

**PROPORCIÓN DE FALLA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR UTILIZADOS AL QUEDAR EN EMBARAZO EN
GESTANTES DE 13 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL LOCAL CIVIL DE
PASTO DURANTE EL AÑO 2010**

**ÁNGELA NARVÁEZ FREYRE
ANDREA NUÑEZ BURBANO
ADRIANA ORTIZ GUERRERO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
NOVENO SEMESTRE
2010**

**PROPORCIÓN DE FALLA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR UTILIZADOS AL QUEDAR EN EMBARAZO EN
GESTANTES DE 13 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL LOCAL CIVIL DE
PASTO DURANTE EL AÑO 2010**

**ANGELA NARVAEZ FREYRE
ANDREA NUÑEZ BURBANO
ADRIANA ORTIZ GUERRERO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Médico General

Dr. ANA MILENA TORRES
Medico Epidemióloga.
Asesor Científico

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
LINEA DE INVESTIGACION: EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO**

2011

AGRADECIMIENTOS

Antes que a todos queremos agradecer a Dios por darnos las fuerzas necesarias en los momentos en que más lo necesitamos y nos bendijo con la posibilidad de caminar a su lado durante toda nuestra vida.

También de forma muy especial a la Dra. ANA MILENA TORRES, asesora del proyecto de grado, por su enseñanza, ideas y conocimientos compartidos, además por la constante motivación en este proyecto.

Al Dr. FILIPO MORAN por su importante colaboración en el desarrollo de este proyecto de grado y sus valiosas orientaciones.

A la Jefe LYDIA MIRANDA por su colaboración con el material para la recolección de datos.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto de investigación a Dios creador del universo y dueño de mi vida, por iluminar mi camino de formación como persona y profesional

Agradezco también a mis padres, Fanny Freyre Fuerte y Luis Guillermo Narváez Mera (QPD) porque creyeron y confiaron en mí, me guiaron y me orientaron.

Gracias a mi madre por su amor y por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me ha dado, por su comprensión y tolerancia infinita.

A mi padre por el valor y coraje que me infundió para darme fuerzas ante cualquier adversidad por las enseñanzas y consejos que me dejaste por darme ánimo y enseñarme el valor que tienen la vida cuando nos esforzamos, por enseñarme el valor de la humildad.

ÁNGELA IVANA NARVÁEZ FREYRE

A DIOS: Por ser mi creador, el motor de mi vida, por no haber dejado que me rinda en ningún momento e iluminarme para salir adelante, porque todo lo que tengo, lo que puedo y lo que recibo es regalo que él me ha dado.

A MIS PADRES: Mil gracias por el cariño y apoyo incondicional que me brindaron por todos los sacrificios que hicieron a lo largo de mi carrera, para ayudarme a ser una mejor persona cada día, ya que desde pequeña me enseñaron a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes.

A mi amiga Jakeline, porque a pesar de que ya no estemos juntas, me da alegría haber terminado este proyecto que en un comienzo era uno de nuestros sueños y ahora es una realidad.

ANDREA NÚÑEZ BURBANO

Dedico este proyecto a Dios por estar siempre iluminándome y bendiciéndome con su entendimiento y por ser mi guía.

A mis padres y mis hermanas por que con su dedicación y amor lograron que cumpliera una de mis metas.

A mis abuelitos porque siempre supieron darle una palabra sabia para la lucha diaria en mi carrera.

A mis maestros por fortalecer mis conocimientos.

A mis compañeros por compartir momentos agradables e inolvidables

ADRIANA CAROLINA ORTIZ GUERRERO

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2011

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. ASPECTOS GENERALES	16
1. 1. TITULO	16
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2.1. Descripción del problema	16
1.2.2. Formulación del problema	18
1.3. OBJETIVOS	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2 Objetivo específico	19
1.4. JUSTIFICACIÓN	19
1.5 METODOLOGÍA	20
1.5.1 Enfoque	20
1.5.2 Tipo de estudio	20
1.5.3.1 Población y muestra	20
1.5.3.2 variables	20
1.5.4 Fuentes de recolección de información	21
1.5.5 Técnicas de recolección de información	21
1.5.6 Criterios	21
1.5.6.1 de inclusión	21
1.5.6.2 de exclusion	21
1.5.7. Consideraciones éticas	22
1.5.8. Control de errores y sesgos	22
2. MARCO REFERENCIAL	24

2.1 MARCO TEÓRICO	24
2.1.1 Antecedentes Históricos	24
2.1.2. Fisiología reproductiva	24
2.1.2 .1 El Eje Hipotálamo-hipófiso-ovárico	26
2.1.3 Ciclo Ovárico	27
2.1.3.1 Ciclo Uterino O Menstrual	27
2.1.4 Hormonas Ováricas: Los Estrógenos Y La Progesterona	28
2.1.4.1 Regulación De La Función Ovárica	28
2.1.5 Tipos de métodos de planificación	29
2.1.5.1 Métodos Folclóricos	29
2.1.5.2 Métodos Naturales	29
2.1.5.3 Métodos modernos o artificiales	30
2.1.5.3.1 Métodos temporales	30
2.1.5.3.1.1 Métodos hormonales	31
2.1.5.3.1.2 Métodos de barrera	32
2.1.5.3.2 Métodos definitivos	33
2.1.5.3.2.1 ligadura de trompas	33
2.1.5.3.2.2 vasectomía	34
2.1.5.4. Anticonceptivos de emergencia	34
2.2 MARCO CONCEPTUAL	35
2.3 MARCO CONTEXTUAL	35
2.4 MARCO LEGAL	38
3. ANALISIS DE RESULTADOS	40
4. DISCUSIÓN	50
5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	52
6. CONCLUSIONES	53

BIBLIOGRAFIA	54
NETGRAFIA	55
ANEXOS	56

LISTADO DE GRAFICAS

	Pag.
Grafica 1. Distribución de frecuencia por edad de las pacientes embarazadas	40
Grafica 2. Distribución de frecuencias por nivel educativo en adolescentes embarazadas	40
Grafica 3. Distribución de frecuencia por estado civil de la adolescente gestante	41
Grafica4. Distribución de frecuencia por método de planificación que utilizaba antes de quedar en embarazo	42
Grafica 5. Distribución de frecuencia por: lugar donde planifica	42
Grafica 6. Distribución de frecuencias por grupo de falla del método relacionado con escolaridad de las adolescentes	43
Grafica 7. Distribución de frecuencias por falla de método en relación con el estado civil	44
Grafica 8. Distribución de frecuencias por falla del método de planificación familiar relacionado con origen del primer conocimiento	45
Grafica 9. Distribución de frecuencias por falla de método inyectable: inicio de planificación familiar en relación con cada cuanto se vuelve a inyectar	46
Grafica 10. Distribución de frecuencia de falla del método píldora: como inicio a planificar relacionado con el ciclo menstrual	47
Grafica 11. Distribución de frecuencia por forma de uso del preservativo	47
Grafica 12. Distribución de frecuencia cuándo sabe que rompe que hace.	48
Grafica13. Distribución de frecuencia de falla del método preservativo según donde lo guarda	48

Grafica 14. Distribución de frecuencia por ¿cree que las adolescentes necesitan más información sobre métodos de planificación? 49

LISTADO DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de datos	57
Anexo B. Variables	66
Anexo C. Artículo	70

INTRODUCCION

La finalidad del proyecto es deducir proporción de falla de los métodos de planificación familiar utilizados al quedar en embarazo en gestantes de 13 a 19 años en el hospital local civil de pasto durante el año 2010

Se debe recordar que el inicio de la práctica sexual en adolescentes cada vez es de una forma precoz según lo que han demostrado numerosos estudios uno de ellos realizado en la ciudad de Medellín en el año 2004 el cual señala que la edad de inicio de las relaciones sexuales en el hombre es de 13.5 años y en la mujer es de 14,8 años además revela que la fecundidad de adolescentes en este grupo de edad a incrementado en desde el año 2000 en un 19%.

Es indispensable entender y determinar cómo adquirió el conocimiento las adolescentes de salud sexual y reproductiva si su conocimiento, su información es clara o no y la forma como la adquirió si fue en su institución educativa por medio de amigos, familiares, medios de comunicación.¹

Por otra parte para que el lector se relacione con el propósito del proyecto se debe tener en cuenta diferentes definiciones como:

Planificación familiar: Se entiende como un conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientados básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo así como los tratamientos de la infertilidad.²

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad. ¹

Esperando que a partir de este proyecto se abran las puertas para nuevas investigaciones sobre este tema con el fin de establecer pautas

e instrumentos educativos y programas de educación sexual en adolescentes.

Los resultados se obtuvieron a partir de encuestas realizadas por investigadoras y avaladas por expertos.

Los análisis de datos se realizó a partir de una matriz en excel que abarca las variables a estudio (edad, estado civil, nivel de educación, conocimiento de métodos de planificación, tiempo de utilización).

Finalmente se realizó un informe de resultados y análisis de información como conclusión, recomendaciones de estudio.

Para concluir , los métodos anticonceptivos con una adecuada educación y juicio de las pacientes para utilizarlos se tendrá en cuenta estas condiciones y se puede obtener un éxito hasta del 99% de efectividad pero de lo contrario falla algo no hay juicio ni conocimiento de cómo utilizarlos, creencias culturales equivocadas lo más seguro es también falla la efectividad del método por esta razón queremos medir el conocimiento de métodos de planificación familiar en adolescentes embarazos que estuvieron planificando.

ASPECTOS GENERALES

1.1 Titulo

PROPORCIÓN DE FALLA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS AL QUEDAR EN EMBARAZO EN GESTANTES DE 13 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL LOCAL CIVIL DE PASTO DURANTE EL AÑO 2010

1.2 Planteamiento Del Problema

1.2.1 Descripción del problema: La OMS refiere que diariamente ocurren en el mundo 100 millones de relaciones sexuales, y de estas aproximadamente un millón terminan en embarazos no deseados cada año.

Según algunos estudios, esto es debido a la escasa percepción de riesgo en este grupo de edad, y a la consideración de los métodos anticonceptivos como un “elemento externo” que resta espontaneidad a la relación, además de que los mensajes educativos elaborados por algunas instituciones de salud utilizan una información compleja.

Según el IDSN Para el año 2005, la población total de NARIÑO es 1.775.973 habitantes, de los cuales 879.108 es la población de mujeres, corresponde al 49.5% y de estas 136.741 corresponde a adolescentes entre 13- 19 años.

Para la ciudad de San Juna de Pasto, capital del departamento, la población total es de 424.283 habitantes, de los cuales 48.6% (206.322) son mujeres, y las adolescentes entre 13 a19 años corresponde a 33098 mujeres

Según el IDSN –DANE 2005³

Mujeres en edad fértil (10 – 49 años) 559.085

Mujeres embarazadas 33.159

%de gestantes inscritas a CPN 68.9% (22853)

De estas, % de gestantes menores de 20 años 24.2%

IDSN y programa de SS y reproductiva: % cobertura de PF: 38%

Porcentaje de utilización de métodos de anticoncepción: ³

- 60% planifican con AC hormonal (iny + orales)
- 23% planifican con DIU
- 6% planifican con método quirúrgico
- otros métodos el 11%.

Población total del municipio de Pasto 431.141 habitantes³

- Urbano: 387.423 que corresponde al 90%

- Rural: 43.719 que corresponde al 10%
- Total de hombres: 49.88%
- Total de mujeres: 50.12%¹

La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, es una entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva que ofrece servicios médicos, educación, venta de productos y programas especializados en salud sexual y salud reproductiva, incluida la planificación familiar, a la población colombiana.

Según el estudio **Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia** ⁴ realizado por las doctoras Carmen Elisa Flórez¹ Victoria Eugenia Soto del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía, Universidad de los Andes del año 2005 y presentado por Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y Profamilia como resumen de prensa con el título SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA

Crece el embarazo no deseado en Colombia⁴. Las colombianas inician cada vez más temprano su vida sexual. La tasa global o total de fecundidad del período 2002-2005 es de 2.4 hijos por mujer. La tasa general de fecundidad es de 83 nacimientos por mil mujeres en edad fértil y la tasa bruta de natalidad de 20 nacimientos por mil habitantes. La fecundidad viene disminuyendo desde mediados de los años sesenta, cuando la tasa total estaba en 7 hijos por mujer.

Gracias al uso de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos, el intervalo entre los hijos aumentó otros 5 meses en los últimos cinco años al pasar de 37 a 42 meses. La educación y la zona de residencia presentan diferencias importantes en el intervalo intergenésico: entre las menos y las más educadas la diferencia es de 19 meses, en tanto que entre la zona urbana y la rural es de 13 meses.

Las colombianas inician cada vez más temprano su vida sexual. El 11 % de las mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 15

³fuentes <http://www.dane.gov.co/>

4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y profamilia.

http://media.antioquia.vcb.com.co/equidaddegenero/resumen_periodistas.pdf

años y un 46 % antes de los 18 años. El 5 % de las mujeres no ha tenido nunca relaciones sexuales.

El nivel educativo incide en las decisiones sexuales, así como el lugar de residencia. La primera relación de las mujeres sin escolaridad es 4 años antes que las que tienen educación superior, es decir a los 16 años, promedio, frente a 20 de las segundas. De igual forma, aquellas que viven en áreas rurales inician a edades más tempranas su actividad sexual (17.5 años) frente a quienes residen en zonas urbanas

Del total de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años sólo el 46 % fueron embarazos deseados. Un 54 % no.

La ENDS 2005¹ revela que el embarazo adolescente sigue en aumento al pasar del 19 al 21 % entre el año 2000 y el 2005, o sea que una de cada cinco adolescentes entre los 15 y 19 años de edad está o ha estado alguna vez embarazada

La Encuesta¹ evidencia que son las mujeres jóvenes quienes tienen más dificultades para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna y adecuada sobre salud sexual y reproductiva.

En todos los grupos de mujeres el conocimiento de los métodos modernos es mayor que el de los métodos tradicionales. De estos últimos el retiro es el más mencionado. Todas las mujeres, tanto las solteras como las unidas y sexualmente activas, coincidieron en que estos eran los métodos más conocidos.

Por tipo de método, el departamento que registra el mayor uso de la esterilización femenina es Nariño (37 %), la píldora es más utilizada en Caldas (16 %), el DIU en Bogotá (21 %), la inyección en Guainía (23 %) y los métodos tradicionales en su conjunto son más usados en La Guajira (16 %)

De cada cinco mujeres que iniciaron el uso de algún método, dos dejaron de utilizarlo durante el primer año porque cambiaron de método o porque falló. La tasa de discontinuación más baja es la del DIU con un 17 %, solamente el 3 % de las mujeres que terminaron su uso lo hicieron porque éste falló

1.2.2 Formulación del problema: ¿Cuál es la proporción de falla de los métodos de planificación utilizados al quedar en embarazo por gestantes de 13 a 19 años en el Hospital Local Civil de Pasto en el año 2010?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la proporción de falla de los métodos de planificación familiar utilizados al quedar en embarazo en gestantes de 13 a 19 años en el hospital local civil de pasto durante el año 2010 con el fin de establecer información para futuras investigaciones.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente las adolescentes gestantes con falla en el método de planificación familiar
- Identificar la frecuencia de la falla de los métodos anticonceptivos según el método, edad, nivel educativo y estado civil.
- Evaluar el conocimiento sobre los diferentes métodos de planificación y el método de inicio
- Determinar el conocimiento y practicas sobre métodos de planificación (inyectable, píldora, preservativo, DIU, implante y Anticonceptivo de emergencia) que utilizaban al quedar en embarazo

1.4 Justificación Se ha observado que la incidencia de embarazos en adolescentes es creciente, que día a día se hace menos control, cuyas repercusiones implican un alto costo socio-económico, conllevando una alta deserción escolar, morbilidad y aumentando las tasas de mortalidad materna, por el inicio de vida sexual y embarazos a muy temprana edad.

