



**Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina**

**Carrera Licenciatura en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria**

**Tesis para obtener el título de Magíster en Ciencias de la
Enfermería Comunitaria**

**Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las
adolescentes de un barrio de San Vicente, Misiones.**

Maestrando: Marcelo Lujan, Ruiz Díaz

MISIONES - ARGENTINA.

2023

Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Medicina

Carrera de Licenciatura en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

Tesis para obtener el título de Magíster en Ciencias de la
Enfermería Comunitaria

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las
adolescentes de un barrio de San Vicente, Misiones.

Directora: Mgter. Sonky, Rajsombath.

Co-Directora: Mgter. Sonia Verena, Lapinski.

Miembros del tribunal evaluador: Mgter. Lidia Raquel, Radlovachki.

Mgter. Ana Beatriz, Luque.

Dra. Adriana Victoria, Camio.

MISIONES - ARGENTINA.

2023



*Universidad Nacional
del Nordeste*



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

Dedicatoria

A mis padres, Carlos y Lidia por ser mi ejemplo de superación, por su amor, esfuerzo y dedicación, brindándome gran parte de los años de sus vidas en mi formación personal y profesional.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, por sus muestras de afecto todo el tiempo, por permanecer siempre juntos, compartiendo tristezas y alegrías en un sólo sentir fraternal.

A mi hijo Juan Ignacio y a mi compañera de todos los días Andrea, quienes me acompañan y me inspiran en cada desafío que afronto.

Marcelo Lujan Ruiz Diaz.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios, por brindarme la fuerza necesaria y la vocación a esta taréa llena de servicio y entrega, por permitirme crecer no solo como profesional sino principalmente como persona.

Quiero agradecer de manera especial a mis padres por ser pilares fundamentales en mi vida, por ayudarme a caminar en el tiempo de formación profesional. A mis hermanos, por brindarme su apoyo siempre. A mis amigos por alentarme en cada paso dado y emprendido, por su colaboración con algún granito de arena. A todas esas personas especiales que aparecen en la vida, que nos brindan las fuerzas y voluntad día a día. A nuestros compañeros y colegas de trabajo, por ser profesores y educadores de la práctica profesional día a día con sus conocimientos y experiencias, permitiéndonos crecer como profesionales.

Especialmente, quiero agradecer a todas las personas que estuvieron, por su colaboración y participación en esta investigación. A mi directora de Tesis, Sonky Rajsombath y Co directora Sonia Verena Lapinski, por el tiempo dedicado, la paciencia y acompañamiento en el desarrollo de esta tesis.

Gracias a la UNNE y UNaM, por haber permitido mi formación. A cada uno de los docentes de la Maestría, quienes compartieron sus saberes, brindando a cada uno de los estudiantes la posibilidad de crecer en el conocimiento de la enfermería.

Al personal vecinal del barrio Sol de América de San Vicente, Misiones; quienes me abrieron las puertas y con predisposición me brindaron su colaboración.

Marcelo Lujan Ruiz Diaz.

Resumen

Teniendo en cuenta que el conocimiento para la utilización de métodos anticonceptivos son el pilar fundamental para la prevención de embarazos, disminución de muertes perinatales, y que no se han encontrado publicaciones similares en la zona, este estudio indagó los conocimientos sobre métodos anticonceptivos (MAC) que poseen las adolescentes de un barrio de San Vicente Misiones, en el año 2020. A partir de esto, se propuso como objetivo describir los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que poseen las adolescentes de un barrio.

El supuesto que se sostiene en la investigación es que las adolescentes desconocen la variedad de los MAC y de sus derechos de recibir los mismos gratuitamente en los centros de salud. Para corroborar este supuesto se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo. La población estuvo conformada por las adolescentes del barrio en edades comprendidas entre 16 a 19 años. A partir de esto, se conformaron 54 unidades de análisis.

Para la recolección de datos, se realizó un cuestionario aplicado por el investigador a cada una de las unidades de análisis que aceptaron participar de la investigación voluntariamente y con consentimiento informado firmado; logrando determinar sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos de barrera, hormonales y quirúrgicos aplicando la técnica de encuesta.

La carga de los datos se realizó en una base de datos computarizada utilizando un programa informático Microsoft Excel 2007 y exportada para su análisis con el programa Epi Info 7.2.3.1. El análisis de datos se efectuó por tabulación y codificación conformándose según las variables afirmativas y marcadas con (X) un valor de 1 (uno) mientras que las que no fueron marcadas con (X) fueron consideradas con 0 (cero). Reflejando la información obtenida a la luz del marco teórico construido.

En función de los resultados y a partir de las 54 encuestas, se observó que el 58% de los adolescentes cuenta con conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, cuando se analizó los datos de cada método de manera individualizada, se constató que, solo el 22 % de las adolescentes presentan conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera categorizado como bueno, siendo el condón masculino el más conocido. Por otro lado, quedó determinado que el 24% de las adolescentes tienen conocimiento bueno sobre métodos anticonceptivos hormonales, en este sentido siendo

más relevante las pastillas. Y, finalmente, solo el 8% de ellas conocen los métodos anticonceptivos quirúrgicos.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos - Métodos Anticonceptivos - Adolescentes.

Summary

Taking into account that the knowledge for the use of contraceptive methods is the fundamental pillar for the prevention of pregnancies, reduction of perinatal deaths, and that no similar publications have been found in the area, this study investigated the knowledge about contraceptive methods (MAC). possessed by adolescents from a neighborhood of San Vicente Misiones, in the year 2020. From this, the objective was to describe the knowledge about contraceptive methods that adolescents from a neighborhood possess.

The assumption that is sustained in the research is that adolescents are unaware of the variety of MAC and their rights to receive them free of charge in health centers. To corroborate this assumption, a quantitative study of a descriptive nature was carried out. The population was made up of adolescents from the neighborhood between the ages of 16 and 19. From this, 54 units of analysis were formed.

For data collection, a questionnaire was applied by the researcher to each of the analysis units that agreed to participate in the research voluntarily and with signed informed consent; managing to determine their knowledge about barrier, hormonal and surgical contraceptive methods by applying the survey technique.

The data was loaded into a computerized database using a Microsoft Excel 2007 computer program and exported for analysis with the Epi Info 7.2.3.1 program. The data analysis was carried out by tabulation and coding, conforming to the affirmative variables and marked with (X) a value of 1 (one) while those that were not marked with (X) were considered with 0 (zero). Reflecting the information obtained in light of the theoretical framework built.

Based on the results and from the 54 surveys, it was observed that 58% of adolescents have knowledge regarding contraceptive methods. However, when the data of each method was analyzed individually, it was found that only 22% of adolescents present knowledge about barrier contraceptive methods categorized as good, with the male condom being the best known. On the other hand, it was determined that 24% of adolescents have good knowledge about hormonal contraceptive methods, in this sense pills being more relevant. And finally, only 8% of them know about surgical contraceptive methods.

KEY WORDS: Knowledge - Contraceptive Methods - Adolescents

Índice General:

Listado de Abreviaturas.....	13
Prólogo.....	14
Introducción.....	15
Estado del Arte.....	19
CAPÍTULO I.....	23
Generalidades sobre el conocimiento en la adolescencia y los métodos anticonceptivos.....	23
1. Conocimiento.....	24
2. Adolescencia.....	25
3. Métodos anticonceptivos.....	29
3.1. Métodos anticonceptivos de barrera.....	29
3.1.1. Preservativo masculino.....	30
3.1.2. Preservativo femenino.....	31
3.1.3. Diafragma.....	31
3.2. Métodos anticonceptivos Hormonales.....	31
3.2.1. Anticonceptivos orales.....	32
3.2.1.1 Anticonceptivos de emergencia.....	33
3.2.2. Anticonceptivos inyectables.....	33
3.2.3. Implante anticonceptivo.....	34
3.2.4. Parche anticonceptivo.....	34
3.2.5. Anillo vaginal.....	35
3.3. Métodos anticonceptivos quirúrgicos.....	35
4. Aspectos familiares que influyen sobre los conocimientos que poseen las adolescentes.....	38
CAPÍTULO II:.....	44
Embarazo en la Adolescencia.....	44
1. Consideraciones del embarazo en Argentina y el mundo.....	45
2. Leyes que reconocen los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Argentina.....	50

2.1. Ley 25.673.....	50
2.2. Ley 26,529.....	50
2.3. Ley 26.061.....	50
2.4. Ley 23.849.....	51
2.5. Ley 26.130.....	51
2.6. Ley 26.862.....	51
2.7. Ley 23.798.....	52
2.8. Ley 26.150.....	52
2.9. Ley 26.485.....	52
2.10. Ley 26.743.....	52
2.11. Ley 26.618.....	53
2.12. Ley 26.378.....	53
2.13. Código Civil y Comercial de la Nación.....	53
2.14. Código Penal-Artículo 86.....	54
2.15. Ley 25.929.....	54
2.16. Resolución 989/2005.....	55
2.17. Resolución 65/2015.....	55
CAPÍTULO III:.....	57
Materiales y Métodos.....	57
1. Contextualización del sitio de estudio.....	58
2. Resultados y discusión.....	67
3. Conclusión.....	80
4. Recomendación.....	82
5. Referencias bibliográficas.....	83
6. Anexos.....	94
Anexo I: Cuestionario.....	95
Anexo II: Consentimiento informado.....	99
Anexo III: Solicitud de Directora.....	101
Solicitud de Co-directora.....	102

Anexo IV: Aprobación del Comité de Docencia e Investigación.....	103
------------------------------------------------------------------	-----

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Estado civil de las adolescentes del barrio Sol de América.....	63
Gráfico N° 2: Grado de formación de las adolescentes del barrio Sol de América.....	64
Gráfico N° 3: Grado de ocupación de las adolescentes del barrio Sol de América.....	66
Gráfico N° 4: Tipo de familia de las adolescentes del barrio Sol de América.....	67
Gráfico N° 5: De quien recibieron información sobre los MAC las adolescentes del barrio Sol de América.....	69
Gráfico N° 6: Grado de escolaridad de los padres de las adolescentes del barrio Sol de América.....	70
Gráfico N° 7: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos de barrera en las adolescentes del barrio Sol de América.....	71
Gráfico N° 8: Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos hormonales en las adolescentes del barrio Sol de América.....	73
Gráfico N° 9: Conocimiento sobre métodos anticonceptivos quirúrgicos en las adolescentes del barrio Sol de América.....	74

Listado de abreviaturas

AMADA: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

CCyC: Código Civil y Comercial.

CDN: Convención sobre los derechos del niño.

DiNAMI: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

DIU: Dispositivo Intra Uterino.

DMPA: Acetato de medroxiprogesterona.

DSSyR: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.

ESI: Educación Sexual Integral.

FAL: Nombre anónimo de la adolescente involucrada en el hecho.

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

MAC: Métodos Anticonceptivos.

MsyAs: Ministerio de Salud y Acción Social.

NOA: Noroeste.

NEA: Noreste.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PNSSyPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

PCD: Personas con Discapacidad.

RAE: Real Academia Española.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Prólogo

El embarazo en la adolescencia es una problemática que afecta a jóvenes de todo el país, la provincia y nuestra localidad, San Vicente no es una excepción.

Esta situación compromete seriamente el desarrollo pleno de las adolescentes y de las posibilidades de inclusión social, y se da en un contexto de vulnerabilidad socioeconómico, cultural e intelectual como factores principales.

El sitio seleccionado para el estudio es el ámbito comunitario, y al tener acceso a fuentes primarias y directas con las unidades de análisis, queda evidenciado que uno de los factores de vulnerabilidad influyentes ligado a lo cultural e intelectual, es la falta de información, la cual juega un papel crucial ya que por esta razón las jóvenes desconocen o tienen una concepción errónea acerca de cómo funciona su sistema reproductor y la salud sexual.

El acceso a los métodos anticonceptivos es otro de los factores influyentes, y está estrechamente relacionado con la falta de información, por estar mal informados sobre éstos y de los lugares donde acceder a ellos. También se puede decir que, a esto, se suma que muchas familias consideran estos temas como tabúes, temas que no se hablan, ya sea por vergüenza, o por la falta de información de los padres. Por otro lado, la desigualdad de género que atentan contra la autonomía de las mujeres juega un rol fundamental en esta problemática.

Muchas veces estas adolescentes no terminan la escuela primaria y son parte de la falta de oportunidades de inclusión social; las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva hacen obstáculos para el desarrollo de proyectos de vida alternativos al embarazo adolescente. Quedando así, muchos interrogantes para seguir investigando respecto al tema.

Diego Julián, Ruiz Diaz

Docente de San Vicente

Introducción

La situación de los niños, niñas y adolescentes en la Argentina, según datos obtenidos de UNICEF ¹, expresa que los recién nacidos de las madres adolescentes representan el 15 % del total de nacimientos de 2016 (111.699 de 770.040), y superan el 20 % en varias provincias del NOA y del NEA. Para el mismo año, 2.787 de los recién nacidos han sido de adolescentes menores de 15 años. Los contextos de vulnerabilidad y el nivel educativo son determinantes centrales: 75 % de las madres adolescentes de 18 y 19 años no había terminado la escuela secundaria. La evidencia disponible muestra que el 60.8 % de los embarazos en la adolescencia no son planificados. Asimismo, solamente el 43 % de las mujeres y 28 % de los varones adolescentes tienen acceso gratuito a los métodos anticonceptivos que utilizan.

Según los datos de la dirección de estadísticas e información de salud ², en Argentina durante el año 2017 los nacidos vivos según la edad de la madre equivalen a 704.609; en menores de 15 años 2.493 y entre 15 a 19 años 91.586 nacimientos.

Por otro lado, en la Provincia de Misiones, por su parte el Ministerio de Salud Pública ³, manifiesta que el embarazo en adolescentes es preocupante y se revela en un incremento con el paso de los años. En este sentido y solamente en el año 2017 se han registrado 25.905 nacimientos; de estos, 201 casos de madres adolescentes entre 10 a 14 años donde los departamentos que lideran estos porcentajes son de la Capital, Guaraní e Iguazú. Y con un total de 4908 nacidos vivos comprende las edades de 15 a 19 años, residentes de la Capital, Oberá e Iguazú nuevamente en ese orden.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que impiden o reducen la probabilidad de una fecundación, existe una gran variedad y tienen diferentes clasificaciones. Si bien sabemos que, en la adolescencia, la madurez sexual es rápida y que se encuentran en edad fértil, es relevante el conocimiento en la utilización de métodos anticonceptivos. Muchas veces hay conocimiento de información inapropiada que reciben por parte de su entorno familiar. Puede deberse a la falta de conocimientos o falta de confianza y temor de admitir que sus hijos tienen sexo a edades tempranas. En este marco, el profesional de la salud, es la disciplina que mayor aporte puede dar en cuanto a la promoción de la salud reproductiva; de este modo, a la hora de elegir en tener hijos podrán adoptar por una maternidad y paternidad responsable y prevenir enfermedades de transmisión sexual.

El conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales, las creencias 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 dichos métodos.

A través de diversos estudios⁵, se ha concluido que toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual, poco reconocimiento de los riesgos; las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas; experimentan continuos cambios de pareja (promiscuidad); tienen poco conocimiento de la sexualidad; no se plantean el control del embarazo; demuestran escasa orientación y uso de anticonceptivos; y poseen insuficiente información sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención.

Es necesario que las adolescentes estén informadas que tienen derecho a decidir sobre su cuerpo, y para empezar a ejercer este derecho, es fundamental empezar por conocer cuáles son los métodos anticonceptivos que existen, sus ventajas y desventajas y cómo elegir el que más conviene.

La disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces ha ofrecido a mujeres y a varones la posibilidad de planificar la maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todos tienen el conocimiento ni el acceso a ellos. Es un tema fundamental para la salud de las personas. Además de prevenir embarazos, por otro lado, por ejemplo, los métodos anticonceptivos de barrera son la única medida efectiva contra enfermedades de transmisión sexual. Pero por desgracia, todavía muchos adolescentes se niegan a usarlos por desconocimiento o tratan de evitarlos con insólitas excusas.

En la provincia de Misiones continuamente se están viendo casos de embarazos adolescentes, que acarrearán una verdadera problemática para la salud pública de la

provincia. Siendo relevantes estos datos en localidades donde no cuentan con centro de atención de salud. En San Vicente, según los relatos de los docentes de una escuela es alarmante el número elevado de adolescentes embarazadas. Que, por estas situaciones se ven obligadas a cambiar su meta del futuro, observando principalmente el abandono escolar.

Y, por otro lado, al dialogar con personal de salud del caps. del barrio, también muestran su preocupación por la problemática, resaltando la escasa búsqueda de información y que los métodos anticonceptivos ofrecidos gratuitos por la institución no son retirados ni consultados por adolescentes.

La realidad que muestra nuestro entorno social es preocupante, teniendo en cuenta que en los últimos años se ha producido un incremento de casos, y a la edad en la que se producen los embarazos corresponden a adolescentes de entre 10 a 19 años. En la adolescencia, son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener conocimientos suficientes e información adecuada sobre métodos anticonceptivos. Por ello, actuarán a base de opiniones, mitos y criterios falsos que, a la hora de la elección y su utilización, no será la forma sistemática ni la correcta.

Cuando se habla de relación sexual entre adolescentes, muchas veces se relaciona y se piensa en enfermedades de transmisión sexual o en embarazos no deseados. Existen muchos factores que influyen en este aspecto, dependiendo de las circunstancias individuales y familiares, esto puede ser el resultado de una falla, falta o desconocimiento del uso de un método anticonceptivo.

En todos los países las relaciones sexuales cada vez se inician a edades más temprana; por esta razón, existen muchas posibilidades de presentar un embarazo deseado o no, a recibir poca o mala información acerca de métodos anticonceptivos, esto acarrea entre otros problemas, abortos, embarazos de riesgos, morbilidad materna infantil y otros aspectos relacionados en este grupo etario como el abandono escolar, etc.

A pesar de los programas a nivel provincial existentes, particularmente el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ley N° 25.673, el conocimiento de métodos anticonceptivos y la adopción de conductas de salud sexual y reproductiva es una realidad preocupante.

