



**UNIVERSIDAD CENTRAL VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**OPINIÓN QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LA
ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”,
DEL 23 DE ENERO, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2007**
(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al
título de Licenciado (a) en Enfermería)

AUTORA:

T.S.U. HIGUERA, FANNY

C.I : 9.410.060

TUTOR:

MGS. ZAIDA DOMINGUEZ

Caracas, Junio 2007

**OPINIÓN QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LA
ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”,
DEL 23 DE ENERO, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2007**

DEDICATORIA

Hoy aunque ausente, pero muy presente en mi corazón, te dedico este momento especial en mi vida a ti querida Madre Ana Villarreal.

A mi padre Tito José Higuera, quien siempre me apoyó y llenó mi vida de amor, comprensión y estímulo para culminar exitosamente este trabajo.

A Cipriano Peña y cada uno de mis hijos: Geraldine y Nelson, a quienes por muchas horas dejé de brindar cuidados, abrazos y amor. Gracias por regalarme ese tiempo que tanto necesité: Los amo.

A mis hermanos, hermanas, sobrinos y sobrinas por alentarme en todo momento para continuar siempre adelante.

GRACIAS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Todopoderoso por la vida y la oportunidad que me dio para culminar este trabajo y por acompañarme en todo momento, agradezco sinceramente.

A la Mgs. Zaida Domínguez, por brindarme sus conocimientos y dedicación, amistad y sonrisa durante su tutoría.

Al Lic. Enmanuel Bermúdez por su orientación en el procedimiento y análisis de los datos estadísticos.

A la Universidad Central de Venezuela, por la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y poder culminar esta meta satisfactoriamente.

Al Instituto Nacional de Puericultura “Dr. Pastor Oropeza”, por su colaboración, incluyendo al personal de enfermería, médicos y obreros.

Especialmente a la Lic. Cecilia Rodríguez, quien me ayudo en todo momento con su orientación en la escogencia del tema.

A TODOS MUCHAS GRACIAS

FANNY

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado titulado **OPINIÓN QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, DEL 23 DE ENERO, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2007** presentado por la T.S.U... Higuera, Fanny, considero que el mismo cumple con los requisitos de ley para ser sometido a la presentación y evaluación del jurado que se le designe.

En Caracas, a los _____ del mes de _____ del 2007.

Mgs. Zaida Domínguez

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ACTA DE APROBACIÓN	VII
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de La Investigación	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
Justificación	9
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes	11
Bases Teóricas	15
Sistema de variables	49
Operacionalización de la variable	50
Definición de Términos Básicos	52
III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio	54
Población y Muestra	55
Técnicas e Instrumento	56
de Recolección de Información	
Validación del Instrumento y confiabilidad	56
Procedimiento para la recolección de	
Información.	56
Técnicas de análisis	57
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	58

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	70
A: INSTRUMENTO	
B: CERTIFICADOS DE VALIDEZ Y	
CONFIABILIDAD	

LISTA DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR TRATO RESPETUOSO. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA "DR. PASTOR OROPEZA", CARACAS. 2007	59
2	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ATENCIÓN OPORTUNA. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA "DR. PASTOR OROPEZA", CARACAS. 2007	61
3	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA "DR. PASTOR OROPEZA", CARACAS. 2007	63

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
1	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR TRATO RESPETUOSO. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007	60
2	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ATENCIÓN OPORTUNA. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007	62
3	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007	64

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**OPINIÓN QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LA
ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”,
DEL 23 DE ENERO, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2007**

AUTORA: T.S.U. HIGUERA, FANNY

TUTORA: Mgs. Zaida Dominguez.

AÑO: 2007

RESUMEN

Hoy en día el contexto de atención a los adolescentes a cambiado debido a una legislación que los protege y les da el derecho de recibir la atención adecuada en temas de sexualidad y Salud Reproductiva. (LOPNA). Aunque todavía hay temas en discusión en la Ley, la atención en Planificación Familiar y en Salud Reproductiva en general, se les está brindando en algunos centros de salud. En este contexto se desarrolló esta investigación, que tiene como objetivo principal conocer la opinión que tienen los adolescentes menores de 19 años, sobre la atención recibida en la consulta de Planificación Familiar. Para lograr este objetivo, se realizó una investigación de tipo descriptivo, donde participaron 15 adolescentes femeninas a quienes se les aplicó un cuestionario contentivo de 13 ítems que dieron cuenta de los indicadores de la variable: Opinión sobre la atención en Planificación Familiar. Los resultados demuestran que en cuanto al trato respetuoso la mayoría de los porcentajes indican que fue deficiente cuando las adolescentes manifiestan en un 46,7% que el trato no fue personalizado, el lenguaje no fue claro en un 53,3%, no hubo posibilidad de ser escuchado en un 66,7% e igual porcentaje para la información suministrada. Situación diferente en cuanto a la atención oportuna donde la mayoría de los participantes la concibió como buena (entre 66,7% a 80% respuestas positivas. Por lo que se recomienda tomar en cuenta esta investigación para mejorar aquellos indicadores que se muestran regulares o deficiente y realizar investigaciones partiendo de los que sienten y piensan los adolescentes sobre la atención en Planificación Familiar.

INTRODUCCIÓN

Debido a los riesgos sociales y económicos y a las repercusiones sobre la salud pública que tienen el embarazo temprano y el contagio de Infecciones de transmisión sexual (ITS) entre la población joven, es necesario conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de las (os) jóvenes acerca de la Planificación Familiar, con el fin de diseñar estrategias de educación y comunicación tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables.

Hoy en día el contexto de atención a los adolescentes ha cambiado debido a una legislación que los protege y les da el derecho de recibir la atención adecuada en temas de sexualidad y Salud Reproductiva, (LOPNA). Aunque todavía hay temas en discusión en la Ley, la atención en Planificación Familiar y en Salud Reproductiva en general, se les está brindando en algunos centros de salud.

Pero es importante conocer cuál es la opinión que tienen los adolescentes, sobre todo los que solicitan atención en el sector salud, sobre la Planificación Familiar y sus componentes.

En este contexto se desarrolló esta investigación, que tiene como objetivo fundamental conocer la opinión que tiene los/las adolescentes sobre la atención brindada en la consulta de Planificación Familiar, para proponer una conducta sexual saludable, sirviendo de ejemplo para el resto de su grupo de pares.

Para lograr este objetivo, se realizó una investigación de tipo descriptivo, donde participaron 15 adolescentes a quienes se les aplicó un

cuestionario contentivo de 13 ítems que dieron cuenta de los indicadores de la variable: Opinión sobre Planificación Familiar.

La investigación quedó organizada de la siguiente manera: el Capítulo I con el planteamiento del problema, su formulación, los objetivos generales y específicos y la justificación del estudio.

El Capítulo II, donde se define el Marco Teórico, los antecedentes de la Investigación, las Bases Teóricas, Sistemas de Variables y su Operacionalización.

El Capítulo III, denominado Marco Metodológico, que contiene el Tipo de Estudio, Población y Muestra, Técnicas e Instrumento de Recolección de Información, Procedimiento para la recolección de información, Validación del Instrumento y Técnicas de análisis.

El Capítulo IV, con la presentación de los resultados y el Capítulo V, donde se expresan las conclusiones y recomendaciones pertinentes a los resultados de la investigación.

Finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Las adolescentes cada vez inician su maternidad más temprano, hecho que ha convertido al embarazo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), en “un problema que amerita atención inmediata y abordaje a diferentes niveles y áreas de acción, especialmente en aspectos médico-asistenciales, jurídico y económico con un perfil que promueva la planificación familiar”(p. 16). La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 15 años aumenta de 1.3% en 1995 a 1.7% en el 2005. (Davis, V: El Nacional, 13/03/06 p. C/5). Así, no solo la proporción de adolescentes con hijos ha venido aumentando, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha venido disminuyendo.

En muchos países, el tema de la planificación familiar en adolescentes sigue siendo delicado y los servicios que promueven una asistencia integral de planificación familiar y promoción al respecto, no llegan a la mayoría de los adolescentes.

Sin embargo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS/UNICEF) (2002), “hay regiones como las europeas, norteamericanas y algunas latinoamericanas, que han adoptado medidas programáticas y diseñado políticas para actuar sobre medidas específicas en el uso de la planificación familiar” (p 116), esto adquiere importancia en el contexto de las muertes perinatales en adolescentes y el producto de la concepción.

Por otra parte, el inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales en los adolescentes aumenta los riesgos de embarazo no deseado, el

contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH-SIDA y de abortos; 10% de todos los embarazos en el mundo ocurren en mujeres adolescentes. De acuerdo a Finger B, Lapetina M, y Pribila M. (2003) "Cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo"(p.3). Además, según la Organización de las Naciones Unidas, (ONUSIDA) (2002), "en el mundo 11.8 millones de jóvenes entre 15 y 25 años (7.3 mujeres y 4.5 hombres) y en América Latina 560.000 (mujeres 31%, hombres 69%) están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)"(p.16). La esperanza está puesta en el trabajo sostenido con jóvenes para detener la epidemia.

En Venezuela el sector salud ha puesto en los últimos años mayor interés en explorar los cambios, demandas y necesidades de los adolescentes, a fin de poder orientar la prestación de servicios para esta población. El sector educativo, a su vez, ha venido impulsando paulatinamente procesos de educación en el área de la sexualidad, en el marco de la implementación de los proyectos de educación sexual, instituidos obligatoriamente en los centros educativos.

Por su parte, la Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente (LOPNA) (2000), establece como derecho dar asistencia en el componente de Planificación Familiar al adolescente mayor de 14 años, con la participación de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, interesados en disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes y sus consecuencias en este grupo.

Ahora bien, los derechos reproductivos de los/las adolescentes siguen siendo un tema polémico. En muchas sociedades, la sexualidad de los/las adolescentes es un tema delicado, y en muchos casos, polémico. A nivel mundial desde la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 y la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia

Mundial de Mujeres (CCMM) de 1995 se establece que "los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los instrumentos legales internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso."(p.4) La Convención sobre los Derechos del Niño es uno de los documentos internacionales de derechos humanos más importantes y contiene numerosas disposiciones que abarcan los derechos reproductivos de los/las adolescentes.

Sin embargo, sigue existiendo una brecha importante entre las disposiciones que regulan la atención a este grupo y la realidad de la salud reproductiva y la vida de los/las adolescentes.

A partir de las disposiciones de la LOPNA en Venezuela, se ha comenzado a respetar los derechos de atención en salud a los adolescentes, a través de los programas de Atención Integral en Salud; lo que ha permitido que los adolescentes tengan acceso a las consultas de Planificación Familiar en algunos centros. Como es el caso del Instituto Nacional de Puericultura "Dr. Pastor Oropeza", en el 23 de Enero, lugar donde se suscribe esta investigación; donde se ha observado que existe una importante cantidad de adolescentes que acuden a la consulta de Planificación Familiar buscando atención y en efecto son atendidas sus demandas. En esta institución durante el año 2005, se registro un total de 352 adolescentes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar y en lo que va del año 2007, han asistido a la consulta 57 adolescentes femeninos y masculinos que no han estado embarazadas.

Es de hacer notar que en otros tiempos, la asistencia de un adolescente a una consulta médica, estaba condicionada a que asistiera con su representante, hoy en día no es necesaria la presencia de algún familiar

para ser atendidos, incluso en el precitado instituto las adolescentes asisten a la consulta con su pareja también adolescente.

Es importante señalar que los procesos de promoción de la salud para y con adolescentes requieren estar sustentados en información que le den soporte. Esta información es indispensable para identificar las teorías de cambio sobre las cuales fundamentar los procesos educativos o de comunicación con jóvenes en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Conocer qué saben y cuáles son las prácticas y actitudes de las (os) jóvenes sobre planificación familiar, constituye una fuente valiosa de información para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover en esta etapa de la vida comportamientos saludables, los cuales son marcadores para el futuro.

Adicionalmente, siendo que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos, los datos nacionales pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger las diversidades entre las regiones de Venezuela. Por ello, gana importancia la realización de estudios de carácter local que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencia local, sin perder la perspectiva nacional.

Podría decirse que en cuanto a la planificación familiar, el conocimiento de los métodos es casi universal entre las adolescentes. El uso de métodos de planificación familiar entre las adolescentes ha aumentado significativamente en la última década, principalmente para retardar la maternidad. Este comportamiento es consistente con el aumento observado en las relaciones sexuales prematrimoniales entre las adolescentes.

Por otra parte, el no uso de métodos de planificación familiar entre los adolescentes se asocia con: a) la percepción de invulnerabilidad; b) el escepticismo frente a la efectividad de los métodos; c) las creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios; d) la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tiene confianza es un irrespeto; e) las expectativas que se tienen de las relaciones románticas y sexuales; f) el deseo de complacer a la pareja.

Estos elementos de incertidumbre hacen que el/la adolescente acudan a las consultas de planificación familiar con un nivel de expectativas que el profesional de enfermería debe conocer y en consecuencia atender de manera efectiva; ya que el componente atención es fundamental para lograr el nivel de integración del adolescente a la consulta.

De allí la importancia de indagar acerca de qué es lo que motiva al adolescente que asiste a la consulta de Planificación Familiar a buscar estos servicios. Al abordar esta temática se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué opinión tienen las/los adolescentes sobre la atención brindada por el personal de enfermería en la consulta de planificación familiar?