Se espera conocer la causa por qué, un método de planificación familiar puede fallar en adolescentes de 13- 19 años que consultaron en embarazo al hospital civil. Para dejar registros estadísticos que permitan servir como guía para la realización y actualización de protocolos que pueden ser utilizados en el hospital.

La planificación familiar en las adolescentes es importante porque nos permite conocer las dificultades en el uso de métodos de planificación, igualmente fomentar educación para que se proyecten en planificar sus hijos.

Esto representa un problema social grande porque las adolescentes, tienen riesgos a que están expuestas ya que esta es un etapa caracterizada por una constante de saber, curiosidad acerca del

mundo y de las demás personas de su propio cuerpo del descubrir nuevas cosas y sensaciones diferentes como por ejemplo el inicio de la vida sexual es representativo debido a esto queremos analizar y conocer cuál es el conocimiento de las adolescentes de 13 a 19 años sobre métodos anticonceptivos.

En la encuesta nacional de demografía y salud del año 2005 describe una serie de indicadores que muestran riesgos y problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva de los adolescentes manifestando que el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en este grupo de edades es bajo en Colombia.

Estableciendo que solo el 20% de adolescentes en este grupo usan algún método anticonceptivo, 13,7% iniciaron su vida sexual antes de los 15 años por lo anterior es de nuestro interés saber si estas adolescentes tienen algún tipo de conocimiento de métodos de planificación familiar con el fin de darles conciencia y dar inicio para crear propuestas de intervención y evitar abortos provocados y embarazos no deseados .

1.5. Metodología

1.5.1 Enfoque: Es de tipo cuantitativo puesto que se recogió análisis de datos numéricos que determinan una cantidad de variables específicas.

1.5.2 Tipo de estudio:

- **OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO:** Describe características de la población objeto de estudio
- **ANALITICO:** Porque se conformaron grupos según criterios de inclusión y exclusión definidos que permitirán análisis de los datos, y se comparan los resultados de los datos obtenidos
- **TRANSVERSAL:** Porque se tomo un grupo de personas en el año 2010.

1.5.3.1 Población: El Todas las mujeres embarazadas entre 13 y 19 años de edad en el Hospital Civil de Pasto en el año 2010 fueron 362 de los cuales se incluyeron en el estudio 58 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

1.5.3.2 Variable: En el Anexo 1 se describen las variables que fueron recolectadas para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

1.5.4 Fuentes de recolección de información: Fuente secundaria: La información de los pacientes se recolectó mediante la revisión de la historia clínica y clp de los pacientes incluidos en el estudio.

Fuentes primaria: La información de los pacientes se recolecto directamente con el paciente por medio de encuesta.

1.5.5 Técnicas de recolección de la información: La recolección de la información se realizó con el instrumento diseñado por las investigadoras para este propósito con su respectivo instructivo, el cual fue avalado por expertos. (Ver Anexo 2.)

Luego se hizo una filtración de pacientes de acuerdo a los criterios, con llamadas telefónicas a cada embarazada incluida en el estudio, se invitó a las gestantes a una hora determinada y puntual a la conferencia sobre planificación familiar, en el auditorio del Hospital Local Civil de Pasto, motivándolas con unos premios sorpresa y un refrigerio donados por las mismas investigadoras.

Cada gestante que llegaba se le entregaba la encuesta con su respectivo instructivo para que lo llenara sola o si necesitaba ayuda se lo hacía dirigido con una de las investigadoras. Después de terminar de llenar el instrumento por todas las asistentes se procedió a la entrega del refrigerio y a la charla sobre ANTICONCEPCIÓN PARA UNA VIDA SEXUAL PLENA efectuada por las integrantes de la investigación, en donde ellas realizaban preguntas de alguna duda, además nosotras les hicimos preguntas dirigidas para saber que tanto entendieron de nuestra conferencia.

Al final de la charla se procedió a la rifa de los premios, a las gestantes que respondieron las preguntas de las investigadoras, que se realizó de la charla y se rifo entre las adolescentes que respondieron de forma verdadera y adecuada.

Para constatar esta información se tomaron fotografías del evento.

1.5.6 Criterios

1.5.6.1 De inclusión

- Gestantes de 13 a 19 años que utilizaron un método de planificación hormonal temporal o de barrera en los últimos dos años al quedar embarazadas en el hospital civil en el año 2010
- Adolescentes embarazadas de las cuales se obtuvieron los teléfonos, buscados en las historias clínicas.
- Adolescentes embarazadas que contestaron el teléfono y asistieron a la conferencia organizada en el hospital civil
- Adolescentes que firmen el consentimiento informado

1.5.6.2 De exclusion

- Todas las embarazadas que sean mayores de 19 años y/o menores de 13 años que asistan a control prenatal al hospital civil
- Adolescentes de 13 a 19 años que NO utilizaron métodos anticonceptivos en los dos últimos años y quedaron embarazadas
- Adolescentes que NO asistieron a la conferencia
- Embarazadas que tengan discapacidad mental.
- Adolescentes que NO firmen el consentimiento informado

1.5.7 Consideraciones éticas.

- (Se diligenciará consentimiento informado, a la embarazada.)
- La investigación se realizará con base en los cuatro principios que son:
 - No maleficencia: Este estudio solo se diseñó con fines estadísticos, evitando el daño a la población a estudio
 - Beneficencia: se buscó el bien de la embarazada realizando una conferencia sobre planificación familiar previniendo y evitando así futuros embarazos
 - Justicia: Aplicamos este principio sin discriminar a ninguna adolescente gestante
 - Autonomía: Las adolescentes conservaron su derecho en la toma de decisiones al firmar o no el consentimiento informado.

1.5.9 Control de errores y sesgos.

Los sesgos encontrados principalmente son de información:

Para el control de errores y sesgos de información que afecten la validez de los resultados, los investigadores realizaron como estrategia de control de éstos una revisión de las historias clínicas y CLAP de las pacientes incluidos en el estudio con el fin de completar y verificar los datos que se requerían.

Se efectuó una entrevista privada con las embarazadas, que necesitaban explicación directa para llenar de forma veraz el instrumento.

El Instrumento creado por las mismas investigadoras, incluía un instructivo, explicando cada pregunta del cuestionario

Lectura de preguntas y explicación además herramientas visuales, a pacientes con dificultad en su lectura y comprensión.

Las encuestas fueron depositadas en urnas, donde se conservaba el derecho a la privacidad de sus respuestas, para que no haya falsedades al contestar por desconfianza a conocer sus nombres

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TERICO

2.1.1 Antecedentes Históricos.

Historia de los métodos anticonceptivos: El control de la fertilidad ha sido una preocupación del hombre desde tiempos inmemorables. Amuletos, duchas vaginales, barreras, uso de frutos ácidos, coito interrumpido y combinación de hierbas, entre otros, eran los métodos que se usaban en la antigüedad para evitar el embarazo no deseado.

2000 a.c.: Un pequeño cono hecho de semillas de granada y cera que prevenía la ovulación, fue inventado por los egipcios y es reconocido como el primer anticonceptivo con estrógenos naturales. En China las mujeres tomaban mercurio para prevenir el embarazo.

1850 a.c.-1550 a.c.: Libros médicos de la antigüedad hablan de los métodos anticonceptivos. Lavados vaginales con miel y bicarbonato de sodio, son algunas de las recomendaciones que se encontraban en el libro 'Papyrus Petri'.

1550 a.c.: En el libro 'Papyrus Ebers', se habla de un tapón de goma arábica y dátiles que servía como espermicida.

50 d.c.: Para impedir la concepción se recomendaba aplicar a la mujer, antes de que saliera al sol, dos gusanos de araña Falangium, con un trozo de piel de ciervo.

70 d.c.: Soranos de Efeso, el ginecólogo más importante de la antigüedad, recomendaba que cuando el hombre fuera a eyacular, la mujer debía contener la respiración, luego levantarse, ponerse en cuclillas e intentar estornudar y beber algo frío.

Siglo XVI – XVII: Aunque se han encontrado jeroglíficos egipcios del siglo XIV A.C., en los que se muestran fundas para el pene, es solo en el Siglo XVI D.C., en plena edad media, cuando se empiezan a buscar métodos para el control de las enfermedades venéreas, llamadas hoy Infecciones de Transmisión Sexual.

En el siglo XVII D.C. el doctor Condom o Conton creó un preservativo de intestino de oveja que tenía un hilo en la base para poder amarrarlo.

² http://www.profamilia.com/images/stories/cuadernillos/metodos-anticonceptivos_f.pdf

Siglo XVIII – XIX: Las mujeres utilizaban trozos de frutas en la vagina. Se creía que esto hacía las veces de tapón y los ácidos cítricos de espermicidas.

Las duchas vaginales aparecen en el Siglo XIX como método anticonceptivo. Después de tener relaciones sexuales, las mujeres se hacían un lavado con jabón, limón o vinagre.

Siglo XX: Estudios científicos demostraron que las hormonas controlan el ciclo menstrual de las mujeres y que en su producción participan el cerebro y los ovarios.

Es en los años veinte cuando un famoso laboratorio alemán investiga las hormonas sexuales y aparece el primer preparado hormonal cíclico.

Años más tarde, científicos norteamericanos descubrieron que el estrógeno inhibe la ovulación. A finales de los años 30 éste laboratorio produjo el etinilestradiol, estrógeno que se administraba por vía oral para que no se presentara ovulación.

En los años sesenta, se aprueba en Estados Unidos la primera píldora anticonceptiva. Esto marca un hito en la sexualidad femenina porque, desde entonces, ella puede separar la reproducción del placer. El condón se empezó a fabricar con látex y es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Son elementos, productos o procedimientos, que pueden ser usados por hombres y por mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo. Los métodos anticonceptivos se clasifican en: folclóricos, naturales y modernos o artificiales.

Algunas personas creen que los métodos anticonceptivos son perjudiciales para la salud y generan infertilidad, pero esto no es cierto y por eso la asesoría de un especialista es indispensable. Actualmente hay una gran variedad de métodos que se ajustan a las condiciones y necesidades de cada persona. La responsabilidad de prevenir el embarazo es de la pareja. El embarazo es una situación que hace parte del proyecto de vida de los dos.

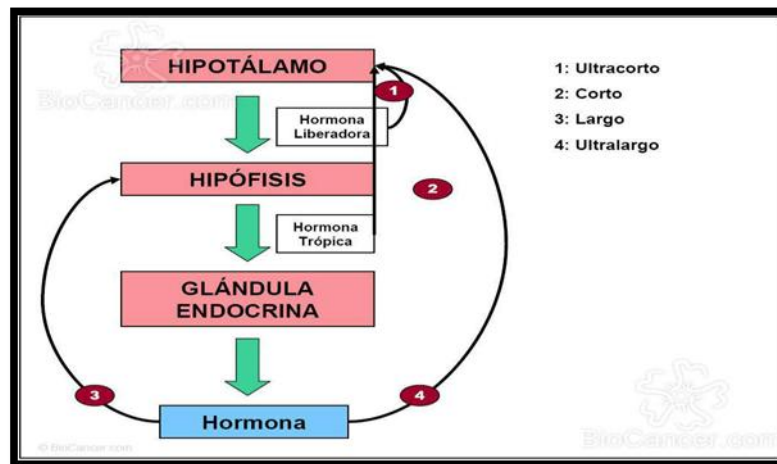
2.1.2.1 Fisiología reproductiva: Diversas partes del sistema reproductor femenino, tales como el ovario o endometrio, experimentan profundos cambios durante el ciclo sexual en la mujer, cambios que son regulados de forma precisa por el hipotálamo y la hipófisis, dos estructuras situadas en la base del cerebro.

Eje Hipotálamo-hipofisario: El hipotálamo es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro, por debajo del tálamo y tercer ventrículo. En él se localizan numerosos núcleos nerviosos que regulan múltiples funciones vegetativas. Justo debajo del hipotálamo se localiza la

hipófisis, una pequeña glándula asentada en una depresión del hueso esfenoides del cráneo conocida como silla turca. La hipófisis se encuentra unida al hipotálamo a través de un tallo, y en ella se distinguen dos porciones o lóbulos

Una porción anterior o **adenohipófisis**, más voluminosa.

Una porción posterior o **neurohipófisis**.



Mecanismos de retroalimentación (Feed-Back)

2.1.2 .2 El Eje Hipotálamo-hipófiso-ovárico: El hipotálamo, la adenohipófisis y el ovario constituyen un eje neuroendocrino. El hipotálamo sintetiza GnRH que, a través del sistema porta hipofisario alcanza a la adenohipófisis, donde promueve la secreción de FSH y de LH, las cuales se vierten a la circulación y llevan a cabo sus acciones sobre el ovario.

La GnRH es un decapeptido sintetizado en las áreas hipotalámicas preóptica y arqueada. Desde aquí, la hormona viaja a través de los axones hasta la eminencia media, de donde es liberada a la circulación portal hipotálamo-hipofisaria. La secreción de GnRH es pulsátil, lo cual resulta de capital importancia, pues la administración de análogos de la GnRH de larga vida media causa una pérdida de receptores hipofisarios para esa hormona, lo que se traducirá en una profunda inhibición de la secreción hipofisaria de FSH y LH.

Los estrógenos producidos por el ovario causan inhibición de la secreción, tanto de GnRH a nivel hipotalámico como de FSH y LH a nivel hipofisario, completándose así un circuito de retroalimentación hipotálamo-hipófiso-ovárico. Este efecto inhibitorio de los estrógenos se ve potenciado por la progesterona.

2.1.3 Ciclo Ovárico: Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un oocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo.

A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros reciben el nombre de folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular.

Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no haya ocurrido fecundación. Tras la ovulación el folículo se llena de grasa y se transforma en el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que segrega estrógenos y progesterona. Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo degenera poco antes de la siguiente menstruación y da lugar al cuerpo albicans

2.1.3.1 Ciclo Uterino O Menstrual: Al final de la menstruación sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neoformado

2.1.4 Hormonas Ováricas: Los Estrógenos Y La Progesterona:

Los estrógenos son hormonas esteroideas producidas por la granulosa del folículo, el cuerpo lúteo y la placenta, si hay embarazo. Su síntesis se realiza a partir del colesterol. El estrógeno más potente es el estradiol. Las acciones que desarrolla son:

-Aparato genital femenino. Los estrógenos son los responsables del crecimiento y del desarrollo de los órganos sexuales femeninos y de la proliferación del endometrio durante el ciclo sexual.

-Los estrógenos estimulan la actividad osteoblástica y por tanto ayudan a una adecuada mineralización ósea. Ello explica que la osteoporosis en la mujer suele sobrevenir tras la menopausia.

-Los estrógenos causan relajación del músculo liso arteriolar, incrementan el colesterol de HDL y disminuyen el colesterol de LDL, lo que explicaría la menor incidencia de enfermedad cardiovascular que presentan las mujeres con relación a los varones, especialmente antes de la menopausia.

La progesterona es también una hormona esteroidea. Es sintetizada por el cuerpo lúteo y la placenta, si hay embarazo. La progesterona es la responsable de los cambios progesteronales del endometrio antes estudiados. Sobre las mamas, la progesterona estimula el desarrollo de los lóbulos, siendo su acción, por tanto, complementaria a la de los estrógenos. La progesterona es termógena y probablemente responsable de la elevación de la temperatura basal que experimentan las mujeres tras la ovulación

2.1.4.1 Regulación De La Función Ovárica: Se lleva a cabo merced a las gonadotropinas hipofisarias:

-La FSH, es la responsable de la maduración de los folículos ováricos.

-La FSH y LH, actúan concertadamente finalizando la maduración de los folículos.

-La LH, es la responsable de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo.