También, teniendo en cuenta el gran número de adolescentes embarazadas o con hijos, muchos de estos sin ser planificados por ambos padres, y que en los últimos tiempos se observan frecuentes marchas sociales en busca de la aprobación de una ley para abortar, una práctica económicamente cara y que se puede evitar simplemente con la utilización de métodos anticonceptivos, es un problema meritorio de investigar.

Es por esta razón, que se presenta este estudio de investigación. Basada también en el incremento de la tasa de fecundidad, en busca de reducir la tasa de mortalidad, morbilidad y número de abortos provocados, se pretende describir los conocimientos que poseen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

Teniendo en cuenta que el conocimiento para la utilización de métodos anticonceptivos son el pilar fundamental para la prevención de embarazos, disminución de muertes perinatales, y que no se han encontrado publicaciones similares en la zona, esta investigación servirá como base de futuras investigaciones y para contribuir al sistema de salud, realizar prevención y educación en la comunidad, familia e individuo; se conduce al planteo de la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué conocimientos sobre métodos anticonceptivos poseen las adolescentes de un barrio de San Vicente Misiones, año 2020?

Objetivo general:

- Describir los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que poseen las adolescentes de un barrio de la ciudad de San Vicente, Misiones, Año 2020.

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos de barrera que poseen las adolescentes.
- Reconocer los conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales que poseen las adolescentes.
- Identificar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos quirúrgicos que poseen las adolescentes.

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes relacionadas con la accesibilidad a los centros de salud para adquirir los métodos anticonceptivos.
- Mencionar los aspectos familiares que influyen sobre los conocimientos que tienen las adolescentes en relación con los métodos anticonceptivos.

La hipótesis que se sostiene en la investigación fue: a pesar de la gran variedad y disponibilidad de métodos anticonceptivos, existe un desconocimiento en las adolescentes como así también de los derechos que poseen en recibir los mismos gratuitamente en los centros de salud.

Estado del arte

Como antecedentes de esta investigación, puedo mencionar el trabajo Maiztegui⁶ quien analizó el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital materno provincial de Córdoba. Buscó determinar el grado de conocimiento que poseen las multíparas sobre métodos anticonceptivos (MAC) y conocer si las multíparas adoptan conductas de salud sexual y reproductiva en base a estos conocimientos. Para ello, diseñó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, donde utilizó los datos recolectados de una encuesta anónima, del total de 104 encuestas. En cuanto a la Edad Media: 27 años de las mujeres un rango entre 22 - 34 años. Determinando que el 85 % conoce los MAC, pero a la hora de usar alguno el 25 % no utiliza, el 24 % usa píldora, seguido del 21 % en preservativos. Se observó también, un desinterés por consultar al médico sobre los MAC; Hubo un 52 % prefieren los MAC contra un 48 % elige ligarse las trompas. Se encontró que un 96 % controlaron sus embarazos. Y concluyó que los conocimientos que tienen las mujeres no alcanzan para adoptar conductas, pues no se reflejan en su comportamiento sexual y reproductivo.

Por otro lado, la investigación de Gonzales et al.⁷ publicada en la revista Archivo Médico de Camagüey, titulado “El embarazo y sus riesgos en la adolescencia”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes; realizaron un estudio de investigación educativa en una población de 97 embarazadas del

policlínico Tula Aguilera de la provincia de Camaguey; tomando como muestra 70 adolescentes embarazadas durante el transcurso del año 2008. Dicho estudio se dividió en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. En la primera etapa se constató que las adolescentes poseían un nivel deficiente de información sobre anticoncepción, riesgo durante el embarazo, y después del parto. En la segunda etapa se brinda información sobre anticoncepción y los distintos riesgos del embarazo adolescente como ser biológicos, psicológicos y socio-económicos. Obteniendo como resultados que, de un total de 70 embarazadas adolescentes, 35 reconocieron el DIU como método anticonceptivo abarcando un 50 % del total de las embarazadas adolescentes; un 17,1 % reconoció los métodos anticonceptivos inyectables y un 15,7 % reconoció el uso de preservativos, luego de las intervenciones fueron capaces de reconocer el preservativo en un 100 % y los inyectables en un 51,4 %. Los resultados sobre riesgos biológicos después de realizadas las intervenciones fue de un 90 % del total de las embarazadas. Se constató también que se elevó los conocimientos sobre la posibilidad de alteraciones psicológicas durante y después del embarazo; incrementando así también los conocimientos sobre riesgos socio económicos.

Hernández et al.⁸ en el estudio titulado “Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna de Villavicencio”, tuvieron como objetivo conocer los conocimientos, actitudes y prácticas frente al uso de métodos anticonceptivos. Con un diseño de tipo descriptivo, muestra de 874 estudiantes de 14 a 19 años matriculados en las instituciones de educación secundaria públicas (2016), modalidad diurna que pertenecen a la Unidad Educativa Local 1 del municipio de Villavicencio. Muestreo probabilístico estratificado, se auto aplicó un cuestionario; y obtuvieron los siguientes resultados: 66,7 % de los estudiantes evidencian conocimientos sobre métodos anticonceptivos “escasos”, de estos el 68,3 % son hombres. En cuanto a la edad, se evidencia que quienes tienen entre 16 y 17 años (68,9 %) son quienes más consideran tener ese nivel de conocimientos; frente al método para planificar, determinaron qué, el preservativo tanto en hombres (79,2 %) como en mujeres (43,2 %) es considerado como el mejor método, seguido de los anticonceptivos inyectables (14,8 %). En cuanto a la edad, el grupo en general afirma que el preservativo es el mejor método de planificación (61,2 %) y la razón dominante de su escogencia (63,8 %) es ser el más fácil de usar y de conseguir.

Siguiendo esta línea, Sánchez Meneses et al.⁹ en su estudio sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, identificaron el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal. Donde incluyeron adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud de la ciudad de México durante dos meses. Muestra no probabilística, 120 adolescentes se auto aplicaron una encuesta que incluía: variables sociodemográficas, de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos. Se empleó estadística descriptiva e inferencial con las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Nivel de significancia 0.05, con el programa estadístico spss v.20. Se entrevistó a un total de 120 adolescentes cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60.8 % y bajo en 23.3 %. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado con el 65.2 %; asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento; Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes ($p=0.030$). Los resultados obtenidos en este estudio muestran que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población.

Otro aporte de Diaz Delgado¹⁰ en su trabajo de investigación indaga sobre nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del colegio Nacional Nicolas La Torre; su objetivo fue determinar el grado de asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos con los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la institución educativa. Realizó una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal; La población estuvo representada por 181 adolescentes de 5to año de educación secundaria, y la muestra de la investigación con la que se trabajó fue de 125 adolescentes. Concluyó que el 48 % el método 100 % eficaz para prevenir el embarazo es el preservativo; el 92 %, el preservativo en la relación sexual previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida; el 96 % está de acuerdo en el uso de los métodos anticonceptivos. Y por último que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes es relativamente alto. Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son la edad, la religión y el tipo de familia.

Y finalmente la investigación de Mallma Yactayo¹¹ sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, donde su objetivo era determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Realizó un estudio observacional transversal descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 99 participantes para quienes empleó una ficha de recolección de datos con una confiabilidad aceptable para el recojo de las variables planteadas para este estudio. Para el análisis estadístico de la relación de variables dependientes e independientes se utilizó el OR, con su intervalo de confianza 95 % y el Chi cuadrado. Llegó a la siguiente conclusión: el 63 % de los adolescentes evaluados poseen un nivel de conocimiento medio acerca de métodos anticonceptivos. El 20 % de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos. El ser de sexo masculino es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo.

CAPÍTULO I:

Generalidades sobre el conocimiento en la adolescencia y los métodos anticonceptivos.

Los conocimientos adolescentes sobre métodos anticonceptivos han buscado comprenderse desde diferentes teorías. Existe una gran variedad a saber. No obstante, para comprender cada una de ellas, primeramente, será importante definir algunos conceptos sobre el tema de estudio. Entre ellos se encuentran conocimientos, adolescentes, métodos anticonceptivos de barrera, hormonales y definitivos y por último algunas características familiares que influyen sobre los conocimientos de las adolescentes.

1. Conocimiento

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo y especie¹².

Por otro lado, el conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas¹³. Toda la información o bases de datos que poseen los hombres sobre alguna materia en especial, trata de un tipo de conocimiento personal. Existen varios tipos y niveles de conocimientos que se derivan de la producción del saber.

Utilizando el pensamiento de Piaget¹⁴, el conocimiento es construido por el sujeto con base en la asimilación, integración y reorganización de estructuras que le permiten interpretar el mundo e interactuar con él. El conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos de que dispone, a lo largo de su desarrollo va pasando por una serie de estadios que, en definitiva, son distintas formas de interaccionar esos conocimientos con la realidad. El proceso de adolescencia es una situación que obliga al individuo a reformular los conceptos adquiridos.

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva a integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se presenta en conjunto con los cambios físicos¹⁵. De acuerdo a esto, para poder idealizar un proyecto de vida, formular ideas y conocimientos, es necesario que el adolescente transforme su personalidad en busca de su propia identidad, atravesando una serie de etapas y cambios tanto en el desarrollo físico, social y psicológico.

Otros autores elaboraron la categorización de conocimiento de la siguiente manera¹⁶:

- Conocimiento alto: Cuando identifica y reconoce el tema con mayor facilidad, obtiene un mayor puntaje.
- Conocimiento medio: Cuando identifica y reconoce el tema con algunas dificultades y obtiene un puntaje intermedio.
- Conocimiento bajo: Cuando no identifica ni reconoce el tema y obtiene un puntaje menor.

2. Adolescencia

La adolescencia es la fase que transcurre desde los 10 años hasta los 19 años y se divide en tres etapas a distinguir. La adolescencia inicial va desde los diez años a los trece años, la adolescencia media de los catorce años hasta los dieciséis años y la adolescencia tardía de los diecisiete años hasta los diecinueve años de edad¹⁷.

Hablar de adolescencia es hablar de transformaciones y de cambios, de nuevas formas de mirar y vivir el mundo. Para muchas personas, se asocia a situaciones de conflicto, de peligro, de rebeldía, de delincuencia, de enfermedad; como así también, de potencialidad, desarrollo, posibilidad para conformar valores como libertad, responsabilidad, equidad, solidaridad, respeto, no violencia y autocuidado en todos los aspectos.

La Organización Mundial de la Salud¹⁸ la define como una etapa que sucede entre los once y diecinueve años considerándose en dos fases: la primera o adolescencia temprana se presenta entre los once y los catorces años y la segunda o tardía, sucede entre los quince y diecinueve años. Ambas etapas se caracterizan por profundos cambios tanto físicos, psicológicos y sociales. Puede decirse que inicia con la pubertad y termina con factores sociales como la independencia económica o la asunción conocida como del mundo adulto.

Se evidencian cambios con la aparición de caracteres sexuales que provocan a los adolescentes nuevas formas de pensar, sentir y relacionarse; estos cambios son necesarios para que este individuo se adapte y desarrolle mecanismos de superación personal y estilos de conductas que serán utilizados durante el resto de su vida¹⁹. Por lo tanto, durante esta etapa es posible que los cambios provoquen un antes y un después en

cada persona; algunos asumirán mejor que otros, y es posible que no sea bien tolerado y afecte negativamente en su desarrollo y adaptación frente a la realidad.

Durante la adolescencia, el cuerpo se desarrolla más rápidamente que en cualquier otro período de la vida, se alcanza la madurez sexual, se incrementa la autonomía, se conforma la identidad, aumenta la necesidad por la aceptación social y la toma de riesgos es una conducta frecuente principalmente conductas sexuales precoces y sin protección, uso y abuso de sustancias tóxicas²⁰.

Es un proceso de transformación, el adolescente ve el mundo y las relaciones interpersonales desde su punto de vista, es egocéntrico, se siente el centro de atención de otras personas, se siente invulnerable, un ser especial, va construyendo sus propios conocimientos, por lo tanto, es importante la incorporación de contenidos sobre el uso de métodos anticonceptivos para llevar adelante una salud sexual responsable. El embarazo no deseado a temprana edad es un problema que afecta a muchos adolescentes. Cuando se inicia la actividad sexual durante la adolescencia y sin una adecuada información sobre anticoncepción, se pone en peligro la salud del adolescente.

Las características particulares de la adolescencia podrían sintetizarse, según Aberastury y Knobel²¹, de la siguiente manera:

- Por la búsqueda de su propio sí mismo y de una identidad adulta.
- Manifiestan una profunda y arraigada tendencia grupal.
- Hay una marcada necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Se observan intensas crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Su pensamiento se caracteriza por la desubicación temporal, tendiendo a la satisfacción inmediata de los deseos.
- Se manifiesta una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- Se revela una actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad.

- Se observan contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual típica de este momento de la vida.
- Se produce una separación progresiva de los padres, y
- Su humor y su estado de ánimo se caracterizan por una constante fluctuación.

Según Piaget²², desde los 12 años hasta la edad adulta es la etapa de las operaciones formales, en que la persona puede pensar en términos abstractos y enfrentar situaciones hipotéticas, por lo que se denomina también pensamiento hipotético-deductivo. Este modelo tiene importancia en la fantasía, hay deseo de nuevas experiencias y aventuras y es capaz de ordenar acontecimientos sucesivos.

Por otro lado, este autor sostiene, que las personas no nacen provistas de nociones y categorías innatas, sino que estas se van elaborando durante el transcurso del desarrollo.

Freud²³, citado por Royuela et al. ²⁴, denomina a la etapa que se inicia en la pubertad como genital, cuando comienza la sexualidad adulta. Se espera que en esta etapa se desarrolle una conciencia moral autónoma, que permita elegir valores y principios morales que trascienden al grupo.

La etapa evolutiva denominada pubertad²⁵, prepara al sujeto para su ingreso en la adolescencia. Se extiende, por lo general, desde los 10 a los 13 años y se caracteriza por una serie de cambios que se manifiestan en las áreas:

Biológicas: modificaciones endocrinas, aparición de vello púbico y axilar, caracteres sexuales secundarios, menarca en las niñas, eyaculación seminal en los varones, crecimiento rápido, torpeza motora.

Psicológicas: transformaciones en el desarrollo libidinal, egocentrismo, descubrimiento de la vida interna, percepción de vivencias sexuales, pensamiento centrado todavía en lo concreto con avances a un pensamiento lógico-formal, necesidad de distanciarse de los padres.

Sociales: Las niñas comienzan a reunirse informalmente, ensayando experiencias grupales. En los varones, el objetivo pasa por algo más concreto, por ejemplo, jugar al

fútbol. Les resulta atractivo formar parte de grupos mixtos, pero en general precisan de ayuda para lograrlo: se burlan, se desafían, se cuestionan entre ellos. Estar juntos pasaría más por el contacto: tocarse, acercarse y alejarse. Suelen ir desde la solidaridad más extrema hasta la pelea. Tiene mucho peso la opinión de los amigos y compañeros: quién se destaca como líder, quién es el centro de las cargadas. Se interesan por la justicia (entre ellos, en la escuela, los problemas del país y del mundo).

La adolescencia es un período en la vida de toda persona que se ubica entre el fin de la niñez y el comienzo de la edad adulta. Este período puede ser breve o largo, pero cuya duración varía de familia en familia, de un nivel socioeconómico a otro e inclusive de una cultura a otra cultura. Hasta su duración puede fluctuar dentro de una misma sociedad, de tiempo en tiempo, según las condiciones económicas, sociales o de otra índole.

Esta es una etapa decisiva para la intervención educativa, con el fin de proporcionar a las personas información y herramientas para ayudarlas a tomar decisiones saludables, y se conviertan en promotores de salud de su escuela y de la comunidad.

Por eso, se debe aportar al adolescente información adecuada y amplia, antes del inicio de las relaciones sexuales para dar la posibilidad de tomar decisiones promotoras para su salud. La adolescencia merece especial atención, se trata de un periodo que no ha alcanzado la madurez física, cognitiva y emocional suficiente para responsabilizarse de sus propios actos y consecuencias. Al tener relaciones sexuales sin haber recibido información adecuada de salud reproductiva, con escasa o inadecuada comunicación con sus padres, la violencia y las infecciones de transmisión sexual, terminan siendo un riesgo para su salud²⁶.

En los países de América Latina, se han identificado factores que predisponen el incremento del embarazo en adolescentes²⁷. Entre ellos se puede nombrar, limitado acceso a la educación sobre salud sexual y reproductiva, limitado acceso a métodos modernos de planificación familiar, falta de oportunidades para la vida, y contexto de violencia y abuso sexual.

3. Métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Es aconsejable utilizarlos desde la primera relación sexual

y durante toda la vida fértil²⁸. Estos impiden que los espermatozoides del hombre lleguen al óvulo de la mujer.

Hablar de métodos anticonceptivos es hablar de una herramienta que tienen las personas para ejercer el derecho a vivir una sexualidad segura, responsable, libre y placentera. Existen muchos métodos anticonceptivos para evitar la concepción o embarazo. Estos métodos, con un buen uso, permiten decidir si se quiere quedar embarazada o no, y la cantidad de hijos que se desea tener.

Es decir que para una persona que usa alguno de estos métodos correctamente, las probabilidades de quedar embarazada son casi nulas. De todos estos métodos sólo el preservativo previene embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. Para comenzar a usar un método es necesario realizar primero una consulta, asesorarse con un profesional y elegir el adecuado para cada persona. La consulta se puede realizar de manera gratuita en el sistema público.

Por lo tanto, ante la elección de cualquier método anticonceptivo, es necesario conocer y comprender las ventajas y desventajas que ofrece cada uno, para poder elegir el más adecuado, seguro y cómodo para cada adolescente.

3.1. Métodos anticonceptivos de barrera.

Los métodos de barrera son ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables. Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes²⁹.

Estos incluyen los condones masculinos y los métodos femeninos, como condones femeninos, capuchón cervical, espermicidas, y diafragmas. Es importante señalar que pueden usarse solos o combinados con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera como por ejemplo las píldoras. Si estos se utilizan correctamente, su efectividad es muy elevada, ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y protección frente a las infecciones de transmisión sexual. Pero como todo método debe usarse de manera correcta para lograr su máxima eficacia, ya que, si existe algún tipo de error, como por ejemplo en la colocación, este método no será efectivo.