¿Qué motiva a los adolescentes que asisten a la consulta de planificación familiar del I.N.P. “Dr. Pastor Oropeza”, a buscar estos servicios?

¿Cuál es la información que tienen los adolescentes sobre las generalidades de los métodos anticonceptivos?

¿Qué opinión tienen los adolescentes de la atención brindada por el personal de enfermería en la consulta de planificación familiar del I.N.P. “Dr. Pastor Oropeza”?

Para dar respuesta a estas interrogantes se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la opinión que tienen los adolescentes acerca de la Atención en la consulta de Planificación Familiar, en el Instituto Nacional de Puericultura “Dr. Pastor Oropeza”, del 23 de Enero, en el primer semestre de 2007?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la opinión acerca de la Atención en la Consulta de Planificación Familiar de los/las adolescentes que asisten al Instituto Nacional de Puericultura “Dr. Pastor Oropeza”, del 23 de Enero.

Objetivos Específicos

Identificar la opinión que tienen los adolescentes sobre el trato respetuoso en la consulta de Planificación Familiar.

Identificar la opinión que tienen los adolescentes sobre la atención brindada por el personal de enfermería en la consulta de planificación familiar del I.N.P. “Dr. Pastor Oropeza”.

Conocer la opinión de los adolescentes acerca del asesoramiento sobre anticoncepción brindada por enfermería.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud ha definido la Planificación Familiar como métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles e

infértiles del ciclo menstrual de la mujer. En este contexto la salud de los/las adolescentes es clave para el avance social, económico y político para los países de América Latina.

En términos de planificación familiar, los adolescentes tienen muy poco acceso a la atención anticonceptiva y a la información/orientación/tratamiento psico-sexual. Esto se debe, en el caso de los servicios privados a la baja capacidad adquisitiva de los adolescentes, y en el caso de los servicios públicos a su escasez y consiguiente saturación así como a su orientación (básicamente a población adulta). En los últimos años con una sensibilización especial de la administración pública en Venezuela, algunos centros de salud están adoptando medidas que aumentan la accesibilidad de los adolescentes, organizando un servicio llamado Atención Integral al Adolescente, atendido por personal especialmente motivado y especializado en Salud del Adolescente. Desgraciadamente, estas experiencias son aún recientes y escasas, por lo que cubren las necesidades de muy pocos adolescentes

De allí que es importante realizar este estudio, ya que el primer beneficiado sería el adolescente, porque a través de los resultados se podrían implementar estrategias de atención en planificación familiar, dirigidas a que el adolescente concientice qué significa planificarse y como funciona la planificación familiar.

Desde el punto de vista de la investigación, se constituye en un aporte importante ya que si bien es cierto se han realizado investigaciones sobre los adolescentes y la planificación familiar; son pocos los que tratan indagar qué piensa el adolescente que asiste a una consulta de planificación familiar, sobre la atención, la eficacia de los métodos anticonceptivos y el nivel de aceptación de los jóvenes hacia la planificación familiar.

Desde la práctica de enfermería, se constituye en un aporte en el sentido de que a través de los resultados se emprenderían acciones para la atención de calidad de los adolescentes en estas consultas.

También se beneficiaría la institución, porque permitiría entender desde una perspectiva integral, la conducta del adolescente que se planifica y mejorar en ese sentido la atención prestada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Vergara, J.(2006), con el objetivo de identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) más frecuentes y evaluar la influencia de la consulta de Planificación Familiar (CPF) en su control, se realizó un estudio descriptivo entre enero 2005 y enero 2006 en el área de salud del policlínico Playa, La Habana , Cuba. La muestra estuvo conformada por 250 pacientes de la consulta de Planificación Familiar, clasificadas como RRPC. Se les aplicó un cuestionario en la primera consulta para determinar el nivel de conocimientos que tenían sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos, posteriormente se les instruyó y asesoró sistemáticamente de forma individual y aplicando técnicas grupales. Luego de 6 meses se aplicó nuevamente el cuestionario para comparar si había variación en el nivel de conocimientos, y se evaluó cada caso para identificar las que habían logrado modificar o erradicar los factores de riesgo modificables. La información acerca de las mujeres que quedaron embarazadas sin modificar factores de riesgo se obtuvo en visitas a las inasistentes a consultas de PF. Los datos se procesaron con el cálculo porcentual y se expusieron en 4 tablas.

Dentro de los resultados reporta que los factores de RRPC más frecuentes fueron, la desnutrición (34 %), edad menor de 18 años (16,4 %) y menos de 2 años desde el último parto (15,2 %). El nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos se incrementó después de la intervención educativa hasta un 64,8 %, pero la mayoría de ellas no modificó ninguno de los factores de riesgo que eran modificables. Se concluyó que la CPF influyó poco en el control del RRPC, y que el

incremento del nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo no determinó su modificación.

Este estudio tiene importancia en el contexto de esta investigación, ya que le asigna una relevancia a la consulta de Planificación Familiar en las intervenciones para disminuir factores de riesgo; situación que debe ser un componente para la atención del adolescente en dichas consultas.

Briceño, L. y Duran, C. (2005), realizaron un estudio con el objetivo de determinar el conocimiento que poseen los adolescentes de 5^{to} y 6^{to} grado sobre planificación familiar en la Escuela Básica Bolivariana “Campo Alegre”, de San Fernando de Apure. Para ello se basaron en un estudio de tipo descriptivo enmarcado en un diseño de campo. La población estuvo conformada por 60 estudiantes en edades comprendidas entre los 10 y 16 años cursantes del 5^{to} y 6^{to} grado de la segunda etapa de Educación Escolar, de la citada escuela. La muestra seleccionada estuvo representada por 18 estudiantes, los cuales fueron seleccionados al azar. Como instrumento de recolección de datos se diseñó un cuestionario contentivo de 27 preguntas con varias alternativas de respuestas. Los resultados demostraron que existe la necesidad de profundizar en los aspectos de la Salud Integral como parte de la formación de los adolescentes, que abarque la esfera de la promoción de la Salud Sexual dentro de la Planificación Familiar.

Este estudio sirve de referencia al tratar el tema de la Planificación Familiar en los adolescentes escolarizados, con el propósito de evitar embarazo; en el contexto de este estudio los adolescentes que asisten a la consulta del I.N.P: “Dr. Pastor Oropeza”, son estudiantes de la segunda etapa de escuela básica.

Castro, P. (2003) realizaron un estudio titulado “Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación

familiar, en México donde se discuten los antecedentes históricos de la estrategia comunitaria y se presentan algunos resultados de una investigación que exploró las actitudes y las opiniones de diferentes universos de población respecto a la idea de participar comunitariamente en programas de salud y planificación familiar. Los grupos investigados fueron las mujeres de las comunidades, las trabajadoras comunitarias, los líderes comunitarios, los supervisores médicos que controlan a las trabajadoras comunitarias y los directivos médicos que monitorean a aquellos supervisores. Se destaca que los directivos médicos son los partidarios más fuertes de la estrategia participativa, mientras que las mujeres de las comunidades son las que menos se involucran. Se advierte la necesidad de tomar en cuenta la posición de las comunidades respecto a las estrategias de participación en la planificación familiar.

Este estudio sirve de referencia en cuanto que se trata de explorar la opinión que tienen las comunidades sobre los servicios de planificación, que es el caso que ocupa la presente investigación.

Mosquera, J. y Mateus, C. (2003), realizaron un estudio con el objetivo de Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia. La investigación tuvo dos componentes. En el componente cuantitativo se realizó un estudio de prevalencia a través de un muestreo aleatorio sistemático. En el componente cualitativo, la información se recogió a través de grupos focales y entrevistas. Los resultados demostraron que tanto en el conocimiento (81.9%) como en el uso de los métodos de planificación familiar (MPF) sobresalió el condón. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA. A pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los MPF

y de los medios para prevenir las ETS/VIH-SIDA, estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo. Concluyendo que el estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los MPF y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres.

Este estudio se sustenta en la exploración de los conocimientos y actitudes de los adolescentes ante los métodos de Planificación Familiar, dando como resultado un deficiente conocimiento, por lo que es importante indagar sobre la opinión que tienen sobre la planificación.

Aucassi (2002), realizó un estudio titulado “Percepción de la atención de enfermería de los pacientes sometidos a Hemodiálisis Periódica frente a sus reacciones emocionales”, en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara”, en Lima Perú. Los objetivos planteados fueron: determinar la percepción de los pacientes sometidos a la Hemodiálisis Periódica de la atención recibida por enfermería ante sus reacciones emocionales más frecuentes y su relación con las características individuales y los niveles de ansiedad-depresión, que presentan durante su tratamiento. Establecer las tendencias globales y parciales de la percepción de la atención de enfermería. Determinar la relación existente entre las características individuales, niveles de ansiedad o depresión y la percepción de la atención de enfermería de los pacientes sometidos a Hemodiálisis Periódica.

Se realizó una investigación exploratoria-descriptiva, la recolección de los datos se hizo a través de un cuestionario de 24 ítems, en Escala Tipo Likert que constaba de: a) Datos generales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, trabajo y tiempo de tratamiento), b) Escala de percepción propiamente dicho con 24 enunciados entre positivos y negativos, seleccionados bajo la discriminación estadística (T. Student) de acuerdo a las dimensiones de Atención de Enfermería respecto a las reacciones

emocionales. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes (varones, mujeres, niños) que acuden al Servicio de Hemodiálisis Periódica al Hospital antes mencionado.

Los resultados más importantes fueron: en el 62% de los sujetos en estudio se observó una tendencia medianamente favorable en la percepción de la atención de enfermería que reciben frente a sus reacciones emocionales más frecuentes. La percepción de la atención de enfermería en relación a las dimensiones ansiedad (68%), depresión (60%) y negación (54%) evidenciaron una tendencia similar a la tendencia general (medianamente favorable), mientras que en las dimensiones cólera-agresión (52%) y disminución de autoestima (50%) indican una tendencia indiferente. La conclusión más importante fue que, “los pacientes sometidos a la Hemodiálisis Periódica en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara” poseen una percepción favorable de la atención de enfermería ofertada. Es de vital importancia que la atención de enfermería deba girar en torno a ello y en lo posible establecer una alianza terapéutica de simbiosis como antídoto para disminuir las reacciones emocionales negativas y de esta forma restituir la calidad de vida de acuerdo a sus propias limitaciones”(p.5)

En este estudio se destaca la importancia de la percepción que tienen los pacientes acerca de la atención de enfermería, lo que se traduce en la satisfacción de sus necesidades y una visión favorable de la atención brindada.

BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas están constituidas por los fundamentos bibliográficos que permiten sustentar la investigación. Al respecto, Arias, F. (1999), afirma que “las bases teóricas son un conjunto de conceptos y propósitos que constituyen un punto de vista o enfoque determinado dirigido

a explicar un problema planteado”(p. 39). A continuación se presentan las bases teóricas de esta investigación.

La adolescencia es una etapa en la vida del ser humano que a través del tiempo ha cobrado importancia debido a la repercusión que entrañan los diferentes cambios en la vida del individuo. Los adolescentes son un grupo de alto riesgo, su adelantada maduración sexual en la actualidad, lo lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas como inicio de su vida sexual activa. Estas características los exponen a las infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz que por lo general sucede por la falta de uso de métodos anticonceptivos, en fin, tienen una inadecuada preparación para la práctica de relaciones sexuales.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez. En la actualidad se considera como una etapa del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle atención.

Al respecto Sáenz, I. (1992), señala que:

Al hablar del período de la adolescencia hay que considerar a la sexualidad como parte del ser humano que define el estilo de cada persona. En atención al proceso evolutivo, físico y social, por lo tanto, durante el período de adolescencia es más frecuente que los muchachos alternen con el sexo opuesto de manera temprana inicialmente, la relación puede ser como aquella que ocurre con individuos del mismo sexo. (p.19).

En tanto que, los adolescentes están iniciando su vida sexual a muy temprana edad, se ha considerado en el campo de la salud sexual, la atención a su salud reproductiva.

De allí que varias convenciones y campos de los derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la Planificación Familiar. La conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPED), celebrada en el Cairo, en 1994 constituyó un espacio de reflexión de la comunidad internacional acerca de los derechos de las personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Al respecto las Normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua (2000), refiere:

Por primera vez los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos, en estudios realizados en los años 70 en Asia, África, América Latina y Medio Oriente, se demostró que existe una relación entre planificación familiar y salud materno infantil. (p.5)

Estos espacios también se han dedicado a los adolescentes y en las diferentes legislaciones de algunos países incluyendo a Venezuela, se les debe reconocer sus derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos de los/las adolescentes siguen siendo un tema polémico. En muchas sociedades, la sexualidad de los/las adolescentes es un tema delicado, y en muchos casos, polémico. De cualquier modo, las conferencias internacionales celebradas recientemente, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), han generado una mayor atención hacia el tema de las necesidades y los problemas de la salud reproductiva de los/las adolescentes. Los documentos aprobados por consenso en estas conferencias internacionales reconocen explícitamente que "todo el mundo tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (p.6), lo que incluye el derecho a la salud reproductiva, definida en ambos documentos como:

... el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (p.7)

Estas conferencias avanzaron a partir del consenso alcanzado en anteriores conferencias internacionales sobre temas de derechos humanos y población que reconocieron que todos los individuos tienen tales derechos, independientemente de su estado civil, edad o cualquier otra situación.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reflejan muchas de las disposiciones claves recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño relacionadas con los derechos y la salud reproductiva de los/las adolescentes. En concreto, el artículo 24 reconoce el derecho de los niños "al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud." (p.10). También exige que los Estados partes tomen las medidas adecuadas "para desarrollar la educación y los servicios en materia de planificación familiar." (p.11) Además, a la vez que la Convención del Niño establece que los Estados Partes "respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres... de impartirle... dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención," (p. 15), claramente reconoce que en todas las cuestiones, el interés superior del niño tiene prioridad y que éste debe poder ejercer sus derechos. La Convención sobre los Derechos del Niño también fue el primer tratado internacional de derechos humanos que explícitamente reconoció la violencia y el abuso sexual, que es un elemento fundamental en la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.