Los estrógenos, y en menor medida la progesterona, modulan la secreción de gonadotropinas hipofisarias. En general, el efecto de ambas hormonas es inhibitorio sobre la secreción, tanto de GnRH como de FSH y LH. Sin embargo, poco antes de la ovulación, la marcada secreción de estrógenos por parte del folículo, unido a una baja concentración plasmática de progesterona, hace que el feed-back

negativo antes comentado se torne positivo, lo que provoca la liberación de GnRH y una marcada secreción de LH que será la responsable de la ovulación

2.1.5 TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2.1.5.1 MÉTODOS FOLCLÓRICOS: Son creencias populares que la gente pone en práctica para evitar el embarazo, sin tener en cuenta que estos métodos no tienen bases científicas y no son efectivos. Algunos de estos mitos son:

- Tomar coca cola con alka seltzer o hacer una ducha vaginal con estos.
- Usar el mejoral como tableta vaginal
- Orinar después de la eyaculación.
- Tener relaciones sexuales de pie.
- Tomarse una cerveza al sol después de tener relaciones sexuales.
- Bañarse los pies con agua caliente, agua salada o vinagre.

2.1.5.2 METODOS NATURALES: Consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo de la mujer. Cuando una mujer usa estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y el hombre debe tener el control de la eyaculación.

La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

Coito interrumpido: Este es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos que se conocen y es poco efectivo. El coito interrumpido o marcha atrás, consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Este método es de alto riesgo debido a que el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, contiene espermatozoides y hay riesgo de fecundación o de contraer una Infección de Transmisión Sexual. Tiene un 70% de eficacia.

Ritmo o calendario: Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática. Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales cóitales durante la ovulación y sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. O tener las relaciones usando condón. Quienes quieran usar éste método deben recibir las indicaciones de un especialista. Su efectividad es del 70%.

Temperatura basal: Durante los días de la ovulación la temperatura corporal aumenta y éste método consiste en tomar la temperatura de la mujer, para identificar los cambios.

Quien practica este método lo debe hacer todos los días, desde el primer día de la menstruación hasta la menstruación siguiente, antes de levantarse de la cama y se debe tomar en el mismo sitio del cuerpo (boca o axila).

Generalmente, la temperatura de la mujer está entre 36 y 36.5 grados centígrados. Durante la ovulación se eleva hasta 37 grados o más. El día del aumento de la temperatura se debe evitar tener relaciones sexuales y dos días antes y después.

Moco cervical: Se basa en la observación de los cambios en el moco cervical. Este líquido que está en el cuello del útero, cambia durante la ovulación. Generalmente, en la etapa de no fertilidad de la mujer hay una ausencia de moco cervical visible y sequedad.

Cuando la mujer está ovulando, se vuelve cristalino y transparente, semejante a una clara de huevo y al tacto es resbaloso y elástico. La fertilidad se debe considerar entre 2 días antes y 4 días después de su aparición. Su efectividad es del 70%.

Lactancia materna: Este método también se denomina amenorrea de la lactancia. La lactancia disminuye la probabilidad de la ovulación y funciona como anticonceptivo cuando se cumplen las siguientes condiciones: • Cuando la madre ha alimentado exclusivamente al hijo con leche materna desde el momento del nacimiento.

- Amamanta al bebé por lo menos cada tres o cuatro horas al día, inclusive durante la noche.
- El bebé no ha iniciado otro tipo de alimentación.
- No hay menstruación.
- No han pasado más de 6 meses desde el parto.
- Su eficacia es del 80 al 98%, dependiendo de uso adecuado del método

2.1.5.3 MÉTODOS MODERNOS O ARTIFICIALES

Son elementos o productos que previenen el embarazo y su efectividad es del 98%. Se clasifican en:

2.1.5.3.1 Métodos Temporales: Cuando se suspenden la mujer vuelve a ser fértil y puede quedar embarazada.

Entre estos están:

2.1.5.3.1.1 Métodos Hormonales: son hormonas que inhiben o impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo, sin embargo no protegen contra el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.)

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas maneras, por implante subdérmico, por vía oral, por inyección o en parches. Los métodos hormonales más usados en Colombia son:

Píldoras anticonceptivas: Es uno de los métodos anticonceptivos más populares. “La píldora”, como también se le conoce, contiene una o dos hormonas (estrógenos y progesterona) que actúan impidiendo la ovulación y alteración en el moco cervical haciéndolo impenetrable por los espermatozoides.

Vienen en presentaciones de 21 ó 28 píldoras y se deben tomar todos los días. Se deben iniciar el primer día de la menstruación y tomarlas siempre, en lo posible, a la misma hora. Aunque no es indispensable para mantener la eficacia.

Las mujeres que tengan problemas circulatorios, enfermedades hepáticas, problemas cardíacos o cáncer, que sean fumadoras, mayores de 40 años o estén embarazadas, NO deben tomar pastillas anticonceptivas. Algunas mujeres se autorrecetan y pueden tener problemas de salud; las pastillas anticonceptivas son un medicamento y que debe ser recetada por un médico. Si se usa de manera adecuada su eficacia es del 98 %.

Implante subdérmico (Jadelle): Es un método anticonceptivo de largo plazo, puede durar hasta 5 años. El profesional de la salud implanta dos cápsulas que contienen hormonas debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Su función es impedir la ovulación y alterar el moco cervical, para que no pasen los espermatozoides y no se produzca fecundación

Cuando la mujer así lo decida, se pueden retirar las cápsulas y hay un retorno inmediato de la fertilidad.

El implante subdérmico se puede usar en cualquier edad reproductiva y después del parto sin importar que la mujer esté lactando. Tiene una eficacia del 98 %. Puede usarse desde la adolescencia.

Inyectables: Son inyecciones intramusculares que contienen hormonas que inhiben la ovulación y aumentan el espesor del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres lactantes, a partir de seis meses después del parto. La primera inyección se debe poner entre el día primero y tercero de la menstruación.

Se aplica todos los meses en la misma fecha. A partir del segundo mes, la inyección se puede aplicar tres días antes o después de la fecha correspondiente. Una vez se suspende, la mujer puede quedar embarazada. Se aplica cada noventa días (3 meses). A partir de la segunda inyección, se puede aplicar siete días antes o después de la fecha indicada. Cuando se suspende, la fertilidad puede tardar en regresar hasta nueve meses. Se puede usar durante la lactancia.

No se recomienda en mujeres con presión arterial alta, diabetes o trastornos hepáticos, sangrado vaginal no diagnosticado, varices profundas o serios problemas circulatorios, jaquecas frecuentes, antecedente de infarto cardiaco, cáncer de seno actual o embarazo. Si se usa de manera adecuada su eficacia es del 98%.

2.1.5.3.1.2 MÉTODOS DE BARRERA: son aquellos que impiden la entrada de los espermatozoides al útero. Pueden ser químicos, como los espermicidas que actualmente no se usan o mecánicos como el condón

El condón: Es una cubierta para el pene, diseñada para impedir que los espermatozoides lleguen a la vagina y así evitar la fecundación.

El condón se debe colocar sobre el pene desde el momento de la erección, hasta el final de la relación sexual. Para que sea efectivo, se debe usar uno por cada relación sexual. Debe ser usado durante prácticas de sexo vaginal, oral y anal.

Es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH, por eso se recomienda usarlo siempre, aún se recomienda usarlo junto con otros métodos anticonceptivos para prevención de ITS. Algunas personas creen que usar condón disminuye el placer sexual y por eso no usan preservativo, ésta es una idea equivocada. Puede fallar:

- Cuando se utiliza después de su fecha de vencimiento.
- Cuando se ha expuesto a la luz y a la humedad.
- Si se rompe.
- Cuando se utilizan lubricantes como vaselina, aceites para bebé y crema de manos.

Dispositivos: Son elementos pequeños que se introducen en el útero para impedir la fecundación del óvulo. Hay dos tipos de dispositivos, la T de cobre o dispositivo intrauterino y el endoceptivo o Mirena.

T de Cobre o Dispositivo Intrauterino DIU: Es un objeto de plástico recubierto de cobre que se coloca dentro del útero. Éste induce una respuesta dentro del útero, que hace que se inactiven los

espermatozoides y así no puedan llegar al óvulo para que no haya fecundación.

Se puede aplicar durante la menstruación, después de un parto o de un aborto.

No se recomienda en mujeres que tengan más de un compañero sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, problemas anatómicos de la cavidad uterina que impidan colocar el DIU y mujeres embarazadas. Tiene una eficacia del 98% y puede permanecer allí hasta doce años.

Dispositivo endoceptivo o Mirena: Es un dispositivo hormonal que va liberando gradualmente las hormonas que espesan el moco cervical y dificultan el paso de los espermatozoides. Solo tiene efecto sobre útero y no interviene en la función de los ovarios. Su protección anticonceptiva dura entre cinco y siete años.

El dispositivo endoceptivo NO debe ser usado si hay evidencia o sospecha de embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer de útero o de cuello del útero, hemorragia uterina anormal, anomalías del útero o del cuello del útero o enfermedad hepática. Tiene una eficacia del 98 a 98.5%.

2.1.5.3.2 Métodos Definitivos: Para evitar de manera definitiva el embarazo, existen procedimientos quirúrgicos sencillos, que se pueden realizar hombres y mujeres. No se requiere hospitalización y son altamente eficaces. Estos métodos no alteran el deseo ni el placer sexual.

2.1.5.3.2.1 Ligadura de Trompas: Cuando una mujer no quiera tener hijos o quedar embarazada constituye un riesgo para su salud, tiene la opción de hacerse la ligadura de trompas. Este es un método quirúrgico sencillo, que consiste en ligar las trompas de Falopio para impedir la fecundación. Su duración es de 10 minutos y la recuperación dura 2 horas. Su eficacia es del 99.8 %.

Existen dos técnicas para realizar el procedimiento:

1. Minilaparotomía: se hace un pequeño corte sobre el vello púbico, se ligan las trompas y se cortan.

2. Laparoscopia: se hace una pequeña incisión cerca del ombligo, por allí con la ayuda de un instrumento óptico se llega a las trompas para ligarlas y cortarlas. Se liga con un anillo plástico para obstruir la trompa. Cuando una mujer se somete a este procedimiento, puede reiniciar su vida sexual 8 días después de la intervención. Su eficacia es del 99.85%.

2.1.5.3.2.2 Vasectomía: Este es un procedimiento quirúrgico que se puede practicar el hombre cuando no quiere tener hijos. Consiste en ligar y cortar los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides para salir al exterior y así se evita la fecundación.

Las eyaculaciones se seguirán presentando, y el semen es de características normales. Pero los espermatozoides serán absorbidos por el organismo. Este procedimiento no afecta la virilidad ni la erección.

Cuando un hombre se realiza la vasectomía puede iniciar las relaciones sexuales cinco días después y durante las primeras doce (12) semanas debe utilizar otro método anticonceptivo como el condón. Su eficacia es del 99.8%

2.1.5.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, cuando se presenta un accidente anticonceptivo o la mujer es víctima de abuso sexual, se puede usar la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo. Los métodos más comunes son la “píldora del día después”, píldoras anticonceptivas tradicionales en dosis determinadas y el dispositivo intrauterino. Para evitar que ocurra el embarazo, la anticoncepción de emergencia debe ser usada o aplicada después de la relación sexual y no deben pasar más de 72 horas, es decir, tres días, para el caso de la anticoncepción con medicamentos, o no más de 120 horas (5 días), para cuando se hace con dispositivo intrauterino. Es importante resaltar que éste no es un método de planificación familiar, debido a que si se usa constantemente pierde su efectividad.

Después de usar cualquiera de los métodos de emergencia se pueden presentar náuseas, vómito, dolor de cabeza, sensibilidad en los senos, y alteraciones en el ciclo menstrual. Si la mujer usa la anticoncepción de emergencia con medicamentos y ya está embarazada, no se producirá un aborto.

Actualmente hay 3 métodos de anticoncepción de emergencia:

Producto dedicado o Anticonceptivo de Emergencia La llamada “píldora del día después” está compuesta por un derivado hormonal que impide o retrasa- la ovulación y dificulta el paso de los espermatozoides hacia el óvulo, evitando la fertilización.

Puede ser usada por cualquier mujer cuando olvidó tomar la píldora anticonceptiva o aplicarse la inyección, cuando el condón se rompió durante la relación sexual o se quedó dentro de la vagina. Reduce la posibilidad de embarazo en un 85% Su eficacia es del 98%.

Píldoras anticonceptivas: Consiste en tomar una dosis especial de píldoras anticonceptivas tradicionales, dentro de las 72 horas siguientes

de la relación sexual sin protección. Para que sea eficaz, la dosis debe ser definida por el médico. Después de tomar las píldoras se puede presentar vómito, si este se presenta durante las dos primeras horas, hay que repetir la dosis. Reduce la posibilidad de embarazo en un 75 por ciento

Dispositivo Intrauterino (DIU). T de Cobre: Se introduce en el útero un objeto plástico recubierto con cobre que impide el embarazo. Este método puede ser utilizado hasta el quinto día después de una relación sexual sin protección (hasta 120 horas). Reduce en un 90 por ciento la posibilidad de embarazo

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Anticonceptivos: son todos aquellos métodos o técnicas que se utilizan para tener sexo seguro. Por ejemplo, para no contraer enfermedades o un embarazo no deseado

Ciclo ovárico: En la mujer se produce todos los meses de forma cíclica una serie de cambios en la secreción hormonal que van a condicionar la aparición de modificaciones en sus órganos sexuales. La característica es que los ovarios liberan a cada mes un único óvulo inmaduro.

Ciclo femenino: Desde la aparición de la primera menstruación (menarquia) hasta la desaparición de la regla (menopausia), las mujeres no embarazadas experimentan unos cambios cíclicos secuenciales en los ovarios y el útero.

El ciclo menstrual varía de mujer a mujer, puede darse entre 24 a 35 días; igual que el sangrado, menstruación o regla puede variar entre los 3 a 7 días, siendo de intensidad variable, además que éste puede variar a lo largo de toda la vida.

Endometrio: es la mucosa que recubre el interior del útero y consiste en un epitelio simple prismático con o sin cilios, glándulas y un estroma rico en tejido conjuntivo y altamente vascularizado

Hipófisis: es la glándula maestra del cuerpo. Comparada con otras glándulas endocrinas, es la que produce el mayor número de hormonas, incluso algunas que controlan a las demás glándulas endocrinas del cuerpo. Se encuentra en un espacio óseo llamado silla turca del hueso esfenoides, situada en la base del cráneo

Hormona: son sustancias segregadas por células especializadas, localizadas en glándulas de secreción interna o glándulas endocrinas

(carentes de conductos), o también por células epiteliales e intersticiales con el fin de afectar la función de otras células.

Métodos anticonceptivos: Fármaco o método que se utiliza con el fin de evitar los embarazos

Ovocito: Célula germinal femenina derivada de la ovogonia y que da lugar al óvulo

Planificación familiar: es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales

2.3 MARCO CONTEXTUAL.

La empresa social del estado de Nariño Red Norte cuenta con el Hospital civil: fue creado como institución oficial de carácter departamental, creado mediante el decreto 259 de 20 de abril de 1939 del Ejecutivo departamental, con personería jurídica N° 985 de diciembre de 1972 en las instalaciones donde funcionaba el centro de salud el calvario. Con la entrada de vigencia de la ley 100 de 1993, por medio de la cual se establece el sistema de Seguridad Social en Salud, descentralizando la salud.

El departamento de Nariño cedió la red prestadora de servicio de salud al municipio de pasto, entre los cuales se encontraba el centro de salud el calvario que en el año 1997 fue demolido. La alcaldía municipal de Pasto – Dirección municipal de salud, inicio la obra del nuevo hospital Local Civil en 1997 y termino con toda la dotación hospitalaria en 1999, diseñado y dotado para la atención materno infantil.