Es de destacar, que, entre los anticonceptivos de barrera, solamente el preservativo masculino y el preservativo femenino previenen además del embarazo enfermedades de transmisión sexual.

3.1.1. Preservativo Masculino.

El preservativo más conocido es el que se utiliza en el pene, por eso puede nombrarse como preservativo "peneano". Se lo conoce habitualmente como preservativo "masculino", pero puede ser utilizado por cualquier persona con pene, más allá de su identidad de género.

Es una funda de látex finita, elástica y lubricada que se coloca en el pene cuando está erecto, y se desenrolla hasta su base. Se aprieta la punta del preservativo antes de desenrollarlo para que no quede aire, así evitar que se rompa.

Se debe usar en toda la relación sexual, desde la erección, porque antes de la eyaculación salen gotitas de líquido preseminal que tienen espermatozoides. Y retirarse del pene antes de perder la erección para que no salga el semen de su interior.

Tiene alto grado de eficacia si se usa correctamente, es uno de los métodos más seguros que existen y tiene la particularidad de cumplir dos ventajas en su uso, previene el embarazo y protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, hay muchos mitos que rodean a este método de anticoncepción, como, por ejemplo, tener cero probabilidades de embarazo en la primera relación sexual, coitus interruptus, y la alergia al látex que disminuyen su uso en la población sexualmente activa, pero sobre todo en los adolescentes.

Se consiguen en diferentes colores, texturas, tamaños e inclusive con o sin lubricante interno y externo.

Es muy conocido por la población en general, barato, de fácil acceso, se consigue en cualquier comercio y no es necesario receta médica para su compra.

3.1.2. Preservativo Femenino.

El condón femenino es una funda delgada y transparente, hecha de un plástico suave, se debe colocar antes que la mujer tenga relaciones sexuales. Este método, al igual que el

preservativo masculino, si se usa correctamente previene el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Su uso no es tan frecuente en la población femenina por las dificultades para la correcta colocación.

3.1.3. Diafragma.

Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero), el borde del diafragma contiene espermicidas; existen diferentes tipos y tamaños de diafragma y en su primer uso, necesita ser colocado por un médico quien verificará que el dispositivo esté colocado de manera correcta, debe ser colocado una hora antes del acto sexual y ser retirado 8 horas después del último coito³⁰.

Funciona como barrera que impide la unión del espermatozoide y el óvulo. Debe utilizarse con un gel o crema espermicida, y cada vez que se tiene relación sexual puede colocarse. Este método colocado correctamente no produce molestias. Debe adecuarse la medida a cada mujer, por lo tanto, debe acudir a un médico ginecólogo para medir el diámetro del cuello uterino.

Tuvo su auge en los años 80 y 90, pero luego fue desplazado rápidamente por el uso del preservativo, ya que es un método fácil de usar.

3.2. Métodos anticonceptivos hormonales.

Estos mecanismos se usan solamente para evitar el embarazo, no son recomendados para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Producen cambios en el cuello uterino lo que impide el paso de los espermatozoides. La acción principal es la inhibición de la ovulación, se logra también por medio de la modificación de la viscosidad y la composición del moco cervical que inhibe el transporte de espermatozoides, hay inhibición de la maduración endometrial que previene la implantación. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación³¹. Pueden ser ingeridas vía oral, inyectadas o en parches.

3.2.1. Anticonceptivos orales.

Existen dos presentaciones, las que vienen en cajas de 21 pastillas. Se toman por 21 días seguidos, se descansa 7 días y luego se empieza otra caja. En esos 7 días, a los 2 a 4 días aproximadamente de la última toma, se presentará una hemorragia similar a la menstruación mensual. Después de la pausa de 7 días, es decir, el mismo día de la semana en que se empieza la primera caja, se empieza otra caja de pastillas y así todos los meses. Y también se presentan en cajas de 28 pastillas. En este caso, se toman todos los días hasta terminar la caja y sin pausa se empieza una nueva. Se recomienda en mujeres que deseen no cortar la toma para evitar olvidos. Las 7 pastillas de más son placebos, es decir que no contienen hormonas sino otras sustancias, como complementos de hierro³².

El uso de anticonceptivos orales puede usarse en cualquier edad desde la adolescencia hasta la menopausia, siendo usados por mujeres que tienen hijos como las que no tienen.

Las píldoras pueden tener efectos secundarios adversos, como náuseas (muy comunes en los primeros 3 meses), sangrado intermenstrual, dolor de cabeza leve, aumento de peso, depresión, disminución del deseo sexual, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, no es recomendable para mujeres en periodo de lactancia porque afecta a la calidad y cantidad de leche materna, por eso durante este periodo hay pastillas que contienen desogestrel que no interfieren en la lactancia materna.

Va perdiendo su eficacia si la mujer se olvida de tomar los comprimidos, debe tomarse todos los días dentro de una misma franja horaria.

No ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual³³.

Este método es muy conocido y usado en la actualidad, como desventaja tiene la particularidad de que los adolescentes suelen olvidarse de tomar. También es muy factible su uso en parejas estables donde el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual debería ser nulo.

3.2.1.1 Anticonceptivos de emergencia.

Siguiendo este método hormonal, existe un método anticonceptivo que se utiliza después de una relación sexual sin protección; en caso de no usar otro método anticonceptivo o si

falló el que se usó. Llamado píldora del día después o de emergencia porque es la última opción para prevenir un embarazo. Es menos efectiva que los métodos de uso habitual y sólo protege en esa relación sexual. Se debe tomar lo más pronto posible, cuanto más tarde se toma, es menos efectivo.

La anticoncepción de emergencia retrasa la ovulación y espesa el moco cervical uterino, así evita que se junten el óvulo y el espermatozoide. Si el óvulo y el espermatozoide ya se unieron las pastillas no tienen efecto y el embarazo continúa, sin ningún daño para el embrión. No son abortivas³⁴.

Si se administra al principio del ciclo se modifica la fecha de la menstruación, pero si es durante la segunda parte del ciclo, la fecha no se modifica.

Generalmente su uso es frecuente en la población adolescente, ya que tienen poca información sobre reproducción sexual, no acceden a métodos anticonceptivos, por falta de información, por vergüenza o como ya se mencionó anteriormente, por ser un tema tabú en las familias aún hoy en el siglo XXI.

No se recomienda su uso habitual. Está indicado exclusivamente para situaciones de emergencia. Puede producir náuseas, vómitos, dolor de cabeza, mareos u otros malestares.

3.2.1.2. Anticonceptivos inyectables.

Hay dos presentaciones de hormonales inyectables que se usan como anticonceptivos: la de aplicación mensual y la trimestral. La mensual contiene hormonales combinados (estrógeno y progesterona), mientras que la trimestral contiene sólo progestina. Las inyecciones anticonceptivas que contienen hormonales combinados pueden ser usadas por toda mujer sana que desea evitar o espaciar sus embarazos, y que haya recibido consejería previamente. Las inyecciones hormonales que contienen sólo progestina, las de aplicación trimestral, se recomiendan en mujeres mayores de 18 años³⁵.

Los anticonceptivos inyectables solo de progestinas tienen tasas de fracaso muy bajas. Si a una mujer se le administran sus inyecciones a tiempo, el método tiene una eficacia de más del 99 %, tan buena como la esterilización quirúrgica. Inclusive, algunos estudios recientes indican que el inyectable DMPA y el norplant proporcionan una protección eficaz

más rápidamente de lo que antes se creía, después de un período de 3 días en la mayoría de las personas³⁶.

Este método tiene la misma función que los anticonceptivos orales. La diferencia es que las hormonas, en lugar de administrarse diariamente en pequeñas dosis y vía oral, se inyectan y concentran en una sola dosis que puede ser mensual o trimestral. Es importante respetar la fecha de la nueva inyección, de lo contrario, pierde efectividad.

3.2.1.3. Implante anticonceptivo.

El implante anticonceptivo es un tubo de plástico muy pequeño que es insertado por un ginecólogo debajo de la piel. Esta cánula libera de manera continua gestágenos por el torrente sanguíneo para impedir la ovulación. La hormona también espesa el flujo vaginal, de modo que bloquea el espermatozoides y disminuye el revestimiento del útero para evitar que un hipotético óvulo fertilizado se adhiera³⁷.

Una vez colocado te brinda protección por tres años y se puede retirar cuando se desee. Se recomienda agendar la fecha de colocación y cuándo debe retirarse. Pueden usar la mayoría de las personas, incluso aquellas que no pueden tomar estrógenos y quienes están amamantando. Se ha desarrollado para aquellas mujeres que les costaba soportar el DIU y para las que las píldoras les estaba contraindicado.

3.2.1.4. Parche.

El parche transdérmico es un método anticonceptivo seguro, simple y asequible que se puede usar sobre la piel del vientre, de los brazos, los glúteos o la espalda. Se debe colocar un parche nuevo cada semana, durante 3 semanas. Éste libera hormonas que protegen contra el embarazo. Luego, existe una semana de descanso antes de repetir el ciclo³⁸. Este parche fino y pequeño se coloca sobre la piel y libera continuamente hormonas que pasan al torrente sanguíneo al ser absorbidas por la piel. Cada parche debe llevarse durante 7 días, al cabo de los cuales debe ser reemplazado por otro nuevo durante tres semanas consecutivas.

En su mecanismo de acción evitan que el ovario produzca óvulos que puedan ser fecundados por los espermatozoides del hombre. Además, también se encargan de espesar el moco cervical, que dificulta el tránsito de estos espermatozoides por el canal

vaginal. Los parches se pueden aplicar en distintas zonas del cuerpo como los brazos, espalda o glúteos³⁹. Resulta cómodo para aquellas mujeres que olvidaban frecuentemente la toma diaria de la píldora anticonceptiva.

3.2.1.5. Anillo vaginal.

Es un anillo transparente, flexible de 54 mm de diámetro que se inserta en el fondo de la vagina. Está impregnado de hormonas, que corresponden a los mismos productos activos que los de una píldora en pastilla. Las hormonas atraviesan las mucosas y son distribuidas en la sangre. El anillo vaginal es utilizado para todas las mujeres que no tienen contraindicaciones para tomar píldoras. Como se trata de las mismas hormonas, es una alternativa para las mujeres que se olvidan fácilmente de tomar la píldora y para las mujeres que tienen conocimiento de su cuerpo como para insertarse un anillo en el fondo de la vagina.

3.3. Métodos anticonceptivos quirúrgicos.

Se trata de métodos definitivos a los que pueden acceder tanto las mujeres como los hombres que por cualquier circunstancia no desean tener hijos. La ligadura de trompas en la mujer, impide el paso del óvulo al útero⁴⁰. Un procedimiento quirúrgico realizado a las mujeres, en la que las trompas de Falopio (conductos que llevan el óvulo hasta el útero) son bloqueadas impidiendo que los espermatozoides lleguen a unirse con el óvulo. Es importante señalar que se debe efectuar solamente en las mujeres que estén totalmente seguras de no querer tener descendencia y no protegerse contra infecciones de transmisión sexual. Este método irreversible lo realizan los profesionales médicos, después de esto, se sigue ovulando, menstruando y el placer sexual no cambia.

Los índices de complicaciones son muy bajos. Al requerir cirugía y anestesia existen algunos riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica. Luego de la intervención, se recomienda usar otro método anticonceptivo hasta su siguiente menstruación, y a partir de allí, la persona no tiene que hacer nada más para evitar un embarazo. Lo importante a tener en cuenta es que no interfiere en la producción de hormonas, las personas que eligen este método anticonceptivo siguen menstruando y ovulando en forma normal, hasta su menopausia; no altera las relaciones sexuales ni su goce; no provoca sangrado más abundante ni irregular; no provoca dolor menstrual; no se saca el útero; no provoca

alteraciones del peso o del apetito; no modifica el aspecto físico; no tiene efectos colaterales a largo plazo; no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.

Es importante resaltar, que existen consejerías en salud sexual y salud reproductiva en los centros de salud y hospitales donde los profesionales de la salud, además de entregar preservativos y anticoncepción de emergencia en forma gratuita, informan sobre métodos anticonceptivos para que, de esta manera se pueda elegir según las preferencias, necesidades y la situación de salud.

En Argentina es un derecho reconocido en la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable la cual permite acceder a métodos anticonceptivos de forma gratuita. Siguiendo esta línea, la ley nacional N° 26.130 establece que a partir de la mayoría de edad podés acceder gratis y de manera autónoma a la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía). Los métodos de barrera como el preservativo, son los únicos métodos que previenen las infecciones de transmisión sexual y también presentan mayor efectividad para prevenir embarazos.

Si bien antes eran prácticas que sólo estaban autorizadas ante una indicación médica, a partir de la ley, se reconoce la anticoncepción quirúrgica como un método anticonceptivo entre los disponibles para elegir y debe ser incluido en las consejerías en salud sexual y salud reproductiva, formando parte del programa médico obligatorio. Esta es una ley nacional que no requiere adhesión de las provincias, por lo que todas tienen la obligación de garantizar el acceso. Los servicios de salud que cuenten con los medios técnicos deben cumplirla. En caso de no poder dar respuesta, deben garantizar la derivación oportuna a un centro en donde sea posible realizar la práctica.⁴¹

Para acceder a la práctica, se debe cumplir los siguientes requisitos:

- Recibir información clara y completa, en un espacio de consulta adecuado.
- Ser mayor de edad: es importante resaltar que a partir de la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial (CCyC) (ley 26.994), se adquiere la mayoría de edad para el pleno ejercicio del derecho a la salud y cuidado del propio cuerpo a partir de los dieciséis años (art.26 último párrafo, CCyC y Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación). Por lo cual, todas las personas pueden elegir y optar libremente

sin necesidad de asistencia alguna por este método anticonceptivo a partir de los dieciséis años de edad.

- Que la persona firme un consentimiento informado escrito.

A su vez, no es necesario el consentimiento de la pareja, cónyuge o conviviente (art. 2º, ley 26.130), haber tenido hijo/as, una autorización judicial. (art. 2º, ley 26.130); es importante aclarar que la única excepción a esta regla, establecida en el artículo 3º de la misma norma, es el haber sido la persona usuaria declarada incapaz por una sentencia judicial para el ejercicio de su derecho a optar autónomamente por este método anticonceptivo⁴². Todas las personas con discapacidad independientemente del carácter de la misma (mental/psicosocial o física) tienen la misma capacidad jurídica que todas las personas para el ejercicio de sus derechos en general y a la salud en particular. La existencia o no de un certificado de discapacidad no tiene efecto jurídico alguno en relación a su autonomía.

Finalmente, cuando hablamos de Orientación y Consejería, se refiere a que las personas que soliciten la ligadura o la vasectomía deben recibir información accesible, adecuada, completa y clara por parte del equipo de salud. Esto es necesario para que todas las personas puedan prestar su consentimiento informado. A su vez, con consejerías adecuadas disminuye el riesgo de que alguien pueda arrepentirse de la decisión.

Nosotros como personal de salud tenemos la obligación de brindar información clara y completa, explicar en qué consiste el método de manera detallada y qué implica para la salud, enseñar otras opciones anticonceptivas disponibles y las características del procedimiento quirúrgico, su efectividad, sus posibilidades de reversión, riesgos y consecuencias.

4. Aspectos familiares que influyen sobre los conocimientos que poseen las adolescentes.

La familia, de acuerdo a la declaración universal de los derechos humanos de 1948, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización⁴³.

El concepto de familia varía de acuerdo a diferentes culturas. La familia es un grupo con vida e identidad propia, con individuos que dentro de ella actúan como agentes. Este grupo posee una estructura específica en el que cada uno de los miembros asume una función de acuerdo con las pautas y normas explícitas e implícitas, pero exclusivas; permitiendo el funcionamiento equilibrado⁴⁴.

Si bien el concepto de familia fue evolucionando a través del tiempo, la familia es una organización en la cual los sujetos ocupan ciertos lugares que están interconectados e interrelacionados entre sí a través del ejercicio de ciertas funciones que cada lugar tiene asignado. Cada sistema tiene reglas propias acorde a su organización y son reglas las que garantizan la permanencia del sistema⁴⁵.

La familia es el lugar donde se desarrolla el adolescente desde el nacimiento y en ella se satisfacen todas las necesidades del desarrollo y la adaptación del sujeto; por ello, las características familiares y sociodemográficas presentes en el entorno familiar y en la comunidad pueden impactar negativa o positivamente sobre el conocimiento que poseen las adolescentes. Puede estar influenciado por diferentes variables como el ingreso económico familiar, el nivel de educación tanto de jóvenes como de los padres, la condición civil, el tipo de familia que integran, entre otras cosas. Hoy en día, el conocimiento en el uso eficiente del método anticonceptivo a nivel personal como familiar, son aspectos claves para mantener una buena calidad de vida.

El principal contexto para la comunicación y el aprendizaje lo constituye la familia; un entorno familiar abierto, favorece el crecimiento y el ajuste psicológico del adolescente. Si bien sabemos, Argentina siendo un país en vías de desarrollo, las familias enfrentan múltiples problemas económicos, personales, educacionales, familiares y culturales, por tanto, para analizar los conocimientos que poseen las adolescentes, es necesario estudiar estas variables y verificar las posibles barreras que las adolescentes enfrentan en su entorno familiar para llegar y hacer uso de ellas. Hoy en día, existe en la sociedad una cultura tradicional donde es difícil encontrar una familia, escuela o en la sociedad personas que educan a los adolescentes sobre la vida sexual. Es por ello que no estamos cumpliendo con la educación real y necesaria de las adolescentes.

La estructura familiar es un proceso dinámico que cambia con relación al momento histórico en que se estudia, a la etapa del ciclo vital o a los determinados acontecimientos vitales a

los que se puede ver involucrada. Seguidamente se presentan los tipos de familias según convivencia de generaciones⁴⁶:

- A. **Familia nuclear completa:** es la que incluye a padres e hijos que conviven bajo el mismo techo.
- B. **Familia de un solo progenitor y familia nuclear incompleta:** está conformada por madre e hijos (diada materna) o padre e hijos (diada paterna), pero que necesariamente la pareja debió convivir bajo el mismo techo por lo menos durante 1 año.
- C. **Familia extensa completa:** se considera bajo esta categoría a la convivencia de tres generaciones (abuelos padres y nietos), bajo el mismo techo.
- D. **Familia extensa incompleta:** es la constituida por abuelos, padres y nietos o tíos y nietos. o sea, familia extensa es aquella en la cual falta uno de los abuelos o alguno de los padres, por lo que los hijos deben convivir con los abuelos y tíos.

