

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA
UNPHU**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS/AS
ESTUDIANTES DEL LICEO YISSEL BATISTA TURBÍ, LA PALMITA,
INGENIO NUEVO, SAN CRISTOBAL. PERÍODO 2018 – 2019.**



**TESIS DE POSTGRADO PARA LA OBTENCION DE GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

PRESENTADO POR:

DR. JORGE URIBE

ASESORAS

DRA. CLARIDANIA RODRÍGUEZ

DRA. IRIS MARGARITA PAULA

DRA. ALTAGRACIA C. GRACIANO M.

SANTO DOMINGO, D. N.

AGOSTO, 2019

**CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS/AS
ESTUDIANTES DEL LICEO YISSEL BATISTA TURBÍ, LA PALMITA,
INGENIO NUEVO, SAN CRISTOBAL. PERÍODO 2018 – 2019.**

ÍNDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	3
I.2 Planteamiento del problema.....	7
I.3 Objetivos.....	9
I.3.1 General.....	9
I.3.2 Específicos.....	9
I.4 Justificación.....	11
CAPITULO II.	
II.1 Adolescencia.....	12
II.2 Etapas de la adolescencia.....	12
II.3 Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos.....	14
II.4 Salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	14
II.5 Métodos anticonceptivos.....	18
II.6 Métodos temporales.....	19
II.7 Dispositivos anticonceptivos.....	24
II.8 Cuadro clínico.....	29
CAPITULO III	
III.1 Operacionalización de las variables.....	43
III.4 Material y métodos.....	45
III.4.1 Tipo de estudio.....	45
III.4.2 Población y muestra.....	46
III.4.3 Instrumento y recolección de información.....	46

CAPITULO IV

IV.1 Presentación de los resultados.....	39
IV. 2 Análisis y Discusión de los Resultados	51
IV.2 Conclusiones.....	53
IV.3 Recomendaciones.....	55
Bibliografía.....	56

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Gracias, por lo más importante: la vida; con ella, el amor, mis hijos, la oportunidad de ser feliz.

A MI MADRE:

FIORDALIZA URIBE, porque de una u otra forma siempre estuviste conmigo en este proyecto, porque me has enseñado que lo mejor de la vida es vivirla con lealtad, sabiendo que los hechos son más importantes que las palabras.

A MI HERMANO:

KELVIN J. ASIATICO URIBE; A quien siempre he considerado especial y a quien quiero con mucho amor y respeto, en espera que mis logros sean un camino a seguir en tu vida.

A MIS HIJOS:

GEORGINA URIBE MONTERO Y ALFONSO URIBE MONTERO, son el tesoro más hermoso que me ha dado la vida, que han sido el motivo para que yo continuara siempre hacia adelante y que mi lucha fuera el farol que ilumine el futuro que les espera.

A MI ESPOSA:

RUTH YADIRA MONTERO BAEZ, Porque siempre has estado a mi lado desde el inicio de mis proyectos, y te has sacrificado para darme tu apoyo, con la finalidad de que hoy pudiera alcanzar este sueño anhelado. Amor este triunfo es de los dos.

A MIS TIO(A)S:

ESTHER, EDITA, MARGOT, LEITO Y HECTOR, ustedes que fueron la columna vertebral de todo este proyecto. GRACIAS.

A MIS COMPANERAS DE LA RESIDENCIA:

LIE SUAREZ, TANIA ENCARNACION, DEUIR PAULINO, CARINA NOVA, WALKIRIA NOVA, HELEN GUILLEN, SANDRA MAGUAYANE, ROSA RAMIREZ, YASSEIRY PEÑA, REYNA LAMI. Gracias por cada granito de arena puesto en este trabajo y compartir este triunfo juntos.

A MI QUERIDO HOSPITAL JUAN PABLO PINA:

Por darme la oportunidad de obtener más conocimientos los cuales aplicare en mi trayecto de servicio como médico familiar y comunitario.

A LOS DRES. DE LA RESIDENCIA MEDICA:

Dr. Ervin D. Jiménez, Dra. Concepción Sierra, Dra. Iris Paula, Dr. Chaman, dr. Leopoldo Scheffler (Fallecido), Dra. Margarita Cerda (Fallecida), Dr. Brígido Montas, Dra. Yoselin Guzmán.

JORGE URIBE

RESUMEN

El presente escrito tiene como principal finalidad determinar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos utilizado por los adolescentes del Liceo Yissel Batista Turbí, enero – febrero 2018. En forma específica se busca: identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, religión) de los escolares; determinar el grado de conocimiento sobre método anticonceptivo que poseen los adolescentes escolares; evaluar el grado de educación sexual que han recibido los estudiantes; describir las fuentes de información que utilizadas por los adolescentes escolares y destacar el uso que se le da a los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes escolares. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el tipo de anticonceptivos utilizados por los estudiantes de 3er y 4to grado del Liceo Yissel Batista Turbí Valencia, enero – Febrero 2018. El universo está representado por todos los estudiantes inscritos en Liceo Yissel Batista Turbí, 2018. Los principales resultados fueron identificar el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia), el género predominante fue femenino (56%), con edades de 15 años (38%), de religión cristiana (60%) y conviven con mamá y papá (34%); respecto a destacar el método anticonceptivo utilizado por los adolescentes escolares, se encontró que fue las pastillas (56%) seguido de los preservativos (16%) y las inyecciones (16%). En relación a describir el nivel de educación sexual que han recibido los estudiantes, el 77% ha recibido educación sexual, la información la recibió en la escuela (67%), estos señalan que los síntomas son adelgazar (48%) y náuseas (42%). Se recomendó al respecto: desarrollar talleres informativos para que los alumnos reconozcan la importancia de utilizar en forma efectiva los métodos anticonceptivos; incentivar a los padres para que orienten a sus hijos sobre las relaciones sexuales a temprana edad y diseñar estrategias para que el equipo de psicología del centro desarrolle charlas sobre el embarazo en la adolescencia.

Palabras clave: Anticonceptivo, conocimiento, educación sexual, adolescentes, escuela.

SUMMARY

The purpose of this document is to determine the knowledge and use of contraceptive methods used by adolescents of the Yissel Batista Turbí High School, January - February 2018. In a specific way, it is sought to: identify the sociodemographic characteristics (age, sex, religion) of schoolchildren ; determine the degree of knowledge about contraceptive method that school adolescents possess; assess the degree of sex education students have received; Describe the sources of information used by school adolescents and highlight the use of the contraceptive methods most used by school adolescents. A descriptive, prospective, cross-sectional study was conducted with the objective of determining the type of contraceptives used by the 3rd and 4th grade students of the Yissel Batista Turbí Valencia High School, January - February 2018. The universe is represented by all enrolled students in Liceo Yissel Batista Turbí ,, 2018. The main results were to identify the sociodemographic profile of school adolescents (age, sex, religion and origin), the predominant gender was female (56%), with ages of 15 years (38%) , of Christian religion (60%) and live with mom and dad (34%); Regarding highlighting the anticipatory method used by school adolescents, it was found that it was the pills (56%) followed by condoms (16%) and injections (16%). In relation to describing the level of sexual education that students have received, 77% have received sexual education, the information was received at school (67%), these indicate that the symptoms are slimming (48%) and nausea (42 %). It was recommended in this regard: to develop informative workshops so that students recognize the importance of using contraceptive methods effectively; encourage parents to guide their children about sexual relations at an early age and design strategies for the center's psychology team to develop talks about teenage pregnancy.

Keywords: Contraceptive, knowledge, sex education, adolescents, school.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, actualmente, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente desde 1990-

En el presente estudio se hizo, como primera etapa, un abordaje cualitativo a partir del cual fuera posible comprender mejor el fenómeno de acceso a los métodos anticonceptivos y sus fases; ello se debe a que se trata de un tema sensible donde el discurso del adolescente proporciona información vital para la definición de las variables y la interpretación de dicho fenómeno.

Se debe de tener en cuenta que los métodos anticonceptivos son un factor clave para el progreso social, económico y político de una región. El embarazo no programado es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; siendo un problema de salud pública en la actualidad. Así la anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, prevención del embarazo no programado y del subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. En República Dominicana los métodos modernos son utilizados por el 44% de las mujeres, la esterilización quirúrgica es el método moderno más utilizado con un 18.9%, seguido de las inyecciones, la píldora y condón.

La falta de una adecuada consejería hace que las usuarias utilicen cualquier método y experimenten efectos adversos y complicaciones que ocasionan que estas opten por abandonar el método y quedan nuevamente expuestas al embarazo no deseado. Razón por la cual es necesario que los estudiantes de medicina futuros médicos tengan el conocimiento adecuado y preciso respecto a los métodos anticonceptivos para poder brindar una consejería balanceada que contenga información fidedigna y correcta logrando así que la usuaria logre una adecuada

adherencia y apego al método que esta eligió disminuyendo así el abandono de estos. Por lo tanto el presente trabajo se basa en evaluar el conocimiento de los métodos anticonceptivos en los estudiantes de último año de medicina que roten por el Hospital Roosevelt Guatemala, la metodología propuesta es obtener el conocimiento de los estudiantes por medio de un cuestionario que contiene preguntas abiertas, con esto encontraremos las debilidades que tengan los estudiantes con respecto a los métodos anticonceptivos.

El uso de anticonceptivos orales combinados (AOC) está aumentando en Brasil. Los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Niño y la Mujer (ENDSNM) realizada en 2006 revelaron que el 24,7% de las mujeres con pareja utiliza AOC como método anticonceptivo (MC). Esto representa un aumento del 4,0% en comparación con el porcentaje que se encuentra en la ENDSNM en 1996, cuando el porcentaje de uso del método de mujeres con pareja fue de 20,7%^{3,4}

Su eficacia depende del uso correcto, que es responsabilidad de la propia mujer para controlar, mediante el uso de todos los días, regularmente y empezando la tira del medicamento en los días correspondientes. Se estima una tasa de error de ocho embarazos por cada 100 usuarias cada año al considerar el uso típico. Sin embargo, si no hay errores en el uso, ocurrirá menos de un embarazo por 100 mujeres /año.⁵

I.1. ANTECEDENTES

Vázquez Jiménez A y Suárez Lugo N, en Cuba en el año 2015 realizaron un estudio descriptivo transversal que tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, obtuvieron como resultados que en cuanto al nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos el 57.1% de los adolescentes tuvieron nivel alto, 38,1% nivel medio y 4,8% nivel bajo. El 57,1% de los adolescentes no usan anticonceptivos. En relación con el conocimiento en el grupo de los adolescentes, la mayoría refirió conocer al menos un método, pero esto al parecer no influye en su uso, ya que este grupo de edad es el que menos lo emplea.

Sánchez Reyes L, en su investigación realizada en Ecuador en el año 2015 tuvo como objetivo identificar los principales factores que impiden el uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo en los adolescentes atendidos en el H. Provincial Docente Ambato. Se obtuvo como resultados que el 87,4%, refieren conocer sobre los métodos anticonceptivos y su utilidad. Además, refieren como principales fuentes de información a los establecimientos educativos con el 70,08%, seguido de los establecimientos de salud y el internet.

En cuanto a la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos, el 100% de las menores de 14 años afirman no haber usado alguno, entre las de 14 y 16 años el 68,75% dicen no haber usado, y finalmente el grupo de mayor edad comprendido por pacientes entre 17 a 19 años muestra una mayor tendencia al uso de anticonceptivos con un 65,79%.; se corroboró que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el uso de anticonceptivos, postulando que mientras mayor es la edad hay mayor uso de anticonceptivos y viceversa. Las que no refieren tener fuentes confiables de información, el 86,61% no ha usado algún anticonceptivo, en cambio las que sí han usado el 57,27% manifiesta haber recibido información de fuentes confiables. Las pacientes que refieren conocer sobre anticonceptivos, el 42,34% refiere no haber usado algún anticonceptivo mientras que un 57,66% refiere que sí, además de las pacientes que no conocen los anticonceptivos el 93,75% refiere no haber usado anticonceptivos.

Sánchez-Meneses M., et al. Realizaron un Estudio observacional, descriptivo y transversal; que tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un Centro de Salud en México en el año 2014. La muestra fue de 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud. Sus resultados fueron que el 15% de los adolescentes tienen el nivel de conocimiento alto, el 60% medio y un 23% bajo. Al analizar los resultados de conocimiento, no se obtuvo significancia con el sexo, solo se presentó diferencia con los grupos de edad, pues los mayores obtuvieron mejores resultados. El 97.5% había recibido información de cómo utilizar los métodos anticonceptivos y las fuentes de información más frecuentes fueron los maestros (37.5%), seguido del personal de salud (31.7%). En el momento del estudio el 55 % de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo; el método más utilizado fue el condón masculino (65.2%), seguido de los hormonales orales (13.6%).

Cotilla Vargas N., et al. En el año 2013 en Cuba, realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la intervención educativa en los adolescentes para el uso de los métodos anticonceptivos. Se encontró que el 88% de las adolescentes desconocían el uso correcto de los anticonceptivos, el 49% no tenían información sobre planificación familiar. El 75% nunca habían usado anticonceptivos. Las jóvenes poseían fuentes adecuadas de información, pero tenían conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica

Moreno Lugo J. y Rangel Bello D. en el 2010 realizaron un estudio descriptivo prospectivo transversal cuyo objetivo fue, determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen los estudiantes de 9no de la U.E “Nuestra Señora de Lourdes” en Puerto Ordaz, Estado Bolívar en Venezuela. Los resultados mostraron que el 58,1% de los adolescentes entre 13–14 años, tuvieron un conocimiento excelente, seguido del 39,1% bueno. Mientras en las edades comprendidas entre 15–16 años el 57,6% presentaron un conocimiento bueno, seguido del 42,3% excelente. Además el 54 % del total de los estudiantes tuvieron

un conocimiento excelente. Según el sexo se observa que en el sexo femenino el 62.7% tuvieron un conocimiento excelente y el sexo masculino obtuvo un 44,9%. El 51% del sexo masculino obtuvo un conocimiento bueno, mientras que el sexo femenino un 37,3%. En cuanto a la procedencia de información el más predominante es los medios de comunicación tanto para el sexo femenino (45%) como para el masculino (44.8%). Seguido de padres y familiares y la escuela. En el uso de métodos anticonceptivos el 81% de los adolescentes entre 13 – 14 años no utilizan métodos anticonceptivos, el 53,8% de los de 15 – 16 años sí utilizan. Y según el sexo existe un predominio en el sexo femenino que no utilizan métodos anticonceptivos con el 90,2%, seguido del 53,0% del sexo masculino que no utilizan algún método.

