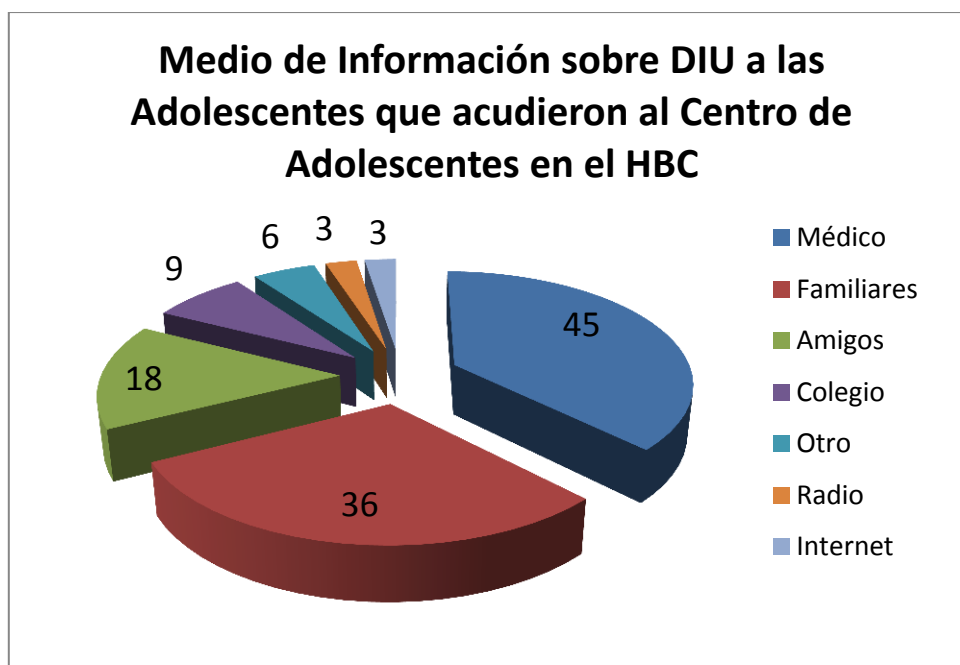
Fuente Tabla 8

Gráfico 11



Fuente: Tabla 13

Gráfico 12



Fuente: Tabla 14