Por su parte, tipos de familia según relación de pareja mencionamos las siguientes:

- A. **Legal:** es la unión por vínculo matrimonial civil o religioso.
- B. **De hecho:** es la convivencia de la pareja bajo el mismo techo, en forma permanente. esta unión se convierte en legal después de un año de convivencia. tanto la unión legal como de hecho se pueden clasificar de la siguiente forma:

Unión libre: los miembros de la pareja se unen sin vínculo legal.

Padrastral simple: uno de los miembros de la pareja ha tenido uniones anteriores y trae o no a sus hijos a la nueva unión.

Padrastral compuesta: los dos miembros de la familia han tenido uniones anteriores y traen o no a sus hijos a la nueva unión.

Padrastral superpuesta: los dos miembros de la pareja han tenido uniones anteriores y ambos traen a sus hijos a la nueva unión de la cual nacieron otros.

Y, por último, familia según tipo de asociación:

A. Diada: es la relación de dos personas, puede ser de dos tipos:

Simple: es el llamado, madresolterismo o padresolterismo.

Compuesta: es cuando el abuelo/a se hace cargo de un nieto/a o cuando un tío se hace cargo de un sobrino.

B. Relaciones esporádicas: unión erótico afectivo en la cual no hay convivencia bajo el mismo techo. Se pueden dar los siguientes casos:

Relaciones de amantazgo.

Poligínica manifiesta: relaciones con varias mujeres en forma esporádica o permanente.

Poligínica encubierta: relaciones esporádicas o permanentes de forma oculta.

C. relaciones situacionales: conviven bajo el mismo techo personas sin vínculos parentales o legales.

Es importante promover en el hogar conductas responsables que desarrollen la participación, discusión con los padres, hermanos y el entorno familiar con las hijas adolescentes sobre educación sexual; esto es fundamental para el desarrollo de hábitos saludables en la temática. Por otro lado, brindar la información necesaria de acuerdo a las edades y situación de convivencia social familiar, sería la elección recomendada para mejorar el conocimiento de métodos anticonceptivos de las adolescentes en general.

Algunos autores, educadores e investigadores sugieren respecto a la educación sexual, que debe aprenderse en el hogar con los padres, y estos deben dar y ser ejemplos de amor, respeto mutuo y ayuda entre padre y madre; conduciendo que deben aprender que este es el aspecto más importante y el camino hacia la educación sexual. Para luego, recién, pasar a la responsabilidad del estado, y los educadores para llevar a la práctica cómo enseñar la educación sexual apoyando en la consejería los profesionales de la salud. Mediante un proceso de guía, orientación y comprensión de las conductas de salud sexual y reproductiva se aconsejará con el fin de ayudar a las mujeres y a su familia a asumir la responsabilidad de su propia salud y la de los demás. Por lo tanto, para cambiar conductas es necesario que cambien primero, las personas desde su cultura.

La educación y el ingreso económico de cada grupo familiar también explicaban un poco el conocimiento y uso de dichos métodos. A medida que el nivel educacional de un individuo aumenta, es muy probable que tenga y pueda acceder a más información respecto al tema. Una persona con mejor educación, poseerá habilidades y conocimientos, sobre muchos ejes temáticos que le facilitarán el conocimiento de los MAC. Por lo tanto, la maternidad en adolescentes será mayor cuando existe un limitado acceso a la educación, información y comunicación con los padres. Un elevado porcentaje de adolescentes no tienen un adecuado nivel de conocimientos y tienden a relaciones sexuales a más temprana edad, desprovistos de información acerca de su sexualidad y de sus responsabilidades⁴⁷. El determinante familiar y la educación de los padres es elemental en el comportamiento sexual; por medio de una comunicación positiva se debe promover el diálogo manteniendo la confianza, el afecto y la comunicación abierta, en temas de sexualidad que ellos deseen que se les aclaren, con una información veraz y no distorsionada⁴⁸.

Por otro lado, los individuos con mayores ingresos tienen mayor posibilidad de acceso a todo tipo de bienes, incluyendo pastillas anticonceptivas como la pastilla del día después que se puede conseguir en farmacias locales. Aún más, una persona de un país en vías de desarrollo, en comparación con otra de un país desarrollado, requiere un porcentaje mayor de sus ingresos para adquirir.

Otra de las explicaciones para el no uso de los métodos anticonceptivos, es la edad de las personas, se puede considerar que, a menor edad, se tiene menos conocimientos sobre temas de salud sexual.

Entonces, es importante conocer los factores que influyen en las conductas sexuales de las jóvenes ya que muchos atribuyen este comportamiento de riesgo a la escasa información, datos o creencias falsas, vergüenza frente a la búsqueda o consultas a terceros, falta de convencimiento de los métodos entre otros.

La planificación familiar es un derecho que tenemos los seres humanos y que beneficia a todas las personas; como ya he mencionado anteriormente, los métodos anticonceptivos ayudan a tomar decisiones sobre la cantidad de hijos que se desea o no tener, el control de la natalidad y prevención sobre embarazos no deseados en adolescentes. Está demostrado que ayuda a reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil. El embarazo y

las enfermedades de transmisión sexual deben ser un tema prioritario en la atención de las adolescentes, porque tendrá fuertes repercusiones sanitarias tanto en la madre como en el niño⁴⁹.

En lo que refiere a la planificación de la familia, se establece la importancia de contar con programas específicos, para los cuales el propósito deberá ser, potenciar en las parejas y las personas su capacidad de decisión, para que puedan ejercer sus opciones con conocimiento, y contar con métodos anticonceptivos eficaces.

Al hablar de prevención, reducción, responsabilidad, comportamiento, promoción, control, etc., no podemos dejar de mencionar al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, quien identifica en los individuos diferentes factores modificables que dan como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud. Este modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable⁵⁰.

La salud es considerada uno de los grandes valores individuales y colectivos, al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales. Junto con otros valores como la justicia, la libertad y la educación, la salud es considerada como un bien al cual las personas tienen derecho, y que debe ser conservado⁵¹. En la actualidad, se vive una realidad totalmente diferente, se dieron y se dan cambios continuos debido a la modernización y a los avances tecnológicos; vivimos en un mundo social un poco agitado y estresante. Existen cambios en el rol de la mujer que afectan sus costumbres y sus hábitos y que influyen en las modificaciones de las conductas sanitarias. Ofrece una estrategia para profundizar el modo en que las personas toman decisiones sobre el cuidado de su salud.

Este modelo propuesto por Nola Pender, es muy utilizado por los profesionales de enfermería, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y orienta hacia el fomento de conductas saludables. Es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas interactuando con su entorno e intentando alcanzar un determinado estado de salud. Según esta teoría, la promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano⁵².

Por lo tanto, el modelo de promoción de la salud, plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en

la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Este modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable; es una herramienta muy utilizada y poderosa para enfermería, puede ayudar a profesionales de la salud a entender el proceso salud-enfermedad, así como a apoyar la práctica de enfermería y sirve para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las adolescentes a partir del concepto de autoeficacia, señalado por la autora.

CAPÍTULO II:

Embarazo en la adolescencia.

1. Consideraciones del embarazo en Argentina y el mundo:

Desde el Ministerio de Educación de la Nación, se puso en marcha un proyecto a través del programa Nacional de Educación Sexual Integral con el fin de trabajar en la disminución de los embarazos no intencionales y cumplir con los derechos sexuales y derechos reproductivos de los adolescentes.

Los derechos sexuales son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. Ambos derechos son reconocidos como parte de los derechos humanos. En este sentido, reconocen el derecho a una anticoncepción eficaz⁵³.

Por otro lado, cuando hablamos de los derechos reproductivos⁵⁴, se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

La OMS, estableció una definición oficial de Salud Reproductiva, con la cual plantea un abordaje integral de la problemática de la reproducción, incluyendo el tratamiento de diversas cuestiones, como son las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, aborto, etc., superando así el enfoque sostenido por las políticas de población, que poseían como objetivo la disminución de la natalidad a través del instrumento de la planificación familiar.

Es necesario abordar los embarazos, las maternidades y paternidades en la adolescencia, como así también la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que niñas, niños y adolescentes son sujetos de derechos tal como se manifiesta en la Convención de los Derechos del niño de 1989 y como lo establece la Ley N° 26.061, sancionada en 2005 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes⁵⁴. También la ley N° 23.849, sancionada en el año 1990, que ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, establece que se les debe garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud;

por ello, la necesidad de ofrecer respuestas ante cada situación para favorecer el desarrollo de la autonomía personal.

Las adolescentes que desean comenzar con su vida sexual, tienen derecho a recibir información y atención en cualquier servicio de salud para luego decidir cómo desean cuidarse. Y los adultos deben aceptar la responsabilidad de acompañarlos brindando información para su comprensión.

Por su parte, los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva⁵⁵ también están reconocidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño en el artículo veinticuatro; este artículo menciona en uno de sus incisos que: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.” En otro de sus incisos establece que “Los Estados Partes aseguren la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.”; “Asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a la madre.” y “Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia”.

Existen varios tratados internacionales relativos al tema, especialmente a la salud sexual y reproductiva como a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. En 1979, fue aprobado por la Organización de las Naciones Unidas, la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; este tratado se ocupa de establecer obligaciones específicas para combatir la trata de mujeres, toda forma de explotación sexual, la prostitución, como la discriminación en el ejercicio de cada uno de los derechos humanos, busca igualdad entre hombres y mujeres y el acceso a los servicios de atención médica.

La Argentina al haber incorporado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer y la Convención Internacional de los Derechos del Niño a su constitución, reconoce y admite los derechos en ellas establecidos, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos y específicamente a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Con el paso de los años, a comienzos del año 1974 hubo prohibición de actividades destinadas al control de la natalidad y la restricción de ventas de anticonceptivos dispuesto por la presidenta Isabel Perón; seguidamente, con la restauración de la democracia y el decreto 2298/86, se puso nuevamente en marcha acciones positivas respecto al tema, se levantan las prohibiciones y se comienzan a vender en farmacias lentamente abriendo así, la posibilidad de tener acceso a la información el sector social, pero dejando de lado a quienes no contaban con recursos económicos suficientes para adquirirlos y gozar de una vida sexual plena.

En el año 1988 se produce la primera intención de organización referida a la problemática de salud reproductiva con la puesta en marcha de un programa de procreación responsable, implementado por la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires⁵⁶. El mismo se basaba en suministrar información, asistencia y provisión en anticoncepción con la apertura de diferentes consultorios en distintas instituciones de salud. Si bien en su primer momento hubo muchísimas dificultades para su desarrollo por falta de abastecimiento de los insumos, ya para el año 1995 la situación mejoró y hubo una expansión en red del programa.

Con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan a la salud sexual y a la salud reproductiva, en octubre de 2002 se sancionó la Ley 25.673 aprobada por la mayoría de los legisladores, estableciendo la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Mediante el Decreto Nacional 1282/2003⁵⁷, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se pone en marcha con los siguientes objetivos:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- Disminuir la morbilidad materno-infantil;
- Prevenir embarazos no deseados;
- Promover la salud sexual de los adolescentes;

- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Por otra parte, en el 2006 se sancionó la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica que incorporó la posibilidad de acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria y la vasectomía. Estableciendo de esta manera, que toda persona tiene derecho a acceder a realizarse esta práctica quirúrgica en cualquier servicio del sistema de salud.

En Chile⁵⁸, la implementación de programas de planificación familiar desde el año 1965 ayudó a mejorar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia reduciendo la fecundidad en un 65 % en cinco décadas; confirmando que las decisiones que se toman en torno a la planificación familiar desde el sector socio político, repercuten directamente en la maternidad.

En nuestro país, en el año 2006, la ley 26.150 establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual integral y se crea el programa integral de Educación Sexual Integral (ESI), con el propósito de garantizar el acceso a este derecho a todas las escuelas del país. En su artículo 1º establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal.

Y en su artículo tercero, presentan los siguientes objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral⁵⁹:

- Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;

- Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), es el marco normativo mínimo de reconocimiento y respeto de los derechos de los niños y adolescentes, en el cual deben sustentarse las acciones y políticas de los países que la han ratificado.

El reconocimiento de los adolescentes como sujetos de derechos, por parte de la CDN, implica un cambio en el tratamiento y consideración de las problemáticas vinculadas a dicha población, e implica abandonar la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el estado y la sociedad. Determinando el desarrollo por parte del estado de políticas integrales que respeten y garanticen sus derechos.⁶⁰

Esta nueva perspectiva adoptada por la CDN, se encuadra en lo que se denomina la doctrina de la protección integral. Si bien no se puede dar una definición acabada de lo que significa protección integral, si se puede afirmar que lo que la caracteriza es la protección de derechos. La doctrina de la protección integral considera que la infancia es una sola y su protección se expresa en la exigencia de formulación de políticas básicas universales para todos los niños, el cual más allá de su realidad económica social, es sujeto de derechos y el respeto de los mismos debe estar garantizado por el Estado.

De esta manera queda en evidencia que los avances en los diferentes programas y garantizar los derechos de las personas; concomitante el establecimiento de las leyes, constituyen un marco legal que orientan y consagran los derechos, las responsabilidades y las obligaciones del estado nacional y de la sociedad en su conjunto para ofrecer herramientas que mejoren la calidad de vida de las adolescentes.

2. Leyes que reconocen los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Argentina:

2.1. Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva ⁵³, reconocida en Argentina en el año 1985 los derechos reproductivos y derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y en 1994 se los invistió de jerarquía constitucional, incorporándolos a la Carta Magna mediante el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional (CN).

A partir de este hecho e impulsado por el movimiento de mujeres, en trece jurisdicciones provinciales se aprobaron leyes de salud sexual y salud reproductiva, entre ellas se encuentran Chaco (ley 4276 de 1999), Mendoza (ley 6433 de 1996), Neuquén (ley 2222 de 1997), Misiones (decreto 92/98), Jujuy (ley 5133 (1999), Chubut (ley 4545 de 1999), San Juan (resolución 628/00), CABA (ley 418 de 2000), Río Negro (ley 3450 de 2000), Santa Fe (ley 11.888 de 2001), La Pampa (ley 1363 de 2001), Tierra del Fuego (ley 509 de 2001), y La Rioja (ley 7049 de 2002).

En octubre de 2002 se sancionó esta ley aprobada por la mayoría de las/los legisladores/as de los distintos partidos políticos. La norma estableció la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género.

2.2. Ley 26.529 de Derechos del Paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud ⁶¹, fue sancionada el 21 de octubre de 2009, establece los derechos esenciales de los pacientes tales como asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica. Esta ley define y legisla sobre la información sanitaria, el consentimiento informado y establece que el paciente es el titular de la historia clínica.

2.3. Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes año 2005⁶², tiene por objetivo la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en

los tratados internacionales en los que la Nación sea parte. Los derechos aquí reconocidos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados en el principio del interés superior del niño.

2.4. Ley 23.849 Convención sobre los Derechos del Niño de 1990⁶³, es el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado de la historia. Ha inspirado a los gobiernos a modificar leyes y políticas, a hacer inversiones para que más niños finalmente puedan acceder a la nutrición y los servicios de salud que necesitan para sobrevivir y desarrollarse, y ha llevado a la adopción de medidas más firmes para proteger a la infancia contra la violencia y la explotación. La Convención sobre los Derechos del Niño explica quiénes son los niños, cuáles son sus derechos y cuáles las responsabilidades de los gobiernos. Todos los derechos están ligados entre sí; todos son igual de importantes y no se puede privar a los niños de ninguno de ellos.

2.5. Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica⁶⁴, es una medida para las intervenciones de contracepción quirúrgica. El 9 de agosto de 2006 se sancionó la ley que autoriza a toda persona mayor de edad a acceder a intervenciones quirúrgicas anticonceptivas, como la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía, en los servicios del sistema de salud, sin necesidad del consentimiento del cónyuge.

2.6. Ley 26.862 Reproducción Médicamente Asistida de 2013⁶⁵, donde se expresa que una persona podrá acceder a un máximo de cuatro tratamientos anuales de baja complejidad y hasta tres tratamientos de reproducción de alta complejidad, con intervalos mínimos de tres meses entre cada uno de ellos.

Se deberá comenzar siempre con técnicas de baja complejidad, al menos tres intentos, antes de acceder a las de alta complejidad. La única excepción será la existencia de causas médicas debidamente documentadas, que justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad.

Los establecimientos sanitarios para realizar procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida y los bancos de gametos y/o embriones deberán estar habilitados por el Registro Federal de Establecimientos de Salud. Estas técnicas comprenden a todos los tratamientos o procedimientos para lograr el embarazo y se dividen en dos tipos: Las técnicas de baja complejidad que son aquellas que tienen como objetivo la unión del óvulo

con el espermatozoide dentro del aparato de reproducción femenino, por ejemplo, la estimulación ovárica y la inseminación intrauterina. Y las técnicas de alta complejidad, son aquellas que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el espermatozoide por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro entre otras.

2.7. Ley 23.798 Nacional de Sida de 1990⁶⁶, se declara de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la obligación de detectar el virus y sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otras derivadas sanguíneas para uso terapéutico, en particular en caso de donantes de órganos. Se incorporan pruebas de rastreo en los controles para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país. Las autoridades sanitarias deberán desarrollar programas destinados a tratar la enfermedad, así como a evitar su propagación. Las medidas que se adopten no podrán afectar los derechos de las personas en relación con su dignidad, integración social, secreto médico, privacidad, e identidad.

2.8. Ley 26.150 de Educación Sexual Integral por la que se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral⁶⁷, es promulgada en octubre de 2006 y con ella se busca garantizar el derecho de los/las estudiantes de todo el sistema educativo a recibir “educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada” de todas las jurisdicciones. El enfoque que encierra esta ley supera las visiones parciales que miraban por separado los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, incorporándose en una perspectiva superadora. Esta norma prevé la incorporación de la complejidad de la temática en los lineamientos curriculares, llevando este enfoque a los distintos niveles del sistema educativo, mediante pautas y propuestas didácticas de acuerdo a la diversidad sociocultural local.