Macías Febles M, et al., realizaron un estudio en Cuba en el 2010, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento que estos poseían sobre los métodos anticonceptivos. Sus resultados fueron que en cuanto al nivel de conocimiento, el 47,35% poseían un regular nivel de conocimiento y el 27,43% nivel malo, el 23,47% buen nivel y solo el 1,55% nivel excelente. Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron el condón con el 74,14%, seguida de anticonceptivos orales (ACO) con el 48,28 %. El 29,91% de los encuestados plantearon que el condón era el mejor método o el de más eficacia. Los ACO fueron considerados como el segundo método más eficaz con el 22,11%, sobre todo por las mujeres. La vía que aportó más información a los 23 adolescentes sobre los métodos anticonceptivos fue a través de los padres, estuvo presente la madre en el 41,57% de las adolescentes y el padre en el 35,87% en los adolescentes, le siguió los amigos y los profesores.

En la República Dominicana en los últimos años se ha incrementados los esfuerzos de cara a la reducción del embarazo en la adolescencia, siendo reconocido como un problema social que trasciende la dimensión de la salud debido a sus complicaciones.

Fernández I. (2015) realizó un estudio en centros educativos del Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, con el objetivo de determinar la relación del nivel

de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia. La edad de los adolescentes esta entre 13 a 19 años, nivel de escolaridad quinto de secundaria. El nivel de conocimiento del uso de MAC el 65,6 % se ubica en el nivel medio. Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método. El 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca.

Navarro y López (2012), realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las 12 Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio.

Rocío, Ponce-Rosas Efrén R.(2015) en la Universidad Autónoma de México se realizaron un estudio con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, se entrevistó a un total de 120 adolescentes cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%). Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes ($p = 0.030$).

I.2. Planteamiento de problema

La situación sobre los métodos anticonceptivos y su uso, se ha convertido en un problema a nivel mundial. Según la OMS unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Además, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Existen evidencias en República Dominicana sobre la importancia de los anticonceptivos entre los adolescentes. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012) se da cuenta del aumento en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en esta población, así como el incremento del número de adolescentes que inicia una vida sexual activa (23%), entre los cuales, 14.7% de los varones y 33.4% de las hembras no utilizaron algún método en la primera relación sexual. En la misma encuesta, 32.7% de los adolescentes refiere haber obtenido los condones gratuitamente en el sistema de salud (con un promedio de 7.7 preservativos al año).

A muchos padres les incomoda tener conversaciones directas sobre el sexo y el control de la natalidad con su adolescente. Si usted es uno de ellos, llame al pediatra de su niño. Él o ella asesoran habitualmente a los pacientes jóvenes sobre el comportamiento sexual, los métodos anticonceptivos y las formas de prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Muchas veces, el pediatra de su hijo puede proporcionar o prescribir un método conveniente para el control de la natalidad en el consultorio o referirlos a una institución en su comunidad que pueda prestar este servicio.

Los padres y educadores temen que la educación sexual fomente que los adolescentes tengan relaciones sexuales. Pero las investigaciones demuestran que la educación sexual no apresura la iniciación de la actividad sexual ni la aumenta (UNESCO, 2009). Una revisión de 36 programas de educación sexual en Estados

Unidos concluyó que, por ejemplo, cuando se ofrece información sobre abstinencia y métodos anticonceptivos, los adolescentes no se vuelven más activos sexualmente ni tienen un debut sexual más temprano.

La edad media de la primera relación coital se sitúa a los 16,7 años y se observa un acercamiento en la edad de inicio entre chicas y chicos. Un 20-25% de las primeras relaciones coitales son practicadas sin protección anticonceptiva. Sólo el 45% de las mujeres entre 15 y 19 años usa algún método anticonceptivo. Entre los jóvenes el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado (42,4%), pero se ha calculado que un 30% de los jóvenes usuarios lo usa mal. Además, el 30% de los jóvenes entre 15 y 19 años refiere no haber usado el preservativo en sus últimas relaciones.

El número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) han ido en aumento. Sobre todo es llamativo el aumento en el grupo de edad de menores de 19 años. Sólo los datos del último año invitan a un leve optimismo al descender ligeramente las jóvenes de esta edad que se han sometido a una IVE.

¿Cuál es el conocimiento y uso de anticonceptivos utilizados por los adolescentes del liceo Yissel Batista Turbí, septiembre 2018?

A partir de ahí surgieron las siguientes subpreguntas:

¿Cuáles son las características sociodemográfico (edad, sexo, religión) de los escolares?

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre método anticipativo que poseen los adolescentes escolares?

¿Cuál es la educación sexual que han recibido los estudiantes?

¿Cuáles son las fuentes de información que utilizan los adolescentes escolares?

¿Cuál es el uso que se le da a los métodos anticipativo más utilizado por los adolescentes escolares?

¿Cuáles tipos de anticonceptivo utilizan los adolescentes escolares?

II. Justificación

Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un MAC ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad.

El mejor método será aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja escojan, después de haber recibido una completa y detallada información y sean sometidos a un exhaustivo interrogatorio y un examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los MAC y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los MAC, las relaciones sexuales no son planificadas y esporádicas, y es probable que no se protejan.^{4,5} Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella.^{6,7} Finalmente dada la alta incidencia de las ITS en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas.

Los métodos anticonceptivos brindan la protección necesaria contra los embarazos no deseados y algunos de estos previenen también las infecciones de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales.

Esta investigación contribuye con el sistema de salud, al realizar la prevención y educación de la familia, comunidad e individuo, pudiendo actuar en la disminución de estos factores de riesgo y afianzar los factores protectores para desarrollar y

mantener una sexualidad satisfactoria oportuna, además de responsable, la investigación ayudará a los sistemas educativos en la creación de programas dirigidos a una adecuada orientación sexual, una práctica sexual más segura, contrarrestar el bombardeo de información falsa y el hermetismo sobre el tema de la sexualidad dentro del ámbito familiar, además de que beneficiará a la comunidad e instituciones en la mejoría y disminución de las situaciones de (embarazos, abortos, infecciones y agresividad entre los adolescentes), que se puedan presentar.

El estudio presentará resultados que ayudaran a conocer la situación de los adolescentes en relación al uso de anticonceptivos y sus conocimientos en relación a los mismos.

Este estudio nos ayuda a mejorar las charlas educativas en referencia a educación sexual y Métodos Anticonceptivos, dirigidas a los adolescentes, con el fin de obtener información de calidad.

III. OBJETIVOS.

III.1. Objetivo general

Determinar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos utilizado por los adolescentes del Liceo Yissel Batista Turbí, enero – febrero 2018

III. 2 Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográfico (edad, sexo, religión) de los escolares.

Determinar el grado de conocimiento sobre método anticipativo que poseen los adolescentes escolares.

Evaluar el grado de educación sexual que han recibido los estudiantes.

Describir las fuentes de información que utilizadas por los adolescentes escolares.

Destacar el uso que se le da a los métodos anticipativo más utilizado por los adolescentes escolares.

Valorar el tipo de anticonceptivo utilizado por los adolescentes escolares.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia.

La Adolescencia es la cuarta etapa del desarrollo del ser humano y es posterior a la niñez y precede a la juventud. Está comprendida aproximadamente entre los 12 a 20 años aunque varía mucho de un ser humano a otro.

Es muy variable y resulta difícil precisar con exactitud cuándo termina, dependiendo de factores sociales, económicos y culturales. Normalmente en sociedades más primitivas dura mucho menos que en sociedades más civilizadas. A su vez se ha comprobado que las mujeres maduran antes que los hombre.

Los cambios más evidentes durante esta etapa son físicos. La edad de inicio en las niñas empieza entre los 10 y los 11 años y los niños aproximadamente entre los 11 y 13 años y su inicio depende de factores genéticos, socioculturales, nutricionales y económicos. Hay quienes pueden empezar estos cambios antes o después. Sin embargo, si alrededor de los 15 años no han comenzado es necesario consultar un médico.

La edad juvenil es la etapa en la que se sientan las bases de una personalidad de pensamiento independiente, consciente de sus acciones que expresa las relaciones sociales de su época y de su grupo social, entonces la adolescencia, constituye la etapa culminante en el proceso de desarrollo y maduración. Es una etapa bien definida de la vida del ser humano, que comprende un período transicional entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, emocional y social del individuo.

IV.1.1. Etapas.

Desarrollo físico

La pubertad se define como los cambios biológicos de la adolescencia. Aproximadamente en la adolescencia media, si no antes, se completa la mayor

parte del crecimiento fisiológico de los jóvenes; ya tienen o casi alcanzaron su estatura y peso de adultos y ahora cuentan con la capacidad física de tener bebés.

Desarrollo intelectual

La mayoría de los niños y niñas entran a la adolescencia todavía percibiendo el mundo a su alrededor en términos concretos: Las cosas son correctas o no, maravillosas o terribles. Raras veces ven más allá del presente, lo que explica la incapacidad de los adolescentes jóvenes de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo.

Al final de la adolescencia, muchos jóvenes han llegado a apreciar las sutilezas de las situaciones e ideas y a proyectarse hacia el futuro. Su capacidad de resolver problemas complejos y sentir lo que los demás piensan se ha agudizado considerablemente. Pero debido a que todavía no tienen experiencia en la vida, hasta los adolescentes mayores aplican estas destrezas que recién encontraron de manera errática y por lo tanto, pueden actuar sin pensar.

Desarrollo emocional

Si se puede decir que los adolescentes tienen un motivo para existir (además de dormir los fines de semana y limpiar el refrigerador), sería afirmar su independencia. Esto les exige distanciarse de mamá y papá. La marcha hacia la autonomía puede tomar muchas formas: menos afecto expresivo, más tiempo con los amigos, comportamiento polémico, desafiar los límites; la lista puede continuar. Pero aún los adolescentes frecuentemente se sienten confundidos sobre abandonar la seguridad y protección del hogar. Pueden estar indecisos anhelando su atención, solo para regresar al mismo punto.

Desarrollo social

Hasta ahora, la vida de un niño se ha desarrollado principalmente dentro de la familia. La adolescencia tiene el efecto de una roca que cae al agua, ya que su círculo social repercute hacia afuera para incluir amistades con los miembros del mismo sexo, del sexo opuesto, diferentes grupos sociales y étnicos y otros adultos,

como un maestro o entrenador favorito. Finalmente, los adolescentes desarrollan la capacidad de enamorarse y formar relaciones amorosas.

No todos los adolescentes entran y salen de la adolescencia a la misma edad o muestran estas mismas conductas. Lo que es más, durante gran parte de su adolescencia, un joven puede ir más allá en algunas áreas del desarrollo que en otras. Por ejemplo, una chica de quince años de edad puede parecer físicamente un adulto joven, pero todavía puede actuar mucho como una niña ya que es hasta el final de la adolescencia que el desarrollo intelectual, emocional y social empieza a alcanzar al desarrollo físico.

La adolescencia, se divide en tres etapas, cada una de ellas, trae sus propios cambios en donde no solo está determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. El Desarrollo psicosocial y psicosexual de cada una de las etapas de la adolescencia.

Adolescencia inicial (10 a 12 años)

- Cambios puberales.
- Preocupación por su corporalidad. Dudas acerca de la normalidad.
- Adaptación a su nuevo cuerpo.
- Pensamiento concreto empieza a cambiar.
- Inicio de la separación en la familia.
- Grupos del mismo sexo.
- Frecuentes fantasías sexuales.
- Se inicia la masturbación.
- Etapa del amor platónico.

Adolescencia media (13 a 17 años)

- Pensamiento hipotético- deductivo inestable.
- Incapacidad de anticipar consecuencias de su conducta sexual.

- Se completa el desarrollo puberal.
- Comienza la menstruación.
- Sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia, egocentrismo.
- Distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de amigos.
- Grupos heterosociales.
- Importancia del amigo íntimo.
- Pueden aparecer dudas respecto a su orientación sexual.
- Relaciones de pareja iniciales.
- Fluctuaciones emocionales.
- Cuestionamientos frecuentes: ¿Quién soy yo?
- Inicio de conductas de riesgo.

Adolescencia tardía (17-21 años)

- Pensamiento hipotético deductivo adulto.
- Consolidación de la identidad personal y sexual.
- Consolidación de la capacidad de intimar.
- Autoimagen realista, madura.
- Relación de pareja estable.

IV. 1.2. Conocimiento sobre el uso anticonceptivo

Se han realizado diversos estudios para identificar los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Rengifo-Reina y cols., reportaron que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio de 13 años, con conocimientos altos, pues 90.5% de los adolescentes reportó haber recibido información sobre sexo y embarazo, la mayor fuente de información fueron sus padres (67.5%) y en este reporte el condón fue el método más utilizado.

En un estudio realizado en Cuba, se encontró que en cuanto al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, 100% reconoció el condón, seguido de hormonales orales e inyectables en 97% y 93.5%, respectivamente. Existió un mayor conocimiento por parte del sexo femenino, pero

sin diferencias significativas en relación con los varones. Las fuentes de información más frecuentes fueron: los padres en 75.6% y amigos en 64.1%.