El Acceso de los/las Adolescentes a la Atención en Salud Reproductiva

Antecedentes

El enfoque global de la Convención sobre los Derechos del Niño del derecho a la salud impone a los gobiernos la obligación de garantizar el acceso de las chicas adolescentes a servicios integrales de salud reproductiva. La Convención sobre los Derechos del Niño también aborda la obligación de los estados a garantizar la privacidad del niño para asegurar "al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño." (p. 16). La plena aplicación de estas disposiciones es de suma relevancia para que los/las adolescentes tengan capacidad para determinar su vida futura, incluyendo si desean o no tener hijos y en qué momento tenerlos. Si carecen del acceso a servicios de salud prenatal y postnatal adecuados, las adolescentes pueden tener embarazos que les conduzcan a la muerte o a padecer enfermedades derivadas de la inmadurez física.

Además, si no tienen acceso a una variedad completa de anticonceptivos, libremente escogidos, las adolescentes pueden tener embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS). El Comité de dicha Convención ha expresado su preocupación en relación con el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud reproductiva y ha hecho notar que los gobiernos deben proporcionar servicios de maternidad adecuados y abordar los temas relacionados con el embarazo y el VIH/SIDA entre las adolescentes.

En el caso de Venezuela, la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente (2000), establece en su disposiciones generales que los estados adoptaran las medidas para "desarrollar la atención preventiva de la salud, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación

familiar”(p.31). Lo que legitima la demanda de atención en los centros de salud de este grupo etareo.

Debido a la polémica generada en torno a la sexualidad entre los/las adolescentes y el desconocimiento general sobre las necesidades en materia sexual y reproductiva de los/las adolescentes, muy pocos países del mundo han establecido servicios adecuados de atención en salud reproductiva para adolescentes. Las necesidades de atención de los/las adolescentes en materia de salud reproductiva varían según la cultura, edad y estado civil.

Pero todos los/las adolescentes necesitan disponer de información precisa y adecuada sobre salud sexual y reproductiva. También requieren que los servicios de salud reproductiva sean accesibles. Si no tienen acceso a información precisa, los/las adolescentes corren el riesgo de no estar debidamente informados en cuestiones sexuales y reproductivas, lo que puede conducirles a tomar decisiones que pueden tener consecuencias negativas en sus vidas. Por otra parte, los/las adolescentes necesitan recibir información sobre las prácticas de sexo seguro, incluyendo técnicas de negociación, que les ayude a protegerse de posibles relaciones peligrosas y abusivas. Puesto que las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones para su salud que las mujeres adultas, es fundamental que tengan acceso a servicios de atención prenatal de buena calidad.

Ahora bien, el problema de la privacidad y confidencialidad en la atención a la salud reproductiva también afecta a los/las adolescentes. Esto es especialmente importante en el caso de las adolescentes solteras que tienen que enfrentarse a actitudes negativas por ser sexualmente activas. Ese tipo de actitudes sólo consiguen evitar que las adolescentes busquen la atención en salud reproductiva. Estas mismas adolescentes también

requieren tener acceso a la anticoncepción para protegerse de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Opinión de los/las adolescente sobre la Consulta de Planificación Familiar

A pesar de que los adolescentes tienen información acerca de la planificación familiar, se requiere saber cual es el punto de vista de los mismos para asumir la planificación familiar como alternativa para evitar un embarazo precoz. Esta información es importante dada la utilidad que puede tener para la toma de decisiones en salud, no sólo porque ellos están en condiciones de influir directamente en el funcionamiento del programa de planificación familiar, sino también porque existe un vacío en lo que se refiere al conocimiento del punto de vista de los/las adolescentes, principalmente en relación a uno de los programas más sensibles que actualmente se implementan en este país: la planificación familiar. Este es, en efecto, un programa público con impacto en la esfera de lo privado. Es necesario, por lo tanto, conocer cómo se sitúan los individuos ante la idea de tener no sólo a un médico, sino al profesional de enfermería, colaborando activamente en la organización y administración de un programa directamente vinculado a su vida privada e intimidad personal: su propia sexualidad.

De allí que se va entender la opinión de los/las adolescentes sobre la planificación familiar, como el punto de vista que se han creado partiendo del aprendizaje y la percepción que se han hecho de su vida sexual. Al respecto, Castro, P. (2003), refiere:

La definición que seleccionamos parte de la existencia del aprendizaje, y considera la percepción como un proceso de tres fases. Así pues, la opinión es el punto de vista que se forma a través de la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de

un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones. (p. 2)

En ese sentido, las opiniones de los directamente involucrados en esta modalidad de prestación de servicios de salud, es importante ya que se podrían adecuar estrategias de atención en función de los que piensan los adolescentes sobre planificarse. Operacionalmente la variable Opinión de los/as adolescentes acerca de la atención en la Consulta de Planificación Familiar, se refiere al punto de vista que tienen los/las adolescentes acerca de la atención de enfermería en la Consulta de Planificación Familiar, que los motiva a asistir a dicha consulta a recibir orientación sobre salud reproductiva.

Ahora bien, en cuanto a la planificación familiar, el concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía. A pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en todo el mundo, existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas en este sentido. De acuerdo a la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (2003), el objetivo del Programa de Planificación Familiar es: “Garantizar a toda la población el acceso a la información, comunicación, educación y a servicios de alta calidad en Planificación Familiar dentro del marco integral de la Salud Reproductiva” (p. 24). Este objetivo también va dirigido a los adolescentes que soliciten el servicio, lo cual esta normado por las diferentes leyes que los amparan.

Atención de enfermería en la Consulta de Planificación Familiar

El interés por llevar a cabo este estudio desde la óptica de la enfermería se debe a que se considera que el profesional de enfermería juega un papel muy importante dentro del programa de planificación familiar,

pues participa activamente a la par del médico en cuanto a la orientación y consejería sobre los anticonceptivos previa decisión libre e informada de los usuarios, realiza seguimiento y referencias a otros niveles de atención y la valoración de efectos colaterales entre otras actividades.

Por otro lado, se puede agregar que la enfermera cuenta con la ventaja que le da el hecho de ser mujeres en su mayoría lo que le permite una mejor aceptación por parte de las usuarias y confianza entre las mismas quienes también en su mayoría corresponden al sexo femenino.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que el personal de enfermería esta presente tanto en la consulta externa como hospitalización, centros de atención comunitaria, realiza visitas al usuario en su domicilio, por lo cual interviene activamente en la promoción y uso de la planificación familiar.

En ese contexto, cuando se hace referencia a la atención de enfermería en la Consulta de Planificación Familiar, se quiere destacar el sentir que tienen los/las adolescentes sobre tres aspectos fundamentales de dicha atención, como son: el respeto al adolescente, la atención oportuna y el asesoramiento específico sobre métodos anticonceptivos.

Trato respetuoso

Los seres humanos viven en un medio social, donde se hace necesario interactuar con los semejantes en el cual el **respeto** juega un papel importante, el respeto tiene que ver con la capacidad que tiene la enfermera para aceptar los principios, que tiene el paciente como ser humano. De allí que al establecer la relación con el adolescente debe estar presente la comprensión, a través de la cual es posible entender, aceptar y atender a los demás como son, así como la tolerancia que permitirá demostrar el respeto hacia los demás. De acuerdo a Volcan, E. (1998), el respeto es “La actitud

que asume la enfermera para expresar el valor individual del usuario, reafirmando los aspectos positivos y la capacidad para asumir su propia responsabilidad” (p.59).

Partiendo de este concepto debe destacarse que la enfermera manifiesta respeto hacia el paciente cuando considera su individualidad, acepta sus valores y creencias, no limita sus acciones y deja que desarrolle su propia personalidad. Al respecto Leddy, S. y Peper, J. (2003) expresa:

El principio de respeto en la relación entre el usuario y la enfermera implica que con el fin de que el usuario experimente su derecho a existir como persona, la enfermera debe mostrar una aptitud receptiva que valore los sentimientos, individualidad y carácter único del usuario (p.279)

En base a lo anteriormente expuesto, se deduce que en la relación enfermera _ adolescente debe existir una plena aceptación del otro tal cual es, apreciando sus sentimientos, opiniones e individualidad, para que de esta manera el adolescente fije los aspectos positivos de la relación de ayuda que le permitan resolver las dificultades que se le presenten.

En la práctica, los profesionales de enfermería, se comunican con los enfermos con intención de iniciar cambios en sus conductas, sean de carácter preventivo o curativo, según el caso, lo importante es que la misma debe ser eficaz para el logro de la respuesta esperada.

En relación al trato respetuoso que debe tener la (el) enfermera (o) hacia la/el adolescente, se requiere que sea personalizado, es decir, que la (el) enfermera (o) al dirigirse al usuario debe llamarlo por su nombre, preguntarle cuáles son sus inquietudes, debe tener un lenguaje claro y

preciso para hacerse comprender al dar orientaciones sobre planificación familiar y darle información acerca de cómo cuidarse, lo que resultaría en un impacto profundo en la experiencia de las/los adolescentes en la consulta. También ésta debe dar la posibilidad u oportunidad de que el adolescente se exprese libremente, por lo cual la enfermera (o), debe escuchar con atención sin interrumpir; así como debe suministrar información adecuada a las/los adolescentes según sus necesidades y por último, la/el enfermera(o) debe estar atento a las demandas de servicio de estas usuarias, pues una respuesta equivocada o inoportuna podría generar resultados indeseados e inesperados en este grupo etareo.

En la prestación de servicios de Planificación Familiar, el personal de enfermería debe tomar en consideración el estado general de las mujeres y responder con empatía y humanismo. Brindis, C. (2001), definió como elementos claves relacionados con el personal: “Educación integral con énfasis en planificación familiar; amable, respetuoso, confiable, ético, humano, no prejuicioso; técnicamente bien capacitado, con habilidad de comunicarse adecuadamente con las usuarias y sus familiares”(p.37). Brindar un trato humano no precisa mucho tiempo extra, sino que requiere responder a las necesidades de las/los adolescentes de información y apoyo emocional.

Este trato más humano y de respeto para las adolescentes incluye tener conciencia de los derechos de las pacientes. Los derechos que más se mencionan en el debate sobre servicios de planificación familiar y salud reproductiva, de acuerdo a la precitada autora son:

Derecho a la información completa, imparcial, veraz y útil,
Derecho a manifestar sus inquietudes en un entorno donde sienten confianza expresar su opinión sobre la atención recibida,
Derecho a decidir en total libertad sobre el tratamiento,
Disponibilidad de varios métodos diferentes de planificación familiar posibilidad de elegir entre ellos, La capacidad profesional del personal, El trato respetuoso y amable, Derecho a la dignidad, confidencialidad y privacidad, La posibilidad de obtener

información y asesoría, Horarios de atención cómodos y tiempos de espera aceptables.(p.40)

En el caso de los/las adolescentes los derechos más importantes para ellos son los derechos a la confidencialidad y a la privacidad. Toda información brindada por ellos debe tratarse en forma confidencial. Esto incluye información sobre su historia y las condiciones médicas que los han llevado a buscar apoyo. La información que ellos brindan no se debe discutir con los familiares de la paciente, mientras no sea el deseo explícito de ellos mismos. Crear un ambiente de privacidad es de importancia crítica para proteger la confidencialidad de la paciente, su sentimiento de seguridad y dignidad y su disposición para comunicarse de forma honesta. Esto incluye condiciones sencillas a tener en cuenta: utilizar una zona separada, correr cortinas alrededor, cubrir el cuerpo de las adolescentes durante los exámenes y los procedimientos, limitar el número de personas presentes durante el tratamiento. Según estudios, las adolescentes se sienten más a gusto si las/os proveedores de la atención respetan su intimidad.

Atención oportuna

La atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. En el contexto de esta investigación la atención oportuna se refiere a la capacidad del profesional de enfermería de atender a las/los adolescentes de manera rápida, con la mejor disposición personal y mental, y en el momento que lo solicite.

Operacionalmente se define la atención oportuna como la opinión expresada por el adolescente sobre la calidad de atención y la disposición del personal de enfermería para brindar la atención al adolescente de manera rápida, administrando oportunamente el tratamiento o método anticonceptivo, sugiriéndole sus controles sucesivos e interesándose por

resolver los problemas que demande la/el adolescente en la consulta de Planificación Familiar.