2.9. Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres⁶⁸, fue promulgada en abril de 2009, aspira a eliminar la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida, afirmando en particular el derecho de las mujeres a una vida sin violencia.

2.10. Ley 26.743 de Identidad de Género del año 2012⁶⁹ que permite que las personas trans (travestis, transexuales y transgéneros) puedan ser inscritas en sus documentos

personales con el nombre y el género de elección, además de ordenar que todos los tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio, lo que garantiza una cobertura de las prácticas en todo el sistema de salud, tanto público como privado.

2.11. Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario⁷⁰, sancionada en el año 2010 que no solo tiene que ver con parejas por fuera de la heteronormatividad que deseaban casarse, sino que, además, representa el acceso a derechos como el poder compartir junto al cónyuge una cobertura de salud, el derecho a la herencia, a la propiedad de los bienes compartidos o, importantísimo, el derecho a obtener una pensión en caso de fallecimiento de uno de los integrantes de la pareja.

2.12. Ley 26.378 de Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad⁷¹, entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Supone la culminación de cinco años de negociaciones y decenios de lucha por parte de personas con discapacidad y las organizaciones dedicadas a promover sus intereses con el fin de lograr el reconocimiento mundial de la discapacidad como cuestión de derechos humanos. Gracias al decidido apoyo político de un amplio abanico de actores, la Convención ha sido el tratado de derechos humanos cuya negociación ha sido más rápida hasta la fecha. La Convención representa un cambio de paradigma en el trato de las personas con discapacidad: se ha pasado de una perspectiva médica o caritativa a un enfoque de derechos humanos, que vela por que las personas con discapacidad tengan acceso y puedan participar en las decisiones que influyen en su vida y solicitar reparación en caso de que se violen sus derechos. A fecha de 1 de julio de 2008, 29 Estados habían ratificado la Convención y 18 habían ratificado su Protocolo Facultativo.

2.13. Código Civil y Comercial de la Nación del año 2015⁷², régimen legal para consentimiento autónomo en el cuidado del propio cuerpo. El artículo 26, dispone que: Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. Se presume que “el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí mismo respecto de aquellos tratamientos que no resultan

invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto de las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”. Esta norma debe complementarse con el artículo 59 del mismo cuerpo legal –vinculada al consentimiento informado– pues de esta última se desprende que no se requiere de capacidad jurídica para tomar este tipo de decisiones, sino de “aptitud” o “competencia”. Ambas normas, analizadas desde el punto de vista de los niños y adolescentes, resultan claras expresiones del principio de autonomía progresiva, que implica la asunción por los niños, niñas y adolescentes de diversas funciones decisorias según su grado de desarrollo y madurez.

2.14. Código Penal, artículo 86 (1921). Interrupción legal del embarazo⁷³. Fallo F.A.L. s/medida autosatisfactiva. “F.A.L. s/medida autosatisfactiva” (en adelante, “FAL”) es un fallo paradigmático en materia de delito de aborto no punible, dictado en nuestro país por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 13 de marzo de 2012. Este fallo declaró procedente un recurso extraordinario interpuesto por el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut en su carácter de Tutor Ad-Litem y Asesor de Familia e Incapaces en representación de un niño por nacer, hijo de una adolescente de 15 años que había sido abusada sexualmente por su padrastro. La adolescente, a consecuencia del abuso, quedó embarazada del niño en cuestión. La madre solicitó a la Justicia de la Provincia de Chubut que se dispusiera la interrupción del embarazo. Su pedido fue rechazado en primera y segunda instancia, pero finalmente admitido por el Superior Tribunal de esa Provincia, el cual entendió que el caso encuadraba dentro de los supuestos de abortos no punibles expuestos en el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal. De modo tal que el 11 de marzo de 2010 en el Centro Materno Infantil del Hospital Zonal de Trelew se llevó a cabo del aborto.

2.15. La Ley de parto humanizado 25.929⁷⁴, sancionada el 25 de agosto del año 2004, establece como obligatorias para las obras sociales y empresas de medicina prepagas,

prácticas relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post parto. Entre otros, establece los siguientes derechos de la mujer: a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pueden tener lugar durante el parto y postparto; a un parto respetuoso de los tiempos biológico y psicológico; a ser informada sobre la evolución de su parto; a elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto, entre otros.

2.16. Resolución 989/2005⁷⁵: La Atención Post Aborto está basada en la guía para el mejoramiento de la atención post aborto publicada por la dirección Nacional de Maternidad e infancia del Ministerio de salud de la Nación (diNAMI) en agosto de 2005 (con segunda y tercera edición en septiembre de 2007 y diciembre de 2009). Esta guía fue aprobada por resolución Ministerial N° 989, del 9 de agosto de 2005, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por resolución (MsyAs) N° 1459, del 1° de junio de 1993.

Esta guía, está orientada a mejorar la atención de las mujeres que consultan a las guardias médicas o centros de salud mientras están cursando cualquiera de las variantes clínicas de un post aborto. Debe ser aplicada por todos aquellos equipos de salud que puedan recibir este tipo de consultas, como servicios hospitalarios de ginecología, obstetricia, guardia general y guardia obstétrica, y centros de atención primaria de la salud. Está destinada a todos las/los integrantes del equipo de atención, como médicas/os generalistas y especialistas en toco ginecología y anestesiología, obstétricas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y administrativas/os. Pretende acercar a los equipos de salud algunas herramientas que les permitan ofrecer una mejor calidad de atención, llevada a cabo desde una perspectiva integral y centrada en la mujer.

2.17. Resolución 65/2015 Nuevo Código Civil y Comercial⁷⁶, es una lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. En la Resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, se establece un documento de acuerdos sobre la interpretación del CCyC en relación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos; se considera que a pesar de que las PCD tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, persiste en la atención en salud una fuerte “presunción de incapacidad”. En ese sentido, se señala que esta presunción está basada en el viejo modelo de la sustitución de la voluntad, que implicaba, en muchos casos, que sean las/os “representantes legales”

quienes tomen decisiones sanitarias en nombre de la persona titular del derecho. Se desprenden de esta “presunción de incapacidad” distintos tipos de barreras, tanto físicas como culturales, que enfrentan las PCD en las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva. Por esto es necesario el reconocimiento de derechos y reforzar la obligación de atención y prestación de los servicios sanitarios sin barreras o requerimientos especiales innecesarios e ilegales. Todas las personas deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud. Esto implica que las PCD son quienes consienten de forma autónoma las prácticas y prestaciones de salud que las involucra. En la misma Resolución 65/15, se remarca que es el sistema de salud el que debe realizar los ajustes razonables tendientes a facilitar que las PCD puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y recibir la atención sanitaria en los términos que les resulten más accesibles, aceptables y con la mejor calidad disponible y en igualdad de condiciones que las otras personas. En esa línea, las/os profesionales de la salud están en la obligación de tomar medidas necesarias para garantizar la accesibilidad. Por un lado, deben considerarse las medidas que garantizan el acceso físico como por ejemplo camillas, pasillos, escaleras, ascensores, diferentes tamaños de materiales para revisión, etc. También las acciones que promueven la accesibilidad comunicacional (p.ej., en cuanto al idioma, lenguaje sencillo, lengua de señas, sistema braille, forma de transmitir información, etc.), sino también en relación con el ejercicio de otros derechos como la privacidad, confidencialidad, dignidad, igualdad, etc. Las personas con discapacidad tienen el derecho a utilizar un sistema de apoyos, esto quiere decir que puede elegir a una o más personas de confianza (ya sea dentro de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos) para que acompañen el proceso de toma de decisiones sobre la salud y el cuidado del propio cuerpo.

CAPÍTULO III:

Materiales y Métodos.

1. Contextualización del sitio de estudio:

El contexto en el que se desarrolló el presente estudio fue en el barrio Sol de América de la localidad de San Vicente Misiones, ubicado entre las calles: Jorge Newbery, Andrés Guacurari, Bernardo Houssay, avenida Libertador y avenida Constitución.

El barrio cuenta con una cancha de fútbol, perteneciente al club que lleva el nombre del barrio "Club Sol de América", dos espacios verdes utilizados como plazas principales, una iglesia católica denominada "San Antonio", una escuela secundaria que se encuentra en el límite con otro barrio de la zona y una salita de atención primaria de la salud donde acuden familias de diferentes barrios de San Vicente. La infraestructura de esta institución está hecha de material, se encuentra ubicada sobre la calle Facundo Quiroga, tiene conexión a red de agua potable y energía eléctrica. Cuenta con un consultorio en el cual asisten diferentes especialidades médicas y de enfermería para cubrir la demanda de la población. Este consultorio como toda la institución está equipado con ventilación, iluminación, lavadero, carros con elementos de uso profesional. También cuenta con una pequeña farmacia con medicación e insumos de diferentes programas provinciales y nacionales. En su sala de espera, contiene importantes afiches y cartelería de promoción de salud.

En cuanto al horario de atención del Centro de Salud es de 6 a 13 horas, en el transcurso de la mañana se realiza control de peso y talla en niños, control del niño sano, control de adultos y embarazadas, entrega de leche, entrega y administración de medicamentos según indicación médica, vacunación a la población en general, consultas con médicos de diferentes especialidades dependiendo el día, actividades de promoción de la salud y prevención como charlas, talleres, educación sanitaria en la comunidad mediante visitas domiciliarias para los grupos de riesgo y en la sala de espera de la institución, entre otras actividades.

Los sujetos de cuidados que concurren a dicho centro de salud son niños, niñas, adolescentes en menor medida y adultos de ambos sexos, que presentan o no diferentes enfermedades o solo a control como se mencionó anteriormente. De acuerdo a información obtenida por los profesionales del establecimiento, son escasas las adolescentes que acuden en busca de información sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo mediante una metodología cuantitativa de tipo descriptivo.

La población quedó conformada por todas las adolescentes, en edades comprendidas entre 16 a 19 años, que cumplieron los criterios de inclusión, y que, luego de la explicación del estudio, aceptaron su participación mediante la firma en el consentimiento informado y que se encontraban en su domicilio al momento de la aplicación del instrumento. Cabe señalar que se trabajó con el total de la población en estudio, ya que, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la población en estudio fue de 54 unidades de análisis, que fueron incluidas y observadas; a fin de que, los resultados puedan ser significativos y representativos mediante valores estadísticos que permitan generalizar los hallazgos.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de sexo femenino.
- Edad comprendida entre 16 a 19 años.
- Adolescentes que acepten participar de la investigación.
- Adolescentes que no estén embarazadas ni tengan hijos.
- Adolescentes que se encuentren en su domicilio al momento de la recolección de datos.
- Adolescentes que certifiquen domicilio en el barrio Sol de América.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes menores de 16 años y mayores de 19 años.
- Adolescentes que no deseen participar de la investigación.
- Adolescentes que presenten alguna morbilidad.

La recolección de los datos se realizó durante el mes de diciembre del año 2020. El instrumento a través del cual se construyó la base metodológica u observable fue un cuestionario (anexo I), elaborado por la Licenciada en Obstetricia Flor de María Vásquez Saldarriaga modificado para su aplicación. El cuestionario fue respondido una vez que leyeron el consentimiento informado y aceptaron participar del estudio (anexo II). Está

constituido por 17 ítems, divididos por cada dimensión y de acuerdo a la cantidad de respuestas se puntuaron de la siguiente manera:

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos de barrera con 5 ítems:

1. Bueno: 5 a 7 puntos.
2. Regular: 3 a 4 puntos.
3. Deficiente: 0 a 2 puntos.

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales con 4 ítems:

1. Bueno: 4 a 6 puntos.
2. Regular: 2 a 3 puntos.
3. Deficiente: 0 a 1 puntos.

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos definitivos con 8 ítems:

1. Bueno: 6 a 9 puntos
2. Regular: 4 a 5 puntos.
3. Deficiente: 0 a 3 puntos

La técnica aplicada por el investigador en el sitio de estudio, fue una encuesta cerrada que se entregó a cada unidad de análisis que aceptó participar de la investigación y que se encontraba en su domicilio, certificando el mismo al momento de la recolección. La visita domiciliaria para recoger los datos se realizó durante un mes, el turno mañana y turno tarde. En esta encuesta marcaron su respuesta con (X), contaron con un tiempo de 5 minutos aproximadamente y lo hicieron en presencia del investigador para aclarar dudas si hubiese.

La carga de los datos se realizó en una base de datos computarizada utilizando un programa informático microsoft excel 2007 y exportada para su análisis con el programa Epi Info 7.2.3.1.

Para la tabulación y codificación según las variables afirmativas marcadas con (X) tenían un valor de 1 (uno) mientras que las que no fueron marcadas con (X) siendo consideradas con 0 (cero).

En cuanto a la validez, el instrumento para medir el conocimiento en las adolescentes, fue validado por expertos acreditados en el área, quienes modificaron la redacción para que el instrumento sea comprensible por las entrevistadas.

La confiabilidad del cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes, fue validado y sometido a juicio de profesionales especialistas en el área. Deduciendo que el instrumento de investigación es confiable.

Variable: conocimientos sobre métodos anticonceptivos: entendida como el conjunto de conocimientos o información verdaderos o falsos que tienen las adolescentes sobre los tipos, usos y beneficios de métodos anticonceptivos.

Dimensión: conocimientos sobre métodos anticonceptivos de barrera: entendida como el conjunto de conocimientos o información verdaderos o falsos que tengan las adolescentes sobre métodos anticonceptivos de barrera.

Indicadores: diferencia un método anticonceptivo de barrera de otros. Reconoce su composición. La adolescente reconoce su uso.

Dimensión: conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales: entendida como el conjunto de conocimientos o información verdaderos o falsos que tengan las adolescentes sobre métodos anticonceptivos hormonales.

Indicadores: la adolescente conoce cuales son los métodos anticonceptivos hormonales. Reconoce las ventajas. La adolescente reconoce su uso e indicación.

Dimensión: conocimientos sobre métodos anticonceptivos quirúrgicos: entendida como el conjunto de conocimientos o información verdaderos o falsos que tengan las adolescentes sobre métodos anticonceptivos definitivos.

Indicadores: la adolescente conoce cuales son los métodos anticonceptivos quirúrgicos. Reconoce las ventajas. La adolescente reconoce su uso e indicación. Identifica su estructura anatómica donde se realiza el procedimiento.

Variable: características sociodemográficas: son aquellas características biológicas, sociales, culturales o económicas que están presentes en las adolescentes y sus familias, son medibles para determinar la accesibilidad y conocimientos que tienen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

Otras das dimensiones que se tendrán en cuenta en el estudio son:

Estado civil: es un conjunto de características que distingue a las adolescentes de los demás y de su familia.

Grado de formación: es el nivel de estudios alcanzado por los adolescentes sin tener en cuenta si se han terminado.

Ocupación: actividad laboral que realizan las adolescentes de forma regular o continua.

Tipo de familia: es un conjunto de características que puede interferir en la funcionalidad de la familia y que puede influir positiva o negativamente en la información que reciban las adolescentes.

De donde recibió información sobre los MAC: factores que influyen y determinan el conocimiento de conductas reproductivas.

Grado de escolaridad de los padres: es el nivel de estudios alcanzado por los padres de las adolescentes sin tener en cuenta si se han terminado.

Variable	Dimensión	Valor	Indicador
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos: entendida como el conjunto de conocimientos o información verdaderos o falsos que tienen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera, los cuales se dividen en preservativo masculino y preservativo femenino: y son aquellos que evitan el contacto directo entre el pene y la vagina mediante una barrera.	Bueno Regular Deficiente	La adolescente conoce cuales son los métodos anticonceptivos de barrera. Reconoce el preservativo masculino, femenino y diafragma. conoce su composición. La adolescente reconoce su uso.
	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales, son aquellos que producen un cambio en el cuello uterino impidiendo el paso de los espermatozoides e inhibiendo la ovulación; dentro de los cuales se contemplan los anticonceptivos orales, inyectables, implantes, parche y anillo vaginal.	Bueno Regular deficiente	La adolescente conoce cuales son los métodos anticonceptivos hormonales. Reconoce anticonceptivos orales e inyectables. implante, parche y anillo vaginal. Sabe de las ventajas. La adolescente reconoce su uso e indicación.