En México, la media de edad para la primera relación sexual en mujeres, de 15 a 19 años, fue de 15.4 años, de acuerdo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. La misma encuesta reveló que 23% de la población mexicana de 12 a 19 años ya había iniciado su vida sexual, con una proporción mayor en hombres (25.5%), respecto a las mujeres (20.3%); 90% mencionó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, entre los métodos más utilizados se ubicó el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales. En las mujeres la utilización reportada fue menor, 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% empleó métodos hormonales.

Además, en un estudio realizado por Ayala-Castellanos y cols, en Guadalajara, México, se encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), internet (2%) y la familia (2%).

La información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y menor cumplimiento en comparación con los adultos.

El objetivo de este trabajo fue identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes mexicanos de 15 a 19 años.

IV.1.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

La sexualidad durante la adolescencia es un tema importante de tratar, ya que, comprende diversos cambios físicos, las relaciones de pareja, relaciones sexuales y las múltiples emociones, reacciones, prácticas y conductas que se desencadenan en éste período. A partir de estas acciones se guiarán para construir y formar su vida sexual adulta.²⁰ De esta manera se hace necesario indagar cómo los y las adolescentes viven su sexualidad y la manera de relacionarse con ella, desde la

perspectiva individual y social. En la sexta encuesta de la juventud, se hace evidente el inicio de actividad sexual durante la adolescencia, que en promedio comienza a los 16,7 años de edad, existiendo una diferencia entre ambos sexos, siendo en mujeres a los 17,1 años y en varones 16,4 años.²¹ Sin embargo, persisten ciertas creencias o mitos con respecto al tener relaciones sexuales, por ejemplo; algunos adolescentes creen que demostrarán mayor masculinidad. Existen adolescentes que mezclan el sexo con el consumo de alcohol en fiestas o reuniones sociales, sin que ello sea previsto como un mayor riesgo a tener relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, la literatura demuestra que las y los adolescentes que han sido abusadas/os, comienzan su actividad sexual a más temprana edad.

Como resultado, las y los adolescentes podrían estar expuestos/as a múltiples riesgos, que durante este período no logran ser percibidos en su totalidad, debido a inexperiencia e información incompleta o distorsionada, proveniente de diversas fuentes, suscitando a confusión y malas prácticas. Con respecto a los riesgos más frecuentes a las y los que se ven expuestas/os, se encuentran infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado.

A esto se debe agregar el rol que ejercen los servicios de salud, que tienen un papel preponderante en la educación de la sociedad, como uno de sus principales ejes, sin embargo, éste no se desempeña correctamente, desencadenando múltiples tergiversaciones de la información que concierne a la salud sexual y reproductiva en adolescentes; a esto hay que agregar otras fuentes de información como la familia y los/as amigos/as que pueden caer en la misma acción.

Se plantea que el manejo clínico hacia adolescentes, es más bien de un modo paternalista, ya que se entrega información en base a valores, creencias o consejos del profesional de salud. Esto provoca un alejamiento entre adolescente y profesional y muchas veces las y los adolescentes no generan interés en volver a consultar. En efecto, los programas de salud hacia adolescentes, debiesen estar enfocados a combinar la educación, sensibilización y consejería, de una forma

cercana y empática, obviando los prejuicios y apreciaciones personales.²⁴ Al elaborar correctamente estos programas, contribuirían al desarrollo autónomo, la capacidad de decidir informadas/os, sin que sean transgredidos sus derechos.

IV.2. Métodos anticonceptivos.

IV.2.1. Definición.

La anticoncepción, contracepción o control de la natalidad es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo.¹ La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos es llamado planificación familiar.²³ Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX.⁴ Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable

IV.2.2. Historia y desarrollo de los métodos anticonceptivos.

El papiro egipcio de Ebers de 1550 a. C. y el papiro de Kahun de 1850 a. C. contienen unas de las descripciones más antiguas documentadas del control de la natalidad: el uso de la miel, hojas y pelusas de acacia puestas en la vagina para bloquear el semen. Se cree que en la antigua Grecia el silfio se utilizó como anticonceptivo que, debido a su eficacia y por lo tanto conveniencia, se cosechó hasta la extinción.

En la Europa medieval, cualquier esfuerzo para detener el embarazo fue considerado inmoral por la Iglesia Católica, aunque se cree que las mujeres de la época aún utilizaban varias medidas de control de la natalidad, como el coitus interruptus y la inserción de la raíz de lirio y la ruda en la vagina. En la Edad Media se alentaba a las mujeres a atar testículos de comadreja alrededor de sus muslos durante el sexo para prevenir el embarazo. Los condones más antiguos descubiertos fueron recuperados de las ruinas del Castillo Dudley en Inglaterra y se remontan a 1640. Estos eran fabricados de tripas de animal y lo más probable es que fueran usados para prevenir enfermedades de transmisión sexual durante la Guerra Civil Inglesa. Casanova, italiano del siglo XVIII, describió el uso de una

cubierta de piel de cordero para evitar el embarazo; sin embargo, los condones solo se hicieron ampliamente disponibles en el siglo XX.¹

El movimiento de control de la natalidad se desarrolló durante el siglo XIX e inicios del XX. La Liga Malthusiana, basada en las ideas de Thomas Malthus, se estableció en 1877 en el Reino Unido para educar al público sobre la importancia de la planificación familiar y abogar por la eliminación de las sanciones por promover el control de la natalidad.¹³⁰ Fue fundada durante el «juicio Knowlton» de Annie Besant y Charles Bradlaugh, que fueron procesados por publicar sobre varios métodos de control de natalidad.

En Estados Unidos, Margaret Sanger y Otto Bobsein popularizó la frase «control de la natalidad» en 1914. Sanger era activo principalmente en los Estados Unidos, pero se había ganado una reputación internacional por la década de 1930. En ese entonces, bajo la Ley Comstock, la distribución de información sobre el control de la natalidad era ilegal. Huyó tras pagar la fianza en 1914 después de ser detenida por distribuir información anticonceptiva y migró de Estados Unidos a Reino Unido para luego volver en 1915. Sanger estableció una efímera clínica de control de la natalidad en 1916, institución clausurada luego de once días y que causó su detención. La publicidad en torno a la detención, juicio y apelación encendió el activismo de control de la natalidad en los Estados Unidos

La historia de la anticoncepción moderna indica que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos. Se considera al mexicano Luis Ernesto Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral a partir de la síntesis de noretisterona en 1951, cuya patente obtuvo junto a Carl Djerassi y George Rosenkranz, de la compañía química mexicana Syntex S.A. El 9 de mayo de 1960 la FDA realizó la propuesta de venta de la píldora anticonceptiva en Estados Unidos que finalmente sería aprobada el 23 de junio de ese mismo año. Su comercialización y uso se generalizó en ese mismo año y en los siguientes considerándose uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres.

IV.2.3. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud ponderó los riesgos y los beneficios para la salud, respecto a la prescripción y uso de métodos anticonceptivos y los agrupó en: (Ver cuadro)

Clase 1: Una condición para la cual no exista restricción alguna respecto al uso del método anticonceptivo.

Clase 2: Una condición en la que puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección.

Clase 3: Una condición en la que los riesgos por lo general superan los beneficios del uso del método; usualmente no es recomendable el método a menos que no se disponga de métodos más apropiados o que los mismos sean inaceptables.

Clase 4: Una condición que represente un riesgo inaceptable para la salud asociado con el uso del método anticonceptivo: el método no debe utilizarse.

Criterios para el uso de métodos anticonceptivos*

Clase 1**	Clase 2**	Clase 3**	Clase 4**
Post parto inmediato y post cesárea	Lactancia materna en los 1ros 6 meses	Cáncer mama actual	Embarazo
Post aborto inmediato	Mayores de 40 años	Hepatitis viral activa	Cáncer de mama
Diabetes gestacional	Fumadoras	Diabetes con daño vascular	Cardiopatía valvular
Mayores de 20 años	HTA / EVC	Cirrosis severa	Trombosis venosa
Periodos menstruales irregulares	Diabetes	Tumores hepáticos benignos o malignos	Lactancia antes de las 6 semanas posparto
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Cefaleas severas	Lactancia antes de las 6 semanas postparto	Embolia pulmonar
Historia de Preeclampsia	Cáncer cervical	Fumadoras	HTA con daño vascular
Infección VIH / SIDA	Anemia falciforme	Endometriosis	ETS (aplica DIU)
Dismenorrea	Trombosis venosa	EPI	Cáncer de ovario
Endometriosis	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	Cefaleas severas con síntomas neurológicos	Cáncer de endometrio

Anemia ferropénica	Hepatitis activa	Sangrados abundante	Tuberculosis pélvica
Enfermedad del tiroides	Cardiopatía isquémica	Dismenorrea severa	Sepsis puerperal
Cefaleas leves	Dislipidemias	Alergias al látex	
Embarazo ectópico anterior	Cirrosis hepática	Uso barbitúricos	
Nulíparas / multiparas	Enfermedad del tracto biliar	Interacción tto: Rifampicina, Fenitoina	
Patologías benignas de mamas, ovarios y utero.	Sangrado transvaginal causa desconocida		
Tuberculosis	Menores de 17 años		
Epilepsia	Varices		

*Normas Nacionales de Planificación Familiar 2006.²³

** Estos criterios pueden variar según el tipo de método de planificación familiar.

IV. 2.4. Clasificación.

Los métodos de planificación familiar pueden dividirse en dos grandes grupos tomando en cuenta la irreversibilidad o no del método, tenemos:

1. Métodos temporales: que pueden ser hormonales, en forma de dispositivos intrauterinos, de barreras, espermicidas, observación de la fertilidad, método de la amenorrea de la lactancia y los métodos tradicionales.
2. Métodos permanentes o quirúrgicos: que son la oclusión tubárica bilateral en la mujer y la vasectomía en el hombre.

IV. 2.5. Métodos temporales.

IV.2.5.1. Métodos hormonales.

Estos son esteroides sintéticos utilizados para la regulación de la fertilidad. Que pueden ser: orales, inyectables, en forma de implantes subdérmicos o de parche dérmico, anillos vaginales, píldora poscoital.

Por su composición química hormonal suelen causar efectos secundarios en la salud que suelen ser leves; muchas mujeres presentan estas molestias y en ocasiones deciden abandonar su uso. Las molestias más comunes y frecuentes que pueden aparecer son:

1. Cefaleas de leve a intensas.

2. Irregularidad menstrual (hemorragia, manchado prolongado, amenorrea).
3. Mastalgia.
4. Ligera pérdida o ganancia de peso.
5. Cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad, fatiga).
6. Mareos, náuseas y vómitos.
7. Erupción cutánea, acné.
8. Dolor abdominal.
9. Síntomas gripales o infección de las vías respiratorias.
10. Vaginitis y flujo blanquecino en el caso del anillo vaginal.

IV.2.5.1.1. Métodos hormonales orales.

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales; pueden ser combinados de estrógenos y progestinas o solo contener progestina. Aproximadamente 93 millones de mujeres en todo el mundo utilizan anticonceptivos orales combinados (AOC), que comúnmente se conocen por el nombre de «la píldora». Contienen un estrógeno sintético, el etinil estradiol (20-35-50 mcg) o mestranol (50-100 mcg). Y una de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de las 19 nortestoterona: noretisterona (400 mcg – 1 mg), norgestrel (300-500 mcg), levonorgestrel (50-250 mcg) o derivados de las 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Se presentan en cajas de 21 tabletas, algunas traen 7 adicionalmente, que contienen hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 días para evitar la interrupción de la administración. Existe otra presentación denominada trifásica las cuales contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina, en tres cantidades diferentes.

Los orales de progestina, también llamados mini-píldoras, están compuestos sólo por 350 µg o menos de un progestágeno empleado a diario; Estos no han alcanzado una popularidad generalizada debido a una incidencia mucho mayor de sangrado irregular y una tasa de embarazo más elevada; dificultan la fertilidad sin

inhibir siempre la ovulación. Esto probablemente se deba a la inducción de un moco cervical que impide la penetración del semen y a una alteración de la maduración del endometrio suficiente para impedir una implantación satisfactoria del blastocisto. La eficacia anticonceptiva es mayor si existe supresión de la ovulación. Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas.

Formas de administración.

Se administra vía oral, una pastilla diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso en la presentación de 21 pastillas. En el caso de la presentación de 28 pastillas, se ingiere durante 21 días seguido de 7 grageas de lactosa o hierro. En el caso de la minipíldora, se administra una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación.

Ventajas.

1. Los métodos hormonales orales son eficaces, seguros y reversibles.
2. No interfiere con la intimidad de la pareja y las relaciones se vuelven más espontáneas.
3. Reduce el riesgo de cáncer endometrial en un 80 por ciento.
4. Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria y ciertas enfermedades no mortales en las mamas.
5. Ayudan a regular el ciclo menstrual, reducen la dismenorrea.
6. Protege en contra de las anemias, ya que se pueden disminuir el número de reglas.
7. Algunos tipos de píldoras pueden ayudar a tratar el acné.
8. La mini píldora puede ser utilizada por las mujeres que amamantan, ya que a diferencia de los AOC no reducen la cantidad de leche materna.

Desventajas.

1. Pueden ocasionar trastornos cardiovasculares: aumento de la tensión arterial, trastornos de la coagulación y ciertos ataques de apoplejía.
2. Contraindicados en pacientes fumadoras y mayores de 35 años por el aumento del riesgo cardiovascular.

3. Puede empeorar los casos de cáncer de mama y enfermedades activas del hígado (hepatitis).
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.2. Métodos hormonales inyectables.