El Hospital queda localizado en la comuna 11 de la ciudad de pasto, departamento de Nariño, se encuentra ubicado en la siguiente dirección: Cra 24 – calle 27 esquina. Teléfono 7213912

El hospital local civil consta de los siguientes servicios:

Consulta Externa

Consulta médica general

Consulta médica especializada (ginecología y Pediatría)

Consulta odontológica e higiene oral

Consulta de enfermería

Psicología

Nutrición

Urgencias:

Consulta y procedimientos médicos de Urgencias

Observación

Hospitalización (hospital local Civil)

Traslado Asistencial Básico T.A.B: (servicio de ambulancia)

Partos:

Atención de partos de baja complejidad

Atención del recién nacido

Cirugía Ambulatoria:

Procedimientos quirúrgicos Gineco obstétricos

Apoyo Diagnostico

Laboratorio Clínico (toma y procesamiento de muestras)

Imagenología (ecografía Rayos X)

Rayos X odontológicos

Lectura de citologías

Lectura de Baciloscopias

Colposcopia

Servicio farmacéutico en todas las IPS de la red

Servicio farmacéutico 24 horas en los servicios de urgencias

Promoción y prevención

Crecimiento y desarrollo

Detección de alteraciones del joven

Control prenatal

Adulto mayor

Planificación familiar

Agudeza visual

Salud Oral

Toma de citologías

Vacunación (intramural y servicio extramural)

HORARIO DE TRABAJO

Hospital local civil:

Consulta externa

Lunes a sábado 7am – 7 pm

Urgencias:

Lunes a domingo 24 horas

2.4 MARCO LEGAL

RESOLUCIÓN 0769 DE 2008: *Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.*

CONSIDERANDO: El Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología encontró que la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de medicamentos anticonceptivos hormonales, desde el punto de vista médico y económico contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y ahorra costos al Sistema.

RESUELVE:

Artículo 1°. Adóptese la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos.

Artículo 2°. Se adopta a través de la presente resolución establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas.

Artículos 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Justificación: Tiene como objetivo brindar métodos aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a.

2. Objetivos: • Ofrecer a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección y uso informado del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

3. Población beneficiaria: Los (las) beneficiarios(as) de esta norma son todos los hombres y mujeres en edad fértil afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

4. Definición: Esta norma técnica se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

DEBEN HABER CARACTERÍSTICAS ANTES DE INICIAR UN MÉTODO SON:

- Consulta de primera vez de planificación familiar.
- Elección y suministro de métodos de planificación familiar.
- Consulta de control o seguimiento en planificación familiar.

5. Derechos: Los derechos sexuales y reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación.

• **Información:** la usuaria(o) tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar.

• **Libertad:** Es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.

• **Privacidad:** Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluida el tamaño de la familia son de carácter privado.

• **Vida libre de daño:** Vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la usuaria(o) en todos los procedimientos que se le realicen.

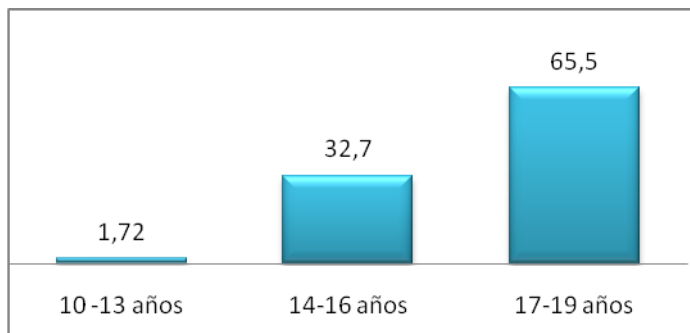
• **Igualdad:** Sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición,

• **Justicia sanitaria:** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

3.1.1 Edad: Grafica 1. Distribución de frecuencia por edad de las pacientes embarazadas

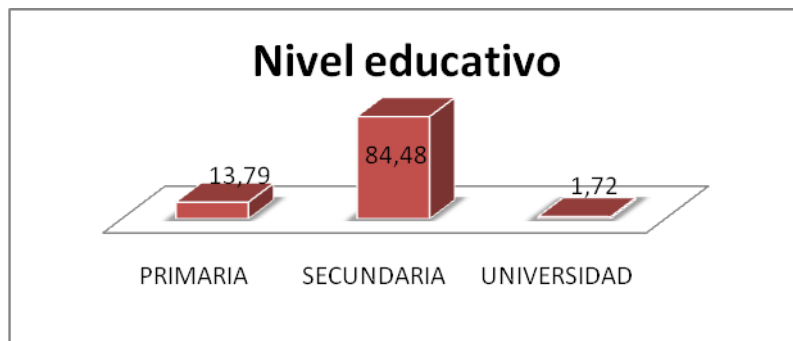


Fuente: presente investigación

De la población estudiada de un total de 58 adolescentes gestantes se establece que el 1.72 del total de las mujeres estudiadas se encuentra entre los rango de edad de 10- 13 años; el 32.7% se encuentra en el rango de 14-16 años y el 65.5% se encuentra en un rango de edad de 17-19 años. Por lo tanto la edad más frecuente es de 17-19 años que corresponde a 65.5 %

3.1.2 Nivel Educativo: En cuanto a la escolaridad de la población se tiene: 8 mujeres adolescentes tienen escolaridad primaria (13.7%), 49 adolescentes tienen escolaridad secundaria (84.48%), 1 adolescente tiene estudio universitario (1.72%).

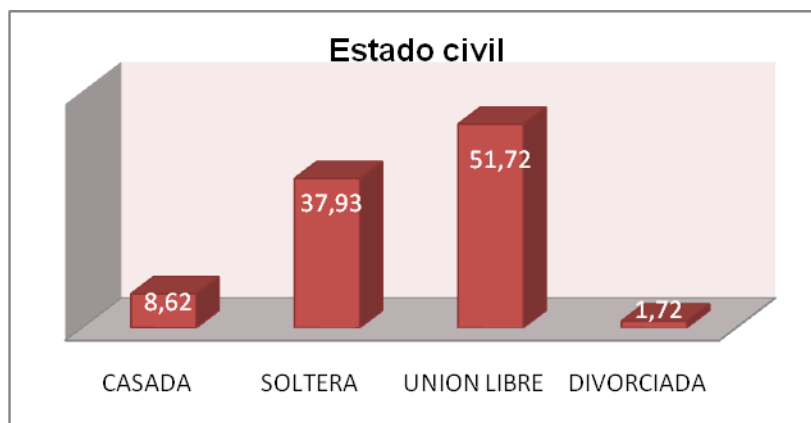
Grafica 2. Distribución de frecuencias por nivel educativo en adolescentes embarazadas



Fuente: presente investigación

3.1.3 Estado civil: Del 100% de la población a estudio se puede determinar que 8.62% son casadas, 37.9% son solteras, 51.7% están en unión libre, el 1.7% son divorciadas. Por lo tanto el mayor número de mujeres se encuentran en unión libre con 30 mujeres que corresponde al 51.7 %

Grafica 3. Distribución de frecuencia por estado civil de la adolescente gestante

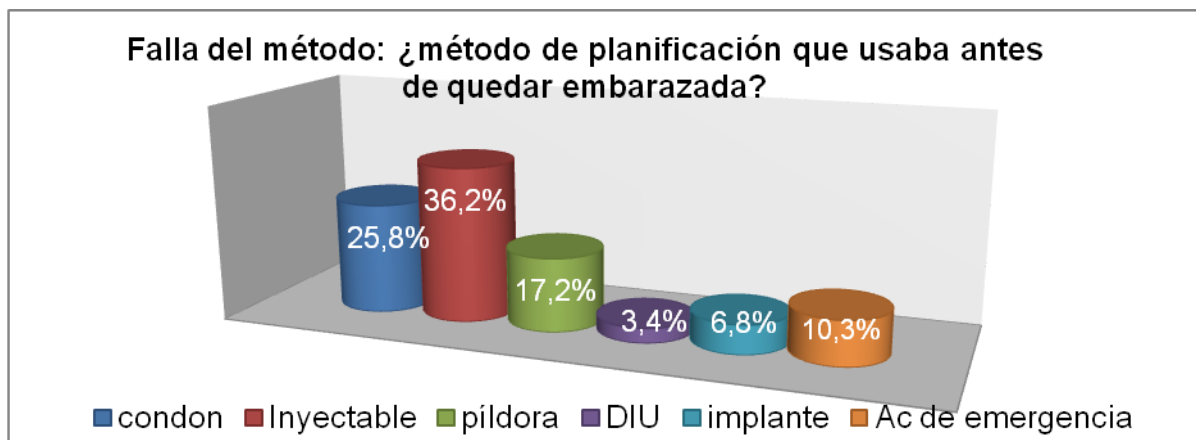


Fuente: presente investigación

3.1.4 Método de planificación que usaba antes de quedar en embarazo

En cuanto a métodos utilizados en las adolescentes de nuestro estudio se determino lo siguiente: que el condón lo utiliza el 25,86, inyectable 36,2% la píldora el 17.24%, DIU 3,44% implante 6,89%, y el Ac de emergencia un 10,3%. se debe tener presente que el método más utilizado antes de su embarazo por las adolescentes es el método anticonceptivo hormonal inyectable en segundo lugar el condón el cual es un método de barrera, seguido de píldoras y implante y como método menos utilizado DIU. Por lo cual debemos tener presente que el método anticonceptivo que mas fallo es el método de planificación familiar inyectable.

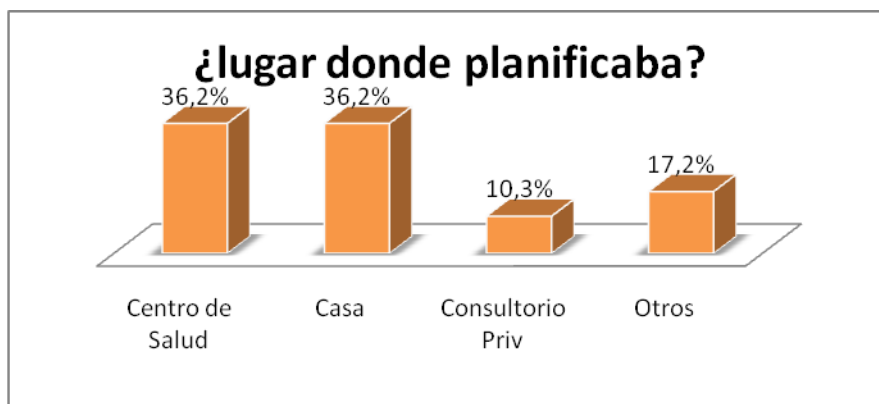
Grafica 4 . Distribución de frecuencia por método de planificación que utilizaba antes de quedar en embarazo



Fuente: presente investigación

3.1.5 lugar donde planificaba: Del 100% de la población a estudio se establece que el 36.2% planifican en centro de salud, el 36.2% planifican en casa, el 10.34% en consultorio privado, 17.2 otras opciones. Por lo tanto se establece que el lugar donde planifican con mayor frecuencia es en centro de salud y en casa en igual porcentaje y el lugar donde menos planifica es en consultorio privado.

Grafica 5. Distribución de frecuencia por: lugar donde planificaba

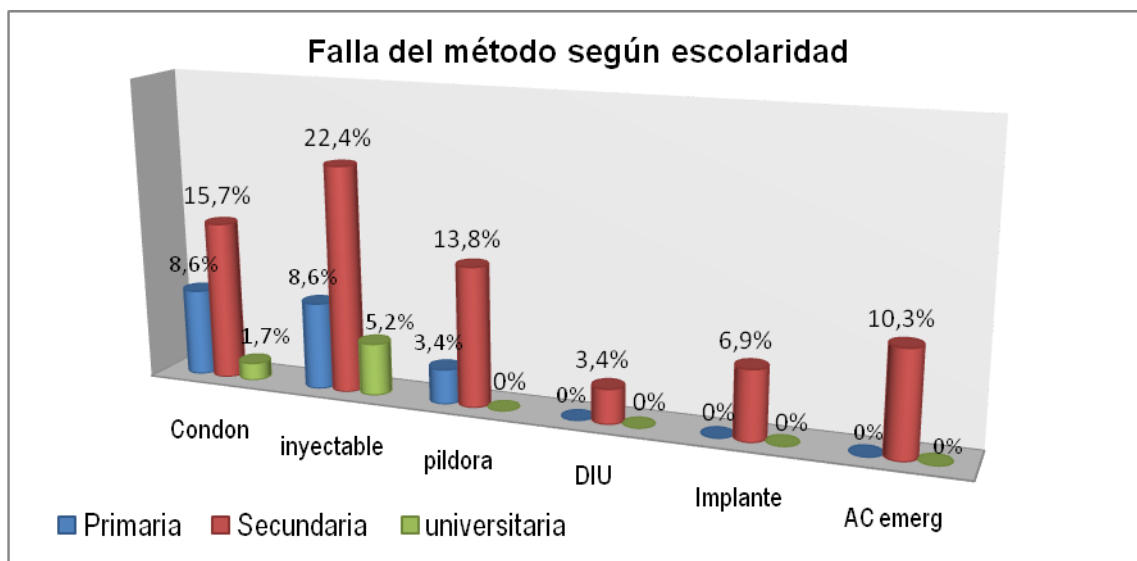


Fuente: presente investigación

3.2 GRUPO DE FALLA DEL MÉTODO CON ESCOLARIDAD: Del total de la población a estudio se logró determinar que las mujeres que cursaron primaria 5 de ellas utilizaron condón (8.62%), 5 inyectable (8.62%) ,2 píldora (3.44%), ninguna mujer planifico con DIU (0%), 0 Implante (0%), 0 Día Después (0%). De las mujeres que cursaron hasta secundaria 9 de ellas utilizaron condón (15.71%) ,13 inyectable (22,41%), 8 píldora (13.8%), 2 DIU (3.4%), 4 implante (6,9%), 6 día

después (10,3%). De las mujeres que cursan universidad 1 de ellas utilizo condón (1,72%) y 3 de ellas utilizo la inyección (5,2%) ninguna mujer planifico con píldora (0%), 0 DIU (0%), 0 Implante (0%), 0 Día Después (0%). Por lo tanto se dice que en secundaria se presento mayor número de mujeres que planificaron que corresponde a 42 casos, en donde el método más frecuente es la inyección con 21 casos y el menos frecuente es el DIU con 2 casos.

Grafica 6. Distribución de frecuencias por grupo de falla del método relacionado con escolaridad de las adolescentes



Fuente: presente investigación

3.3 FALLA DEL MÉTODO CON ESTADO CIVIL

Grafica 7. Distribución de frecuencias por falla de método en relación con el estado civil.

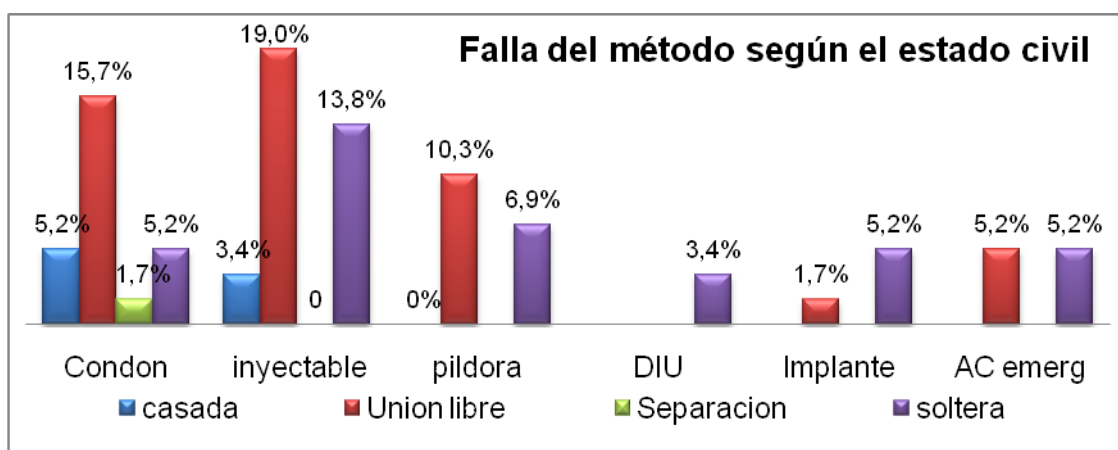
Del total de la población a estudio se determina que 3 de las mujeres casadas utilizaban condón 5,17%, 2 inyectable 3,44%, y ninguna de las mujeres casadas utilizaron 0% píldora, 0% DIU, 0% Implante, 0% Día Después.