	<p>Conocimiento sobre métodos anticonceptivos definitivos, los cuales son métodos quirúrgicos irreversibles contemplando este grupo la ligadura de trompas y la vasectomía.</p>	<p>Bueno Regular Deficiente</p>	<p>La adolescente conoce cuales son los métodos anticonceptivos definitivos o quirúrgicos. Reconoce las ventajas. La adolescente reconoce su uso e indicación. Identifica su anatomía donde se realiza el procedimiento.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Variable	Dimensión	Valor	Indicador
<p>Características sociodemográficas: son aquellas características biológicas, sociales, culturales o económicas que están presentes en las adolescentes y sus familias, son medibles para determinar la accesibilidad y conocimientos que tienen las adolescentes sobre</p>	<p>Estado civil: es un conjunto de características que distingue a las adolescentes de los demás y de su familia.</p> <p>Grado de formación: es el nivel de estudios alcanzado por los adolescentes sin tener en cuenta si se han terminado.</p>	<p>Soltera Casada Divorciada</p> <p>Primario Secundario Universitario Ninguno</p>	

<p>métodos anticonceptivos.</p>	<p>Ocupación: Actividad laboral que realizan las adolescentes de forma regular o continua.</p> <p>Tipo de familia: es un conjunto de características que puede interferir en la funcionalidad de la familia y que puede influir positiva o negativamente en la información que reciban las adolescentes.</p> <p>De quien recibieron información sobre MAC: factores que influyen y determinan el conocimiento de conductas reproductivas.</p>	<p>Trabajo Estudio Trabajo y estudio</p> <p>Nuclear completa. Nuclear incompleta. Extensa completa. Extensa e incompleta.</p> <p>Padres Personal de salud Maestros Otros</p> <p>Primario</p>	
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



	Grado de escolaridad de los padres: es el nivel de estudios alcanzado por los padres de las adolescentes sin tener en cuenta si se han terminado.	Secundario Universitario Ninguno	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	--

2. Resultados y discusión:

Los resultados obtenidos desde el análisis de la metodología aplicada y de los resultados reunidos, permitió presentar las siguientes variables, y dimensiones respectivamente, las cuales son presentadas en el próximo apartado; dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación:

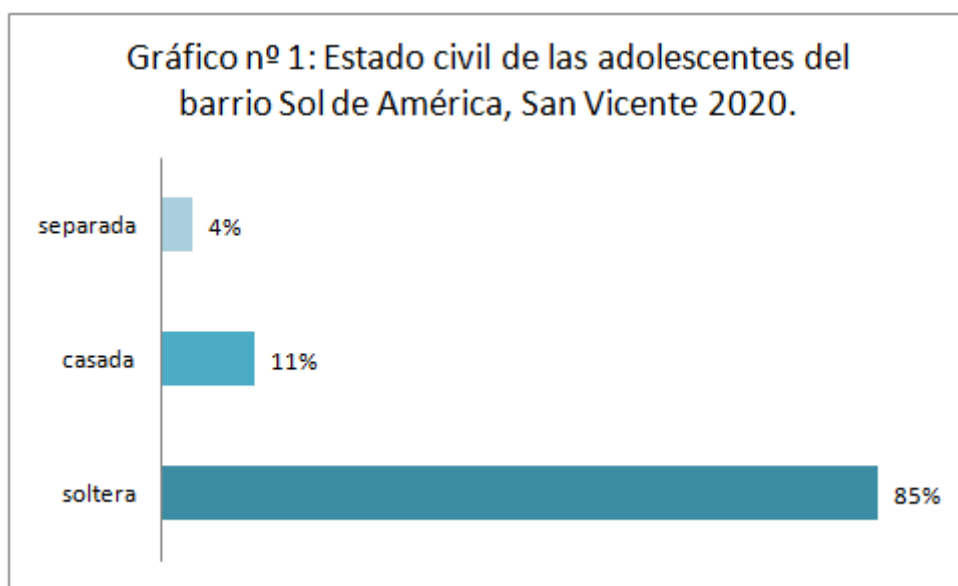


Gráfico 1

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico nº 1, podemos observar que, del total de las adolescentes estudiadas, 85 % son solteras, comprendiendo 46 adolescentes; el 11% se encuentran casadas, o sea 6 unidades de análisis; y una minoría de ellas, están separadas conformando un total de 4 % o bien a 2 adolescentes.

Según la RAE⁷⁷, el estado civil es la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.

En las condiciones actuales, el estado civil de las adolescentes parece depender de la concepción que tengan la mujer, la sociedad, y todo su entorno, sobre la función de la

mujer; por esto, en una sociedad tradicional hay mayor número de adolescentes y madres adolescentes casadas, mientras que en una sociedad donde la mujer es activa laboralmente o estudiante, como lo refleja esta investigación en este gráfico y en el gráfico nº 2, se observa mayor número de adolescentes solteras.

En este mismo sentido, los hallazgos no coinciden con lo expuesto por Flórez et al.⁷⁸, quienes definen en su estudio que hay más tendencia a la unión y al matrimonio en estratos bajos que en altos en las adolescentes. Los datos que este estudio arroja, no muestran lo mismo para la población en cuestión, ya que en general la gran mayoría de ellas son solteras.

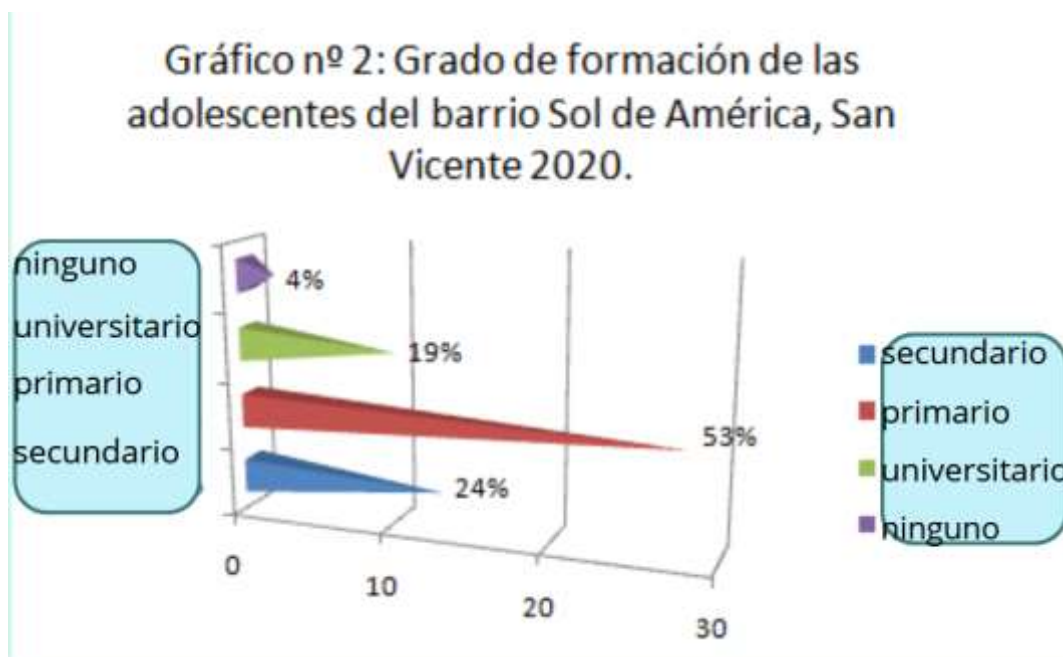


Gráfico 2

Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, en el gráfico nº 2, se analizó el grado de formación de las adolescentes. Donde se expresa que 29 adolescentes, es decir el 53 % han cursado solamente la primaria; mientras que 13 adolescentes, conformando el 24 % cursaron la secundaria; 10 de ellas cursaron el nivel universitario correspondiente a un 19 %; y finalmente 2 adolescentes, es decir el 4 % no han concurrido a ningún nivel educativo.

Como ya se mencionó anteriormente, las adolescentes se encuentran en una etapa de profundos cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales¹⁹, por lo tanto, las entidades educativas son uno de los pilares fundamentales para ayudar a adaptarse activamente a la vida e intervenir efectivamente en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

La escuela es el medio de enseñanza que posibilita la incorporación de conocimientos no solo para la continuación de los estudios superiores sino también para la vida. Ir a la escuela es un derecho reconocido por el estado, es el lugar en el que se enseñan y se aprenden posibilitando un modelo de aprendizaje a nivel individual y grupal.

Si analizamos los datos obtenidos, más del 95 % de las adolescentes tuvo posibilidad de asistir a la escuela, si bien se observa que la mayoría de las adolescentes presentan un nivel de instrucción predominante de secundaria, y que se encuentran en relación a la edad de las mismas, deben comprenderse, entre otras cosas, la naturaleza del periodo que atraviesan, de acuerdo a sus necesidades específicas, el rol del grupo que influye en sus comportamientos, los efectos de las variaciones, la influencia de los problemas derivados del entorno familiar y sobre todo los problemas especiales derivados de la maduración sexual.

Cabe resaltar que, junto al entorno familiar, la educación es uno de los instrumentos más valiosos que se utiliza para promover el desarrollo de hábitos y conductas saludables, por eso es fundamental aprovechar el gran porcentaje escolarizado y durante esta instancia generar conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos en las adolescentes.

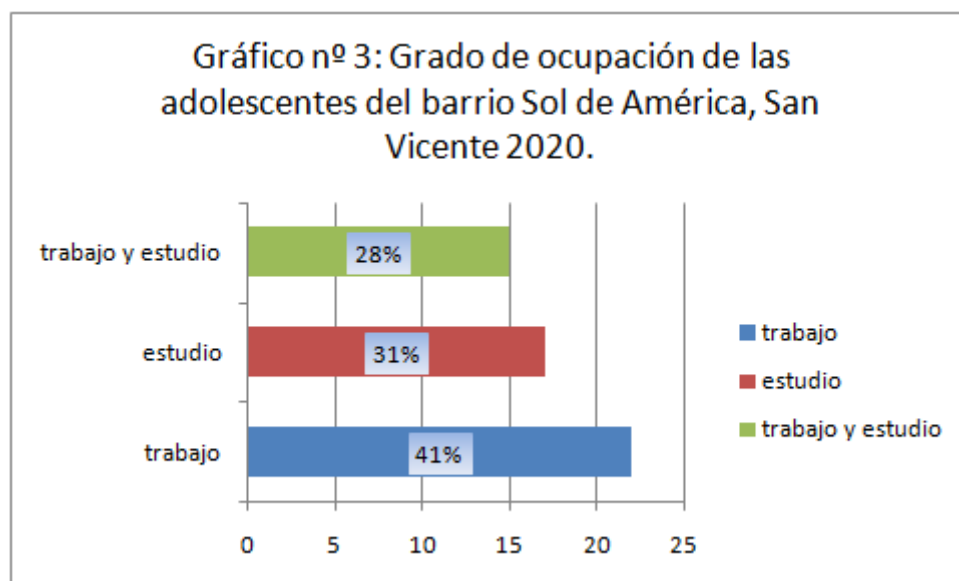


Gráfico 3

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico nº 3, donde expresa el grado de ocupación de las adolescentes, podemos observar que, de 54 adolescentes, el 41 %, es decir 22 adolescentes se encuentran trabajando; el 31 %, correspondiente a 17 adolescentes se encuentran actualmente estudiando; y el 28 % restante, realiza ambas actividades en simultáneo, es decir, 15 de ellas trabajan y estudian.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ⁷⁹, define al trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. Y al empleo como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo).

Este resultado, nos muestra que sólo 17 de ellas se dedican exclusivamente a estudiar, y sabemos que el trabajo a esa edad, impide que los niños, niñas y adolescentes crezcan ejerciendo sus derechos libremente, considerando ciertas consecuencias para su desarrollo emocional, cognitivo y social; dejándolos vulnerables ante ciertas circunstancias como lo es la salud sexual y reproductiva y afectando su calidad de vida.

A sabiendas de la importancia de revertir los resultados obtenidos y ofrecer mayor información sobre los métodos anticonceptivos desde las entidades educativas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados como lo mencionan en su investigación Pérez Blanco y Sánchez Valdivieso⁸⁰, es de vital importancia trabajar en la deserción escolar y poner a disposición de las adolescentes y su familia los medios y recursos necesarios para que puedan sobrellevar diversas situaciones, en particular las económicas para priorizar el goce total de sus derechos.

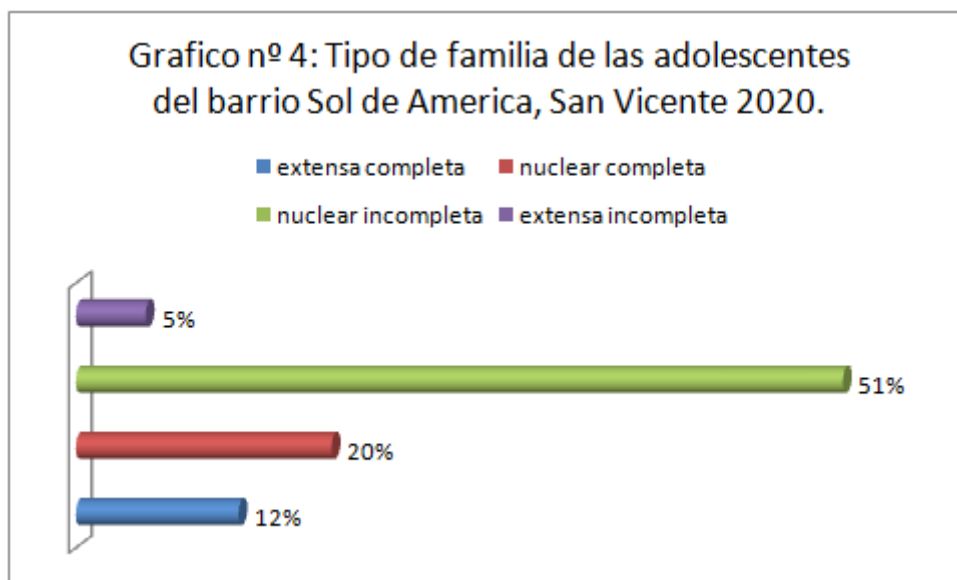


Gráfico 4

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico n° 4, refleja que 33 encuestadas correspondiente a un 51 % presentan una familia nuclear incompleta; 11 de ellas, perteneciente al 20 %, tienen familia nuclear completa; 7 adolescentes que corresponden al 12 % tienen un tipo de familia extensa completa; y, por último, el 5 % es decir, solo 3 unidades de análisis conforman una familia de tipo extensa incompleta.

Analizando estos datos obtenidos y conceptualizando de acuerdo al marco teórico abordado, donde expresa que la familia nuclear completa es la que incluye a padres e hijos que conviven bajo el mismo techo; si comparamos este resultado con los obtenidos en los

gráficos nº 3, se observa semejanzas en los resultados obtenidos. Podría ser que la cantidad de adolescentes que solamente se dedica al estudio, es la que convive con ambos padres, es decir que presentan una familia nuclear completa. Esta suposición radica también en que las adolescentes presentan un sustento económico y pueden dedicarse exclusivamente a estudiar.

Es fundamental estudiar al grupo familiar ya que esto permite determinar las características relacionadas con su composición según el parentesco y el tamaño de la familia por su importancia como indicadores de salud, para luego establecer si la familia y sobre todo la adolescente se encuentra en riesgo. Esto puede influir en la mayoría de las adolescentes al no contar con el apoyo, educación, confianza, seguridad, información y contención de manera continua de ambos padres, pilar fundamental para el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

También se apoya estos resultados obtenidos con otras investigaciones, como por ejemplo el trabajo de Diaz Delgado¹⁰ mencionado anteriormente, quien refiere que dentro de los factores sociodemográficos que afectan a estudiantes adolescentes del 5to año y que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son principalmente la edad, la religión y el tipo de familia.

Entonces, el conocimiento de las adolescentes puede estar asociado y verse afectado por el tipo de familia que tienen; también lo sustenta la Organización Mundial de la Salud⁸¹, que define la familia como como la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La familia es el entorno donde inicialmente se establecen los comportamientos y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. Y como grupo social debe cumplir funciones básicas: la función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual; y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar.

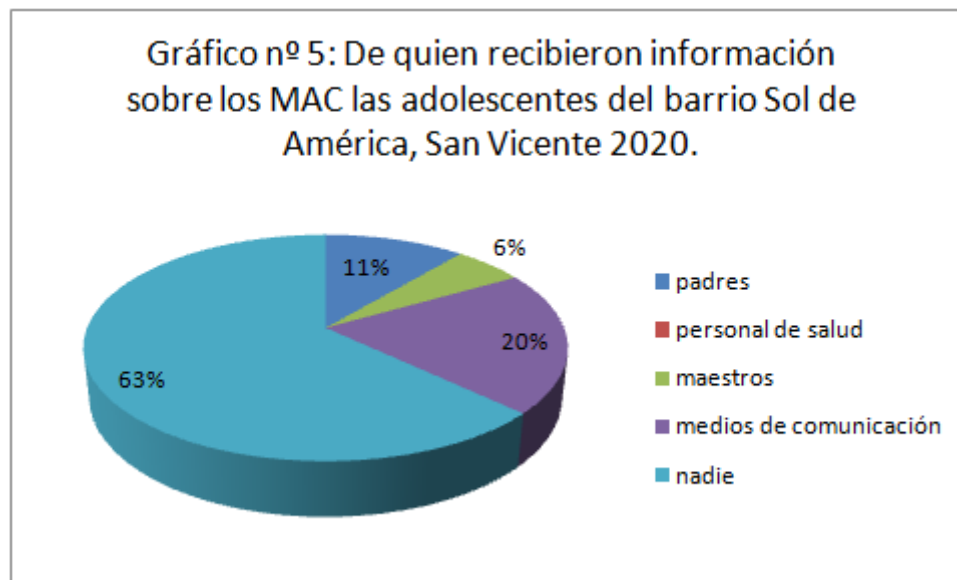


Gráfico 5

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico nº 5, representa el porcentaje de quienes recibieron información sobre los métodos anticonceptivos las adolescentes. Queda evidenciado que 63 %, o sea 34 de ellas no recibieron ningún tipo de información respecto al tema; mientras que el 20 %, es decir 11 adolescentes obtuvieron información gracias a los medios de comunicación; 6 unidades de análisis manifestaron que fueron informadas por los padres equivalente al 11 %; y solamente 3 de ellas, es decir el 6 % recibieron información de parte de los maestros.

Lo que llama poderosamente la atención, es que absolutamente nadie ha recibido información sobre los MAC de parte del personal de salud, cuando deberían ser los primeros en brindar asesoramiento y acompañamiento para el desarrollo sexual y reproductivo saludable de las adolescentes. Cabe mencionar que en el barrio hay una salita de salud donde pueden recurrir la población en general en busca de asesoramiento respecto a los MAC.

Por otro lado, siguiendo esta línea, desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se publicó un protocolo y una guía práctica para los profesionales de la salud, para contribuir a garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en este caso mejorando el acceso, el uso y la adherencia a los métodos anticonceptivos; reforzando la importancia de la consejería para garantizar el acceso a la información y la elección del

método anticonceptivo más adecuado para cada persona. La publicación 2014 fue elaborada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación, y su última actualización estuvo a cargo del Equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR).

Obteniendo resultados similares a lo que señala el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas⁸², donde se menciona que las adolescentes con frecuencia tienen poca información acerca de la sexualidad y la reproducción y poco acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Los hallazgos dieron cuenta de que las jóvenes poseen información insuficiente proveniente de su grupo de pares (otros jóvenes o adultos significativos para ellos), de la TV e internet y del sistema educativo.