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales de larga duración. Más de 12 millones de mujeres en todo el mundo lo utilizan;³⁵ estos impiden la ovulación y hacen que el moco cervical se vuelva espeso e impenetrable por los espermatozoides, evitando así el embarazo. Al igual que los hormonales orales estos pueden ser combinados o solos de progestina.

Los Inyectables combinados contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valeratode estradiol (5 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes. Además de estrógeno contiene progestina, la cual puede ser un enantato de noretisterona (50 mg) o acetato de medroxiprogesterona (25 mg).

Los Inyectables solo de progestina, aparecen en dos presentaciones, las que contienen Acetato de medroxiprogesterona 150 mg en ampollita con 2 ml de suspensión acuosa microcristalina conocida comercialmente como Depoprovera®. Y las que contienen Enantato de Noretisterona (NET – EN) en ampollitas de 200 mg en 2 ml de suspensión acuosa.

Forma de administración.

Se aplica por vía intramuscular profunda, una vez al mes o cada tres meses dependiendo del tipo de presentación. Se inicia durante los primeros cinco o siete días del ciclo o en cualquier momento si se está seguro de que la usuaria no está embarazada. La inyección subsecuente debe aplicarse cada 30 ± 3 días (NET–EN) o cada 90 días (Depoprovera®) independientemente de si está presente o no la menstruación. En el posparto si la paciente está lactando se aplica después de la sexta semana del puerperio.

Ventajas.

1. Son sumamente efectivos y totalmente reversibles.
2. Se consideran un método cómodo y fácil de usar, nada que tomar todos los días ni nada que usar al tener relaciones. Sólo hay que acordarse 4 veces al año (en el caso de Depoprovera®).
3. No afectan la lactancia materna.
4. Pueden ayudar a prevenir la anemia, a excepción de pocos casos en que las usuarias sangran más. Previene crisis en personas con anemia falciforme.
5. Reduce el riesgo de cáncer de ovario y del endometrio.
6. Disminuye el dolor y los cólicos durante la menstruación y la ovulación.
7. Puede prevenir los embarazos ectópicos.
8. Privado. Nadie sabe que una mujer está usando este método.
9. Aún más segura que las pastillas combinadas (no causan problemas de coagulación).
10. Puede ser usada durante todos los años reproductivos. No se necesitan períodos de descanso.

Desventajas.

1. Las relaciones sexuales pueden ser menos agradables porque algunas mujeres tienen menos deseo sexual, menos lubricación vaginal u orgasmos.
2. El aumento en los días con manchas puede interferir con las relaciones en algunas mujeres.
3. La depresión puede empeorar (pero lo más probable es que mejore); puede ocurrir ansiedad, cambios de ánimo o fatiga.
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.
5. Debe volver cada mes o tres meses para la inyección (esto puede ser difícil de recordar para algunas mujeres).
6. Es caro en algunos sistemas de salud.
7. Puede tener un efecto negativo en el crecimiento óseo en adolescentes; puede aumentar el riesgo de osteoporosis (huesos frágiles).

8. Toma en promedio 10 meses para que la fertilidad vuelva después de la última inyección, lo que hace difícil planificar un embarazo.
9. En algunos estudios se ha visto un aumento del LDL (colesterol malo) y disminución del HDL (colesterol bueno).

IV. 2.5.1.3. Implantes sub-dérmicos.

Son métodos temporales de acción prolongada que se inserta subdérmicos, son de liberación continua y gradual que contiene una progestina sintética, por lo que pueden utilizarse durante la lactancia. Los implantes subdérmicos actúan, espesando el moco cervical, bloqueando así el paso de los espermatozoides; provocando distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación del óvulo.

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos comienza en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto, propusieron el uso de cápsulas subdérmicas de polímeros para la difusión lenta y prolongada de un principio activo anticonceptivo.

Existen varios tipos de implantes que contienen 1, 2 y 6 capsulas de dimetilpolisiloxanocada uno 36 mg de levonorgestrel. La duración de la protección anticonceptiva dura hasta 5 años después de su inserción. Los más conocidos son:

1. Norplant, desarrollado en 1983 en Finlandia, es la primera marca de implante subcutáneo con levonorgestrel como principio activo anticonceptivo, contiene 6 capsulas.
2. Jadelle (2 cilindros) y Implanon (1 cilindro) son las marcas de los implantes de segunda generación.
3. Sinoplant: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

Formas de administración.

Se insertan subdérmicamente en la cara interna del brazo, preferiblemente el izquierdo, por un proveedor entrenado que realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes, (cada uno del tamaño de un fósforo). La

inserción debe realizarse en los primeros 7 días del ciclo menstrual. En el posparto se debe insertar en la sexta semana del puerperio.

Ventajas

1. Efectivos, reversibles y cómodos.
2. Ayudan a prevenir la anemia.
3. No contienen hormonas de estrógeno, por lo que no hay que preocuparse de los efectos secundarios por dicha causa.
4. Son de larga duración, no interfieren con el sexo.

Desventajas

1. La mujer no puede quitarse el implante ella sola, por lo que tiene que acudir o tener acceso a un proveedor capacitado.
2. En algunos casos puede que no sea fácil encontrar personal capacitado y puede que en ocasiones sea difícil extraerlo, especialmente si se ha colocado muy profundo.
3. Existe riesgo de infección, inmediatamente después de la inserción o cuando resulta difícil extraerlo.
4. Puede dejar cicatriz.
5. No protege contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.4. Parche dérmico.

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su eficacia y el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

Formas de administración

Se coloca sobre la piel, se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. En el mercado existen dos nombres comerciales: OrthoEvra y Evra. Los beneficios y riesgos para la salud son

desconocidos. Algunos investigadores piensan que pueden ser como los anticonceptivos orales combinados.

IV.2.5.1.5. Anillo vaginal.

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina. Libera 2 hormonas de forma continua una progestina y un estrógeno, que se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.

Desde el 2002 se comercializa el anillo vaginal, similar en su efecto a la píldora, pero más cómodo en su uso, con menores efectos secundarios, y con una eficacia del 99,7 por ciento.

Formas de administración.

Se coloca intravaginal; se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. La eficacia depende de la usuaria y el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se atrasa en comenzar con un nuevo anillo.

IV.2.6. Anticoncepción postcoital o de emergencia.

La anticoncepción postcoital o de emergencia no es un método de planificación familiar, es una opción eficaz empleado para prevenir un embarazo no deseado después de un coito sin la protección anticonceptiva necesaria.

Existen dos métodos:

1. El YUZPE, es el más usual. Consiste en dos comprimidos, cada uno contiene 0.05 mg de etinilestradiol y 0.25 mg de levonorgestrel.
2. Levonorgestrel, contiene 0.75 mg de esta hormona.

Formas de administración.

Se administran por dos dosis con un intervalo de 12 horas, vía oral, el cual debe administrarse antes de que hayan transcurrido 72 horas después del coito. Un estudio de la OMS,⁴³ concluye que es útil usarlo hasta las 120 horas pos coito (5 días). La tasa de falla de anticoncepción es de 1-2 por ciento.

Ventajas y desventajas.

Este tipo de método ofrece una forma simple, efectiva y cómoda de protección contra el embarazo, cuando no se está usando un método habitual, o en el caso de que falle y previene el embarazo en caso de violación sexual.

Las desventajas que presenta es que no protegen a la mujer durante el resto del mes en que se toman, por lo que hay que utilizar otro método y no previenen contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.7. Dispositivo intrauterino (DIU).

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del Dispositivo intrauterino (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales. Pero no fue hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicio la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración.

El DIU consiste en un eje, por lo general plástico, que se coloca dentro de la cavidad uterina. Globalmente es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.⁴⁵

Se desconoce con exactitud el mecanismo de acción, pero se estima que, al ser un cuerpo extraño, provocan una reacción inflamatoria en la cavidad uterina, que aminora el transporte de espermatozoos, impide su capacidad de fecundar el óvulo y puede ser espermicida.

Existen varios tipos:

1. El DIU inerte, es el más simple, consiste en un plástico impregnado de bario que se inserta una sola vez y no se saca nunca. En la actualidad ya no se usa.
2. DIU con cobre, fabricado de polietileno con un fino alambre de cobre que rodea el tallo y cilindros del metal en los dos brazos de la «T»; El cobre actúa sobre los espermatozoides disminuyendo su calidad y cantidad. El de mayor

uso actualmente es la T de cobre 380-A. Su efecto dura por lo menos 10 años. También existe la T de cobre Multiload-375.

3. DIU con progesterona, que contienen 20 µg levonorgestrel, aprobado por la FDA en el 2000 (Mirena®). Esta hormona actuando espesando el moco cervical, dificultando así la concepción.

Formas de administración.

El DIU puede ser insertado en cualquier momento, siempre y cuando se esté seguro de la no existencia de embarazo, preferiblemente durante el periodo menstrual, ya que el orificio cervical externo está abierto. Debe ser colocado por personal capacitado. No debe colocarse en las primeras 48 horas de posparto, debe esperarse a la 6ta semana.

La técnica para colocarlo es sencilla: se coloca un espejuelo, se limpia el cuello con solución antiséptica, se fija el cuello con una pinza erina y se realiza una histerometría para adaptar el DIU a la medida, se inserta de acuerdo a las indicaciones de cada modelo y se cortan los hilos a 4 cm del orificio cervical externo.

Efectos secundarios y/o complicaciones.

La principal preocupación por la salud con el uso de DIU ha sido el riesgo de infecciones recurrentes en el aparato genital femenino. En algunos casos pueden presentarse las siguientes situaciones:

1. Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
2. Incremento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.
3. Aumento de la secreción vaginal (flujo).
4. Cólicos durante la menstruación.

Cuando no está correctamente insertado pueden presentarse eventos:

1. Expulsión parcial o total.
2. Perforación uterina o de víscera hueca.
3. Embarazo uterino o ectópico

Ventajas.

1. Es un método apropiado de anticoncepción para muchas mujeres.
2. Es de larga duración, elevada eficacia y cómodo.
3. Es reversible, la fertilidad se recupera de inmediato.
4. No interfiere con la intimidad, aunque pocas mujeres dicen que su compañero sexual puede sentir los hilos.
5. La mujer no tiene que hacer nada para que funcione.

Desventajas.

1. Infertilidad debido a las infecciones recurrentes.
2. Con el tiempo el DIU puede dar lugar a menstruaciones con mayor pérdida de sangre, lo que puede causar anemia o empeorarla si ya existe.
3. Las mujeres que quedan embarazadas usando el DIU, pueden presentar en el 40 a 50 por ciento de los casos un aborto natural.

IV.2.8. Métodos de barrera.

Son anticonceptivos de uso temporal que impiden la fecundación de manera mecánica o química.

IV.2.8.1. Preservativo o condón.

Es un método de acción mecánica y consiste en una funda o bolsa hecha de látex, plástico sintético o poliuretano que se coloca en el pene en erección o en la vagina, para evitar el paso de los espermatozoides.

Es el único método que previene tanto el embarazo como las ITS/VIH/SIDA. Por lo que debe usarse durante la penetración vaginal o anal y el sexo oral. Tiene una eficacia del 79 al 95 por ciento en la prevención del embarazo.

Existen dos tipos de preservativos, uno para la mujer (se conoce por las marcas Femidom, Reality y Care) cuya comercialización inicio en 1993; y otro para el hombre, este es uno de los métodos más antiguos y comunes, y lo utilizan más de 50 millones de hombres en todo el mundo.

En Egipto, al menos desde 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela sobre el pene. La leyenda del rey Minos (1200 a. C.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen. El preservativo masculino también tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas de animales (de intestino y vejiga).

El médico anatomista y cirujano italiano Gabriel Falopio (1523-1562), recoge en su libro *De morbo gallico* un precursor del condón, que consistía en una vaina hecha de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta. Su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea.

Es en el siglo XIX cuando aparece por primera vez la palabra «condón», en un libro dedicado a la sífilis, escrito por el Dr. Turner en 1760.

Forma de uso.

Ambos se colocan antes del coito, cuando el pene está en erección. El condón femenino contiene dos anillos flexibles en cada extremo, uno de esos anillos se encuentra dentro del condón y se usa para insertarlo en la vagina, el otro yace en la abertura externa, se mantiene fuera de la vagina y cubre los genitales externos durante el coito. La mujer debe insertar el condón mientras sostiene la vaina en el extremo cerrado y ase el anillo interno; éste se inserta después hacia el fondo de la vagina con el dedo índice y se asegura que no exista torsión y que el anillo externo se mantenga fuera de la vagina. Así, aunque el condón lo inserte la mujer, su uso apropiado, como en el caso del masculino, requiere la cooperación de ambos integrantes de la pareja.

Ventajas.

1. El condón masculino constituye el método contraceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad y bajo costo. No hay que ir al centro de salud para obtenerlos.

2. No requiere preparación previa. Es muy eficaz cuando se le utiliza correctamente.
3. Representan una buena opción para los adolescentes.
4. Impide la propagación de la infección por VIH y otras ITS.
5. En el caso del condón femenino, la mujer puede usar el método por su propia iniciativa para protegerse contra el embarazo y las ITS/VIH. Y es efectivo en las situaciones en las que no se pueda convencer al hombre de que se ponga preservativo.
6. No hay restricción para el uso de este método, salvo en los casos que se presente alergias o hipersensibilidad al látex.

Desventajas.

1. Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para erotizar su uso.
2. Hipersensibilidad o alergias al látex en casos raros.
3. Cada preservativo se utiliza solo una vez.
4. Pueden romperse o salirse.
5. Necesitan ser guardados en un lugar fresco y seco. No deben usarse si están en mal estado, hayan cambiado de color o que estén pegajosos.
6. Los preservativos femeninos son más costosos y más difíciles de obtener.

IV.2.8.2. Diafragma y capuchón cervical.