De las mujeres en unión libre 9 de ellas utilizaron condón 15,71%, 11 inyectable 19%, 6 inyectable 10,34%, ninguna de las mujeres utilizaba DIU 0%, 1 implante 1,72%, 3 día después 5,17%.

De las mujeres divorciadas 1 de ellas utilizaba condón 1,72% ninguna de las mujeres divorciadas utilizo, 0 inyectable 0%, 0 píldora 0% 0 píldora 0%, 0 DIU 0%, 0 Implante 0%, 0 Día Después 0%.

Las mujeres solteras 2 de ellas utilizaron condón 5,17%, 8 inyectable 13,79%, 4 píldora 6,89%, 2 DIU 3,44%, 3 implante 5,17%, 3 día después 5,17%.

Por lo cual se establece que el estado civil más frecuente de las mujeres en estudio es unión libre que corresponda a 30 casos de la cual el método más utilizado es el inyectable con 21 casos.

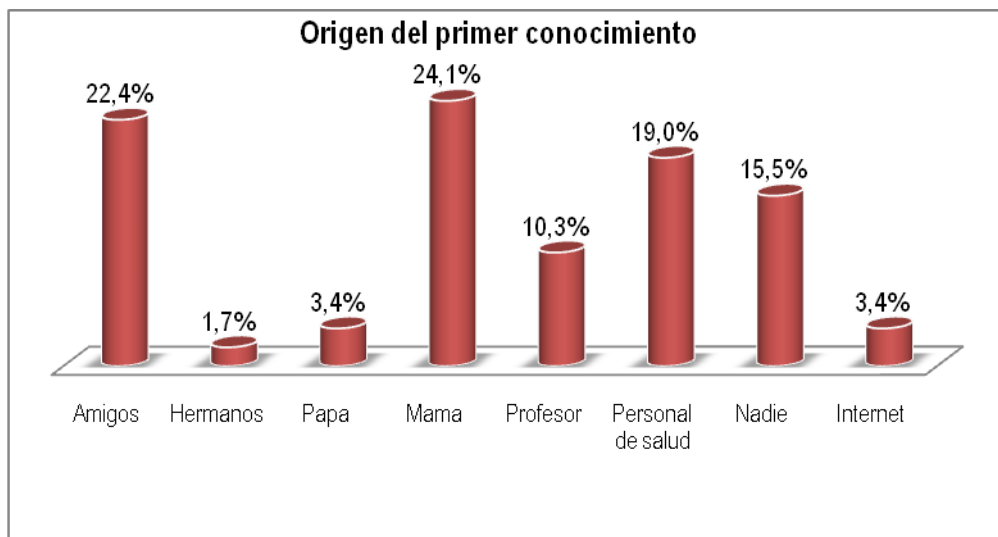


Fuente: presente investigación

3.4 FALLA DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ORIGEN DEL PRIMER CONOCIMIENTO De la población de estudio se determinó que, el primer conocimiento de algún método anticonceptivo incluido en el estudio fue el siguiente:

13 adolescentes obtuvieron el primer conocimiento sobre métodos de planificación familiar de sus amigos que corresponde al 22,41%, 1 adolescente de sus hermanos que corresponde al 1,72%, 2 de su padre que corresponde al 3,44%, 14 de su madre que corresponde al 24,13%, 6 de su profesor que corresponde al 10,34%, 11 de los profesionales de salud que corresponde al 18,96%, 9 adolescentes no tuvieron ningún conocimiento de algún anticonceptivo que corresponde al 15,51%, 2 adolescentes obtuvieron información de internet que corresponde al 3,44%.

Grafica 8. Distribución de frecuencias por falla del método de planificación familiar relacionado con origen del primer conocimiento



Fuente: presente investigación

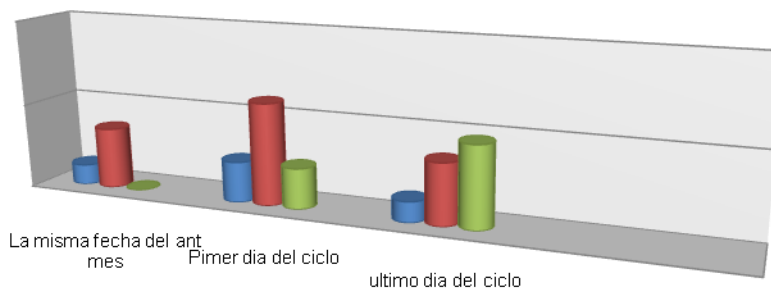
3.5 FALLA DE MÉTODO INYECTABLE: INICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON CADA CUANTO SE VUELVE A INYECTAR:

De las 21 embarazadas se puede determinar que las adolescentes que iniciaron a planificar el 1 día del ciclo menstrual, el 4,8% se volvieron a inyectar la misma fecha del mes anterior, 9.5% el primer día del próximo ciclo menstrual y el 4.8% el ultimo día del ciclo

De las adolescentes que iniciaron a planificar después del 1 día del ciclo el 14,3% se volvió a inyectar la misma fecha del mes anterior 14.3%, 23.8%el primer día del ciclo del mes siguiente, 14.3% el ultimo día del ciclo del mes siguiente

De las adolescentes que iniciaron a planificar el ultimo día del ciclo el 0% se volvió a inyectar la misma fecha del mes anterior; 9.5% se volvió a inyectar el primer día del ciclo del mes siguiente, 19% el ultimo día del ciclo del mes siguiente

Grafica 9. Distribución de frecuencias por falla de método inyectable: inicio de planificación familiar en relación con cada cuanto se vuelve a inyectar



	La misma fecha del ant mes	Primer día del ciclo	ultimo dia del ciclo	
■ 1 día del ciclo	4,8%	9,5%	4,8%	
■ después del 1 día del ciclo	14,3%	23,8%	14,3%	
■ ultimo día del ciclo	0	9,5%	19%	
■				

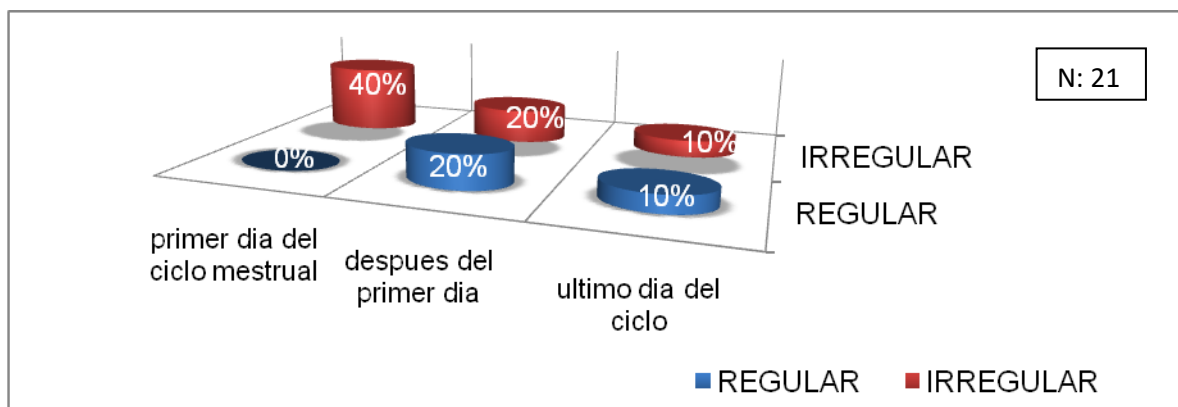
Fuente: presente investigación

3.6 FALLA DEL MÉTODO PÍLDORA: COMO INICIO A PLANIFICAR RELACIONADO CON EL CICLO MENSTRUAL

De las 21 adolescentes que empleaban pildora con ciclo Regular se establece que 2 inician a planificar el primer día del ciclo menstrual con 10% , 4 adolescentes inician después del primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 20% , 6 adolescentes el ultimo día del ciclo menstrual correspondiente al 28,5%, 1 adolescente inician a planificar la misma fecha que inicio por primera vez que corresponde al 4,7% , lo anterior nos indica que 13 adolescentes es el total de las mujeres con ciclos menstruales regulares que corresponde al 61,7%.

De la población a estudio se establece que 4 adolescentes con ciclo regular inician a planificar el primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 19% , 2 adolescentes inician después del primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 9,5% , 1 adolescentes el ultimo día del ciclo menstrual correspondiente al 4,7%, 1 adolescente inician a planificar la misma fecha que inicio por primera vez que corresponde al 4,7% , lo anterior indica que 8 adolescentes es el total de las mujeres con ciclos menstruales regulares que corresponde al 37,9%.

Grafica 10. Distribución de frecuencia de falla del método píldora: como inicio a planificar relacionado con el ciclo menstrual

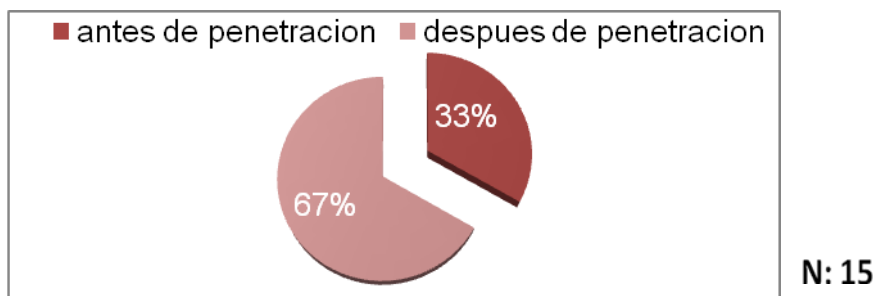


Fuente: presente investigación

3.7 FALLA DEL METODO PRESERVATIVO: FORMA DE USO DEL PRESERVATIVO

De las 15 adolescentes q planificaban con preservativos se establece que 10 adolescentes lo utilizaban antes de la penetración (66,6%), 5 lo utilizaban después de la penetración (33,3%), lo que nos indica que el método fallo mas al utilizarlo después de la penetración.

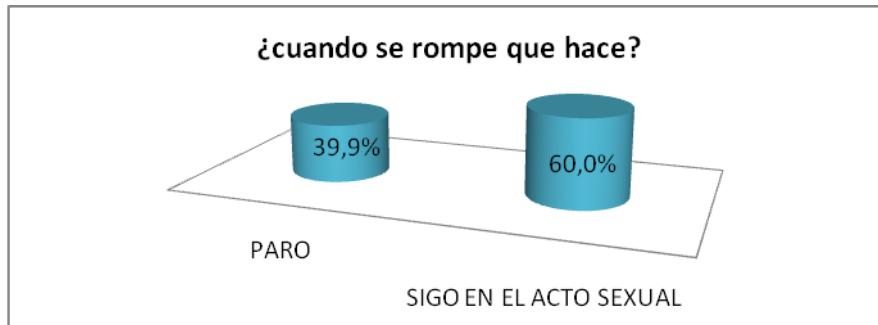
Grafica 11. Distribución de frecuencia por forma de uso del preservativo



Fuente: presente investigación

3.8. FALLA DEL METODO PRESERVATIVO: CUÁNDO SABE QUE ROMPE QUE HACE

Grafica 12. Distribución de frecuencia cuándo sabe que rompe que hace.

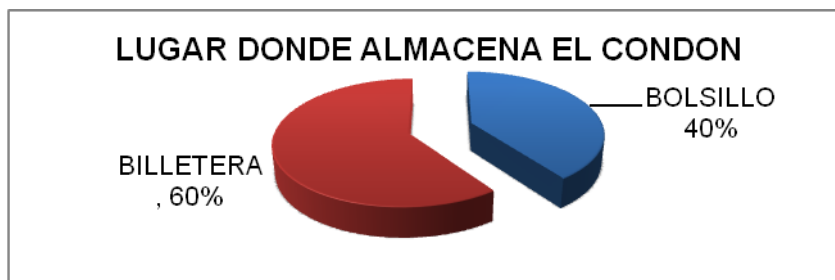


N: 15 Fuente: presente investigación

De la población a estudio que utilizo condón (N:15) se establece que si se rompe el preservativo o condón 6 adolescentes paran el acto sexual lo que corresponde a 39,9%, y 9 adolescentes siguen en el acto sexual lo que corresponde a 60%.

3.9. Falla del método según el lugar donde guarda el condón

Grafica 13. Distribución de frecuencia de falla del método preservativo según donde lo guarda

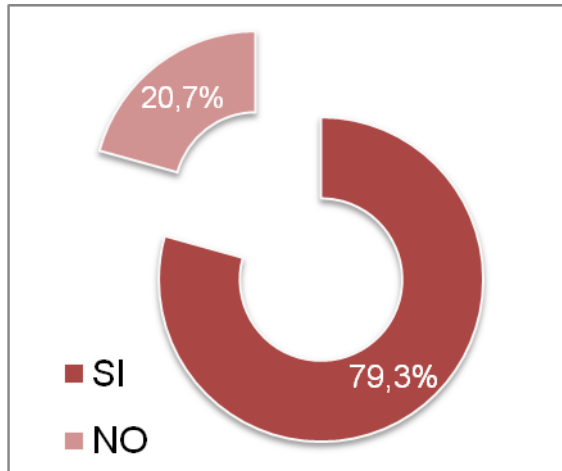


Fuente: presente investigación

De la población a estudio que utilizo condón se determino que el lugar donde se lo almacena el condón fue: 6 adolescentes lo almacenan en el bolsillo lo que corresponde a 40%, 9 de las adolescentes lo almacenan en la billetera lo que corresponde al 60%.

3.10 ¿CREE QUE LAS ADOLESCENTES NECESITAN MÁS INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN?

Grafica 14. Distribución de frecuencia por ¿cree que las adolescentes necesitan más información sobre métodos de planificación?



Fuente: presente investigación

De la población a estudio se determinó que el 79,31% de las adolescentes sí necesitan más información sobre métodos de planificación familiar y el 20.7% piensan que no necesitan más información sobre métodos anticonceptivos.

4. DISCUSIÓN

En este estudio se caracterizaron 58 maternas que planifican al quedar en embarazo en adolescentes por 2 años y asistieron a conferencia realizada por los investigadores. La planificación familiar es muy importante en nuestras adolescentes ya que si hay un adecuado uso de ellos evitar embarazos hasta en un 99% en promedio, por eso es de vital importancia una adecuada inducción de utilización de los métodos.

El método que mas falla en este estudio es inyectable 36.2% a comparación en estudio realizado por profamilia en el año 2005 donde el método que mas falla es el DIU 15%.

En este estudio se determino que el nivel educativo más frecuente es secundaria 84.4% a diferencia que estudios que se han realizado en profamilia en el año 2005 que más frecuente fue en mujeres que cursaron primaria 56%.

El estado civil más frecuente en este estudio es unión libre 51.7% mientras que estudio de profamilia en estado civil es soltera 78%.

El lugar donde más frecuente planificaban las adolescentes es en casa y centro de salud con 36.2% en la actualidad no se encuentran datos fundamentados sobre este punto y es de gran utilidad por que podemos determinar si hay una adecuada explicación del buen uso del método

En cuanto a la edad las adolescentes entre 17 – 19 años tiene mayor frecuencia de planificación en todos los métodos de planificación como en el condón, píldora, inyectable, implante y Diu con menor frecuencia planifican las adolescentes de 10- 13 años, en la literatura se establece que la edad con más frecuencia se planifica en mujeres de rango de 19 a 24 años.

Las mujeres que planifican con la inyección vuelven a planificar el primer día del ciclo; eso no debe ser así ya que se debe volver a inyectar el mismo día del próximo mes en la actualidad no se encuentran estudios sobre esta situación.

El 70% de las mujeres presentan un ciclo menstrual irregular, y un 30% de estas mujeres tienen un ciclo menstrual regular.