Asesoramiento sobre generalidades de la anticoncepción

Los adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a información y servicios de planificación familiar para prevenir un embarazo no deseado (Brindis, 2001). También necesitan apoyo y aliento de sus compañeros, los adultos y los medios de comunicación para usar anticonceptivos de una manera eficaz y continua. La mejora del uso de anticonceptivos por adolescentes sexualmente activos exige expansión y mejora de los servicios existentes para que ese grupo de la población tenga más posibilidades de usarlos. Los adolescentes también necesitan servicios confidenciales, seguros y convenientes.

Schwarcz, R. Castro, R. Galimberti, D.; Martínez, I.; García, O.; Lomito, C.; Etcheverry, M. y Queiruga, M.(2000), en su Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos, refieren que la consejería es un elemento fundamental para promover la Salud Sexual y Reproductiva de la población; y presentan diversas estrategias orientadas a este propósito, como son:

- * Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, más allá de la relación de pareja.
- * Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de la salud.
- * Favorecer la adopción de conductas sexuales placenteras, conscientes, responsables y libres, hacia uno mismo y los demás.
- * Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar, promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar, destacando el respeto y consideración que, en tanto personas, merecen todos sus integrantes, cualquiera sea su sexo y edad.
- * Promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, tanto en la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente a la decisión y el empleo de métodos anticonceptivos.

Promover conductas de responsabilidad recíproca en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (autocuidado, mutuo cuidado). (p.14)

El asesoramiento o Consejería sobre reproducción humana y sexualidad en general y, sobre anticoncepción en particular, es un proceso de comunicación en dos direcciones, en el cual una persona - el proveedor de servicios - ayuda a la otra - usuario/a - a identificar sus necesidades en relación a estos aspectos de su vida, y a tomar las decisiones mas apropiadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, esto se aplica para todos los grupos etéreos, pero en el adolescente debe ser de especial atención.

Los mismos autores refieren que el perfil adecuado de un consejero requiere:

- a) Evitar toda connotación paternalista, dirigista o autoritaria, encubierta o manifiesta.
- b) Tener presente que orientar, o asesorar, implica ofrecer un máximo de posibilidades de elección, en base a informaciones fidedignas, no sesgadas;
- c) Respetar al otro/a como un ser humano que opina, cree, disiente, acuerda; que tiene información, suficiente o no, diferente.
- d) Utilización de habilidades de comunicación, aprendizaje, escucha y apoyo, para poder ayudar eficazmente en la toma de decisiones de la mujer o la pareja. (p.15)

El asesoramiento favorece el necesario encuentro entre la enfermera y los/las adolescentes en la consulta de Planificación Familiar, para intercambiar información, plantear o detectar dificultades, y buscar respuesta en conjunto a esas dificultades.

Las habilidades de comunicación y acercamiento contribuyen a lograr los objetivos del asesoramiento: estimular el autocuidado, cuidado del otro, y ayudar en la elección eficaz del método adecuado.

La información que debe proporcionarse al adolescente debe contener diversos aspectos, de acuerdo a la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (2003)

a) Eficacia del método: uso adecuado del método elegido, posibles factores que pueden afectarlo; es aconsejable entregar instructivos prácticos y claros sobre qué hacer en caso de dudas o, de cometer un error de uso del método elegido (por ejemplo, olvidarse de tomar la píldora) y, qué hacer si se presentara algún problema o síntoma.

b) Ventajas y desventajas: de cada uno de los métodos en particular.

c) Efectos colaterales y complicaciones: conocerlos con anticipación tiende a una mejor adaptación y satisfacción con el método. Por otro lado permite frente a la aparición de síntomas, consultar oportunamente.

d) Prevención contra ITS: colaborar en la comprensión y evaluación de riesgos de contraer ITS incluido el HIV/SIDA, Hepatitis B, a través del uso correcto de condones (" doble método ", esto es, anticonceptivo y de prevención de ITS).

e) Seguimiento: en usuarios de métodos hormonales, DIU y preservativos, informar sobre los productos y, donde acudir para cambio de método si fuera necesario. (p.34)

El asesoramiento es una parte importante de la atención de calidad para los/las adolescentes en la consulta de Planificación Familiar, para que la usuaria pueda tomar decisiones libres e informadas de acuerdo a sus convicciones y situación, y así ejercer sus derechos humanos.

Se ha observado que cuanto más completa y exacta es la información que se proporciona, teniendo en cuenta las necesidades de la paciente, mayor es la satisfacción de ellas y la persistencia en la aplicación.

El hacer accesible los anticonceptivos a los adolescentes, a través de servicios de buena calidad, debería ser una meta para los programas de

salud reproductiva. En ausencia de un método ideal de anticoncepción que pueda adaptarse a cada persona, existe una variedad de métodos anticonceptivos, con ventajas en algunos aspectos e inconvenientes en otros, que deben ser elegidos de acuerdo a las características particulares y las necesidades de cada persona. Aspectos importantes que han de ser tenidos en cuenta incluyen la eficacia, las ventajas y la seguridad. En general, los métodos más eficaces son los que más probablemente presentan efectos secundarios y complicaciones relacionadas con su uso. Sin embargo, cuando se valoran riesgos y beneficios, los métodos más eficaces tienen mayores beneficios sobre la salud de las mujeres, protegiéndolas mejor de los riesgos de embarazos no deseados.

En cuanto a los beneficios, la *Contracept Reprod Health Care*. (1998) señala:

La mayoría de los métodos tienen también efectos no anticonceptivos beneficiosos, como por ejemplo los anticonceptivos orales combinados, que proporcionan importantes grados de protección frente al cáncer de endometrio y de ovario, mastopatía benigna, enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico, así como reducen las pérdidas menstruales. Aunque los métodos de barrera tienen menor eficacia en la prevención del embarazo, su mayor ventaja es la protección que proporcionan frente a las enfermedades de transmisión sexual. El preservativo, en particular, tiene especial valor en la protección frente a la infección por VIH. (p.2)

Sin embargo, un asesoramiento adecuado, es esencial para que cada persona en este caso los/las adolescentes reciban información sobre los principios de anticoncepción y haga una elección del anticonceptivo apropiado para un uso seguro y eficaz del mismo. En ese sentido, existen métodos anticonceptivos temporales y permanentes.

Según la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (2003), estos son: “Temporales: Hormonales Orales, Hormonales Inyectables, Hormonales subdérmicos, Dispositivos Intrauterinos (DIU), De barrera y espermicidas, Naturales o de abstinencia periódica. Permanentes: Esterilización quirúrgica femenina, Vasectomía (esterilización quirúrgica masculina)”(p.30)

Es importante que partiendo de la información que se le suministra a los/las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y la experiencia que adquieren en su entorno, se indague sobre la opinión que tienen de cada uno de ellos partiendo de esa información.

Principios de la Anticoncepción

Según Fathalla, M; Rosenfiel, A. y Indriso, C. (1994) mencionan que “las técnicas anticonceptivas modernas buscan interrumpir el proceso de embarazo afectando el óvulo, el espermatozoide, la unión del óvulo y el espermatozoide (fertilización) y la implantación”. (p. 127). Los requisitos que debe reunir un método anticonceptivo en la adolescencia son la reversibilidad, salvo caso de deficiencia psíquica o enfermedad grave que contraindique un embarazo, no interferencia con el desarrollo físico, facilidad de uso y adecuación a la actividad sexual.

En general, los adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo. Se debe contemplar siempre la abstinencia como una opción posible, explicando otras opciones (especialmente preservativo y anticoncepción de emergencia) para el caso de cambio de actitud sin consulta previa.

Además de este principio también debe propiciarse la autonomía, que se traduce en la capacidad del adolescente para escoger, previa información, el método anticonceptivo de su conveniencia.

Selección de un Método Anticonceptivo

Los distintos medios anticonceptivos pretenden bloquear el proceso de la concepción. Estas acciones pueden tener lugar en distintos ámbitos de los mecanismos fisiológicos del ciclo menstrual de la mujer y de la reproducción.

Puede afirmarse que el anticonceptivo "ideal" no se ha conseguido todavía si se considera cuáles han de ser todas sus características, según Carazo, T. (2001), son:

1. Aceptabilidad universal para su utilización.
2. . Inocuidad, máxima fiabilidad y eficacia.
3. . Efecto protector contra las enfermedades de transmisión sexual.
4. Totalmente reversible.
5. Sin efectos secundarios desfavorables.
6. Coste asequible. (p. 27)

La aceptabilidad del método anticonceptivo o grado de uso según Fathalla, M; Rosenfiel, A. y Indriso, C. (1994) “depende tanto de la motivación original como de la capacidad de persuasión de los trabajadores de planificación familiar. La aceptación inicial es afectada por los factores de edad, residencia (urbano o rural), educación y las características de los métodos disponibles”. (p. 133).

Los mismos autores señalan que “el uso continuo se relaciona con las características del método y su conveniencia para el usuario en un determinado ambiente cultural “. (p. 133).

La elección de cualquier método para evitar el embarazo es una decisión de la pareja una vez informada de las ventajas, inconvenientes y limitaciones que pueden surgir de cada uno de los métodos. Los factores condicionantes en la elección son:

Factores relativos al método

Fiabilidad

La fiabilidad de un anticonceptivo, es decir, su seguridad medida por el porcentaje de fallos, debe contemplarse sobre la base de la eficacia (resultados obtenidos en condiciones teóricas de utilización adecuada y constante) y efectividad (aplicación real, teniendo en cuenta los fallos intrínsecos del método y los de su utilización inadecuada).

Aunque hoy día existen otros índices estadísticos que valoran con mayor precisión la eficacia, en la práctica, el índice que suele utilizarse para comparar entre sí la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos es el índice de Pearl. Éste, si bien tiene en cuenta los errores cometidos por las usuarias, no considera parámetros tan importantes como la duración del tratamiento, la actividad sexual o el estado de fertilidad de la mujer. La seguridad que aportan los anticonceptivos hormonales no se puede alcanzar, hoy día, con ninguno de los otros métodos anticonceptivos reversibles, y dentro de ellos, son los preparados combinados los que ofrecen la máxima seguridad anticonceptiva.

Inocuidad

La inocuidad de un anticonceptivo es uno de los aspectos más relevantes. Los efectos colaterales de los anticonceptivos hormonales no son desdeñables, como veremos al hablar de los contraceptivos orales, y pueden afectar a otros sistemas además de los específicos del mecanismo anticonceptivo.

Beneficios

El beneficio más inmediato del uso de la anticoncepción es el que deriva de desvincular la sexualidad de la función reproductora, ayudando a la pareja a alcanzar una sexualidad plena, con lo que disminuye el riesgo de embarazos no deseados y de abortos provocados. Los distintos medios anticonceptivos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de la mujer y a reducir los riesgos de un embarazo no deseado. La morbimortalidad asociada al embarazo y al parto es superior, en cualquier edad, a la derivada del uso de los diversos métodos anticonceptivos.

A la hora de seleccionar un método conviene tener presente los beneficios adicionales que cada uno de ellos puede ofrecer y que lo convierten en el más adecuado para cada mujer. Por ejemplo, algunos ofrecen protección frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente los de barrera y los espermicidas. Los anticonceptivos orales disminuyen el riesgo de anemia ferropénica relacionada con las pérdidas menstruales, tienen un efecto protector para los cánceres de endometrio y ovario, al igual que frente a la patología benigna de la mama, quistes benignos de ovario y miomas uterinos, además de mejorar la dismenorrea, la enfermedad pélvica inflamatoria y las molestias relacionadas con la ovulación. Los que contienen acetato de ciproterona, mediante un

mecanismo antiandrógeno, mejoran las manifestaciones clínicas del acné y el hirsutismo.

Factores relativos a la mujer y/o la pareja

Aceptación

Son diversas las razones culturales, religiosas y éticas que van a condicionar el rechazo o la aceptación de los distintos métodos anticonceptivos.

Patología médica acompañante

Diversas situaciones pueden contraindicar la utilización de un método. El dispositivo intrauterino (DIU), por ejemplo, no puede ser utilizado en mujeres con miomas uterinos y los anticonceptivos orales tienen una serie de contraindicaciones específicas.

Reversibilidad

Un método irreversible no es adecuado en una mujer joven y nulípara, pero puede ser el idóneo en una mujer de mayor edad que ya ha completado su deseo reproductivo.

Frecuencia de relaciones sexuales y cambios de pareja

Es importante en la consulta de planificación familiar preguntar sobre la frecuencia de las relaciones sexuales, pues parece lógico recomendar un método barrera cuando las relaciones son esporádicas o existe cambio frecuente de compañero/a sexual, y un método continuo como es la píldora anticonceptiva en mujeres con pareja estable y que mantienen relaciones regularmente.

Situaciones especiales

Finalmente, hay otras situaciones especiales como deficiencias psíquicas, adolescencia, premenopausia y lactancia que van a condicionar la elección del método.

Adolescencia

La anticoncepción hormonal es un método de elección en las adolescentes aunque, si se puede, es preferible iniciar su utilización después de los 18 años con el fin de que completen su desarrollo puberal. En cualquier caso, para su administración se recomienda que existan al menos 2 años de menstruaciones regulares. Las repercusiones psíquicas, sociales, laborales y económicas que un embarazo no deseado puede tener sobre una adolescente justifican su elección. El preservativo está indicado en chicas con frecuente cambio de pareja y en los casos de rechazo o contraindicación de los anticonceptivos orales.