Estos métodos son utilizados por menos del 1 por ciento de las usuarias de planificación familiar en todo el mundo. Cubren físicamente el cuello del útero con lo que impide que el esperma llegue al óvulo, ambos se usan con espermicidas, por lo que su acción no sería simplemente mecánica.

El diafragma fue inventado por Mesinga, en 1880, tienen forma de cazo poco profundo y está construido de caucho con el borde de metal flexible. Se fabrican de distinto tamaño (entre 5 a 10 cm). Puede ser efectivo entre el 80 y el 94 por ciento de las veces, dependiendo de su uso correcto.

El capuchón cervical, es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84 por ciento al 91 por ciento para las mujeres que nunca han tenido hijos. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual.

Los efectos secundarios son prácticamente nulos. En algunas ocasiones la mujer experimenta irritación vaginal, sensación de quemazón o dolor, que se produce más por las sustancias espermicidas que por los diafragmas.

Ventajas

1. Inmediatamente irreversibles y no afectan el ciclo menstrual.
2. El usarlo con espermicidas logra cierta protección contra las ITS como la gonorrea, clamidia y la tricomoniasis.
3. Proporcionan cierta protección en contra del cáncer de cuello por el virus del papiloma humano (VPH).

Desventajas

1. Son menos efectivos en la prevención del embarazo.
2. La mujer debe ser instruida por el médico o por una trabajadora de la salud sobre su colocación y elección del tamaño adecuado.
3. Tienen que volver a comprobar el tamaño del diafragma que le corresponde después de cada parto.
4. No deben quitarse antes de transcurridas 6 horas del coito. Pero no pueden dejárselo puesto más de 24 horas. Si se colocan con mucha antelación al coito hay que volver a poner espermicida.
5. Hay que asegurarse de lavarlo y guardarlo debidamente.
6. En las mujeres con relajación del suelo de la pelvis (cistócele, rectócele o prolapso) los diafragmas se adaptan mal.

7. Cuando la vagina es muy larga o los dedos de la mujer son muy cortos, es difícil su colocación correcta.

IV.2.9. Espermicidas.

Son agentes químicos que inactivan y matan a los espermatozoides. Hasta cierto punto, también forman una barrera sobre el cuello del útero. Por lo general son surfactantes que pueden aplicarse a través de diversos vehículos: cremas, jaleas (gel), óvulos, tabletas y espuma. Los principales agentes espermicidas que actúan como surfactantes son el nonoxinol-9, octoxinol, menfegol, y el cloruro de benzalconio.

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas aparecen en papiros egipcios el año 1850 a.C. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...). En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermaticidas.

Por si solos su eficacia para prevenir el embarazo es generalmente del 75 por ciento, pero pueden tener una eficacia del 94 por ciento si se utilizan de forma correcta y sistemática y con otros métodos de barrera.

Los efectos secundarios son mínimos, en ocasiones pueden aparecer molestias físicas, como sensación de quemazón o picazón debido a reacción alérgica.

Ventajas.

1. Son fáciles de obtener y pueden comprarse sin tener que ir al centro de salud.
2. El N-9 (nonoxinol-9) por si solo proporciona cierta protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual como la gonorrea y la clamidia.

Desventajas.

1. Incremento de las infecciones urinarias.

2. No proporcionan protección contra el VIH/SIDA.
3. Si el coito tiene lugar varias veces al día, la protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual se ve disminuida.
4. Hay que asegurarse de tenerlo a mano, debido a que tienen que utilizarse antes o durante el coito, por lo que para muchas mujeres resultan «engorrosos».

IV.2.10. Métodos de observación de la fertilidad.

Estos métodos consisten en la abstinencia sexual durante los periodos fértiles de la mujer. Su eficacia es variable y depende de la motivación de la pareja. La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. Así mismo, de la capacidad de la usuaria para poder identificar un historial de los tres o seis últimos ciclos menstruales. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

Entre los más utilizados tenemos:

1. Calendario, del ritmo o de Ogino – Knaus, es el más común y utilizado por más de 32 millones de pareja en todo el mundo. Se basa en el cálculo probabilístico de cuando se puede producir la ovulación, para esto la mujer debe menstrual regularmente. El método de Ogino, en el que se calcula el periodo de abstinencia de la siguiente manera: se toma el valor resultante del periodo más largo menos 11 (por ejemplo $37 - 11 = 26$) y del periodo más corto menos 18 (por ejemplo $28 - 18 = 10$) y se cumple abstinencia sexual entre esos días, teniendo en cuenta que el primer día de la menstruación es el día 1. El método de Knaus utiliza el periodo más largo menos 13 y el periodo más corto menos.
2. Temperatura basal corporal (TBC), en este tipo de método la mujer debe tomarse la temperatura rectal por la mañana, antes de levantarse, siempre a la misma hora y debe cumplir abstinencia sexual desde el primer día de la

menstruación hasta el tercer día de la elevación de la temperatura basal corporal (0,5 a 0,8 0C). Este método no sirve si existe fiebre, estrés, amenorrea o se realizan trabajos nocturnos.

3. Método de la ovulación o de Billings, se basa en el conocimiento e interpretación de los cambios cíclicos en el moco cervical, mismos que ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógenos.⁵⁸ Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las características del moco cervical. Durante la ovulación el moco se hace más claro, acuoso y cristaliza en forma de hoja de helecho. Hay que tener cuidado porque el moco puede verse afectado por duchas vaginales y medicamentos (antidepresivos, diuréticos, antihistamínicos).
4. Método sintotérmicos, combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de la fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la TBC. El uso de varias técnicas permite mantener al mínimo el número de días en los cuales hay que mantener abstinencia de las relaciones sexuales.

Ventajas.

1. Son métodos baratos y aceptados por todas las religiones y por las personas que prefieren no usar otro tipo de planificación.
2. No existen condiciones médicas o efectos secundarios que restrinjan su uso, excepto en los casos en que existen obstáculos que afectan la función ovárica, o la regularidad del ciclo menstrual, que los pueden hacer difíciles de aprender y usar.
3. La mujer aprende a conocer su cuerpo y a observar los cambios en su sistema reproductor.
4. Las mujeres no tienen que asistir a ningún centro de salud para conseguirlos.

Desventajas.

1. Requieren observación cuidadosa y llevar un registro

2. Es necesario que exista buena comunicación y cooperación entre las parejas, ya que tienen que abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar algún método de barrera durante dos semanas en cada ciclo menstrual.
3. No proporcionan protección contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.11. Método de la amenorrea de la lactancia (MELA).

Es un método de planificación para mujeres que se basa en la lactancia materna como medio para impedir el embarazo. (K.I Kennedy, et al, 1996) La lactancia materna suprime la ovulación mediante la producción de prolactina. Esta hormona inhibe la producción de las dos hormonas necesarias para la ovulación: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Estas hormonas son responsables de ayudar a madurar los óvulos en los ovarios.

Por esta razón, la lactancia materna puede ser utilizada como un método anticonceptivo conocido como el «Método de Lactancia y Amenorrea» (MELA). Este tipo de método anticonceptivo puede tener una eficacia del 98 por ciento, si la mujer que amamanta cumple todos los tres criterios siguientes:

1. El bebé tiene menos de 6 meses de nacido.
2. La madre debe amamantar de forma exclusiva (es decir el bebé no debe tomar otros líquidos o sólidos) por lo menos cada 4 horas durante el día y por lo menos durante 6 horas por la noche.
3. El período menstrual de la madre no ha regresado desde el parto.

Ventajas.

1. Es un método gratuito y natural.
2. La salud del bebe mejora significativamente, especialmente en áreas pobres donde la alimentación no está asegurada.
3. Reduce las posibilidades de hemorragias posparto y proporciona cierta protección contra el cáncer de ovario y de mama.²⁸
4. No interfiere con la actividad sexual.

Desventajas

1. Es un método temporal, si se quiere retrasar el embarazo, debe utilizarse otro método anticonceptivo a partir del sexto mes después del parto, momento en que reaparece la menstruación, o tan pronto como se inicia la administración de alimentos complementarios.

IV.2.12. Métodos tradicionales.

Estos métodos son históricamente antiguos. La Biblia hace mención del coitus interruptus en el libro de Génesis 38: 9-10: «Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano».

La Religión musulmana no se opone a la anticoncepción, el coitus interruptus aparece en primer lugar como método anticonceptivo mencionado en las antiguas tradiciones musulmanas.

Entre estos tipos de métodos, son conocidos tres:

1. Método de la abstinencia, es la práctica de tener relaciones sexuales sin penetración. La efectividad de este método es de 100 por ciento si se le practica correctamente.
2. Coitus interruptus (retiro), es la práctica de la pareja para tener relaciones sexuales con penetración vaginal, retirando el pene antes de que ocurra la eyaculación, la cual debe ocurrir alejada de los genitales externos de la mujer.
3. Método Karreza o coitus reservatus, este método descrito por antiguas sociedades como la de China, consiste en una eyaculación retrograda voluntaria, lo que exige una gran disciplina mental y neurológica. Su uso es muy limitado a determinadas comunidades que interpretan de manera fundamentalista sus creencias.

Ventajas y desventajas

Los métodos tradicionales tienen la facilidad de que su disponibilidad es inmediata y sin costo. Además, al carecer de efectos secundarios no existen restricciones médicas para su uso.

Las desventajas de estos métodos es que la seguridad sobre su efectividad puede verse afectada ya que la misma se ve reducida cuando hay salida imperceptible de semen, orgasmos múltiples en un corto periodo de tiempo u ausencia de autocontrol exigido por este método.

Además, interfiere con la relación sexual normal, lo que puede disminuir el placer en la pareja y no previene contra las ITS/VIH/SIDA.

IV.2.13. Métodos permanentes o quirúrgicos.

IV.2.13.1. Esterilización femenina quirúrgica voluntaria.

Este método consiste en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio, a través de simples procedimientos quirúrgicos (mini laparotomía y laparoscopia). También conocido como oclusión tubárica bilateral. Se seccionan las trompas de Falopio y se extirpa un segmento o se cierran mediante ligadura, fulguración o diferentes dispositivos mecánicos (bandas de plástico, pinzas con resorte).⁶¹

Este procedimiento puede llevarse a cabo en 20 minutos, realizado por un personal capacitado. La tasa de embarazo es de 0,3 por ciento y la mayoría de los fracasos se deben a fallas técnicas.⁴⁰ Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico como reacción alérgica, trastornos cardiovasculares o quirúrgicos como hemorragias e infecciones.

Ventajas.

1. La mujer no tiene que preocuparse de quedar embarazada.
2. No necesita estancia en el hospital luego del procedimiento.
3. No tiene que preocuparse por los gastos derivados de la utilización de un método temporal de planificación.

4. Está indicada en todas las mujeres en edad fértil con paridad satisfecha, por lo que no existe restricción médica.

Desventajas.

1. Existe el riesgo de lesiones abdominales y complicaciones resultantes de la anestesia, infecciones y hemorragias.
2. En el caso excepcional que una mujer quede embarazada luego de la esterilización, existe el riesgo de que el embarazo sea ectópico. (HB Peterson, et al, 1997)
3. Si la mujer se arrepiente de haberse esterilizado, debe someterse a una operación compleja y costosa, que no siempre tiene éxito para volver la esterilización reversible.

IV.2.13.2. Esterilización masculina quirúrgica voluntaria.

Conocida como Vasectomía, es la oclusión de los conductos deferentes con la finalidad de producir bloqueo en el paso de los espermatozoides hacia el semen. Su efectividad es de 99 por ciento y la tasa de embarazo es de 0,1 por ciento Para conseguir la esterilidad se necesitan unas 15-20 eyaculaciones tras la intervención, y debe confirmarse con dos eyaculaciones sin espermatozoides.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, pero si pueden aparecer complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico, entre estas pueden destacarse los hematomas ($\leq 5\%$), los granulomas de esperma (respuestas inflamatorias a las fugas de esperma), la reanastomosis espontánea, que suele producirse poco tiempo después de la intervención, dolor e inflamación de la herida e infecciones.²⁹

Ventajas.

1. La vasectomía es un método efectivo, inocuo, rápido y barato.
2. Es más simple y efectiva que la esterilización femenina y puede resultar menos costosa.

3. Las parejas no tienen que usar otro método de planificación para evitar embarazos no deseados, una vez se confirme que no hay espermias en el semen.

Desventajas.