67% de las mujeres que utilizan el método de barrera (condón) lo usan después de la penetración y un 33% de ellas lo usan antes de la

penetración en la actualidad no hay literatura con la que se pueda comparar.

El 60% de las mujeres que utilizan el condón siguen en el acto sexual cuando este se rompe y el 39.9% de ellas paran cuando se rompe el condón, en la actualidad no hay estudios comparativos.

El lugar donde mayor frecuentemente se almacena el condón es en la billetera 60% en segundo lugar se encuentra en el bolsillo 40%.

El 79.3% de las adolescentes encuestadas determinan que las adolescentes necesitan mayor información sobre el buen uso de los métodos de planificación familiar para evitar y disminuir grandes errores a la hora de la utilización de cualquier método.

Es importante tener una amplia apertura en los centros de salud y tener una buena capacitación al personal de salud, también a los vendedores de las droguerías u otras empresas prestadoras de estos insumos.

Sería ideal que cada vez que las mujeres vallan a planificar el personal de salud les explique cómo deben planificar, cada cuanto deben volver a planificar, recordarles que siempre debe realizar control para que el buen uso de estos métodos tenga un alto porcentaje de efectividad.

5. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

- Se recomienda ampliar esta investigación, aumentando el número de adolescentes no solo en el hospital civil si no en otros lugares donde realicen control prenatal.
- Se recomienda al hospital civil hablar de los controles, efectos adversos, recomendaciones sobre cada método de planificación a la hora de ir a planificar.
- Que se realicen conferencias mas seguidas sobre planificación familiar en adolescentes y que estas sean dinámicas pidiendo así que ellas pueden preguntar.
- Se recomienda ampliar el tiempo de la investigación para poder aumentar la muestra.
- Se recomienda que cada vez que halla la conferencia se practique un cuestionario o preguntas dirigidas para evaluar que tanto aprendieron las adolescentes

6. CONCLUSIONES

De este estudio se concluye lo siguiente:

- La prevalencia de la falla de los métodos anticonceptivos fue más alto en la inyección 36,2% en segundo lugar encontramos preservativo con 25.8% y en tercer lugar encontramos la píldora con 17.24%
- Socio demográficamente se establece que la edad más frecuente de falla de los anticonceptivos es de 17-19años 6.5 %; el nivel educativo en el que más falla los métodos es en secundaria 84.4% ; unión libre es el estado civil con más frecuencia 51.7%
- El primer conocimiento de planificación familiar en adolescentes, es adquirido en primer lugar por la madre en 24.1% seguido de los amigos 22.4% y en tercer lugar el centro de salud con 18.9%
- Las adolescentes que iniciaron a planificar con inyección después del primer día del ciclo la mayoría ellas vuelve a inyectarse el primer día del ciclo
- El condón tiene mayor probabilidad de fallar cuando este se utiliza después de la penetración; y falla con más frecuencia cuando se guarda en la billetera
- Las adolescentes que inician a planificar con la píldora el primer día del ciclo menstrual tienen un ciclo irregular

BIBLIOGRAFIA

1. Antecedentes históricos de sexología
2. Anticoncepción oral
3. Instituto departamental de salud de nariño (idsn), epidemiologia
4. Planificación familiar, salud sexual y reproductiva
5. Instituto departamental de salud de nariño (idsn)
6. Ministerio de salud. Plan estratégico 2003-2006
7. *Departamento administrativo nacional de estadística* de colombia
8. Instituto departamental de salud de nariño (idsn), plan departamental de salud
9. Instituto colombiano de bienestar familiar(icbf) **programas de asistencia y cuidado a mujeres con embarazos no deseados**
10. Ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos centro centroamericano de poblacion, universidad de costa rica. Falla e interrupción del uso de los métodos anticonceptivos en costa rica: 1987-1992
11. Conocimientos y actitudes sobre el uso del condón en adolescentes que acuden y no acuden a platicas de salud jovenes en riesgo adolescentes y la salud sexual.
12. Planificación familiar, salud sexual y reproductiva

NETGRAFIA

- www.sexologia.com/index.asp
- www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/autor2006/anticoncepcion
- www.idsn.gov.co/epidemiologia/boletines/ibs_narino_2006.pdf
- www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/06planificacion/04discontinuacion.htm
- www.idsn.gov.co/acuerdos/1997/ACU000711997.htm
- <http://www.dane.gov.co/>
- www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO36.htm
- www.ccp.ucr.ac.cr/investi/interrup.htm
- www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/952/1/html
- www.mujereshoy.com/secciones/1118.shtml
- www.profamilia.org.co

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de datos

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
PASTO – COLOMBIA

PROPORCIÓN DE FALLA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS AL QUEDAR EN EMBARAZO EN GESTANTES DE 13 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL LOCAL CIVIL DE PASTO DURANTE EL AÑO 2010

OBJETIVO DE LA ENCUESTA:

Identificar el conocimiento y prácticas sobre planificación familiar en adolescentes embarazadas de 13 a 19 años con el propósito de proponer estrategias de mejoramiento.

La información recolectada es confidencial y los datos son utilizados solo con fines estadísticos.

1. N° de historia clínica: _____

2. Fecha de nacimiento: _____

3. ¿De qué grupo racial o étnico se considera Ud.?

(Es un grupo cuyos diversos integrantes comparten una misma auto identidad)

- A Negro *(referencia física, cuya principal característica es el color oscuro de su piel)*
B Mestizo/Latino: *(referencia física, característica piel color entre claro y oscuro)*
C Indígena *(las etnias que preservan las culturas tradicionales no europeas)*
D Blanco *(referencia física, cuya principal característica es el color claro de su piel)*

4. ¿Profesa alguna religión?

(Creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado)

- A Católica *(creyente en una verdad revelada por Dios y tres dogmas Trinidad: padre hijo y espíritu santo todos forman un solo Dios; Eucaristía: pan y vino transformados en el Cuerpo y la Sangre de Cristo; Inmaculada Concepción: la Virgen concebida sin pecado original)*
B Cristiana o evangélica *(diferente al anterior. Conjunto de comunidades religiosas cristianas surgidas de la Reforma protestante de Lutero en el siglo **XVI**)*
C No profesa ninguna religión *(No pertenece a ninguna creencia divina o sagrada)*
D Otra. ¿Cuál? _____

5. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que Ud. aprobó?

Nivel educativo - Último año que aprobó:

- A. Primaria B. secundaria C Universitaria

6. ¿Cuál es su estado civil actual?

(Se refiere a la relación que tiene con respecto a su familia, provenientes de matrimonio o parentesco)

- A. Está casada

(Se considera casada aquella persona que ha establecido con otra persona del sexo opuesto una relación aprobada por la ley, que implica cooperación económica y cohabitación residencial y sexual.)

- B. Está soltera

(Persona que nunca ha contraído matrimonio, y que no vive en unión libre.)

- C. Unión libre

(Persona que establece con otra de sexo opuesto, Que implica cooperación económica y cohabitación residencial y sexual, la cual se mantiene única y exclusivamente por voluntad propia, sin que estén presentes vínculos legales)

- D. Está separada, divorciada

(Persona cuya unión (casada ó en unión libre) ha sido disuelta por vía legal y no se ha vuelto a casar, ni vive en unión libre.)

7. ¿De quien adquirió el primer conocimiento sobre planificación o anticonceptivos?

- A. Nadie
B. Papa
C. Mama
D. Amigo
E. Profesor
F. Personal de salud
G. internet

8. ¿Persona con quien habla actualmente de planificación o Anticonceptivos?

- A. Padres
B. Hermanos
C. Amigo
D. Personal de salud
E. internet

9. Auto percepción del conocimiento sobre anticoncepción:

(Se refiere al conocimiento que Ud. misma tiene sobre métodos de anticoncepción)

- A. Mucho
B. Regular
C. Poco
D. Nada

10. Ha recibido explicación sobre los métodos anticonceptivos?

no: sí: (Se refiere a que si alguien le ha instruido sobre la utilización de métodos de planificación familiar)

11. ¿De quién?

- A Centro de salud/hospital
- B padres, hermanos
- C Consultorio privado
- D Amigas, amigos
- E Televisión, folletos, internet

12. ¿Edad de inicio de Vida sexual? _____ Años

(Se refiere a la edad en años en la cual empezó a tener vida sexual activa)

13. ¿Nº de compañeros sexuales? _____

(Se refiere al número de novios, o personas con las cuales ha tenido contacto sexual)

14. Ciclo menstrual: Regular Irregular

(Regular: se refiere a un ciclo menstrual el cual llega cada mes y el mismo número de días.

Irregular: Se refiere a un ciclo menstrual que no llega cada mes, si no cada 8 – 15 días y en diferente cantidad)

15. Ha deseado quedar embarazada: Si: No:

16. ¿Planifico en los 2 últimos años: Si No

(Se refiere al método que utilizaba para evitar tener hijos)

SI SU RESPUESTA ES **AFIRMATIVA** CONTINUE CON LA ENCUESTA

PERO SI SU RESPUESTA ES **NEGATIVA** VAYA A LA PREGUNTA 25

17. ¿Donde hizo su planificación familiar?

- A Centro de salud/hospital civil
- B En casa con ayuda de padres, hermanos, amig@s
- C Profamilia
- D Droguería

18. ¿Qué método usaba antes de quedar embarazada para evitar tener hijos?

(Debe escoger la opción que más se acerque a sus escogencia o más de una respuesta)

- A. Condón (*Funda fina y elástica, de látex, que cubre el pene durante las relaciones sexuales*)
- B. Inyectable (*que previene el embarazo con cada inyección durante un mes o hasta durante tres meses*)
- C. Píldora (*es una tableta que se toma diariamente y contiene estrógeno y progesterona*)
- D. DIU (Dispositivo Intra Uterino (*Dispositivo en forma de T introducido en el útero*))
- E. Implante subdérmico (*varilla de pequeño tamaño que se coloca debajo de la piel del brazo*)
- F. Píldora del día después) (*pastilla que se utiliza a las 72 horas después del contacto sexual*)

19. **¿Por cuánto tiempo?** _____ meses
(Se refiere al tiempo en meses el cual ha utilizado cada método)

20. **¿Quién decidió usar un método para evitar tener hijos?**

- A. Ud. mismo
- B. La pareja
- C. Ambos
- D. Personal de salud

21. **¿Le agrado el método?** Si No

22. **¿Lo volvería a utilizar?** Si No

DE ACUERDO A SU RESPUESTA DE LA PREGUNTA 18, RESPONDA SOLAMENTE LAS PREGUNTAS DEL METODO QUE UTILIZABA ANTES DE QUEDAR EN EMBARAZO

PRESERVATIVO



1. **¿Por cuánto tiempo planificó con este método?** _____
2. **¿Cómo lo usaba?:**
 - En la erección, antes de penetración.
 - Primero penetración luego preservativo
3. **¿Donde se almacena el preservativo?**
 - En el bolsillo de camisa
 - En la billetera
4. **¿Estaba en algún lugar donde recibiera calor?** Si No
5. **¿Si rompe el condón que hace?**
 - Para el acto sexual
 - Sigue en el acto sexual

6. ¿Sabe si su pareja se coloca bien el condón? Si No
7. ¿Sabe cómo se comprueba que el condón este en buenas condiciones?
Si No
8. cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:
(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)
- A. Sangrado vaginal (derrame de sangre por la vagina)
- B. Secreción vaginal(salida de flujo a través de la vagina)

PILDORA



1. ¿Cómo inicio a planificar?
- A. El primer día que llego el ciclo menstrual
- B. Después del primer día del ciclo menstrual
- C. El ultimo día del ciclo menstrual
- D. En la misma fecha q inicio la 1 vez
2. ¿Por cuánto tiempo planificó con este método?
_____ meses
3. ¿A qué hora se toma su pastilla diaria?
- A. En la mañana
- B. En la tarde
- C. En la noche
4. ¿Todos los días toma la pastilla a la misma hora? Si No
5. ¿Si usted no se acuerda de tomar un día la pastilla que hace?
- A. Al otro día toma una
- B. Al otro día toma las dos
- C. Toma al acordarse
- D. Uso otro método para evitar embarazo
6. ¿En qué lugar planifica o se suministra de su método de planificación?
- Droguería
- Hospital
7. ¿Ha asistido a controles después que inicio a planificar? Si No
8. ¿Cuándo termina la caja de píldoras, como inicia a tomar la caja nueva?

9. cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:
(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)
- A. Dolor de cabeza (Se refiere al malestar sentido en la cabeza)

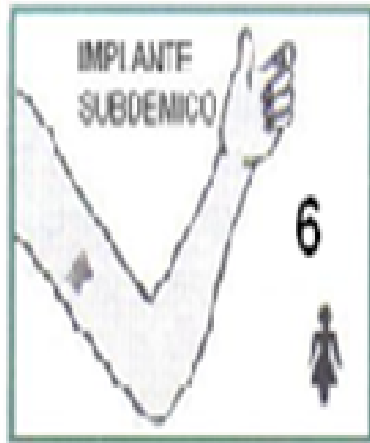
- B. Náuseas (*sensación de tener la urgencia de vomitar*)
- C. Sangrado vaginal (*derrame de sangre por la vagina*)
- D. Vómito (*expulsión del contenido del estomago, a través de la boca*)
- E. Secreción vaginal (*salida de flujo a través de la vagina*)
- F. Aumento o disminución de peso de manera involuntaria

INYECTABLE



1. ¿Por cuánto tiempo planificó con este método? _____ meses
 2. ¿Cómo inicio a planificar?
 - A. El primer día que llego el ciclo menstrual
 - B. Después del primer día del ciclo menstrual
 - C. El ultimo día del ciclo menstrual
 3. ¿Cada mes se aplicó la inyección a tiempo? Si No
 4. ¿Cada cuanto tiempo se vuelve a inyectar? _____
 5. ¿En qué parte del cuerpo se lo colocaba? _____
- ¿A qué sitio iba para que le aplique la inyección o quien se la aplicaba?**
- A Centro de salud/hospital civil
 - B Profamilia
 - C Droguería
6. ¿Se hace masajes en el lugar donde se aplico la inyección? Si No
 7. ¿Usted observa que cuando la inyectan le suministran todo el liquido de la ampolla? Si No
 10. ¿Ha asistido a controles después que inicio a planificar? Si No
 9. cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:
(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)
 - A. Dolor de cabeza (*Se refiere al malestar sentido en la cabeza*)
 - B. Náuseas (*sensación de tener la urgencia de vomitar*)
 - C. Sangrado vaginal (*derrame de sangre por la vagina*)
 - D. Vómito (*expulsión del contenido del estomago, a través de la boca*)
 - E. Secreción vaginal (*salida de flujo a través de la vagina*)
 - F. Aumento o disminución de peso de manera involuntaria

IMPLANTE SUB DERMICO "PILA":



1. ¿Conoce el implante subdérmico o pila?

Si No

2. ¿Por cuánto tiempo planificó con este método? _____Meses

3. ¿Cómo inicio a planificar?