Puerperio

En caso de *lactancia artificial* se recomiendan los anticonceptivos orales combinados de baja dosis, que se pueden iniciar en la primera regla. Hasta entonces debe utilizarse el preservativo. En caso de *lactancia materna* se deben evitar los métodos hormonales combinados, aunque pueden utilizarse contraceptivos hormonales inyectables que contengan sólo progestágeno (150 mg de medroxiprogesterona), para lo que se esperarán 6 semanas tras el parto. Hasta entonces se utilizará el preservativo. El DIU puede utilizarse tanto en la lactancia materna como artificial, siempre y cuando el útero haya involucionado.

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

Las técnicas anticonceptivas actuales tratan de interrumpir el proceso de la concepción actuando de distintos modos. Algunas poseen más de un mecanismo de acción contraceptiva, como es el caso de los preparados hormonales.

Se pueden clasificar los métodos anticonceptivos en dos grandes grupos: *reversibles* (su efecto anticonceptivo desaparece al finalizar su utilización) e *irreversibles* o *definitivos*.

Métodos reversibles

Coitus interruptus

Consiste en evitar la eyaculación dentro de la vagina. Posiblemente ha sido el método más utilizado históricamente aunque su eficacia es baja, con tasas de embarazo que oscilan entre el 15-25%. Debe desaconsejarse si el varón tiene eyaculación precoz o dificultad para su control. Además, no ofrece protección frente a las ITS.

Métodos de abstinencia periódica

Se basan en determinar, en cada caso individual, el período de posible fertilidad evitando el coito en dichos períodos. El éxito del método se basará, por tanto, en un perfecto conocimiento del ciclo reproductor. Como ventajas de los métodos naturales destaca que son inocuos, no requieren supervisión médica una vez que se conocen correctamente y no tienen objeciones religiosas ni morales. Dentro de los inconvenientes hay que remarcar el alto porcentaje de fallos (un 20% de embarazos) si no se utilizan correctamente, además de que requieren una abstinencia periódica durante la fase fértil.

Método del moco cervical o método Billings

Se basa en el aprendizaje de las características del moco cervical durante las fases del ciclo para determinar los probables días fértiles. Este aprendizaje requiere de la observación de tres a seis ciclos. Las características que hay que considerar son: consistencia (pegajosa, viscosa, resbaladiza, elástica, filante), color (opaco, lechoso, turbio, transparente, amarillento) y sensación (sequedad, humedad, lubricación). Del día 1 al 4 corresponde a la menstruación, del 5 al 8 hay ausencia de secreción con sensación de sequedad vaginal; entre los días 9 y 10 el moco va adquiriendo características de creciente elasticidad y transparencia (moco fértil) y el día 14 (llamado día cúspide) es el de máxima filancia. Las relaciones sexuales no deben tener lugar hasta cuatro días después del día cúspide.

Método de la temperatura basal

La detección de la ovulación se realiza mediante el registro de la temperatura basal, pues la progesterona induce en la segunda mitad del ciclo un aumento de la temperatura de unos $0,5^{\circ}$ C. La ovulación se produce inmediatamente antes, o al mismo tiempo que se eleva el nivel de temperatura. En función de esto se pueden mantener relaciones sexuales a partir del tercer día del ascenso térmico. Aplicado correctamente la tasa de embarazos es del 1 al 4%, aunque para algunos autores llegaría al 6-9%. Un inconveniente consiste en la dificultad de interpretación de algunas gráficas de temperatura. Además, no es aplicable a mujeres que trabajan de noche ni en casos de anovulación, amenorrea o fiebre.

Método sintotérmico

Se basa en la determinación de la ovulación a partir de la información obtenida mediante la combinación de síntomas de ovulación (cambios en el moco cervical, dolor hipogástrico, hinchazón abdominal y mamaria) y de la temperatura basal.

Método del ritmo

A partir de la observación de los ciclos previos (un mínimo de 12) se pretende estimar los probables días fértiles. El cálculo se realiza de la siguiente manera:

1. Al ciclo más corto de los 12 anteriores se le resta 19 días, obteniendo el número de días infértiles antes de la ovulación.
2. Al ciclo más largo se le resta 10 días, obteniendo el primer día infértil después de la ovulación.

Aunque se respeten los períodos de abstinencia, el porcentaje de fallos de este método se sitúa alrededor del 14%.

Otros métodos

Se están investigando características del moco cervical (pH, resistencia eléctrica, cristalización, diferentes sustancias y enzimas) y de la saliva, que podrían ayudar a determinar de un modo más preciso el día de la ovulación. De esta forma se conseguiría reducir el período de abstinencia sexual y aumentar la eficacia de los métodos basados en la abstinencia periódica.

Métodos de barrera

Son un grupo de anticonceptivos muy antiguos. El aumento de las infecciones de transmisión sexual ha contribuido a su auge. Se recomienda su utilización habida cuenta de su inocuidad, alto grado de seguridad, reversibilidad, no necesidad de controles médicos y autoaplicación.

Preservativo masculino

El preservativo es una funda de goma fina que recubre el pene y recoge el semen en el momento de la eyaculación, impidiendo así que alcance el cuello uterino. El origen del apelativo "condón" no está totalmente aclarado, aunque probablemente procede del latín "cundus", que significa reservorio.

Actualmente existen varios tipos en uso:

1. Preservativo del glande: recubre sólo la parte distal del pene. Desde el punto de vista médico debe desaconsejarse por su menor seguridad y excesiva compresión.
2. Preservativo sin reservorio: recubre totalmente el órgano masculino. Es el más utilizado.
3. Preservativo con reservorio: en su extremo dispone de una prolongación que le permite recoger el eyaculado. Es menos seguro porque se rompe con facilidad.
4. Preservativos lubricados, con el fin de facilitar su deslizamiento.
5. Preservativos impregnados con espermicida. (Carazo,T. 2001:p. 30)

Indicaciones.

El preservativo es uno de los métodos contraceptivos de elección en cualquier caso, y es especialmente recomendable en las siguientes situaciones:

- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Durante el posparto y la lactancia.

- Alternancia con los anticonceptivos orales (olvidos, etc.) u otros métodos.
- En caso de eyaculación precoz con buena erección.

Eficacia.

La tasa de fallos accidentales es del 2 al 12%, disminuyendo cuando se asocia un espermicida local. En general los fallos se deben a un defecto en la técnica de colocación, o más raramente a la rotura del preservativo. Si se quiere optimizar su eficacia, es conveniente ofrecer a las parejas instrucciones por escrito sobre cómo utilizar este método y advertir de que el uso de lubricantes oleosos puede disminuir su eficacia pues deterioran el látex.

La eficacia de este método puede verse modificada por las características propias de cada pareja: la edad, paridad, el deseo de impedir los embarazos, el nivel sociocultural, la experiencia previa obtenida con este método y el tiempo de convivencia.

Ventajas.

Una ventaja del preservativo, en relación con otros métodos, es que proporciona protección frente a las ITS, al impedir el paso de microorganismos como el VIH, herpes virus, *Chlamydia trachomati*, *Ureaplasma urealyticum* y gonococo. Otra ventaja añadida es la protección del cérvix frente a determinados agentes que se han mostrado implicados en la génesis del cáncer cervical (herpes virus, virus del papiloma humano, *Chlamydia*, etc.). No requiere controles ni seguimiento, es fácil de adquirir en farmacias y es de bajo costo.

Inconvenientes.

Los efectos no deseados son escasos. Puede aparecer alergia al látex o más frecuentemente problemas de carácter psicológico (disminución de la sensibilidad o de la libido, impotencia, etc.) que pueden obligar a suspender el método.

Preservativo femenino

Se trata de una funda de poliuretano cerrada por un lado y con anillos flexibles en ambos extremos. Colocado correctamente cubre el cérvix, las paredes de la vagina y los labios. Tiene una tasa de fallos del 2,6 al 12,4% durante el primer año de uso. Aunque su utilización no requiere seguimiento, es fundamental que los profesionales enseñen su correcta utilización. Además, deben potenciar su uso en mujeres con riesgo de ITS insistiendo en que, con este fin, puede simultanearse con otros métodos anticonceptivos: ACO, DIU, esterilización tubárica, etc.

Diafragma

Se trata de un dispositivo de goma fina, semiesférico, provisto de un aro de metal flexible, cuya función consiste en impedir que el semen alcance el cuello uterino. Requiere para su uso de, al menos, una primera valoración médica, pues es preciso determinar su medida (desde 55 a 95 mm) en función de las características anatómicas de la mujer. El médico debe valorar mediante tacto vaginal, la distancia que va desde el pubis hasta el fondo de saco de Douglas. Para ello se introducen lo más profundamente posible los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, a la vez que se comprueba la competencia de los músculos del introito vaginal, pidiendo a la mujer que contraiga la vagina.

Es recomendable disponer de un diafragma de prueba para que la mujer efectúe algún intento de colocación y extracción en la consulta, y así comprobar su correcto uso. Si en una visita efectuada a los tres meses el cumplimiento y la técnica son correctas, se pueden espaciar las siguientes visitas bianualmente. Es preciso volver a verificar el tamaño del diafragma en las siguientes situaciones: cuando se produzca un cambio de peso superior a 5 kg, después de un parto o aborto de más de 8 semanas, cada 5 años en la mujer adulta y tras cirugía vaginal o uterina. Conviene facilitar las instrucciones para el uso correcto por escrito, insistiendo en que el diafragma debe ser colocado inmediatamente antes del coito o un máximo de 2 h antes, debiendo permanecer colocado hasta pasadas 6 h de la relación sexual.

Indicaciones.

Actualmente es uno de los métodos de elección en mujeres que presenten alguna contraindicación o intolerancia a la anticoncepción hormonal. Otras candidatas son las mujeres que mantienen relaciones sexuales esporádicas, fundamentalmente las menores de 18 años.

Contraindicaciones.

No debe utilizarse en mujeres que padecen prolapso uterino grave, rectocele o cistocele acusados. Tampoco si existe laxitud en los músculos del introito, ni en el posparto inmediato. Un aspecto también a tener en cuenta es la incertidumbre que puede generarse en la mujer si ésta duda sobre su correcta colocación. Por ello, no es un método aconsejable en parejas con problemas sexuales, para quienes el diafragma puede constituir una dificultad añadida.

Eficacia.

Depende de la correcta colocación, de la constancia en el método y de si se utiliza un espermicida de forma asociada. Por todo ello las estadísticas difieren, de modo que en conjunto, el índice de embarazos se sitúa alrededor de 10-20 embarazos por 100 mujeres/año; en cambio en mujeres altamente motivadas, la tasa de fallos oscila entre el 2,5 al 3,5%.

Ventajas e inconvenientes.

A pesar de ser un método en general bien aceptado por su inocuidad, pueden aparecer efectos adversos como alergia a alguno de sus componentes (látex), molestias vaginales por la presión del anillo, infecciones urinarias de repetición (debido a la presión sobre las vías urinarias inferiores), infecciones vaginales (en caso de permanecer más de 24 h sin ser retirado), o problemas psicológicos (derivados de sus condiciones especiales de colocación y de la necesidad de mantenerse durante varias horas después del coito).

Espermicidas

Se trata de sustancias químicas que actúan en la vagina por un doble mecanismo: bloqueando en el cérvix la llegada de espermatozoides y destruyendo la pared de los mismos. Actualmente los espermicidas comercializados contienen nonoxinol-9 como principal componente activo, en combinación con diferentes excipientes, y se presentan en forma de minióvulos y cremas.

Indicaciones.

Hoy día, ante la diversidad de métodos eficaces de anticoncepción (como son los contraceptivos orales y el DIU), los espermicidas han quedado

relegados como un método alternativo ante determinadas situaciones, como mujeres que no desean o no toleran otros métodos, como complemento unos días en caso de olvido de la píldora y durante los primeros meses que siguen a una vasectomía. Nunca debe aconsejarse su uso de forma aislada, sino como refuerzo de otros métodos, excepto durante la perimenopausia en que pueden utilizarse solos.

Eficacia. Si se utilizan aisladamente tienen una tasa de fallos de 10 a 30 por 100 años/mujer. La máxima eficacia se obtiene cuando se utiliza conjuntamente con un sistema mecánico.

Ventajas e inconvenientes.

Carecen de efectos tóxicos sistémicos y las reacciones alérgicas locales son raras. Además, existe evidencia suficiente para afirmar que, en caso de embarazo, carecen de teratogenicidad.

Algunos autores sostienen que su uso continuo disminuiría el riesgo de neoplasia cervical.

Dispositivo intrauterino

En la literatura médica más antigua podemos encontrar referencias a lo que posiblemente constituya el antecedente del DIU actual, cuando Hipócrates y Soriano describían el uso de "pesarios" para reducir prolapsos uterinos.

Básicamente existen dos tipos de dispositivos intrauterinos:

1. DIU inertes: fueron los primeros en utilizarse, aunque actualmente han quedado prácticamente en desuso. Están constituidos únicamente por plástico.
2. DIU activos: se pueden distinguir los DIU con cobre y los DIU liberadores de progestágenos

La introducción del metal en el DIU supuso un incremento en su eficacia. Los DIU liberadores de progesterona, además, disminuyen la hipermenorrea frecuentemente observada en las usuarias de DIU inertes.