1. Como todo procedimiento quirúrgico implica algún riesgo de salud, por lo que muchos hombres pueden mostrarse preocupados.
2. El hombre no se vuelve infértil inmediatamente, por lo que al inicio debe usarse otro método de planificación.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la consulta.	Menos de 15 16 – 17 18 -19 20 – 21 22 y más	Ordinal
Métodos de anticonceptivos conocidos	Son medios necesarios de protección para evitar embarazo y enfermedades de transmisión sexual al momento de tener relaciones sexuales	Coito interrumpido Condón Pastillas Diu Inyección Anticonceptivo de emergencia Otros Ninguno	Nominal
Educación Sexual	hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo	Padres Amigos Medicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia	nominal
Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes	Número de veces que con frecuencia son utilizados por los estudiantes.	Condón Pastillas Inyacción Anticonceptivo de emergencia	Nominal

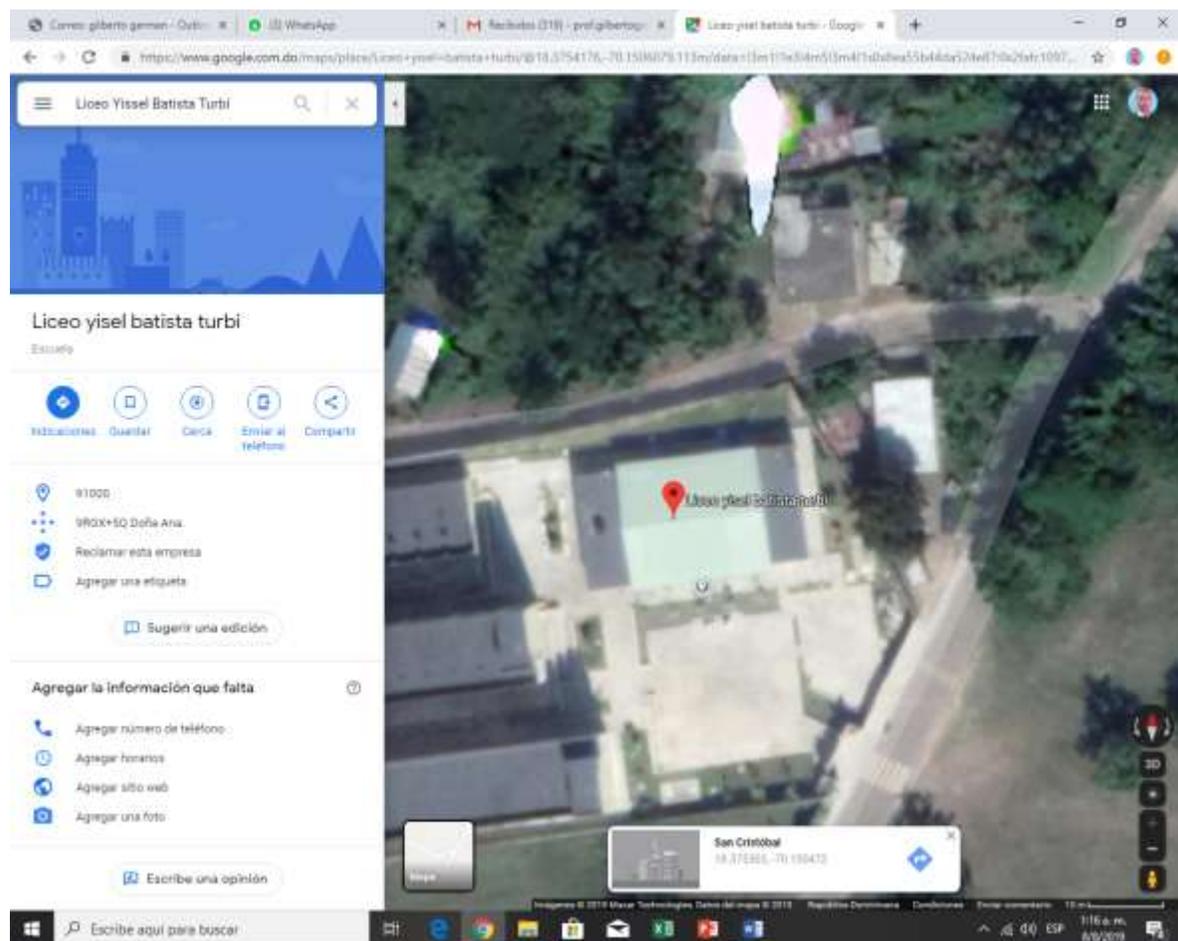
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el tipo de anticonceptivos utilizado por los estudiantes de 3ero y 4to grado del Liceo Yissel Batista Turbí Valencia, enero – Febrero 2018.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Liceo Yissel Batista Turbí, Republica dominicana.



VI.3. Universo

El universo está representado por todos los estudiantes inscritos en Liceo Yissel Batista Turbí,, 2018.

VI.4. Muestra

La muestra está representada 240 estudiantes que cursan 3ro y 4to grado del Liceo Yissel Batista Turbí.

VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

VI.5.1. Criterios de inclusión

1. Todos los estudiantes que cursen 3ro y 4to grado.
2. Todos lo que estén presente el día de la entrevista.

VI.5.2. Criterios de exclusión

1. Adolescente que no desean participar en la investigación.
2. Adolescente que no se encontraran en el liceo al momento del estudio.

VI.6. Instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información se realizará a través de un formulario, este formulario contiene los datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, religión, nivel socio económico. Este formulario se redactó en formato 8½ x 11 y se aplicó previo a consentimiento informado y se tomó en cuenta dichas variables en la investigación. (Ver anexo VIII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento.

Se le aplicará una encuesta-cuestionario a cada estudiante, primero entregando un consentimiento, informándole a cada estudiante en qué consiste la entrevista, luego el formulario será llenado por la sustentantes en el Liceo Yissel Batista Turbí, bajo la supervisión de un asesor. La selección de los estudiantes se realizara de acuerdo a los criterios de inclusión tomando en cuenta los criterios de exclusión ya señalados anteriormente.

VI.8. Tabulación.

Los datos obtenidos en la presente investigación serán tabulados mediante programas computarizados tales como Excel y Word 2007.

VI.9. Análisis

Se analizó por medio de frecuencias simples y porcentajes.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

VI. 11 Presentación de los resultados

Tabla No. 1

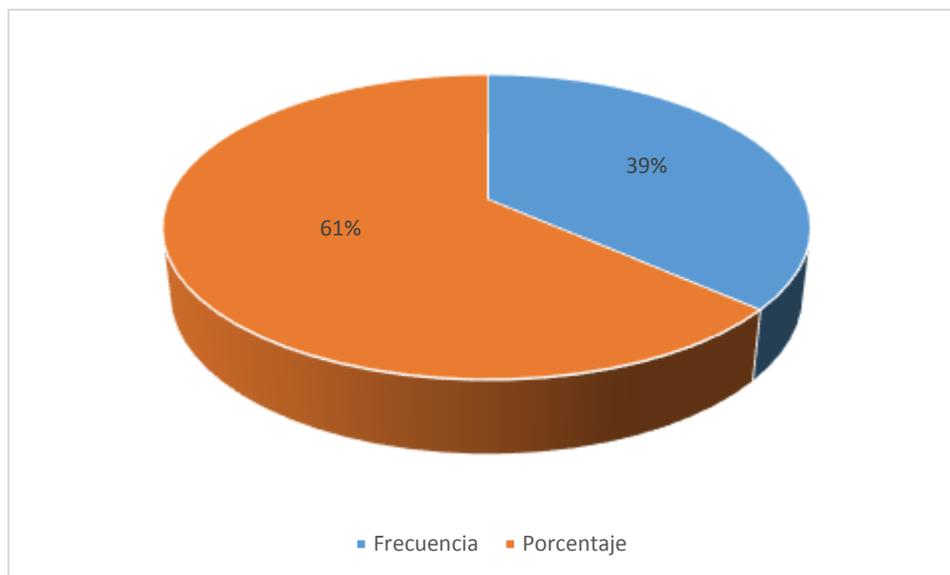
Distribución de los estudiantes según género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	35	61
Masculino	22	39
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 1

Distribución de los estudiantes según género



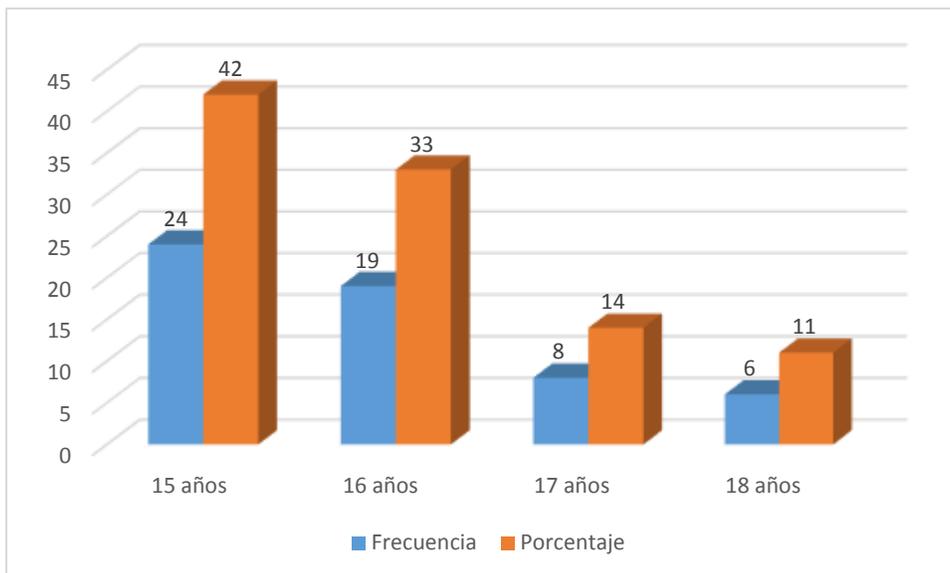
Se observa que el 61% de los estudiantes son de género femenino, mientras que el 39% son masculinos.

Tabla No. 2
Distribución de los estudiantes según edad

Edades (en años)	Frecuencia	Porcentaje
15 años	24	42
16 años	19	33
17 años	8	14
18 años	6	11
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 2
Distribución de los estudiantes según edad



Se observa que el 42% de los estudiantes poseen 15 años, el 33% posee 16 años, un 14% tiene 17 años y el 11% restante tiene 18 años.

Tabla No. 3

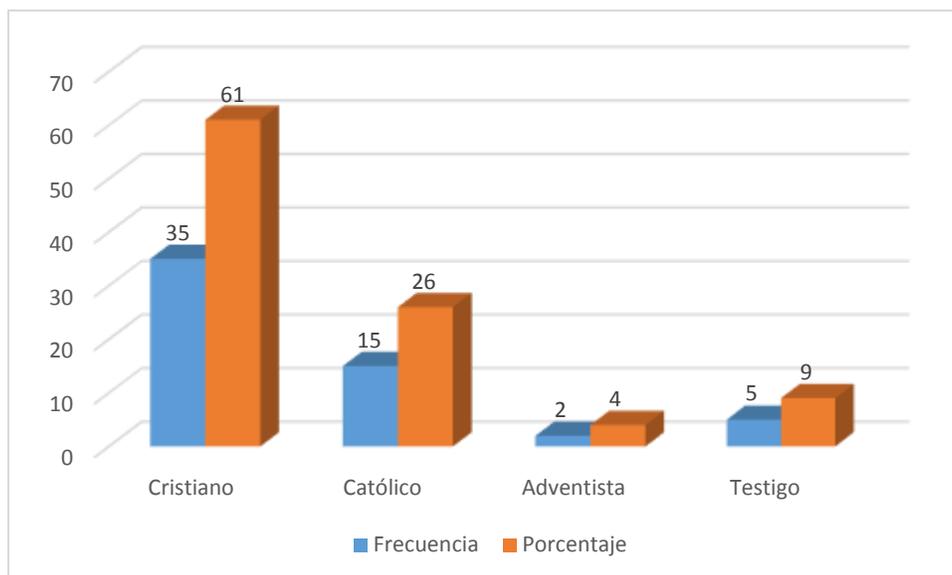
Distribución de los estudiantes según religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Cristiano	35	61
Católico	15	26
Adventista	2	4
Testigo	5	9
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 3

Distribución de los estudiantes según religión



Se observa que el 61% de los estudiantes son cristianos, un 26% católicos, el 9% testigos y un 4% adventistas.

Tabla No. 4

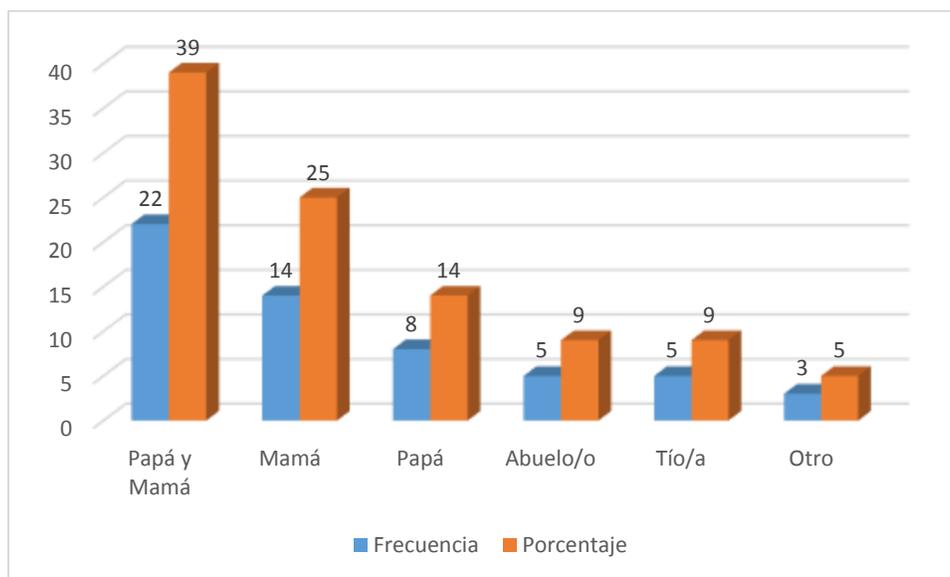
Distribución de los estudiantes según persona con las que vive

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Papá y Mamá	22	39
Mamá	14	25
Papá	8	14
Abuelo/o	5	9
Tío/a	5	9
Otro	3	5
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 4

Distribución de los estudiantes persona con las que vive



En este gráfico se observa que el 39% convive con papá y mamá, el 25% sólo con mamá, un 14% con papá, el 9% respectivamente con su abuelo o su tío y un 5% con otro familiar.