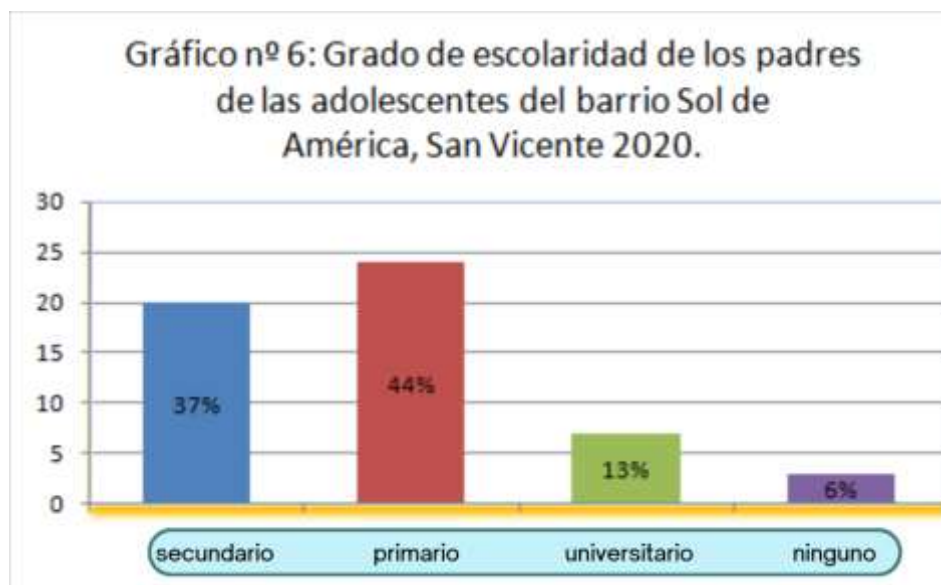


Gráfico 6

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, el gráfico nº 6, presenta el grado de escolaridad de los padres de las adolescentes del barrio Sol de América; reflejando que 24 de ellos, es decir el 44 % tienen la primaria completa; 20 han realizado el nivel secundario, corresponde al 37 %; solamente 7 cursaron el nivel universitario, es decir el 13 %; y una minoría, el 6 % equivalente a 3 de ellos no han asistido a la escuela.

Se sabe que la familia, sobre todo los padres, son la primera red de apoyo social que poseen las adolescentes durante toda su vida, por lo que ejercen la función de protección, formación y educación ante las diversas situaciones que surjan en el proceso de desarrollo de la vida cotidiana en general. Es por eso que, si los padres no cuentan con los conocimientos básicos respecto a la salud sexual y reproductiva, o de los derechos que cuentan las adolescentes, condiciona el bienestar subjetivamente o la toma de decisiones de sus hijas.

Estos resultados nos muestran que los datos obtenidos en este gráfico tienen cierto grado de semejanza con el grado de formación de las adolescentes, gráfico nº 2. Se sabe que tradicionalmente las adolescentes de antes, en nuestra región tenían menor posibilidad de acceder a un mayor nivel de instrucción, debido a diferentes factores que debemos tener en cuenta y que se asemejan a los de la actualidad como ser factores sociales, económicos, culturales, y sobre todo en San Vicente, la falta de oferta de instituciones universitarias.

Finalmente, se nota la falta de educación paternal o la escasa confianza de comunicación de las adolescentes al tratar estos temas con sus padres; además de lo presentado en otros gráficos, las adolescentes reportan una baja participación de los padres y de los profesionales de salud en la promoción de la salud del conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos. El principal factor asociado a los resultados obtenidos en esta investigación, podría estar influenciado por la educación pasiva que se realiza no solo en el entorno familiar y social sino también en los centros asistenciales comunitarios.

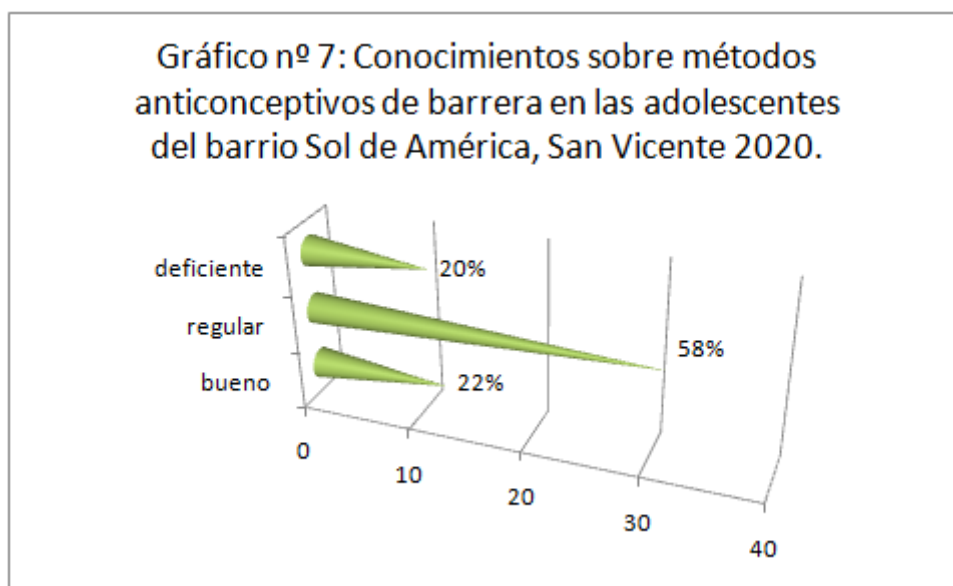


Gráfico 7

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico nº 7, expresa el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de barrera que poseen las adolescentes, quedando expuesto que el 58 %, o sea 31 adolescentes, tienen un conocimiento considerado como regular; mientras que 12 adolescentes corresponden al 22 % presentan conocimiento considerado como bueno sobre el tema; y los 11 restantes, es decir el 20 % contienen un conocimiento deficiente.

Si bien en los últimos años, retomando los programas nacionales mencionados en el marco teórico, se ha puesto mayor importancia en la transmisión de información y en el uso de métodos anticonceptivos, pareciera que ha tenido poca relevancia y ha afectado poco las conductas de las adolescentes.

Mediante conversaciones con los docentes de la institución educativa del barrio Sol de América de la localidad de San Vicente, manifiestan que la problemática del aumento de casos de embarazos es vigente y que, a causa de ello, las estudiantes deben abandonar sus estudios; si bien esta investigación no incluyó adolescentes embarazadas, se observa en el gráfico 3 gran cantidad de adolescentes que, en lugar de estar estudiando, el 41% se encuentran trabajando. Entonces, este dato es irrelevante para esta investigación, pero, se podría considerar que tener un hijo a una edad temprana dificulta continuar con los estudios y prácticamente obliga a las jóvenes a dedicarse al empleo.

Contraponiendo estos resultados con los que obtuvieron Sánchez Meneses et al.⁹ en su trabajo, quienes concluyeron que, de un total de 120 adolescentes, el 60.8 % tiene un nivel de conocimientos calificado como medio y bajo solamente el 23.3 %; expresando que el método anticonceptivo por el que tienen mayor conocimiento y mayor uso son los métodos de barrera, especialmente el condón. También existen otros estudios que encuentran bajo nivel de conocimiento sobre los MAC como los de Velásquez Saldaña⁸³ con más del 50 % y Neyra Cruzado⁸⁴ con más del 60 % respectivamente.

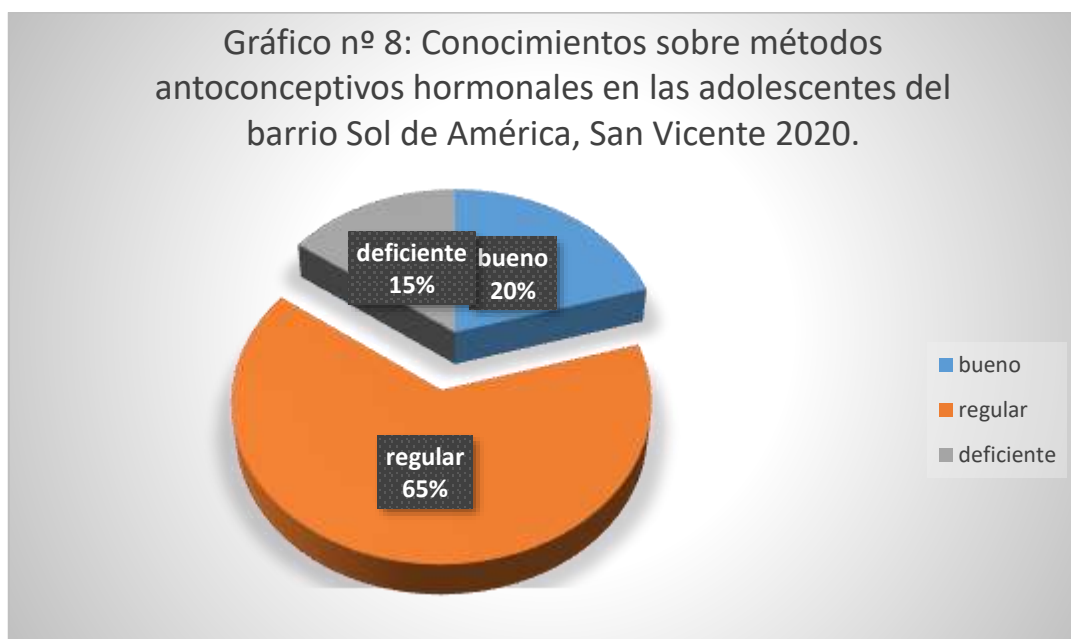


Gráfico 8

Fuente: Elaboración propia.

En relación al conocimiento sobre anticonceptivos hormonales, en el gráfico nº 8 muestra que, del total de 54 adolescentes encuestadas, 35 presentaron un conocimiento regular, es decir el 65 %; por otro lado, el 20 %, o sea 11 de ellas tienen conocimiento bueno; y, por último, 8 unidades de análisis, representando el 15 % se las categorizó con conocimiento deficiente sobre la temática.

Este gráfico nos señala que la mayoría de las adolescentes, tienen conocimientos de tipo regular en cuanto a estos anticonceptivos con el 65 % y que, entre los tres tipos de métodos anticonceptivos, es el que mejor conocen. A pesar de que se muestra en el gráfico número 1, que el 85 % de ellas son solteras, el conocimiento de éste, se debería establecer en el

marco de la confianza entre la pareja o una relación formal por el hecho de que no protege contra las enfermedades de transmisión sexual y en caso de relaciones imprevistas podría asociarse a un aumento del consumo de la pastilla del día después.

Otras investigaciones han estudiado diferentes variables en relación con la temática, por ejemplo, cuáles son los métodos más conocidos y utilizados, el cuidado en la primera y en la última relación, la responsabilidad en el uso de los MAC y la corrección en el uso⁸⁵. Encontrando así semejanzas con los resultados de esta investigación, ellos reportan como métodos más conocidos el hormonal (87,9 %) seguido por el preservativo (80,2 %) y el DIU (42,1 %). En cuanto al uso, el 58,5 % refiere utilizar contracepción hormonal, el 51,3 % el preservativo y en un lejano tercer lugar el DIU (8,4 %). Ratificado por Soto Huarcaya y Torres Hurtado⁸⁶ quienes en su estudio demostraron que más de la mitad de las adolescentes presentan conocimientos sobre métodos anticonceptivos hormonales con el 58 %. También lo reafirma Rivera⁸⁷ hallando en su estudio, alto nivel de conocimientos sobre métodos hormonales en los estudiantes de obstetricia del primer al octavo ciclo.

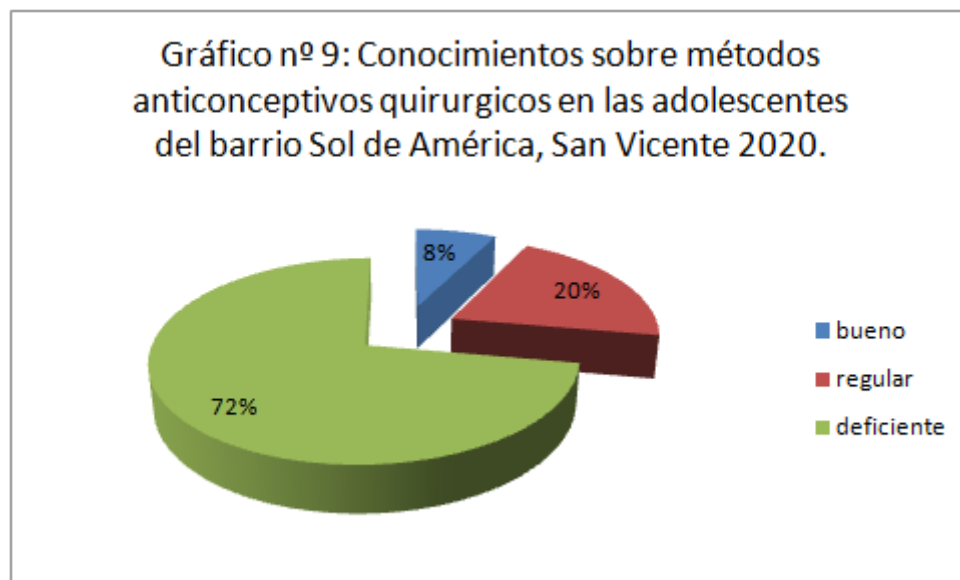


Gráfico 9

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico número 9, conocimientos sobre métodos anticonceptivos quirúrgicos en las adolescentes, se puede evidenciar ampliamente que más de la mitad, el 72 % de las

adolescentes estudiadas presentan conocimientos deficientes, es decir 39 de ellas; 11 adolescentes que corresponden al 20 % tienen conocimientos de tipo regular y sólo 4 de ellas, es decir el 8 %, tienen conocimientos categorizado como bueno sobre este método anticonceptivo.

Si bien no pareciera un dato alarmante ya que no es un método de los más utilizados por las adolescentes, impresiona que lo desconozcan, ya que este método desde el año 2006 es reconocido como anticonceptivo⁶⁴ y el Código Civil vigente reconoce que desde los 16 años las personas pueden tomar de manera autónoma todas las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo y sólo es requisito dejar constancia por escrito de la decisión después de recibir información completa y comprensible.

Retomando el marco teórico, donde se categorizó al conocimiento de la siguiente manera: Conocimiento alto cuando la adolescente es capaz de identificar y reconocer el tema con mayor facilidad, obtiene un mayor puntaje; al conocimiento medio, cuando identifica y reconoce el tema con algunas dificultades y obtiene un puntaje intermedio; Y por último al conocimiento bajo cuando no identifica ni reconoce el tema y de esta manera obtiene un puntaje menor. Coincidiendo con Cusiquispe⁸⁸ quien recomienda reforzar a la población adolescente sobre los métodos anticonceptivos no solamente naturales, de barrera y métodos hormonales sino también quirúrgicos.

3. Conclusión:

La salud reproductiva es un factor clave para el progreso social, económico y político. El embarazo en la adolescencia es una de las principales consecuencias asociadas a la desinformación que conlleva a la práctica desprotegida de la sexualidad, siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La anticoncepción es una estrategia importante para la regulación de la fertilidad, para prevenir tanto el embarazo no programado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. Para contribuir a la expansión de esta información es importante que las adolescentes posean conocimientos claros y sólidos.

Los medios por los que recibieron mayor información son medios de comunicación, el entorno familiar se encuentra casi ausente en este aspecto como así también los centros de salud cuando deberían ser la base y sustento a la hora de dar respuesta, asesoramiento y acompañamiento a las necesidades de las adolescentes respecto a temas de salud sexual y reproductiva.

Desde las entidades del estado nacional como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, deben unificar esfuerzos para un trabajo coordinado y en conjunto, se debe comprometer a los docentes, al personal de salud, a los padres o cuidadores primarios y a los actores sociales, con la finalidad de prevenir los embarazos no deseados, las ITS y la deserción escolar.

El nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en general, en las adolescentes es relativamente bajo. Queda claro por diferentes razones como ser, no haber planeado tener relaciones sexuales, no disponían del método en el momento del acto, no sabían cómo usarlo, o de lo contrario nunca se interesaron por ningún método.

Más de la mitad de las participantes de este estudio, requieren mayor conocimiento sobre los MAC, es por ello que es fundamental ser parte de esta problemática, dar mayor importancia y prioridad en el componente educativo de las adolescentes, aún más, cuando estamos a nivel mundial, con tan alta prevalencia de riesgo de embarazos y adolescentes embarazadas precozmente.

La Educación Sexual Integral es un derecho inalienable de niños, niñas y adolescentes y la responsabilidad del Estado es hacer válido el derecho a recibir Educación Sexual Integral en todos los establecimientos para que puedan asumir una vida plena.

En el mismo sentido la Educación Sexual constituye una oportunidad para que la escuela en articulación con la familia, fortalezca la búsqueda de respuestas eficaces a situaciones de vulneración de derechos como son la violencia, el abuso y el maltrato e implemente medidas de prevención y protección para atender a estos problemas.

Es insuficiente el conocimiento sobre métodos anticonceptivos quirúrgicos en las adolescentes; Los métodos más conocidos por ellas son, los métodos de barrera como el condón masculino y de los métodos hormonales, donde mencionan las pastillas.

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el uso de los mismos es de vital importancia; a través de los métodos de barrera, hormonales y quirúrgicos se previenen un embarazo no deseado y algunos de ellos las infecciones de transmisión sexual, referenciando a los grupos de riesgo como es la adolescencia.

Para finalizar, los resultados obtenidos en esta investigación, contribuirán a la disciplina enfermera brindando herramientas que contribuyan en las funciones de prevención y promoción de la salud; como también para generar espacios que permitan gestionar e implementar estrategias de fortalecimiento en redes de soporte entre adolescentes, socializar e incrementar competencias cognitivas y habilidades en relación a los métodos anticonceptivos fomentando de esta manera conductas saludables relacionadas a dichos métodos, y así evitar embarazos no deseados, deserción escolar, abortos, y otras consecuencias asociadas a ésta problemática.

4. Recomendación:

Sobre la base de este estudio y los resultados obtenidos, considero necesario incorporar programas educativos para mejorar la calidad de la información y los conocimientos de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.

Crear un espacio de conocimientos a nivel social como estrategia de promoción de la salud sexual y reproductiva en el barrio y en el centro de salud para los profesionales que se desempeñan en la institución.

Enseñar al entorno familiar de las adolescentes, la importancia del uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual.

Fortalecer los conocimientos de las adolescentes, dar a conocer sus derechos e inculcar hábitos saludables en salud sexual y reproductiva para influir positivamente en la salud sexual de la población adolescente.