- A. El primer día que llego el ciclo menstrual
- B. Después del primer día del ciclo menstrual
- C. El ultimo día del ciclo menstrual
- D. en cualquier momento

4. ¿Cuando le colocaron el implante, estaba segura de no estar en embarazo? Si No

5. ¿En qué parte del cuerpo se lo colocaron? _____

6. ¿A qué sitio iba para que le aplique la inyección o quien se la aplicaba? _____

7. ¿Ha asistido a controles después que inicio a planificar? Si No

8. ¿Sabe que cada año hay que hacer control? Si No

9. ¿Sabe que tiene que tener en cuenta si siente las barras en el brazo? Si No

10. Cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:

(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)

- A. Dolor de cabeza *(Se refiere al malestar sentido en la cabeza)*
- B. Náuseas *(sensación de tener la urgencia de vomitar)*
- C. Sangrado vaginal *(derrame de sangre por la vagina)*
- D. Vómito *(expulsión del contenido del estomago, a través de la boca)*
- E. Secreción vaginal *(salida de flujo a través de la vagina)*
- F. Aumento o disminución de peso de manera involuntaria



DIU (Dispositivo Intra Uterino)

1. ¿Conoce el DIU? Si No

2. ¿Por cuánto tiempo planificó con este método? _____ meses

3. ¿En qué lugar le colocaron el DIU?
 - En centro de salud/ hospital Farmacia
4. ¿Quién le hizo el procedimiento?
 - Medico Enfermera El personal de la farmacia
5. ¿Asistió a control semanas después de su inserción? Si No
6. ¿Cuántos controles hizo del dispositivo? _____
7. ¿Como fue su patrón menstrual? Regular Irregular
8. ¿Inspecciono los hilos varias veces durante su primer mes y después? Si No
9. Cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:

(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)

 - A. Dolor de cabeza *(Se refiere al malestar sentido en la cabeza)*
 - B. Náuseas *(sensación de tener la urgencia de vomitar)*
 - C. Sangrado vaginal *(derrame de sangre por la vagina)*
 - D. Vómito *(expulsión del contenido del estomago, a través de la boca)*
 - E. Secreción vaginal *(salida de flujo a través de la vagina)*
 - F. Aumento o disminución de peso de manera involuntaria

PILDORA DEL DIA DESPUES



1. ¿Cómo tomo la pildora?
 - A. Antes del contacto sexual para prevenir
 - B. Apenas termino el contacto sexual
 - C. después de 7 horas aproximadamente
 - D. un día después del contacto sexual
 - E. 2 o más días después del contacto sexual
2. ¿Por cuánto tiempo planificó con este método? _____
3. ¿En el lugar donde adquiere la píldora le dan capacitación sobre este método de planificación?
 - Si No
4. ¿Ha asistido a controles después que inicio a planificar? Si No
5. cuando utilizo el método tuvo alguna complicación como:

(Se refiere al malestar que le ha causado la utilización del método anticonceptivo)

 - A. Dolor de cabeza *(Se refiere al malestar sentido en la cabeza)*

- B. Náuseas (*sensación de tener la urgencia de vomitar*)
- C. Sangrado vaginal (*derrame de sangre por la vagina*)
- D. Vómito (*expulsión del contenido del estomago, a través de la boca*)
- E. Secreción vaginal (*salida de flujo a través de la vagina*)
- F. Aumento o disminución de peso de manera involuntaria

23. ¿Piensa seguir planificando con algún método anticonceptivo?

Si: No:

24. ¿Con que método? _____

(Del gráfico debe escoger un número o más del método que ha utilizado)

25. ¿de acuerdo a sus conocimientos, podrían las adolescentes necesitar más información sobre métodos planificación familiar? (Responde de acuerdo a su opinión)

Si: No:

GRACIAS POR SU COLABORACION.

Anexo B. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE INFORMACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	tiempo que ha transcurrido en años	Fecha de nacimiento	cuantitativa	Razón	Encuesta
Nivel educativo	formación y enseñanza que recibe cada individuo y la cual contribuye a su nivel intelectual	Ninguno Primaria Secundaria universidad	cualitativa	ordinal	encuesta
Estado civil	situación determinada por formación de familia o vínculo sentimental	Soltera Unión libre Casada divorciada	cualitativa	nominal	encuesta
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	Católica Cristiana - evangélica ninguna	cualitativa	nominal	encuesta

Que método de planificación utiliza antes de embarazarse	Conocimiento de método de planificación		cualitativa	nominal	Encuesta
Cuanto tiempo planifico	Tiempo transcurrido de la utilización del método de planificación	Meses años	cuantitativa	discreta	Encueta
Ha recibido consejería acerca de los métodos de planificación	Si ha recibido información acerca de los métodos de planificación	Si no	cualitativo	nominal	Encuesta
Lugar donde ha recibido consejería	sitio o lugar donde recibió información sobre algún método de planificación familiar	Centro de salud En casa Droguería Consultorio privado	cualitativa	nominal	encuesta
El método de planificación le ha ocasionado alguna molestia en su salud	Molestia ocasiona por la utilización del método o síntoma deseable para su salud	Sangrado vaginal Dolor de cabeza Flujo vaginal Nauseas y vomito	cualitativa	nominal	Encuesta
Ciclo menstrual	Tiempo transcurrido de la ultima vez del periodo a su llegada	Regular irregular	cuantitativa	Razón	Encuesta

Método de planificación que usaba	Es método que se utiliza para evitar quedar en embarazo	Condón Inyectable Implante DIU píldora	cualitativa	nominal	Encuesta
Persona con quien habla actualmente de planificación familiar	individuo con quien hablan con tema en común de planificación familiar	Padres Hermanos Amigos Personal de salud internet	cualitativa	nominal	Encuesta
Lugar donde almacena el preservativo	Sitio donde se coloca el condón para guardarlo	Bolsillo Billetera	cualitativo	nominal	Encuesta
Cuando se rompe el condón que hace	Situación que se presenta al romperse el condón	Paro Sigo en acto sexual	cualitativo	nominal	Encuesta
Como inicio a planificar con la inyección	Como inicio a planificar	1 día del ciclo Después del primer día del ciclo Ultimo día del ciclo	cualitativo	nominal	Encuesta

Cada cuanto se vuelve a inyectar	Tiempo en que transcurre en el cual se vuelve a inyectar	La misma fecha del anterior mes Primer día del ciclo Ultimo día del ciclo	cualitativo	Nominal	Encuesta
A qué hora se tomo su pastilla diaria	Tiempo en hora que se toma la píldora	Mañana Tarde noche	cuantitativo	Razón	Encuesta
Como inicio a planificar con la píldora	como inicio a planificar	El primer día del ciclo Después del primer día del ciclo ultimo día del ciclo	cualitativo	nominal	Encuesta
Si usted no se acuerda de tomar un día la pastilla que hace	Situación que se puede presentar si no se realiza un evento que debió realizarse	Al otro día tomo 2 pastillas Al otro día tomo 1 pastilla No hago nada	cualitativa	nominal	Encuesta

Anexo C. Artículo Científico

PROPORCIÓN DE FALLA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS AL QUEDAR EN EMBARAZO EN GESTANTES DE 13 A 19 AÑOS EN EL HOSPITAL LOCAL CIVIL DE PASTO DURANTE EL AÑO 2010

Ángela Narváez Freyre, Andrea Núñez Burbano, Adriana Ortiz Guerrero
Médicos Generales Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto,
Estudiantes De Fundación Universitaria San Martín

RESUMEN

Los embarazos de adolescentes han ido subiendo su frecuencia a pesar de que un porcentaje notorio de ellas planifican, en este estudio se realizó una conferencia sobre planificación familiar a adolescentes de 13-19 años en el hospital civil de Pasto con el fin de dar información sobre este tema y recolectar datos por medio de encuesta donde se encontró que la edad más frecuente de embarazos está entre los 17-19 años, el estado civil es unión libre y con respecto a la escolaridad se demostró que las adolescentes cursan primaria, el método con que más frecuencia fracasa es el inyectable, seguido del condón. Esta investigación se realizó a 58 adolescentes, es estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

Palabras claves: planificación familiar, falla, adolescentes, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

Teen pregnancies have been increasing in frequency despite a remarkable percentage of them planned in this study was conducted a conference on family planning for adolescents from 13-19 years in the civil hospital of Pasto to provide information on this issue and collect data through survey which found that the most frequent age of pregnancy is between 17-19 years, civil status and cohabitation with regard to schooling showed that the adolescents in grade school, the method more often that failure is the injection, followed by the condom. This research was conducted at 58 teens, is study was observational, descriptive and transversal.

Keywords: family planning, failure, adolescents, contraceptive methods.

INTRODUCCIÓN

La finalidad del proyecto es deducir proporción de falla de los métodos de planificación familiar utilizados al quedar en embarazo en gestantes de 13 a 19 años en el hospital local civil de pasto durante el año 2010.

La planificación familiar se entiende como un conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores-orientados básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Según La Organización Mundial de la Salud ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

Esperando que a partir de este proyecto se abran las puertas para nuevas investigaciones sobre este tema con el fin de establecer pautas e instrumentos educativos y programas de educación sexual en adolescentes.

Los resultados se obtuvieron a partir de encuestas realizadas por

investigadoras y avaladas por expertos

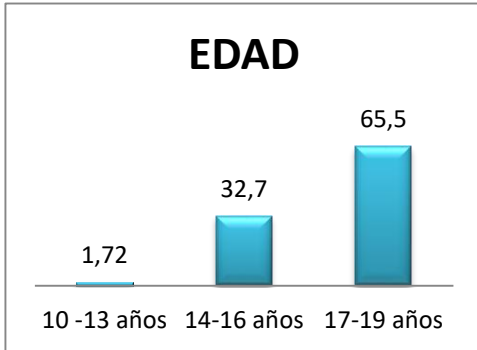
Para concluir los métodos anticonceptivos con una adecuada educación y juicio de las pacientes para utilizarlos se tendrá en cuenta estas condiciones y se puede obtener un éxito hasta del 99% de efectividad pero de lo contrario falla algo no hay juicio ni conocimiento de cómo utilizarlos, creencias culturales equivocadas lo más seguro es también falla la efectividad del método por esta razón queremos medir el conocimiento de métodos de planificación familiar en adolescentes embarazos que estuvieron planificando

METODOLOGÍA

Este estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo La Población a estudio fueron Todas las mujeres embarazadas entre 13 y 19 años de edad en el Hospital Civil de Pasto en el año 2010 donde fueron 362 de los cuales se incluyeron en el estudio 58 La fuentes de recolección fue secundariarecolectada por historia clínica y primariadonde información se recolecto por medio de encuesta que se obtuvo la información por medio de asistencia a conferencia sobre anticoncepción para una vida sexual plena

RESULTADOS

Edad: Grafica 1. Distribución de frecuencia por edad de las pacientes embarazadas

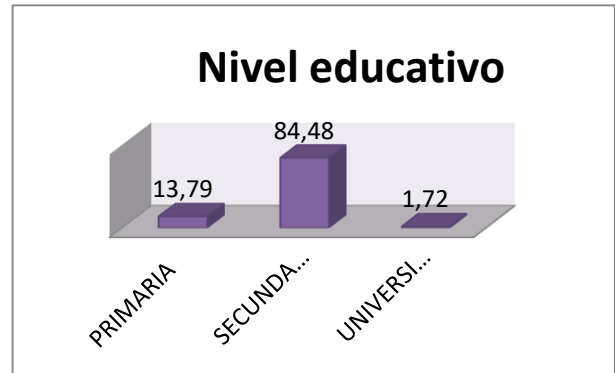


Fuente: presente investigación

De la población estudiada de un total de 58 adolescentes gestantes se establece que el 1.72 del total de las mujeres estudiadas se encuentra entre los rango de edad de 10- 13 años; el 32.7% se encuentra en el rango de 14-16 años y el 65.5% se encuentra en un rango de edad de 17-19 años. Por lo tanto la edad más frecuente es de 17-19 años que corresponde a 65.5 %

Nivel Educativo: En cuanto a la escolaridad de la población se tiene: 8 mujeres adolescentes tienen escolaridad primaria (13.7%), 49 adolescentes tienen escolaridad secundaria (84.48%), 1 adolescente tiene estudio universitario (1.72%).

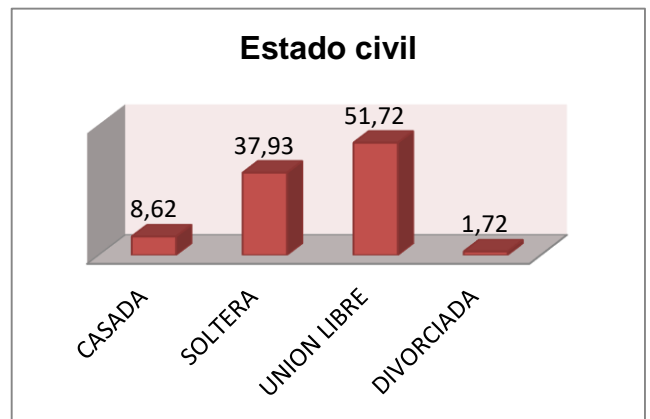
Grafica 2. Distribución de frecuencias por nivel educativo en adolescentes embarazadas



Fuente: presente investigación

Estado civil: Del 100% de la población a estudio se puede determinar que 8.62% son casadas, 37.9% son solteras, 51.7% están en unión libre, el 1.7% son divorciadas. Por lo tanto el mayor número de mujeres se encuentran en unión libre con 30 mujeres que corresponde al 51.7 %

Grafica 3. Distribución de frecuencia por estado civil de la adolescente gestante

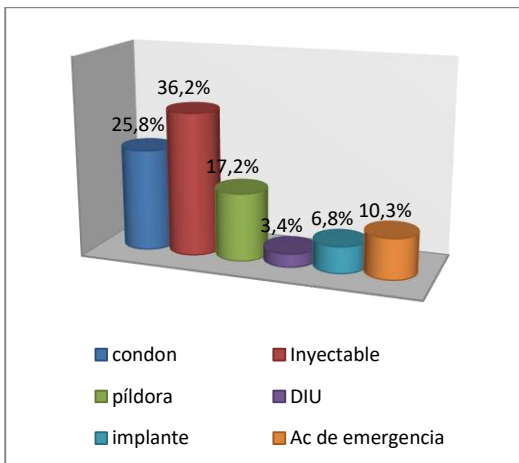


Fuente: presente investigación

Método de planificación que usaba antes de quedar en embarazo

En cuanto a métodos utilizados en las adolescentes de nuestro estudio se determino lo siguiente: que el condón lo utiliza el 25,86, inyectable 36,2% la píldora el 17.24%, DIU 3,44% implante 6,89%, y el Ac de emergencia un 10,3%. se debe tener presente que el método más utilizado antes de su embarazo por las adolescentes es el método anticonceptivo hormonal inyectable, en segundo lugar el condón el cual es un método de barrera, seguido de píldoras y implante y como método menos utilizado DIU. Por lo cual debemos tener presente que el método anticonceptivo que mas fallo es el método de planificación familiar inyectable.

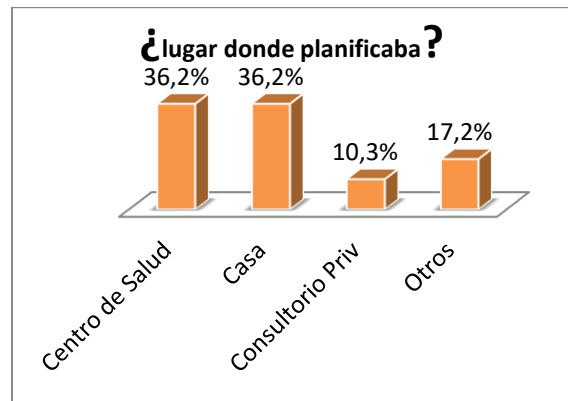
Grafica 4. Distribución de frecuencia por método de planificación que utilizaba antes de quedar en embarazo



Fuente: presente investigación

Lugar donde planificaba: Del 100% de la población a estudio se establece que el 36.2% planifican en centro de salud, el 36.2% planifican en casa, el 10.34% en consultorio privado, 17.2 otras opciones. Por lo tanto se establece que el lugar donde planifican con mayor frecuencia es en centro de salud y en casa en igual porcentaje y el lugar donde menos planifica es en consultorio privado.