Tabla No. 4

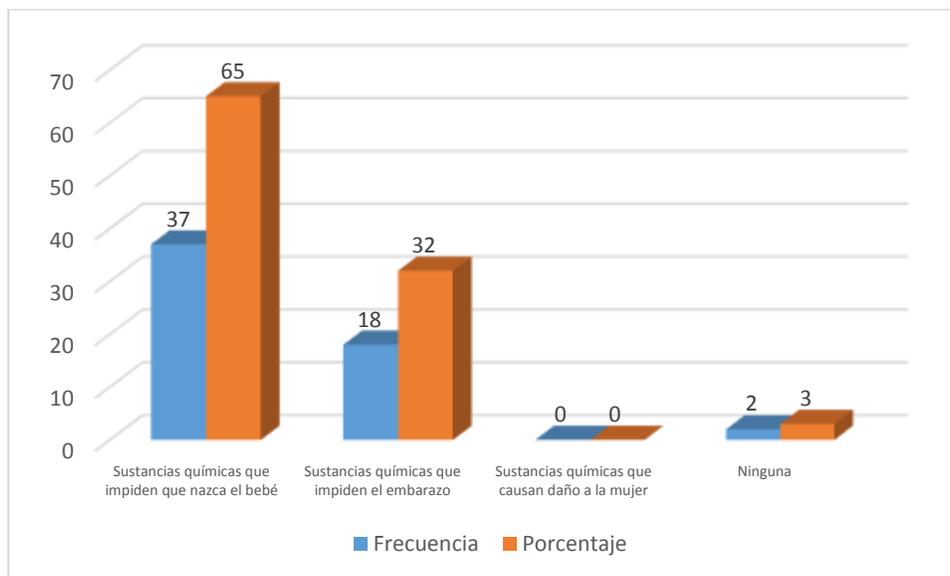
Distribución de los estudiantes según nivel de conocimiento

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Sustancias químicas que impiden que nazca el bebé	37	65
Sustancias químicas que impiden el embarazo	18	32
Sustancias químicas que causan daño a la mujer	0	0
Ninguna	2	3
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 4

Distribución de los estudiantes según nivel de conocimiento



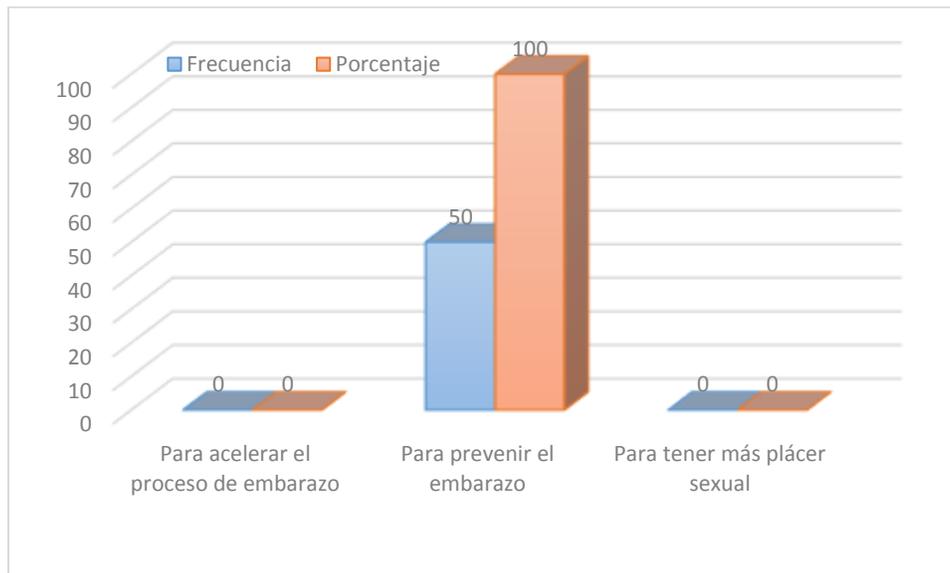
En este gráfico se observa que el 65% señaló que los métodos anticonceptivos son sustancias químicas que impiden que nazca el bebé, un 32% sustancias que impiden el embarazo, y un 3% dijo que ningunas.

Tabla No. 5
Distribución de los estudiantes según utilidad de
los métodos anticonceptivos

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Para acelerar el proceso de embarazo	0	0
Para prevenir el embarazo	57	100
Para tener más placer sexual	0	0
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 5
Distribución de los estudiantes según utilidad de los métodos
anticonceptivos



En este gráfico se observa 100% de los estudiantes afirmó que los métodos anticonceptivos son para prevenir el embarazo.

Tabla No. 6

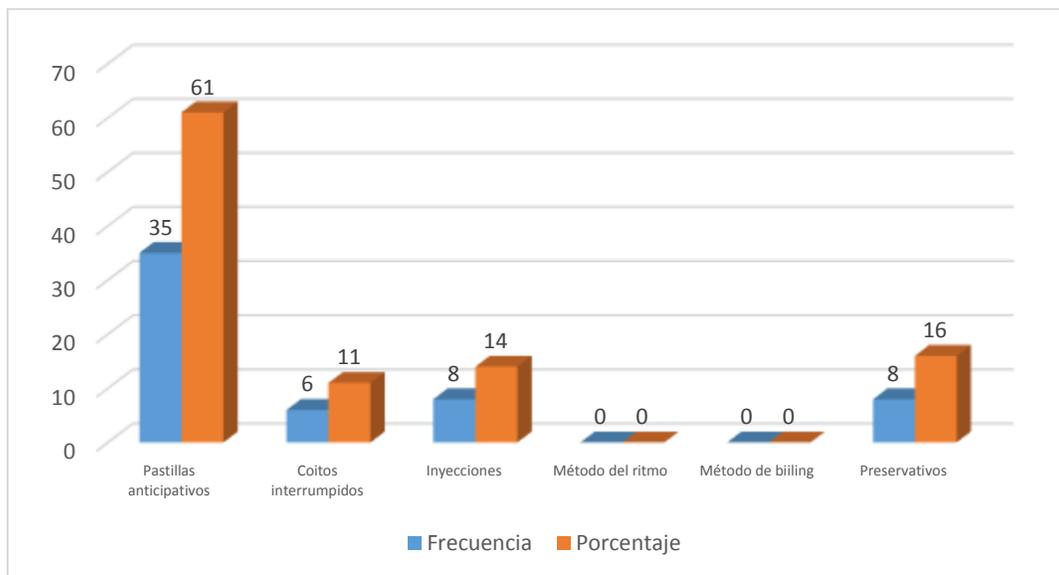
Distribución de los estudiantes según métodos más seguro que conoce

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas anticonceptivas	35	61
Coitos interrumpidos	6	11
Inyecciones	8	14
Método del ritmo	0	0
Método de Belling	0	0
Preservativos	8	14
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 6

Distribución de los estudiantes según métodos más seguro que conoce



En este gráfico se observa que el 61% de los estudiantes según los métodos anticonceptivos que conoce son las pastillas, el 11% coitos interrumpidos, un 14% inyecciones y el 14% preservativos.

Tabla No. 7

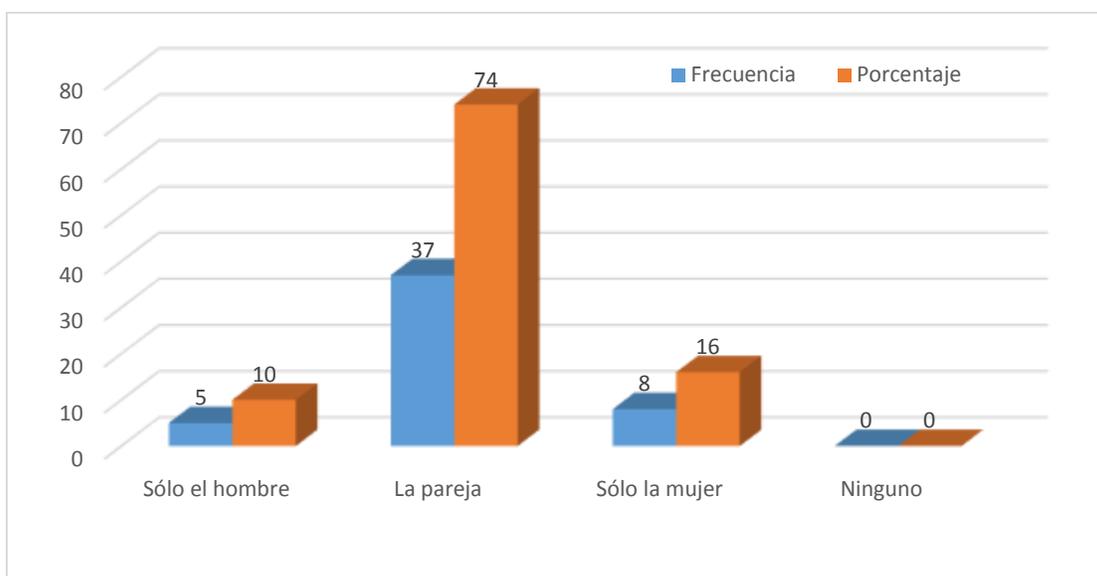
Distribución de los estudiantes según persona que puede usar los métodos

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Sólo el hombre	5	9
La pareja	42	74
Sólo la mujer	10	17
Ninguno	0	0
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 7

Distribución de los estudiantes según persona que puede usar los métodos



En este gráfico se observa que el 74% de los estudiantes entiende que los métodos anticonceptivos deben utilizarse solo por la pareja, un 9% solo el hombre y un 17% por la mujer.

Tabla No. 8

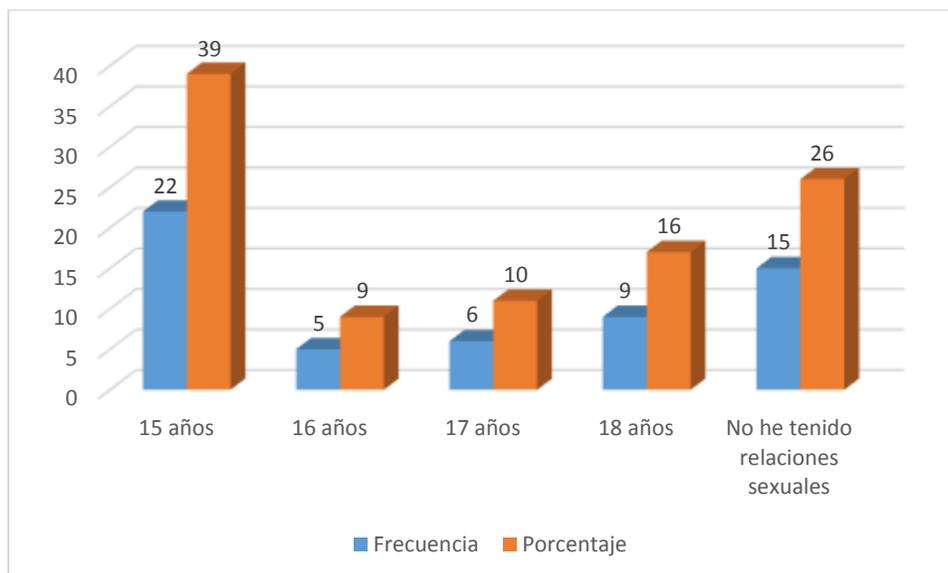
Distribución de los estudiantes según edad de la primera relación

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	22	39
16 años	5	9
17 años	6	10
18 años	9	16
No he tenido relaciones sexuales	15	26
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 8

Distribución de los estudiantes según edad de la primera relación



En este gráfico se observa que el 39% de los estudiantes tuvo su primera relación a los 15 años, un 16% tenía 18 años, el 10% alcanzó los 17 años, un 9% 16 años y un 26% dijo no haber tenido relaciones.

Tabla No. 9

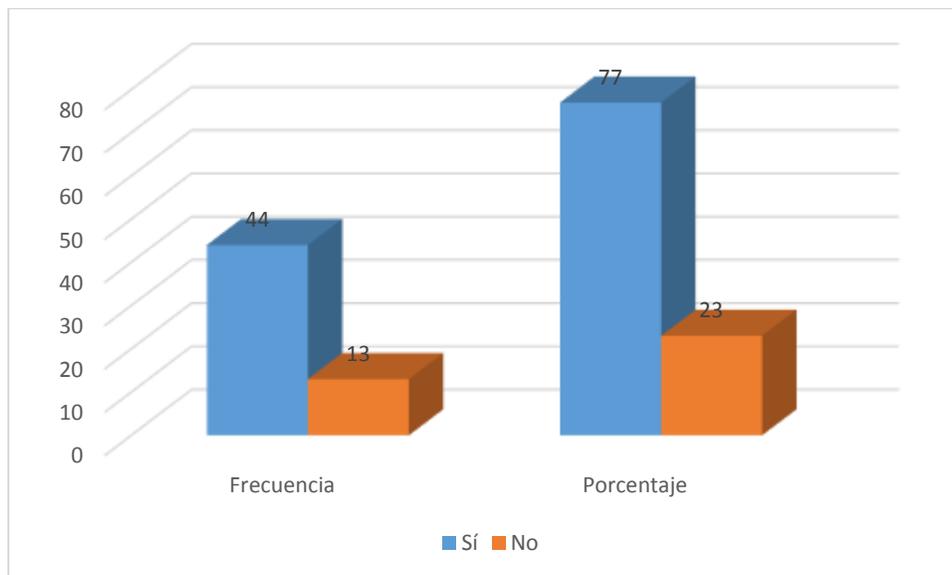
Distribución de los estudiantes según información que ha recibido

Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí	44	77
No	13	23
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 9

Distribución de los estudiantes según lugar donde ha recibido información



En este gráfico se observa que el 77% de los estudiantes ha recibido información, mientras que un 23% no.