Mecanismo de acción. Los principales mecanismos de acción son dos:

- Impedir o dificultar el ascenso de los espermatozoides en su trayecto intrauterino.
- Impedir o dificultar la implantación del blastocito.

La novedad en la introducción de los DIU de cobre es su acción anticonceptiva frente a la acción antiimplantativa de los DIU de plástico o inertes.

De acuerdo a Carazón, T. (op cit) Los principales efectos del cobre son los siguientes:

1. Va a provocar una endometritis aséptica, la cual va a dificultar el ascenso de los espermatozoides y la posible implantación del blastocito.
2. Aumento de las prostaglandinas (PGE2 y PGF2), que van a dificultar el encuentro de los gametos al disminuir la motilidad del útero y las trompas.
3. Aumento de enzimas proteolíticas, activadoras del plasminógeno, con lo que aumenta la actividad fibrinolítica a nivel endometrial.
4. Modificación de las características del moco cervical.
5. Acción citotóxica sobre los espermatozoides y el blastocito. (p 32)

Los DIU liberadores de progesterona o levonorgestrel, además de lo descrito, producen una decidualización y atrofia del endometrio, y alteran el moco cervical, que adquiere las mismas características que durante la fase lútea del ciclo.

Se puede concluir que no son abortivos, pero no se puede afirmar que no actúen en contadas ocasiones como antiimplantativos.

Cuando el DIU sea seleccionado como método más adecuado, la mujer debe ser derivada al ginecólogo o a la consulta de planificación familiar; no obstante, si se tiene experiencia en su inserción y manejo, y contando con unos conocimientos adecuados sobre sus características y contraindicaciones, es factible su colocación desde el nivel de la atención primaria. Nosotros recomendamos la inserción del DIU por el especialista.

Colocación del DIU. Antes de colocar el dispositivo intrauterino se debe realizar una exploración ginecológica para conocer la posición del útero y descartar la posibilidad de que exista alguna malformación uterina o miomas que dificulten la colocación.

Momento de la colocación.

El momento más adecuado para la colocación del DIU va a ser durante la menstruación por diversas razones. Por un lado se evita el riesgo de que la mujer esté embarazada. Por otra parte el orificio cervical interno se encuentra más dilatado, resultando más fácil y menos molesta su implantación. Además, las pequeñas pérdidas hemáticas poscolocación pasan desapercibidas con la hemorragia menstrual.

Dolor durante la inserción. La inserción del DIU puede resultar más dolorosa en mujeres nulíparas y en aquellas que han empleado anticoncepción hormonal durante muchos años.

Eficacia. La posibilidad de embarazo depende de diversos factores como la edad de la usuaria, tipo de DIU, su carga de cobre y las circunstancias de su colocación.

Actualmente los DIU de cobre son los que ofrecen una mayor eficacia anticonceptiva (1% de fallos durante el primer año de uso), y sobre todo aquéllos con mayor carga de metal (0,5%). Los DIU liberadores de

progesterona tienen una tasa de embarazos algo mayor que los DIU con cobre. Los que liberan levonorgestrel tienen un índice de fallos inferior, pero los efectos secundarios que producen han hecho que su empleo no se haya generalizado.

Control del DIU.

Se suele citar a la paciente tras la siguiente menstruación en la que se comprobará, mediante visión directa a través del espéculo vaginal, la presencia de los hilos guía a nivel del cérvix. En caso de sospechar migración del DIU es preciso realizar una ecografía transabdominal. Los controles posteriores se realizarán anualmente siguiendo la misma dinámica.

Anticoncepción hormonal oral (ACO)

Los anticonceptivos orales actualmente constituyen el método más eficaz de anticoncepción reversible. En general, siempre que no existan contraindicaciones para su utilización y siempre que sea aceptado por la mujer, son el método anticonceptivo de elección.

Actividades de Captación y Seguimiento

Ya se ha comentado que la PF es una actividad importante dentro de la atención primaria de salud. Debe realizarse anamnesis sobre el uso de anticoncepción en las consultas a demanda de medicina y enfermería, proporcionando información sobre métodos de PF a todas las mujeres. La información debe aportarse de forma individualizada, y sería recomendable reforzarla con material escrito. Las adolescentes que estén interesadas en algún método concreto o deseen utilizarlo, se citarán en una consulta programada.

En esta primera consulta se realizará una correcta anamnesis, fundamentalmente centrada en los antecedentes familiares (cáncer de mama u otros cánceres ginecológicos, enfermedades cardiovasculares), personales (hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, y enfermedades que contraindiquen determinados métodos anticonceptivos) y ginecológicos. También se investigará la experiencia previa con métodos anticonceptivos.

Es necesario realizar una exploración física completa que incluya presión arterial, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, inspección de extremidades inferiores, exploración de mamas, de genitales externos y a partir de los 25 años se recomienda añadir tacto vaginal bimanual y alternativamente ecografía ginecológica, para valoración de los genitales internos.

En función de las características (edad, patologías asociadas y hábitos tóxicos) y, sobre todo, de las preferencias de la mujer se procederá a la elección conjunta (médico-paciente) del método anticonceptivo que se considere más adecuado. No debemos olvidar que algunos métodos están desaconsejados en determinadas patologías o bien precisan de un seguimiento por parte del ginecólogo. La utilización de determinados métodos, como son el DIU y la anticoncepción hormonal, precisan de exploraciones complementarias que serán solicitadas en esta primera visita. Respecto a la realización de citología y mamografía, aunque la valoración será individualizada en cada mujer, en general se aconseja seguir los criterios recomendados por el Programa de Planificación Familiar.

Una vez elegido el método es fundamental explicar a la adolescente su correcto uso y advertirle de las situaciones imprevistas que pueden presentarse y de los efectos secundarios más frecuentes. No obstante, y aunque cada método tiene unas actividades y periodicidad de control

determinadas (tabla 4) es aconsejable que, en todos los casos, se realice una visita de seguimiento a los 3-6 meses de su implantación.

SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE: Opinión de los/las adolescentes acerca de la atención en la Consulta de Planificación Familiar.

Definición Conceptual: Según Castro, P. (1993), “la opinión es el punto de vista que se forma a través de la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones. (p. 2)

Definición Operacional: Se refiere al juicio que hacen los/las adolescentes acerca de la Atención de Enfermería en la Consulta de Planificación Familiar que los motiva a asistir a la consulta a recibir orientación sobre salud reproductiva.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE: Opinión de los/las adolescentes acerca de la Atención en la Consulta de Planificación Familiar.

Definición Operacional: Se refiere al juicio que hacen los/las adolescentes acerca de la Atención de Enfermería en la Consulta de Planificación Familiar que los motiva a asistir a dicha consulta a recibir orientación sobre salud reproductiva.

DIMENSION	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMS
Atención de Enfermería en la consulta de Planificación Familiar: Referido al sentir que tienen los adolescentes sobre el trato respetuoso, la atención oportuna y el asesoramiento sobre anticoncepción, que realiza enfermería para motivarlos a continuar asistiendo a dicha consulta.	Trato respetuoso: Referido al sentir de los adolescentes acerca de la manera respetuosa de tratarlo la enfermera. Atención Oportuna: Se refiere a la opinión expresada por el adolescente sobre la calidad de atención brindada por enfermería.	Trato personalizado	1
		Claridad en el lenguaje	2
		Posibilidad de ser escuchado.	3
		Información adecuada.	4
		Capacidad de Respuesta	5
		Disposición del personal de enfermería.	6
		Rapidez en la atención.	7
		Administración oportuna del tratamiento.	8
		Controles sucesivos.	9
		Interés por resolver problemas.	10

	<p>Asesoramiento sobre generalidades de la anticoncepción: Se refiere al sentir del adolescente acerca de la información sobre principios de la anticoncepción y métodos anticonceptivos brindada por el personal de enfermería.</p>	<p>Principios de la anticoncepción</p> <p>Aceptabilidad del Método Anticonceptivo</p> <p>Uso continuo del Método Anticonceptivo</p>	<p>11</p> <p>12</p> <p>13</p>
--	---	---	-------------------------------

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Aborto: Es la interrupción del embarazo antes de las veinte semanas completas de gestación o la expulsión del producto de la concepción con un peso inferior a 500 gramos.

Adolescencia: Período comprendido entre los 10 y 19 años de edad.

Anemia: Existencia de un nivel de hemoglobina por debajo de 110 g /l de sangre y un hematocrito del 33% o menos.

Anticonceptivos: Son aquellos métodos con los que se corta el nacimiento viable de un nuevo ser, bien sea, interfiriendo en el mecanismo o una vez ocurrido el embarazo mediante la interrupción del mismo.

Educación Sexual: Forma parte de la educación integral del individuo, no es ajena al desarrollo de su personalidad. No es solo la información que opera en el plano del conocimiento y que posibilita saber de las relaciones sexuales o el comportamiento fisiológico de los órganos genitales, sino también se dirige al comportamiento del ser humano, es una enseñanza para el amor, la ternura, el cariño, componentes de la sexualidad.

Equipo de salud: Se refiere al médico de Barrio Adentro de la comunidad y a los promotores de salud involucrados, en elevar los niveles de salud dentro de nuestra misión.

Embarazo precoz: Se utilizó como similitud de embarazo en la adolescencia.

Familia: Según Organización Mundial de la Salud, se considera como un núcleo de personas que conviven bajo el mismo techo y que pueden tener o no vínculos sanguíneos afectivos. Es el concepto más básico de la vida social, primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad, y la primera unidad de intervención preventiva- terapéutica.

Fecundidad: Es la capacidad de reproducción de los individuos, constituye un aspecto real del desarrollo de una población, basado en el número de nacimientos vivos que se producen (natalidad).

Funcionamiento familiar: No es solo el cumplimiento de las funciones familiares, sino el proceso resultante del conjunto de interacciones entre los parientes, o sea se refiere a la condición que describe la síntesis de las relaciones internas (intrafamiliar), las cuales no están aisladas de las extra familiares, sino que están íntimamente conectados entre sí determinándose que tanto las funciones como el funcionamiento interno familiar están en la base de la salud de la familia.

Maternidad y paternidad precoz: Es la presencia de la condición antes señalada (ser madre o padre) en la ausencia de un adecuado estado de madurez biopsicosocial que dificulta el desarrollo satisfactorio de la madre, padre y familia en general.

Medidas preventivas: Acciones llevadas a cabo con la finalidad de prever que sucede o acontezca un suceso.

Planificación familiar: Es cualquier acción planeada por la pareja en el control sobre el proceso reproductivo, a través de los medios naturales, de instrumentos o medicación dirigido a evitar la concepción.

Prevención: Acciones tendientes a conservar el nivel de salud e impedir la aparición y desarrollo de enfermedades.

Riesgo: Es la contingencia o proximidad de un daño. Desde el punto de vista epidemiológico y de Salud Pública, es la probabilidad de que ocurra un fenómeno indeseado o daño.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, su validación y confiabilidad, procedimientos para la recolección de información y técnicas de análisis.

Tipo de Investigación

Este estudio se fundamenta en un diseño de campo, el cual se basa en datos obtenidos directamente de la realidad, considerados como primarios. Arias, F. (2006), ofrece un amplio concepto que expone claramente su naturaleza y objetivos:

La investigación de campo se basa en informaciones o datos primarios, de ellos el investigador puede cerciorarse de las verdaderas condiciones en las que se han conseguido sus datos, haciendo posible su revisión o modificación en el caso en que surjan dudas respecto a su calidad. (p.31)

Esta investigación es considerada de campo, porque los datos fueron recogidos en la fuente primaria, es decir, en la consulta de Planificación Familiar del Instituto Nacional de Puericultura “Dr. Pastor Oropeza”, en el 23 de Enero, Caracas, de allí que se consideren datos de primera mano.

De acuerdo a su nivel de investigación se considera descriptivo, lo cual según Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004), señala: “Los estudios descriptivos están dirigidos a determinar “como es” ó “como ésta” la situación de la variable que deberá estudiarse en una población”. (Pág. 138).

En este sentido, el nivel descriptivo se justifica porque se pretende a través de los resultados describir las características principales de la opinión que tiene los/las adolescentes sobre la atención recibida en la consulta de Planificación Familiar

Población

La población para Canales, F; Pineda, E; Alvarado, E (2004), es “un universo; es un conjunto de individuos y objetos de los que se desee conocer algo en una investigación”(p.145).

Para este estudio la población estuvo constituida por 56 adolescentes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar, durante el primer trimestre de 2007 menores de diecinueve años (19).

Muestra

Para Canales, F; Pineda, E; Alvarado, E (2004), la muestra es “un subconjunto de unidades que comprenden la población”. (p. 205)

La muestra quedó conformada por el 27% de la muestra, es decir 15 adolescentes femeninas menores de 19 años. Las mismas se escogieron de forma no probabilística, es decir, es un tipo de muestreo intencional u opinático. Se seleccionó este porcentaje por ser representativo de la población y por ser los que accedieron a participar en el estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de información se seleccionó la encuesta como técnica y el cuestionario como instrumento. Se escoge esta técnica por que se trata de recoger la información que tienen los/las adolescentes sobre planificación familiar y este instrumento es de fácil manejo. El instrumento estuvo estructurado en 13 ítems que representan los indicadores de la variable, con respuestas Si y NO.