Grafica 5. Distribución de frecuencia por: lugar donde planificaba



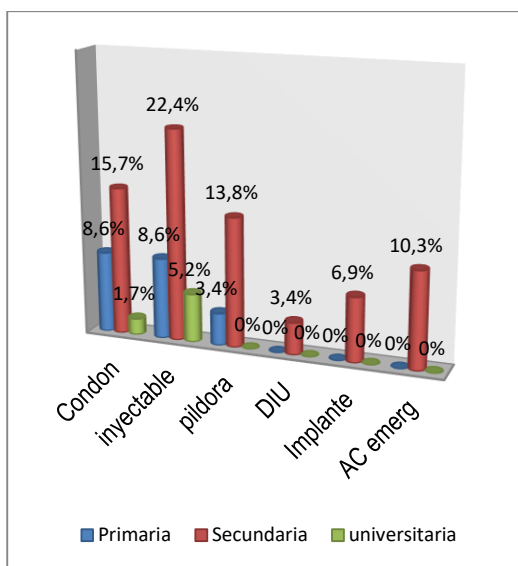
Fuente: presente investigación

3.2 GRUPO DE FALLA DEL MÉTODO CON ESCOLARIDAD:

Del total de la población a estudio se logró determinar que las mujeres que cursaron primaria 5 de ellas utilizaron condón (8.62%), 5 inyectable (8.62%) ,2 píldora (3.44%), ninguna mujer planifico con DIU (0%), 0 Implante (0%), 0 Día Después (0%). De las mujeres que cursaron hasta secundaria 9

de ellas utilizaron condón (15.71%), 13 inyectable (22,41%), 8 píldora (13.8%), 2 DIU (3.4%), 4 implante (6,9%), 6 día después (10,3%). De las mujeres que cursan universidad 1 de ellas utilizo condón (1,72%) y 3 de ellas utilizo la inyección (5,2%) ninguna mujer planifico con píldora (0%), 0 DIU (0%), 0 Implante (0%), 0 Día Después (0%). Por lo tanto se dice que en secundaria se presento mayor número de mujeres que planificaron que corresponde a 42 casos, en donde el método más frecuente es la inyección con 21 casos y el menos frecuente es el DIU con 2 casos.

Grafica 6. Distribución de frecuencias por grupo de falla del método relacionado con escolaridad de las adolescentes



Fuente: presente investigación

FALLA DEL MÉTODO CON ESTADO CIVIL

Grafica 7. Distribución de frecuencias por falla de método en relación con el estado civil.

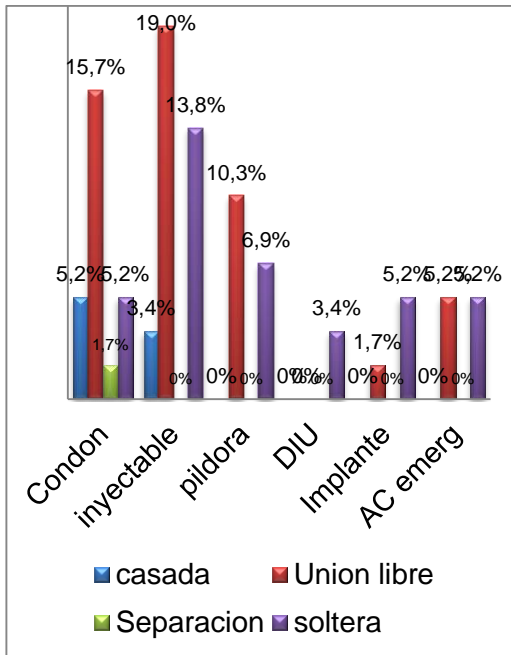
Del total de la población a estudio se determina que 3 de las mujeres casadas utilizaban condón 5,17%, 2 inyectable 3,44%, y ninguna de las mujeres casadas utilizaron 0% píldora, 0% DIU, 0% Implante, 0% Día Después.

De las mujeres en unión libre 9 de ellas utilizaron condón 15,71%, 11 inyectable 19%, 6 inyectable 10,34%, ninguna de las mujeres utilizaba DIU 0%, 1 implante 1,72%, 3 día después 5,17%.

De las mujeres divorciadas 1 de ellas utilizaba condón 1,72% ninguna de las mujeres divorciadas utilizo, 0 inyectable 0%, 0 píldora 0% 0 píldora 0%, 0 DIU 0%, 0 Implante 0%, 0 Día Después 0%.

Las mujeres solteras 2 de ellas utilizaron condón 5,17%, 8 inyectable 13,79%, 4 píldora 6,89%, 2 DIU 3,44%, 3 implante 5,17%, 3 día después 5,17%.

Por lo cual se establece que el estado civil más frecuente de las mujeres en estudio es unión libre que corresponda a 30 casos de la cual el método más utilizado es el inyectable con 21 casos.



Fuente: presente investigación

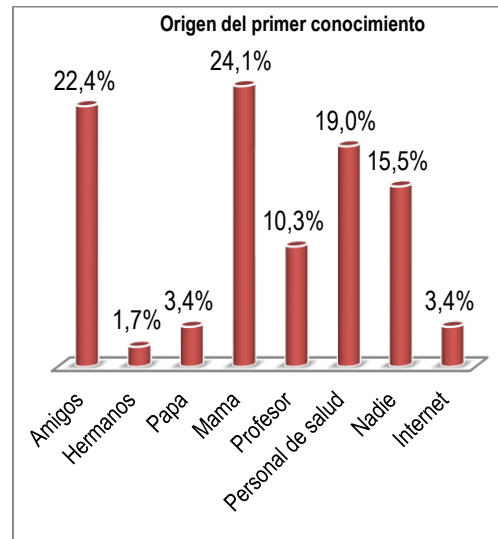
FALLA DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ORIGEN DEL PRIMER CONOCIMIENTO

De la población de estudio se determinó que, el primer conocimiento de algún método anticonceptivo incluido en el estudio fue el siguiente:

13 adolescentes obtuvieron el primer conocimiento sobre métodos de planificación familiar de sus amigos que corresponde al 22,41%, 1 adolescente de sus hermanos que corresponde al 1,72%, 2 de su padre que corresponde al 3,44%, 14 de su madre que corresponde al 24,13%, 6 de su profesor que corresponde al 10,34%, 11 de los profesionales de salud que corresponde al 18,96%, 9 adolescentes no tuvieron ningún conocimiento de algún

anticonceptivo que corresponde al 15,51%, 2 adolescentes obtuvieron información de internet que corresponde al 3,44%.

Grafica 8. Distribución de frecuencias por falla del método de planificación familiar relacionado con origen del primer conocimiento



Fuente: presente investigación

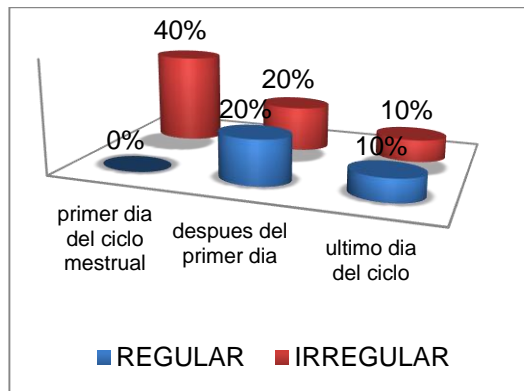
FALLA DEL MÉTODO PÍLDORA: COMO INICIO A PLANIFICAR RELACIONADO CON EL CICLO MENSTRUAL

De las 21 adolescentes que empleaban píldora con ciclo Regular se establece que 2 inician a planificar el primer día del ciclo menstrual con 10% , 4 adolescentes inician después del primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 20% , 6 adolescentes el ultimo día del ciclo menstrual correspondiente al 28,5%, 1 adolescente inician a planificar la misma fecha que inicio

por primera vez que corresponde al 4,7% , lo anterior nos indica que 13 adolescentes es el total de las mujeres con ciclos menstruales regulares que corresponde al 61,7%.

De la población a estudio se establece que 4 adolescentes con ciclo regular inician a planificar el primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 19% , 2 adolescentes inician después del primer día del ciclo menstrual lo que corresponde al 9,5% , 1 adolescente el ultimo día del ciclo menstrual correspondiente al 4,7%, 1 adolescente inician a planificar la misma fecha que inicio por primera vez que corresponde al 4,7% , lo anterior indica que 8 adolescentes es el total de las mujeres con ciclos menstruales regulares que corresponde al 37,9%.

Grafica 10. Distribución de frecuencia de falla del método píldora: como inicio a planificar relacionado con el ciclo menstrual



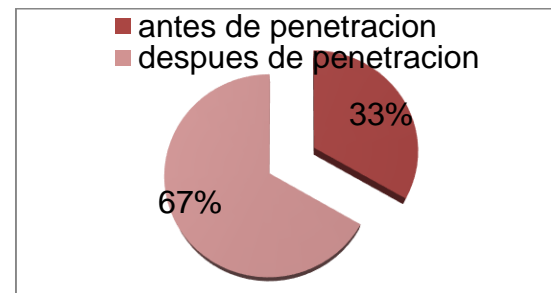
N:21

Fuente: presente investigación

FALLA DEL METODO PRESERVATIVO: FORMA DE USO DEL PRESERVATIVO

De las 15 adolescentes q planificaban con preservativos se establece que 10 adolescentes lo utilizaban antes de la penetración (66,6%), 5 lo utilizaban después de la penetración (33,3%), lo que nos indica que el método fallo mas al utilizarlo después de la penetración.

Grafica 11. Distribución de frecuencia por forma de uso del preservativo

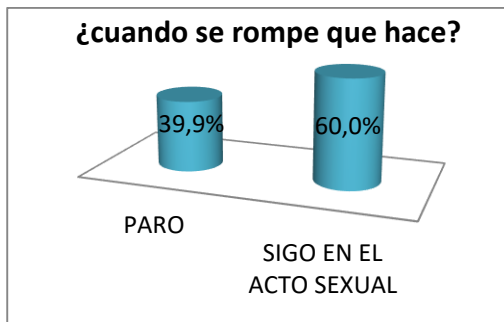


N: 15

Fuente: presente investigación

FALLA DEL METODO PRESERVATIVO: CUÁNDO SABE QUE ROMPE QUE HACE

Grafica 12. Distribución de frecuencia cuándo sabe que rompe que hace.



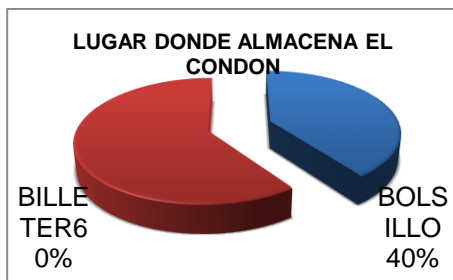
N: 15

Fuente: presente investigación

De la población a estudio que utilizo condón (N:15) se establece que si se rompe el preservativo o condón 6 adolescentes paran el acto sexual lo que corresponde a 39,9%, y 9 adolescentes siguen en el acto sexual lo que corresponde a 60%.

Falla del método según el lugar donde guarda el condón

Grafica 13. Distribución de frecuencia de falla del método preservativo según donde lo guarda



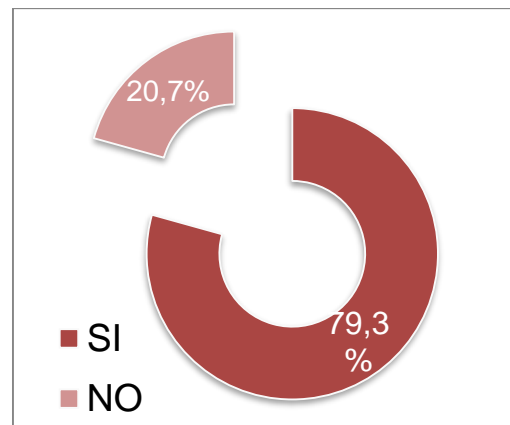
Fuente: presente investigación

De la población a estudio que utilizo condón se determino que el lugar donde se lo almacena el condón fue:

6 adolescentes lo almacenan en el bolsillo lo que corresponde a 40%, 9 de las adolescentes lo almacenan en la billetera lo que corresponde al 60%.

¿CREE QUE LAS ADOLESCENTES NECESITAN MÁS INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN?

Grafica 14. Distribución de frecuencia por ¿cree que las adolescentes necesitan más información sobre métodos de planificación?



Fuente: presente investigación

De la población a estudio se determino que el 79,31% de las adolescentes si necesitan más información sobre métodos de planificación familiar y el 20.7% piensan que no necesitan más información sobre métodos anticonceptivos.

DISCUSIÓN

En este estudio se caracterizaron 58 maternas que planifican al quedar en embarazo en adolescentes por 2 años y asistieron a conferencia realizada por los investigadores. La planificación familiar es muy importante en nuestras adolescentes ya que si hay un adecuado uso de ellos evitar embarazos hasta en un 99% en promedio, por eso es de vital importancia una adecuada inducción de utilización de los métodos.

El método que mas falla en este estudio es inyectable 36.2% a comparación en estudio realizado por profamilia en el año 2005 donde el método que mas falla es el DIU 15%.

En este estudio se determino que el nivel educativo más frecuente es secundaria 84.4% a diferencia que estudios que se han realizado en profamilia en el año 2005 que más frecuente fue en mujeres que cursaron primaria 56%.

El estado civil más frecuente en este estudio es unión libre 51.7% mientras que estudio de profamilia en estado civil es soltera 78%.

El lugar donde más frecuente planificaban las adolescentes es en casa y centro de salud con 36.2% en la actualidad no se encuentran datos fundamentados sobre este

punto y es de gran utilidad por que podemos determinar si hay una adecuada explicación del buen uso del método

En cuanto a la edad las adolescentes entre 17 – 19 años tiene mayor frecuencia de planificación en todos los métodos de planificación como en el condón, píldora, inyectable, implante y Diu con menor frecuencia planifican las adolescentes de 10- 13 años, en la literatura se establece que la edad con más frecuencia se planifica en mujeres de rango de 19 a 24 años

CONCLUSIONES:

La prevalencia de la falla de los métodos anticonceptivos fue más alto en la inyección 36,2% en segundo lugar encontramos preservativo con 25.8% y en tercer lugar encontramos la píldora con 17.24%

Socio demográficamente se establece que la edad más frecuente de fracaso de los anticonceptivos es de 17-19años 6.5 %; el nivel educativo en el que más fracaso de los métodos es en secundaria 84.4%: unión libre es el estado civil con más frecuencia 51.7%

El primer conocimiento de planificación familiar en adolescentes, es adquirido en primer lugar por la madre en 24.1%

seguido de los amigos 22.4% y en tercer lugar el centro de salud con 18.9%

Las adolescentes que iniciaron a planificar con inyección después del primer día del ciclo la mayoría ellas vuelven a inyectarse el primer día del ciclo

El condón tiene mayor probabilidad de fallar cuando este se utiliza después de la penetración; y fracaso con más frecuencia cuando se guarda en la billetera

Las adolescentes que inician a planificar con la píldora el primer día del ciclo menstrual tienen un ciclo irregular

BIBLIOGRAFIA

1. antecedentes históricos de sexología
2. anticoncepción oral
3. institutodepartamental de salud de nariño (idsn), epidemiologia
4. planificación familiar, salud sexual y reproductiva
5. institutodepartamental de salud de nariño (idsn)
6. ministerio de salud. plan estratégico 2003-2006
7. *departamento administrativo nacional de estadística* de Colombia
8. institutodepartamental de salud de nariño (idsn), plan departamental de salud
9. institutocolombiano de bienestar familiar(icbf)

10. programas de asistencia y cuidado a mujeres con embarazos no deseados

11. Ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos centroamericano de población, universidad de costa rica. Falla e interrupción del uso de los métodos anticonceptivos en Costa Rica: 1987-1992

12. Conocimientos y actitudes sobre el uso del condón en adolescentes que acuden y no acuden a pláticas de salud jóvenes en riesgo adolescentes y la salud sexual planificación familiar, salud sexual y reproductiva

NETGRAFIA

1. www.sexologia.com/index.asp
2. www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/autor2006/anticoncepcion
3. www.idsn.gov.co/epidemiologia/boletines/ibs_narino_2006.pdf
4. www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/06planificacion/04discontinuacion.htm
5. www.idsn.gov.co/acuerdos/1997/ACU000711997.htm
6. <http://www.dane.gov.co/>
7. www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO36.htm
8. www.ccp.ucr.ac.cr/investi/interrup.htm
9. www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/952/1/html

10. www.mujereshoy.com/secciones/1118.shtml

11. www.profamilia.org.co