Tabla No. 10

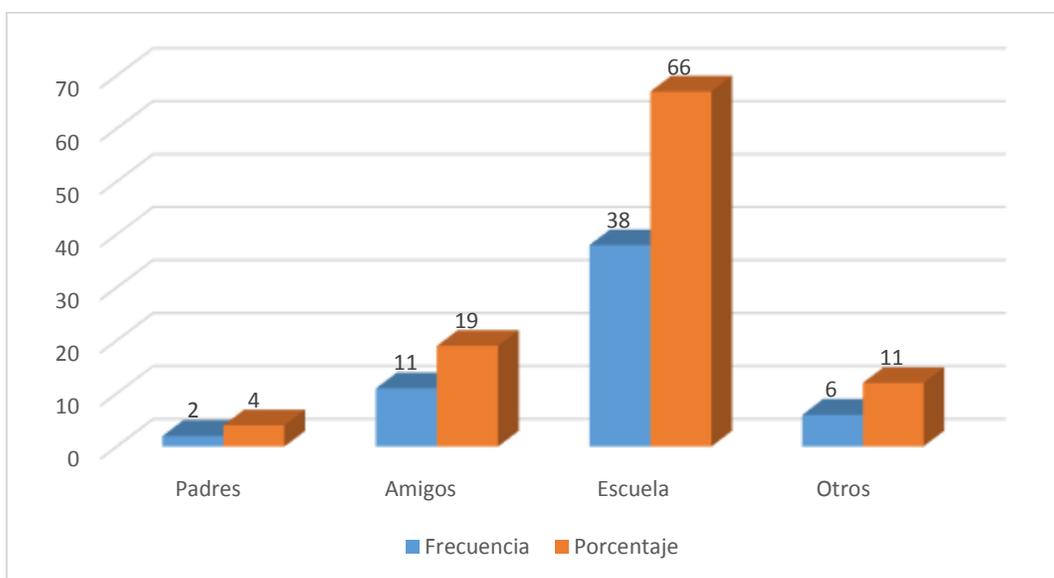
Distribución según persona/institución de donde ha recibido información

Persona/Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Padres	2	4
Amigos	11	19
Escuela	38	66
Otros	6	11
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 10

Distribución según persona/institución de donde ha recibido información



En este gráfico se observa que el 19% de los estudiantes recibió información de sus amigos, un 66% de una escuela, el 4% de sus padres y un 11% otros.

Tabla No. 11

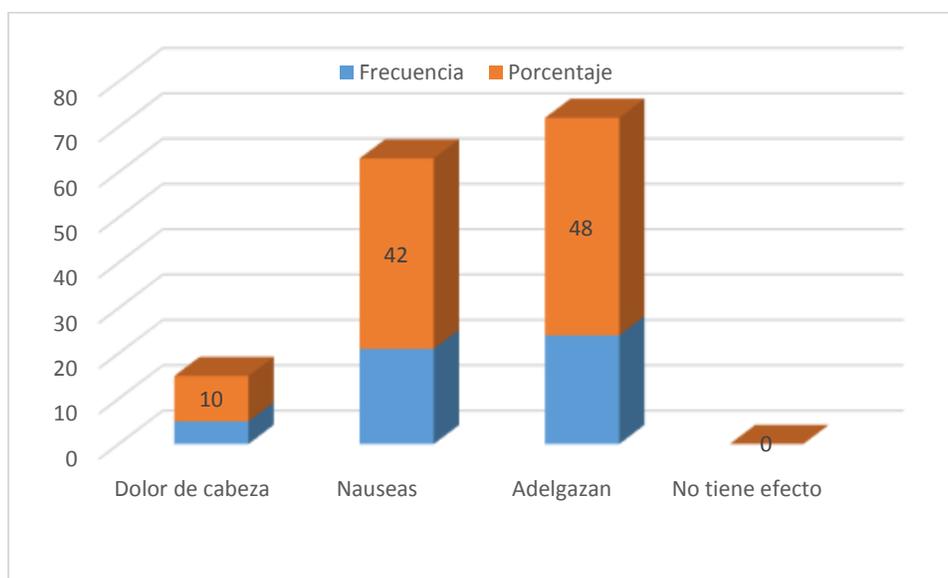
Distribución de los estudiantes según síntomas

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de cabeza	5	10
Nauseas	23	42
Adelgazan	29	48
No tiene efecto	0	0
Total	57	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 10

Distribución de los estudiantes según lugar donde ha recibido información



En este gráfico se observa que el 48% de los estudiantes entiende que ha tenido como síntomas las nauseas, el 48% ha notado que ha adelgazado y un 10% tuvo dolor de cabeza.

VI. 12 Análisis de los resultados

Para el análisis y discusión de los resultados, se hizo un cruce de variable y se establecieron los principales indicadores que dan respuesta los objetivos propuestos, En la tabla No 1 que muestra las características sociodemográficas encontramos el 61% son de género femenino. La edad más frecuente fue de 15 años con un 42%, el 33% de 16 años. En relación al pariente con el que viven, residen con papá y mamá. Con respecto a la religión 35 para un 61% de los adolescentes indicaron ser cristianos.

El perfil sociodemográfico encontrado en este estudio, es similar al estudio presentado por López (2015), en donde el grupo de 14-16 años fue de 25 (55.6%) y el grupo de 17-19 años fue de 20 (44.4%). Con respecto a la religión 5 adolescentes indicaron no profesar ninguna religión (11.1%), 26 (57.8%) manifestaron ser católicas, evangélicas 7 (15.6%) y adventistas 7 (15.6%)

Respecto a la variable, métodos anticonceptivos que conoce; la pregunta ¿Sabes que son los métodos anticonceptivos? Encontramos que 37 (65%) respondieron que son sustancias químicas que impiden que nazca el bebé. En la pregunta ¿Conocen la utilidad del método anticonceptivo? 57 (100%) dijo que para prevenir el embarazo.

Los hallazgos encontrados convergen con lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), en un estudio con 60 estudiantes de enfermería donde se concluyó que el 23% tuvieron conocimiento adecuado sobre los métodos anticonceptivos mientras que el 55% tuvo conocimiento medio y 22%, conocimiento bajo (5). Y con respecto a la actitud frente a estos, 43% presentó una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, 25%, una actitud de rechazo, y 32%, una actitud de indiferencia (6).

Además, son validados por el estudio de Marta (2014), quien se realizó una investigación en una institución de educación pública superior sobre cuál eran los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud sexual con una muestra de 67 estudiantes de la facultad de enfermería, mostrando que los encuestados no tienen conocimiento suficiente para llevar a cabo su práctica sexual de forma segura, lo que incide en una vivencia riesgosa de su sexualidad, y a su vez incrementa los problemas asociados a la misma. De igual forma, se encontró que el método más utilizado es el preservativo a razón de evitar embarazos no deseados más no para evitar infecciones de transmisión sexual (8). Así mismo, en otro estudio demostró que los conocimientos frente a los métodos anticonceptivos se modificaron luego de recibir instrucciones, pero la actitud seguía siendo la misma

Con respecto a la pregunta, persona que puede utilizar los métodos. el 74% de los estudiantes entiende que los métodos anticonceptivos deben utilizarse solo por la pareja, un 10% solo el hombre y un 16% por la mujer. De ese modo, que el 39% de los estudiantes tuvo su primera relación a los 15 años, un 16% tenía 18 años, el 10% alcanzó los 17 años, un 9% 16 años y un 26% dijo no haber tenido relaciones.

Estos datos, sustentan lo que establece Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, (2011), quienes realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de recolección prospectivo, a través de la entrevista y el cuestionario con un universo de 700 adolescentes para una muestra de 248. Los hallazgos más relevantes demostraron que el nivel de conocimiento de los adolescentes estuvo en un 45.5% estando totalmente de acuerdo y el 49.2% tenían estado civil soltera el 47.2% cursaba el nivel primero, el 91.5% procedían de distintos sectores y urbanos, el 33.0% no tiene ningún ingreso económico la edad de inicio de primera relación sexual fue de 15 años en un 19.3

En relación a si ha recibido información el 17% de los estudiantes recibió información de sus amigos, un 69% de una escuela y el 4% de sus padres. El 48% de los estudiantes entiende que ha tenido como síntomas las náuseas, el 48% ha notado que ha adelgazado y un 10% tuvo dolor de cabeza.

Navarro y López (2012), realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes de la urbanización Las 12 Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio

CONCLUSIONES

En cuanto a identificar el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia), el género predominante fue femenino (56%), con edades de 15 años (38%), de religión cristiana (60%) y conviven con mamá y papá (34%)

Respecto a destacar el método anticipativo utilizado por los adolescentes escolares, se encontró que fue las pastillas (56%) seguido de los preservativos (16%) y las inyecciones (16%).

En relación a describir el nivel de educación sexual que han recibido los estudiantes, el 77% ha recibido educación sexual, la información la recibió en la escuela (67%), estos señalan que los síntomas son adelgazar (48%) y náuseas (42%).

Con respecto a señalar el uso que se le da a los métodos anticonceptivo más utilizado por los adolescentes escolares. Estos señalan que pueden ser utilizados por la pareja (74%), estos afirman que los métodos son necesarios para prevenir el embarazo.

Finalmente, en cuanto al objetivo general determinar los conocimientos sobre práctica anticonceptiva en estudiantes de 3ro y 4to del Nivel Secundario, Liceo Yissel Batista Turbí, enero – febrero 2018, es un conocimiento bajo, ya que definen sustancias químicas que impiden que nazca el bebé y que sirven para prevenir el embarazo.

RECOMENDACIONES

Desarrollar talleres informativos para que los alumnos reconozcan la importancia de utilizar en forma efectiva los métodos anticonceptivos.

Incentivar a los padres para que orienten a sus hijos sobre las relaciones sexuales a temprana edad.

Diseñar estrategias para que el equipo de psicología del centro desarrolle charlas sobre el embarazo en la adolescencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana, República Dominicana, 2011.
2. Saint-Felix F, Melian Savignon C, Valón Rodriguez O, Reinoso Ortega S, Al Garcia Alcolea EE. Anticoncepcion de Emergencia –Instituto Superior de ciencia Medica (MEDISAN 2006); 10(1) (Citada 06 mayo 2015) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm.
3. Fétis, G., Bustos, L., Lanás, F., Baeza, B., Contreras, J., Hebel, E. y Marucich, C. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2008. 73(6), 362-369. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002
4. Fondo de población de las Naciones Unidas. Perú. La salud sexual y salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional, 2009
5. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. . Sociedade Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
7. . World Health Organization (WHO) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore (MD); 2007.
8. Caricote, Esther. La salud sexual en la adolescencia tardía. Revista Educere, 2009: Año 13 (45):415-25
9. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente Joven. Publicación Científica N° 552. Editores Matilde Magdaleno. USA: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.google.co.ve/#q=1.%09Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+La+Salud+del+Adolescente+Joven.+Publicaci%C3%B3n+Cient%C3%ADfica+N%C2%BA+552>. [Consultado 22/04/2016].
10. Panamericana de la salud / OPS) “Prevalencia y tenencia del embarazo en adolescentes. Washington. (2010)
11. Corona, José & Ortega, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Revista MEDISAN. 2013: Vol. 17(1):78-85.

12. Oficina nacional de estadísticas / ONE “madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana. (2011)
13. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos en el distrito de San Juan de Lurigancho, *Ágora Rev Cient.*2015; 02(01):79-88.
14. Navarro y López, realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012.
15. Sánchez-M. [María C.](#), Dávila-M. [Rocío](#), Ponce-Rosas [Efrén R.](#) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, [Volume 22, Issue 2](#), April–June 2015, Pages 35–38.
16. Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes del instituto politécnico Profesor Juan Bosch, se realizo un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero 2014.

ANEXOS

Buenos tardes!

Estoy cursando la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. La información que proporcione será utilizada con fines estrictamente científicos. Su identidad no será revelada.

Información sociodemográfica

Género

Masculino_____

Femenino

Edades

16 – 20 años_____

20 – 24 años_____

25 – 28 años _____

29 a 32 años_____

33 – 37 años_____

38 y más_____

Religión

Católica_____

Pentecostal_____

Mormón_____

Adventista_____

Ninguna_____

Otra_____

Estado civil

Casado_____

Soltero_____

Unión libre_____

Viudo/a_____

Método de planificación conocido por los estudiantes

Dispositivo intrauterino (DIU)_____

Condón_____

Píldoras_____

Anticonceptivo oral de emergencia_____

Implante subdermico_____

Método de lactancia_____

Ritmo_____

Coito interrumpido_____

Inyección_____

No conoce los métodos anticonceptivos

Otros_____

Método anticonceptivo utilizado por los estudiantes

Dispositivo intrauterino (DIU)_____

Condón_____

Píldoras_____

Anticonceptivo oral de emergencia_____

Implante subdermico_____

Método de lactancia_____

Ritmo_____

Coito interrumpido_____

Inyección_____

No ha usado_____

Edad de la primera relación sexual

10 – 15 años 16 – 20 años ____ 21 – 24 años ____
25 – 28 años ____ 29 a 32 años ____ 33 – 37 años ____
38 y más _____
No ha tenido relaciones sexuales-----

Ha recibido educación sexual

Sí ____ No ____

Fuente de información sobre educación sexual

Padres ____ Amigos ____ Televisión ____
Iglesia ____ Radio ____ Literatura ____
Escuela ____ Redes Sociales ____ Internet ____
Médico ____ Otros ____

Ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos

Si ----- No-----

Fuente de información sobre los métodos anticonceptivos

Padres ____ Amigos ____ Televisión ____
Iglesia ____ Radio ____ Literatura ____
Escuela ____ Internet ____ Médico ____

Sustentante

DR. JORGE URIBE

Asesores/as

Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

Dra. Iris Margarita Paula
Asesora Clínica

Dra. Concepción Aurora Sierra
Asesor Clínico

Jurados

Dra. Altagracia C. Graciano M.

Dr. Ervin David Jiménez Pérez

Autoridades

Dr. Ervin David Jiménez Pérez
Coordinador de la Residencia

Dra. Iris Margarita Paula
Jefa del Departamento de MFC

Dra. Concepción Aurora Sierra
Gerente de Enseñanza e Investigación

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de la Unidad de
Postgrado y Residencias Médicas

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias
de la Salud UNPHU

Fecha de presentación:_____

Calificación:_____