Este instrumento fue administrado a las adolescentes en la consulta, por el personal que labora la misma, el llenado duró aproximadamente 10 minutos.(Ver anexo A)

Validación del Instrumento

Para determinar la validez del instrumento, se sometió a juicio de cinco (5) expertos en las áreas de: medicina del adolescente, trabajo social, estadística, enfermería comunitaria y metodología. Los cuales dieron sus observaciones en cuanto a correspondencia de los ítems con los indicadores de la variable, claridad en el lenguaje y estructura del instrumento.

En el caso de la confiabilidad se realizó una prueba piloto en una muestra de diez adolescentes con las mismas características de la muestra estudiada, a esa prueba se le aplicó el índice Alfa de Crombach el cual dio como resultado 0.72. Comprobando una alta confiabilidad del instrumento. (Ver anexo B)

Procedimiento para la recolección de información

Para recolectar la información se acudió a los mecanismos normativos de la institución; es decir, se le solicitó a la Coordinación de Enfermería y a la Consulta de Planificación Familiar, previa revisión del proyecto; el permiso correspondiente para aplicar el cuestionario a las/los adolescentes escogidos para realizar el estudio.

Luego de obtenidos los permisos, se procedió a la visita a la consulta de Planificación Familiar para realizar una charla informativa a los adolescentes y explicarles en que consistía su participación; para ello se acudió a la colaboración de la enfermera de la consulta que proporcionó información sobre la cantidad de adolescentes que podrían participar.

Finalmente, con la colaboración de la asistente de Planificación Familiar de la Consulta, se procedió al llenado del cuestionario por parte de las/los adolescentes, al finalizar su consulta.

Técnicas de análisis

Luego de recolectada la información, la tabulación se realizó de forma manual y vaciada en una matriz de datos, para determinar la frecuencia de las respuestas. El análisis se realizó en función de los indicadores, estableciendo la frecuencia y porcentajes respectivos de acuerdo a las respuestas de cada ítem.

De acuerdo al nivel de medición se analizaron los datos utilizando la estadística descriptiva, la cual intenta sólo describir como se dan las respuestas sin establecer relaciones entre las variables y los resultados. Luego se agruparon los datos de acuerdo a los indicadores de cada una de la variable.

Una vez obtenida la información se procedió a organizar los datos en una tabla de doble entrada, posteriormente se elaboraron las tablas con el análisis respectivo y se elaboraron los gráficos correspondientes.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se hace la presentación de los datos recopilados y el análisis de los resultados de la tabulación. De allí que se debe aclarar, que los datos fueron tabulados de forma manual y luego vaciados en una matriz de datos para su mayor comprensión.

A estos datos se les aplicó las medidas estadísticas correspondientes al nivel de análisis de la investigación, es decir, frecuencia y porcentajes para cumplir con la descripción del problema planteado.

Las tablas muestran los resultados de la aplicación de ese análisis estadístico, tratando de captar la opinión expresada por los adolescentes acerca de la atención brindada por enfermería en la consulta de Planificación Familiar.

Además del análisis estadístico, se realizó un análisis cualitativo para explicar el comportamiento de los resultados en función de la opinión de los adolescentes. Finalmente, se agrega la representación gráfica de manera que se puedan visualizar mejor el comportamiento de la variable.

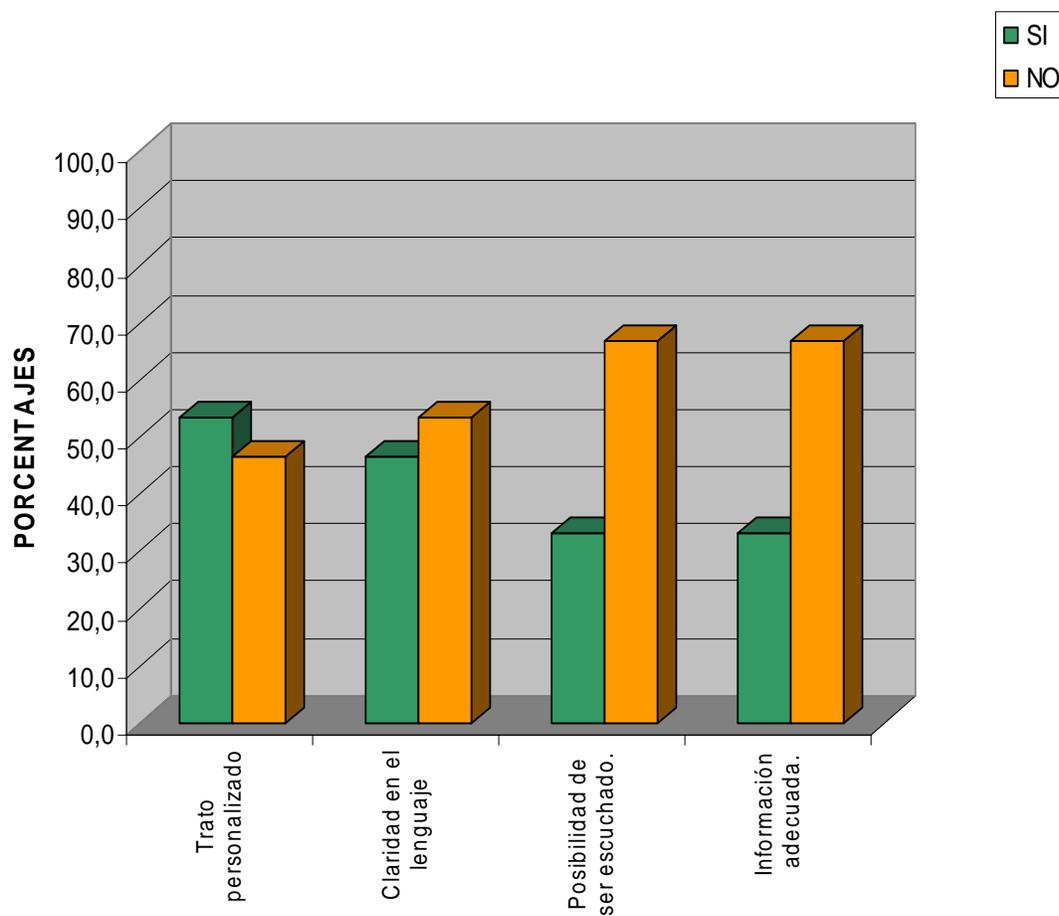
TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE
ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL
INDICADOR TRATO RESPETUOSO. CONSULTA DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR
OROPEZA”, CARACAS. 2007

INDICADOR TRATO RESPETUOSO						
SUBINDICADORES	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Trato personalizado	8	53,3	7	46,7	15	100
Claridad en el lenguaje	7	46,7	8	53,3	15	100
Posibilidad de ser escuchado.	5	33,3	10	66,7	15	100
Información adecuada.	5	33,3	10	66,7	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

La tabla N° 1, muestra los resultados en cuanto al indicador trato respetuoso, de acuerdo a la opinión de los adolescentes que acuden a la consulta de Planificación Familiar, donde se observa que el 53,3% manifestó que la enfermera de la consulta lo llamó por su nombre al dirigirse a el/ella y el 46,7% indicó que no le dieron ese trato personalizado. En cuanto al lenguaje utilizado por el personal de enfermería de la consulta, el 46,7% indicó que fue claro y preciso y el 53,3% manifestó que no. Para el subindicador referido a la posibilidad de ser escuchado, el 33,3% respondió que si le dieron la oportunidad de expresarse y el 66,7% indicó que no pudo expresarse. Por otra parte, el 33,3% de los adolescentes encuestados manifestó que la información que le suministraron era la que necesitaba y el 66,7% indicó que la información dada no era la adecuada.

GRÁFICO Nº 1
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RELATIVAS DE ACUERDO A LA
OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR TRATO
RESPECTUOSO. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO
NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS.
2007



Fuente: Tabla Nº 1

TABLA N° 2

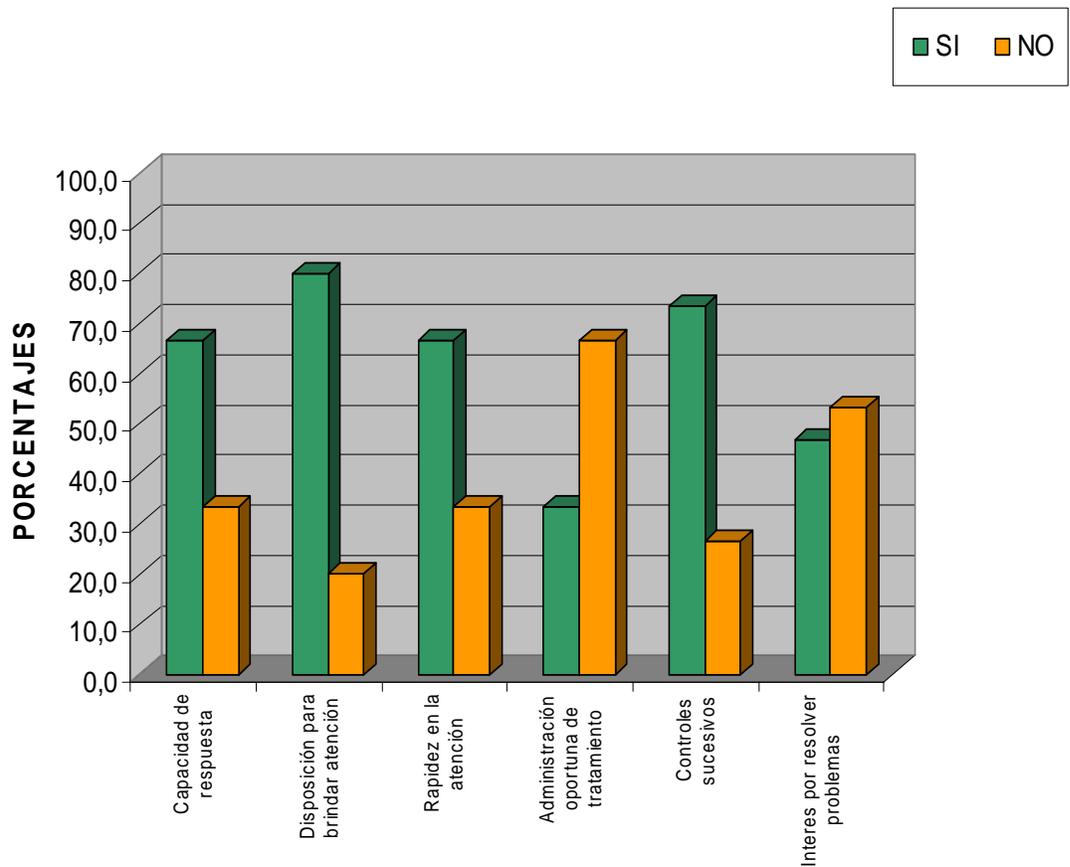
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ATENCIÓN OPORTUNA. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007

SUBINDICADORES	INDICADOR ATENCIÓN OPORTUNA				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
Capacidad de respuesta	10	66,7	5	33,3	15	100
Disposición para brindar atención	12	80,0	3	20,0	15	100
Rapidez en la atención	10	66,7	5	33,3	15	100
Administración oportuna de tratamiento	5	33,3	10	66,7	15	100
Controles sucesivos	11	73,3	4	26,7	15	100
Interés por resolver problemas	7	46,7	8	53,3	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

En la tabla N° 2, se observa que con respecto a la atención recibida por el personal de enfermería de la consulta, el 66,7% de las/los adolescentes cree que la respuesta de la enfermera al demandar su atención fue la adecuada y el 33,3% le pareció que no fue la adecuada. En cuanto a la disposición de la enfermera para brindarle la atención el 80% indicó que la enfermera tenía buena disposición y el 20% no lo percibió así. Por otro lado, el 66,7% le pareció que la atención fue rápida y el 33,3% de los adolescentes no le pareció justo el tiempo de espera. Asimismo, el 33,3% manifestó que la atención fue oportuna y el 66,7% no lo cree así. El 73,3% cree que las fechas de los controles sucesivos son muy distanciadas y el 26,7% no lo cree. Y el 46,7% le pareció que la enfermera mostró interés por resolver sus problemas y el 53,3% no lo vio de esa manera.