Referencias Bibliográficas:

1. Informe anual de actividades. Argentina; 2017. [Citado el 23 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1351/file>
2. Ministerio Salud Pública. Boletín de Estadística Vitales. Posadas, Misiones, Argentina; 2017 [Citado el 20 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2018/04/Estad%C3%ADsticas-Vitales-2017-2.pdf>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud); 2017 [Citado el 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>.
4. Maroto de Agustín A, Moreno Bueno MA, Rubio Moreno M, Ortiz Valle C, Escobar Rabadán F. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 1998 Nov. [citado el 26 de junio de 2019]; 72 (6): 547-570. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600008&Ing=es.
5. Pantelides, E. y Bott, S. Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires, Editorial Biblos. 2000.
6. Maiztegui LC. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del Hospital Materno Provincial de Córdoba; 2008 [citado el 27 de abril de 2019]. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/maiztegui_laura_c.pdf.
7. González Sáenz Y, Hernández Sáenz I, Conde M, Hernández R y Brisuela P. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2010.

8. Hernández J, Velázquez R, Pinzón C. Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1. *Ciencia y Salud*. 2017.
9. Sánchez Meneses MC, Dávila Mendoza R, Ponce Rosas ER. Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna. *Atención Fam* [internet]. 2015. [citado el 25 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>
10. Diaz Delgado E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre; 2015 [citado el 28 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf.
11. Mallma Yactayo KG. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres"; 2015. Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma [citado el 27 de abril de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1001/1/Mallma%20Yactayo%20Katia%20Giuliana_2017.pdf.
12. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An. Fac. med.* [Internet]. 2009 [citado el 30 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es
13. The free Dictionary. 2003.
14. Piaget, J. La equilibración de las estructuras cognoscitivas. Problema central del desarrollo. Madrid: Siglo XXI de España editores S. A. 1976
15. Paris Mancilla E, Sánchez I, Beltramino D, Copto García A. *Pediatría*. Tomo uno. Sexta edición. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana: 2014.

16. Edwards D, Mercer N. El conocimiento compartido. El desarrollo de la comprensión en el aula. Barcelona: Paidós. 1987.
17. Potter PA, Perry AG. Fundamentos Teóricos de Enfermería. Vol. 1. España: Elsevier: 2002.
18. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [internet]. [Citado el 20 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
19. Papalia DE, Wendkos S, Duskin RF. Desarrollo Humano. [internet]. 11° ed. 2010. [citado el 05 de junio de 2019]. Disponible en: <https://bibliotecapsicologia-unsaac.blogspot.com/2014/04/desarrollo-humano-11ma-edicion.html>
20. Palladino E. Psicología Evolutiva. En Psicología Evolutiva. Buenos Aires: Lumen/HVMANITAS; 1998.
21. Aberastury A., Knobel, M. La adolescencia normal. En La adolescencia normal (pág. 44). Buenos Aires: Paidós. 1986.
22. Villalobos Guevara A. Adolescencia y Salud; desarrollo psicosocial Adolesc. salud [internet]. 1999 [citado el 30 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011.
23. Piaget, J., Inhelder, B. Psicología del niño. Madrid: Morata. 1984
24. Royuela P, Rodriguez L, Marugan J, Carbajosa V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17(66): 127-36.
25. Urquijo, S. González, G. Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos. Documento Base. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997. 5-6.
26. Salud sexual y reproductiva. Preservativos. [internet]. Argentina. [citado el 15 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/preservativos>.

27. OPS/OMS, UNFPA, UNICEF. Seminario web “Embarazo en la Adolescencia en América Latina y El Caribe”. [internet]. Febrero 2018. [citado el 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
28. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Revista cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016. [citado el 20 de mayo de 2019]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2016000100011&Ing=es
29. Hatchet, Ward, Blackburn, Gell, & Shelton. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore: OPS. 1999.
30. Introducción a los métodos anticonceptivos. [internet]. 2º ed. México. 2002. [citado el 15 de junio de 2019]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
31. Re M, García Elettore P, Páez C, Lerussi R. Promoción Comunitaria. Salud sexual y reproductiva entre mujeres. Buenos Aires. 2007.
32. Hatchet, Ward, Blackburn, Gell, Shelton. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Baltimore: OPS. 1999.
33. Salud sexual y reproductiva. [internet]. Argentina. [citado el 07 de julio de 2019]. disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/saludsexual/ahe>
34. Rodríguez Ferrá R, Gómez García L, Conde M. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar [Internet]; 2003 [citado 3 de julio de 2019]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200011&Ing=es
35. Salud sexual. Guía de métodos anticonceptivos. [internet]. 2011. Castilla, La Mancha [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en:

- http://portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf
36. Aguilar J, Mayén B. Métodos anticonceptivos para adolescentes. 2009. [internet]. o. México [citado el 29 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf
37. Carbajal Orozco MC. Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de 15 a 44 años de edad del C.S.R.D de San Miguel Ocampo. [internet]. México. 2014. [citado el 05 de junio de 2019]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14879/Tesis.417824.pdf?sequence=1>
38. Peláez MJ. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev. cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2016. [citado el 28 de julio de 2019]; 42 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es.
39. Fernández Honorio I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Rev. Cient.*2015; 02(01):79-88.
40. Manchay Silva JD. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa San Pedro; Perú. [Internet]. 2016. [citado el 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2363/ADOLESCENTES_METODOS_ANTICONCEPTIVOS_MANCHAY_SILVA_JIOVANNA_DANITZ_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 16. Organización de las Naciones Unidas. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

42. Ministerio de Salud de la Nación. Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2011.
43. Hemberg L, Mcewam PJM. La familia como unidad en los estudios de salud. Génova. 2004.
44. OMS. La salud y la familia. Estudio sobre demografía de los ciclos de vida de la familia y sus implicaciones en la salud. Ginebra. OMS,1978,34.
45. Fernández Tapia SB. Determinantes sociales que condicionan la actividad sexual precoz de los adolescentes. Rev Peru Cienc Salud. [Internet]. 2020. [citado el 28 de julio de 2022] 2(3): 61-9. doi: <http://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.3.194>
46. Jacquier NM, Dos Santos L, Wolhein LE, Martínez RN. Introducción a la Enfermería Comunitaria: una contribución a la salud colectiva. 1a ed. Posadas. 2011.
47. Pérez A., Blanco MD., Sánchez Valdivieso EA. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. México. 2020.
48. Geldstein, R. y Pantelides, E. Riesgo reproductivo en la adolescencia. Desigualdad social y asimetría de género. Cuadernos de UNICEF. N° 8. Argentina. 2001.
49. Trinidad Noguera KI, Chávez Montes de Oca VG, Carrasco Ponce B, Sánchez Valdivieso EA. Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. [Internet]. 2015; 8:75-83. (citado el 28 de julio de 2022). Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/3420>.
50. Colomer C, Álvarez C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2006.
51. Peraza de Aparicio Cruz X, Benítez de Hernández FJ, Galeano Tamayo Y. Modelo de promoción de salud en la Universidad Metropolitana de Ecuador. Medisur [Internet]. 2019 dic [citado 2022 Ago 08]; 17(6): 903-906. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000600903
& lng=es. 2019.
52. Hidalgo Guevara E. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Nola Pender sobre hábitos del sueño. [Internet]. 2022. [citado 2023 Mar 13]; 16(2): 1322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000200010&lng=es. Epub 14-Nov-2022.
53. Ley 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
54. Ministerio de Salud de la Nación: Consejerías en salud sexual y salud reproductiva, Documento de trabajo, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires. 2015.
55. Gogna; Llovet; Ramos; Romero. Los retos de la Salud Reproductiva. Derechos Humanos y Equidad Social En Isuani, Aldo-Filmus, Daniel (comp.) La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición. Argentina. Editorial Norma. 1998.
56. Manterola, J. Mujeres y anticonceptivos: estudio sobre jóvenes mujeres que asisten al consultorio de ginecología adolescente del hospital municipal Ramón Santamarina de Tandil. Buenos Aires. 2017.
57. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003.
58. Castañeda MP, Salamé CAM. 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. Rev Chil Obstet Ginecol 2015.
59. Checa, S. Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2003.

60. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Información Legislativa. Presidencia de la Nación. 2006.
61. Ley 26.529 de Derechos del Paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>)
62. Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
63. Ley 23.849 de Convención sobre los Derechos del Niño. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet] [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>
64. Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
65. Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>
66. Ley 23.798 Nacional de Sida. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm>
67. Ley 26.150 de Educación Sexual Integral. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2023].

- Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
68. Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
69. Ley 26.743 de Identidad de Género. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
70. Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm>
71. Ley 26.378 de Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>
72. Código Civil y Comercial de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
73. Ley 27.610 de Interrupción legal del embarazo. Boletín Oficial de la República Argentina. [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
74. Ley 25.929 de Parto Humanizado. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en:

- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
75. Resolución 989/2005, guía para el mejoramiento de la atención post parto. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/108813/norma.htm>
76. Resolución 65/2015, Nuevo Código Civil y Comercial. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257649/norma.htm>
77. Real Academia Española (RAE). [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
78. Flórez C, Vargas E, Henao J, González C. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencia y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento CEDE; 2004. p. 31
79. Organización Internacional del Trabajo (OIT). [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>
80. Pérez Blanco A, Sánchez Valdivieso, E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Mar 13]; 85(5): 508-515. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500508&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508>.
81. Organización Mundial de la Salud (OMS). 44º Congreso Directivo. Washington, D.C., EUA, septiembre 2003.
82. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra, Suiza. 2003.

83. Velásquez Saldaña J. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en alumnos de 4° y 5° de secundaria de la I.E José Silfo Alvan del Castillo, abril 2016. [Tesis] Universidad Científica del Perú. 2016.
84. Neyra Cruzado L. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en gestantes adolescentes del establecimiento de salud La Peñita Tambogrande-Piura año 2018. [Tesis] Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2018.
85. Olmas, JM. Nivel de conocimientos y utilización de métodos anticonceptivos que posee un grupo de estudiantes de primer y quinto año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. [Tesis]. Córdoba. 2016
86. Soto Huarcaya, CR, y Torres Hurtado, FB. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la institución educativa América, distrito de Ascensión Huancavelica. [Tesis]. Perú. 2019.
87. Maximiliano Rivera DM. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los estudiantes de obstetricia del primer al octavo ciclo de la Universidad de Huánuco 2016. [Tesis]. Huánuco-Perú: Universidad de Huánuco; 2016.
88. Cusiquispe Velásquez Y., Pultay Sihui Y. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del 4° y 5° grado de educación secundaria básica regular de la I. E. N° 0171-1 “Juan Velasco Alvarado” del distrito de San Juan de Lurigancho –Lima, 2018. [Tesis] Universidad María Auxiliadora. 2018

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario.

(marque con X una sola respuesta).

Estado civil: Soltera..... Casada:..... Separada:.....

Grado de formación: Primario:..... Secundario:..... Universitario:..... Ninguno:.....

Ocupación: Trabajo:..... Estudio:..... Trabajo y estudio:.....

Tipo de familia (con quien vive): Nuclear completa:..... Nuclear incompleta:..... Extensa completa:..... Extensa incompleta:.....

Quien la informó sobre los MAC: Padres:..... personal de salud:..... Maestros:..... Medios de comunicación:..... Otros:..... Nadie:.....

Grado de escolaridad de los padres: Primario:..... Secundario:..... Universitario:..... Ninguno:.....

Cuestionario: conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Marque con (X) solamente una respuesta.

1. ¿Mencione los métodos hormonales que conoce?

- A. Píldoras
- B. Inyectables
- C. Implantes

2. Las píldoras lo puede tomar:

- A. Una anciana.
- B. Una señora después de la menopausia.
- C. Una mujer que desea evitar un embarazo no deseado.
- D. Cualquier mujer en edad reproductiva.

3. Las píldoras anticonceptivas tienen 2 componentes esenciales:

- A. Estrógenos y glucosa.
- B. Progesterona e histaminas.
- C. Solo estrógenos.

D. Estrógeno y progesterona.

4. ¿Para que una chica no quede embarazada debe tomar todos los días del mes la píldora?

- A. Si ()
- B. No ()

5. ¿Mencione los métodos de barrera que conoce?

- A. Preservativo masculino
- B. preservativo femenino
- C. Jaleas
- D. Óvulos
- E. Tabletas vaginales

6. En cuanto al preservativo considera que es un método que sirve para:

- A. Proteger de las ITS.
- B. Evitar un embarazo.
- C. Evitar que la mujer no menstrúe.

7. El preservativo está hecho de:

- A. Plástico.
- B. Látex.
- C. De polietileno.
- D. De intestinos de animales.

8. Para utilizar el preservativo debemos de tener en cuenta:

- A. Fecha de vencimiento.
- B. Materiales de fabricación.
- C. Lugar de donde se adquiere.

9. El preservativo tiene una duración de uso de:

- A. Una semana.
- B. Unas pocas horas.

C. Una sola relación sexual.

10. ¿Qué son métodos quirúrgicos?

- A. Aquellos métodos que solo retrasan el embarazo.
- B. Aquellos métodos donde solo la mujer ya no puede quedar embarazada.
- C. Aquel método que hace que la mujer no presente ciclo menstrual.
- D. Aquel método que hace que tanto varón como mujer ya no puedan procrear.

11. ¿Quiénes pueden usar este método?

- A. Solo mujeres.
- B. Solo hombres.
- C. Ambos sexos.

12. ¿Cómo se les llama a los métodos quirúrgicos?

- A. Ligadura de trompas.
- B. Vasectomía.
- C. Histerectomía.

13. ¿El método definitivo protege del SIDA?

- A. Sí. ()
- B. No()

14. El método definitivo que se le practica a la mujer se llama:

- A. Obstrucción de los ovarios.
- B. Ligamento del útero.
- C. Extracción de la vagina.
- D. Ligadura de las trompas de Falopio.

15. En el método definitivo que se le practica a la mujer que parte del aparato reproductor operan:

- A. Las mamas.
- B. Los ovarios.
- C. El óvulo.

D. Las trompas de Falopio.

16. El método definitivo que se le practica al varón se llama:

- A. Extracción de la próstata.
- B. Extracción de los espermatozoides.
- C. Ligadura de los testículos.
- D. Vasectomía.

17. ¿Una vez realizado el método definitivo es posible que la persona vuelva a procrear?

- A. Sí.
- B. No.

Anexo II: Consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Misiones,..... de noviembre de.....

Lo estamos invitando a participar de un estudio denominado: “conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes de un barrio”, que se llevará a cabo en un barrio de San Vicente Misiones.

¿Por qué se realiza este estudio?

Este estudio se realiza para conocer los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que poseen las adolescentes de un barrio.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con el Investigador Responsable Lic. Ruiz Diaz Marcelo Luján, al Tel N° 3764 117235, o bien al correo electrónico: marceloruizdiaz22@hotmail.com.ar

¿Quiénes podrán participar de este estudio?

Participarán de este estudio aquellas personas de sexo femenino de 16 a 19 años de edad que no tengan hijos.

VOLUNTARIEDAD.

No es obligatorio que Ud. participe de este estudio, UD. PUEDE NO ACEPTAR participar del mismo.

CONFIDENCIALIDAD.

Los datos obtenidos en este estudio son confidenciales. En ningún momento en las fichas que se confeccionarán se pondrá su nombre ni su apellido, sino un código numérico. Los resultados del trabajo podrán ser publicados y presentados en congresos científicos, y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Es decir, en ningún lugar aparecerá su nombre y su apellido.

BENEFICIOS.

Este estudio y los resultados servirán como base de futuras investigaciones y para contribuir al sistema de salud, realizar prevención y educación en la comunidad, familia e individuo.

RIESGOS: Usted no va a correr riesgos con el estudio clínico que le vamos a hacer en su pie.

COSTOS: Su participación en este estudio no tiene costo alguno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realicen.

Anexo III: Solicitud de director y co-director de tesis.

Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

Posadas, Misiones. Año....

A la Señorita

Sonky, Rajsombath:

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a fin de solicitar la posibilidad de ser director de mi tesis, denominada Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de un barrio de San Vicente, Misiones año 2019. Requisito para obtener el Título de Magíster en Ciencias de la Enfermería Comunitaria.

De ser aceptada la petición, solicito tenga a bien enviarme su C.V. por mail.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable, aprovecho para saludarlo con atenta consideración.

Apellido y Nombres: Ruiz Diaz, Marcelo Lujan

DNI: 34743218

Teléfono: 3764 117235

Mail: marceloruizdiaz22@hotmail.com

Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

Posadas, Misiones. Año 2022

A la Señorita

Sonia, Lapinski:

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a fin de solicitar la posibilidad de ser co director de mi tesis, denominada Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de un barrio de San Vicente, Misiones año 2019. Requisito para obtener el Título de Magíster en Ciencias de la Enfermería Comunitaria.

De ser aceptada la petición, solicito tenga a bien enviarme su C.V. por mail.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable, aprovecho para saludarlo con atenta consideración.

Apellido y Nombres: Ruiz Diaz, Marcelo Lujan

DNI: 34743218

Teléfono: 3764 117235

Mail: marceloruizdiaz22@hotmail.com

Anexo IV: Aprobación del Comité de Docencia e Investigación.



2022 - "Año del trabajo como medio para el desarrollo: de la productividad y de la responsabilidad del turismo"

Posadas, 22 de Diciembre de 2022

DICTAMEN del CEIP

AL INVESTIGADOR

Nos dirigimos a Ud., con el objeto de informar que el Comité de Ética en Investigación Provincial (CEIP), ha recibido el Proyecto de Investigación titulado "Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes de un barrio de San Vicente, Misiones" a ser llevado a cabo por Ud. y su equipo, en instituciones de atención de Salud Pública dentro del ámbito provincial.

Tras la recepción del trabajo de investigación no hemos encontrado objeciones éticas ni metodológicas para la realización del mencionado trabajo, por lo cual el mismo se encuentra **APROBADO**.

Le recordamos que se deben considerar los Derechos y la Integridad de los seres humanos participantes en la investigación biomédica, ajustándose a la Declaración de Helsinki y sus modificaciones.

Con atenta consideración.

Marcelo Ruiz Díaz

SU DESPACHO



Dra. Cristina Martín
Presidente - CEIP