GRÁFICO Nº 2
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RELATIVAS DE ACUERDO A LA
OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR
ATENCIÓN OPORTUNA. CONSULTA DE PLANIFICIACIÓN FAMILIAR
INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”,
CARACAS. 2007



Fuente: Tabla Nº 2

TABLA Nº 3
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE
ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL
INDICADOR ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE
PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007

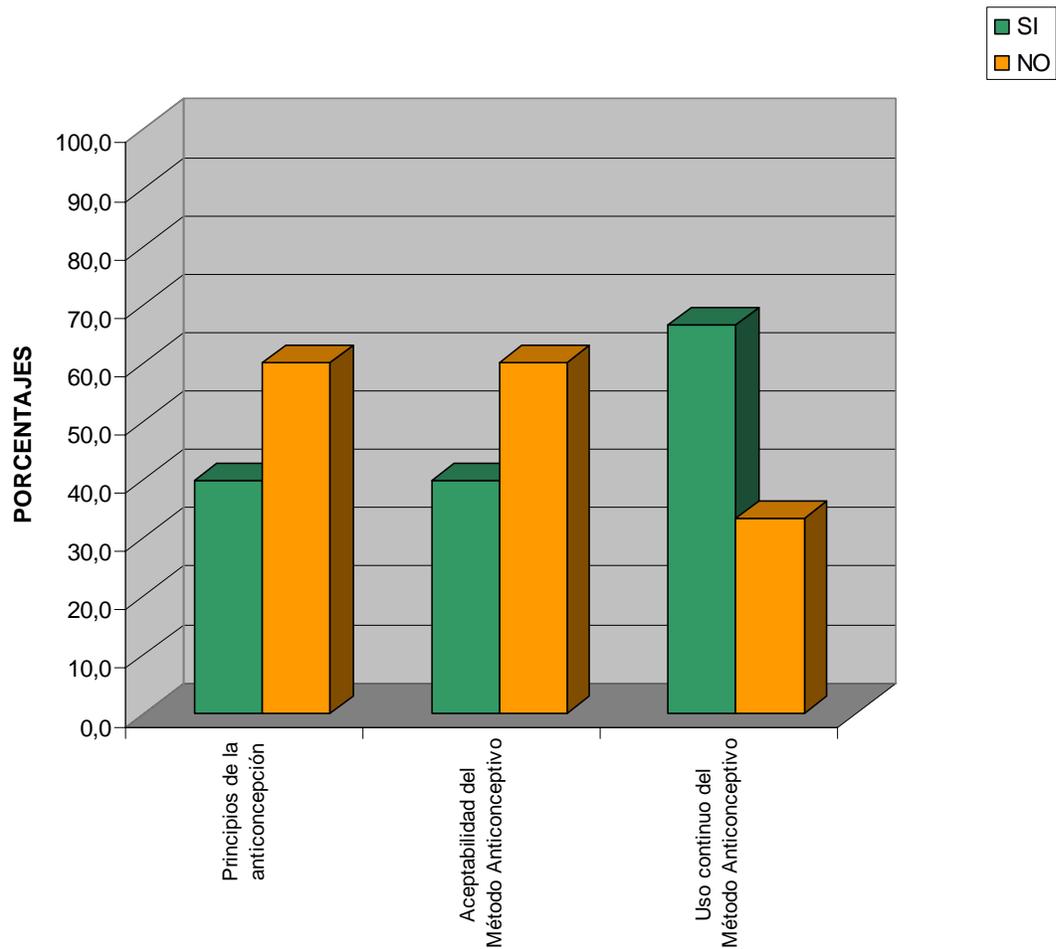
INDICADOR ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
	SUBINDICADORES					
Principios de la anticoncepción	6	40,0	9	60,0	15	100
Aceptabilidad del Método						
Anticonceptivo	6	40,0	9	60,0	15	100
Uso continuo del Método						
Anticonceptivo	10	66,7	5	33,3	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Al indagar sobre el asesoramiento recibido sobre métodos anticonceptivos, por parte del personal de enfermería de la consulta, el 40% de los adolescentes participantes en el estudio indicó que si recibió asesoramiento sobre los principios de la anticoncepción y el 60% no lo recibió. En cuanto a la asesoría sobre el método anticonceptivo elegido y su aceptabilidad en el organismo, el 40% manifestó que si recibió asesoría y el 60% indicó que no. Y para el caso del uso continuo del método elegido por el adolescente, el 66,7% manifestó que recibió la asesoría adecuada y el 33,3% respondió que no recibió dicha asesoría.

GRÁFICO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RELATIVAS DE ACUERDO A LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL INDICADOR ASESORAMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA “DR. PASTOR OROPEZA”, CARACAS. 2007



Fuente: Tabla Nº 3

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Luego de realizar el análisis de los datos y tomando en cuenta el cumplimiento de los objetivos específicos, se pueden expresar las siguientes conclusiones:

En cuanto al trato respetuoso por parte del personal de enfermería, podría decirse que es aceptable, ya que la mayoría de los adolescentes manifiestan de forma positiva que fueron tratados respetuosamente. Aunque en los subindicadores claridad en el lenguaje, posibilidad de ser escuchado e información adecuada, las respuestas fueron en su mayoría negativas.

Con relación a la atención oportuna, los resultados sugieren una opinión positiva de la atención brindada por el personal de enfermería, en cuanto que son positivos; quedando un porcentaje negativo para los subindicadores: Administración oportuna de tratamiento e Interés por resolver problemas; lo que evidencia que no existe una atención especial por ser adolescente en esta consulta.

Asimismo, en cuanto al asesoramiento sobre métodos anticonceptivos los resultados sugieren que no existe este asesoramiento como tal, o como es descrito en la normativa vigente, ya que la mayoría de los adolescentes manifestaron que no se les orienta sobre: Principios de la anticoncepción y Aceptabilidad del Método Anticonceptivo; pero sí se les indica la importancia del uso continuo del método elegido para que sea efectivo.

En el uso de métodos anticonceptivos por los/las adolescentes hay componente afectivo, que se debe tomar en cuenta; por lo que no se puede desvincular la educación sentimental o afectiva de la educación sexual, para las/los adolescentes ambas cosas están íntimamente ligadas y acuden a buscar la información sobre los métodos anticonceptivos en busca de afianzar el amor y el romance.

Recomendaciones

En el contexto de esta investigación se recomienda, tomar en cuenta los resultados en cuanto al trato respetuoso que las/los adolescentes esperan se les brinde en una consulta de Planificación Familiar, ya que es necesario fortalecer el vínculo enfermera_ adolescente para lograr los objetivos de la atención que se propone desde enfermería.

Se hace necesario encontrar formas novedosas de eliminar los obstáculos para la prestación de servicios de planificación familiar a los adolescentes sexualmente activos, humanizando la atención y evitando cuestionar los motivos por los cuales acuden a solicitar atención.

Los programas de planificación familiar deben cumplir con ciertos criterios básicos mientras emplean varias estrategias para abordar las necesidades singulares de los adolescentes. Un buen programa de planificación familiar debe animar a ese grupo de la población a visitar los servicios de planificación familiar antes de que inicien la actividad sexual y les ayudan a convertirse en usuarios eficientes de esos métodos.

Para lograr en el campo de la promoción de la salud acciones eficaces y sensitivas, es necesario conocer el contexto y la perspectiva de las personas. Es cada vez más evidente que para cambiar comportamientos o

promover estilos de vida saludables se requiere una comprensión de la propia conducta, las razones que la asisten y una idea clara del comportamiento preferido, estos serían temas que se deben incorporar a la investigación en enfermería.

Es necesario hacer evidente que la investigación en promoción de la salud de los adolescentes requiere que se exploren sus experiencias y vivencias, que se descubran sus prácticas, culturas y modos de razonar. Sin esta evidencia y una apreciación de lo que ella vale, es difícil que se pueda ayudar a los adolescentes a promover su salud. En ese sentido, se recomienda realizar investigaciones de las prácticas, experiencias y vivencias de los adolescentes desde un abordaje cualitativo y holístico, acorde con la realidad actual de la/el adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arias, F. (2006) **El Proyecto de Investigación**. 5^{ta} Edición: Editorial EPISTEME. Caracas: Venezuela.

Aucassi (2002) **Percepción de la atención de enfermería de los pacientes sometidos a Hemodiálisis Periódica frente a sus reacciones emocionales**”, en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara”, en Lima Perú. Recuperado el Febrero 2006, en www.monografias.com.

Briceño, L. y Duran, C. (2005), **Conocimiento que poseen los adolescentes de 5^{to} y 6^{to} grado sobre planificación familiar en la Escuela Básica Bolivariana “Campo Alegre”, de San Fernando de Apure**. Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

Brindis, C. (2001) **La importancia de los programas de acceso a anticonceptivos: Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos**. Volumen IV: Serie de Advocates for Youth. www.palho.org.oms.com

Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004) **Metodología de la Investigación**. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Editorial Limusa. Noriega Editores: Venezuela.

Carazo, T. (2001) **Principios de la Anticoncepción I**. Semergen: Volumen 27 - Número 01 DOYMA. p. 27 - 37

Castro, P. (2003) **Opiniones de los Diversos Actores Sobre la Participación Comunitaria en Salud y Planificación Familiar**. Revista de Salud Pública de Mexico. Julio-Agosto, Vol.35, No.4

Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) (1994). El Cairo. www.pnud.org.es

Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres (CCMM) (1995) www.onu.org.us

Convención sobre los Derechos del Niño (2000) www.unicef/oms.paho.org.us

Davis, V: **Niñas Madres**. El Nacional, 13/03/06 p. C/5. Caracas: Venezuela

Fertility awareness and natural family planning: Contracept Reprod Health Care. 1998 Jun; 2(2): 131-46. www.fhi.org.us.com

Finger B, Lapetina M, Pribila M. (2003) **Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes**. Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en adultos jóvenes. Documento de la Serie de Jóvenes N° 1; p. 3-5. Argentina.

Leddy, S. y Pepper J.M. (2003). **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. (3^{ERA} ed.). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins. O.P.S. Washington: U.S.A.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente (LOPNA) (2000). Vadell Hermanos Editores. Según Gaceta Oficial N° 5.266. Caracas: Venezuela.

Mosquera, J. y Mateus, C. (2003) **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes**. Universidad del Valle, Cali. Colombia.

Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (2003). Tercera Revisión. UNICEF, OPS, FNUAP. Venezuela.

Normas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua (2000). www.planfliar.com.es

ONUSIDA. (2002) **Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial**. ONUSIDA: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. www.onusida.org.us.com

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). **Embarazo precoz**. Revista N° 6, volumen 4. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (2002). **Planificación Familiar en Adolescente**. 1^{era} Edición. Revista Científica. Ginebra.

Ortiz, R. Anaya, N. y Sepúlveda, C: (2005) **Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio**

transversal. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. 8:71-77]

Rosenfiel, A. y Fathalla, M. (1994). **Manual de reproducción humana OPS.** The Partenón publishing.

Sáenz, I. (1992) Atención Integral al Adolescente. MSAS/OPS. Caracas.

Schwarcz, R. Castro, R. Galimberti, D.; Martínez, I.; García, O.; Lomito, C.; Etcheverry, M. y Queiruga, M.(2000) **Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos. MINISTERIO DE SALUD. UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA DE PROGRAMAS MATERNO INFANTILES Y NUTRICIONALES.** Tegucigalpa: México

Vergara, J.(2006) **Influencia de la consulta de planificación familiar sobre los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en el área de salud del Policlínico “Playa”** REVISTA AVANZADA CIENTÍFICA VOL. 6.NUMERO 1. La Habana: Cuba. janetvc81@yahoo.es

Volcan, E. (1998) **Relación Usuario- enfermera y la satisfacción de las necesidades psicológicas del usuario hospitalizado en la Unidad Médico Quirúrgica del Hospital “Dr. Adolfo Pons” del I.V.S.S.** Trabajo Especial de Grado. Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA OPINIÓN QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR ENFERMERÍA
EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

AUTORA:

TSU. HIGUERA, FANNY

CARACAS 2007

PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como propósito recoger la opinión que tienes acerca de la atención brindada por el personal de enfermería en la consulta de planificación familiar de acuerdo a tu experiencia.

La misma solo tiene fines académicos y será confidencial, agradecemos sea objetivo al emitir tu opinión, pues contribuirá a mejorar la atención que se realiza en la mencionada consulta.

El cuestionario es anónimo, por favor no lo firmes.

Por tu colaboración MUCHAS GRACIAS

INSTRUCCIONES

- ❖ Lea con atención las proposiciones hechas en el cuestionario.
- ❖ Si tienes dudas consúltalas con la persona que te entregó el cuestionario.
- ❖ Marca con una equis (X), la respuesta que mas se acerque a tu opinión.
- ❖ No dejes preguntas sin contestar.

LA AUTORA

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA OPINIÓN QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR ENFERMERÍA
EN LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

1. ¿La enfermera de la consulta al dirigirse a ti, lo hizo llamándote por tu nombre?

SI _____ NO _____

2. En tu opinión ¿el lenguaje utilizado por la enfermera es claro y preciso?

SI _____ NO _____

3. Durante la consulta ¿la enfermera te dio la oportunidad de que te expresaras?

SI _____ NO _____

4. ¿Crees que la información suministrada por la enfermera es la que necesitabas?

SI _____ NO _____

5. Al demandar la atención ¿crees que la respuesta de la enfermera fue la más adecuada?

SI _____ NO _____

6. Durante la consulta ¿observaste buena disposición de la enfermera para brindarte la atención?

SI _____ NO _____

7. ¿Crees que el tiempo para recibir la atención fue justo?

SI _____ NO _____

8. ¿Crees que la atención fue dada oportunamente?

SI _____ NO _____

9. ¿Las fechas de los controles sucesivos son muy distanciadas?

SI _____ NO _____

10. ¿La enfermera de la consulta mostró interés por resolver los problemas planteados?

SI _____ NO _____

11. ¿La enfermera te brindó asesoría sobre las formas de impedir la concepción?

SI _____ NO _____

12. ¿La enfermera de la consulta te asesoró sobre el método anticonceptivo elegido y aceptado por ti?

SI _____ NO _____

13. ¿Recibiste orientación de la enfermera acerca del uso continuo del método anticonceptivo elegido?

SI _____ NO _____

ANEXO A
Instrumento para la recolección de
información