

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA UNPHU

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

**CONOCIMIENTOS Y USOS DE LOS METODOS DE PLANIFICACION EN
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO,
RECINTO SAN CRISTOBAL, OCTUBRE – NOVIEMBRE 2018**



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

SUSTENTANTE:

DRA. EVELYN ESPINOSA MATOS

ASESORAS

DRA. CLARIDANIA RODRIGUEZ BERROA (METODOLOGICA)

DRA. CONCEPCION AURORA SIERRA (CLINICA)

DRA. IRIS MARGARITA PAULA (CLINICA)

SANTO DOMINGO, D. N.

FEBRERO, 2019

**CONOCIMIENTOS Y USOS DE LOS METODOS DE PLANIFICACION EN
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO,
RECINTO SAN CRISTOBAL, OCTUBRE – NOVIEMBRE 2018**

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	4
I.2 Planteamiento del problema.....	9
I.3 Objetivos.....	10
I.3.1 General.....	10
I.3.2 Específicos.....	10
I.4 Justificación.....	11
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
II.1 Métodos anticonceptivos.....	13
II.2 Criterios de elegibilidad para los métodos anticonceptivos.....	19
II.3 Clasificación.....	21
CAPITULO III	
III.1 Operacionalización de las variables.....	45
III. 2. Material y métodos.....	48
III.2.1 Tipo de estudio.....	48
III. 3 Universo.....	49
III.4 Muestra.....	49
III.5 Criterios de exclusión e inclusión.....	49

III.6 Instrumento y recolección de información.....	48
III. 7 Procedimiento.....	48
III. 8 Tabulación.....	49
III. 9 Análisis.....	49
III. 10 Aspectos éticos.....	49

CAPITULO IV

IV.1 Presentación de los resultados.....	50
IV. 2 Análisis y Discusión de los Resultados	62
IV.3 Conclusiones.....	66
IV.4 Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción constituye, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva de las personas, siendo esta considerada un derecho humano, esencial a la dignidad humana y cuyos orígenes se remontan a la antigüedad.

El uso de métodos anticonceptivos se ha convertido en uno de los determinantes principales de la fecundidad, ya que es una de las herramientas primordiales de control natal y se constituye como uno de los instrumentos más importantes con los que cuenta la población para planificar el tamaño apropiado de la familia. Así mismo, se considera que una mayor aceptación y uso de dichos métodos disminuye la exposición al riesgo de embarazo; situación que conlleva a una posible reducción del tamaño de los hogares, lo cual trae efectos positivos en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos en términos de cobertura y calidad en salud, educación y otras variables socioeconómicas.

La mayoría de las personas conocen y están enteradas de los diferentes métodos anticonceptivos que se pueden emplear, que no son más que los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas o en su pareja, y es sabido que en un momento dado más de la mitad de las parejas casadas o no, en el mundo son usuarias de alguno de los métodos existentes.¹

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos anticonceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados ni deseados y muchos conllevan un alto riesgo tanto para la madre como para la descendencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año los embarazos no planificados causan al menos más de 40 millones de abortos, de los cuales alrededor de la mitad se realizan en condiciones desfavorables y son, muchos de ellos, causa de muertes maternas cada año².

¹Manual para personal clínico. Programa de Información a la población Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins Editorial Ardent Media INC.; 1999: viii.)

²World Health Organization: Randomized trial of levonorgestrel versus Yuzpe Regimen of combined oral contraception. The Lancet. 1998; 352:428s

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 1990³.

El uso de métodos anticonceptivos guarda estrecha relación con las conductas sexuales y reproductivas, entre otros factores, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales, las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos métodos.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 reconoció que brindar información a los jóvenes es el primer paso para disminuir los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, sin embargo muchos padres y hasta educadores temen que la educación sexual fomente que los jóvenes 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 usuarios no se vuelven más activos sexualmente ni tienen un debut sexual más temprano⁴.

³Ángora. (s/f). La construcción social de la identidad de Género. Recuperado en www.ceuta.es/cam/.../Violencia de Género. Efectos y Repercusiones.pdf Arillo, G. (2003). El inicio de la vida sexual en adolescentes Mexicanas

⁴Fondo de población de las Naciones Unidas. Enfrentar el reto de los embarazos en los adolescentes. Estado de la población mundial 2013. New York: UNFPA; 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>

Es por ello que todos los facultativos e instituciones pertinentes deben estar en la disposición de informar correcta y oportunamente a la población sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su debido uso, ya que cada vez más se hace evidente el inicio de relaciones sexuales a más temprana edad, sin protección, lo que conlleva al aumento de embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, contagio de enfermedades de transmisión sexual, propiciándose entonces un manejo inadecuado con respecto a la sexualidad.

En un estudio realizado por Ayala-Castellanos y cols, en Guadalajara, México, se encontró que la fuente de información más importante sobre los métodos anticonceptivos 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%)⁵.

⁵M. Ayala-Castellanos, B. Vizmanos-Lamotte, R. Portillo-Dávalos Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México GinecolObstetMéx, 79 (2) (2011), pp. 86-92

I.1 ANTECEDENTES

En la actualidad se está generalizando un concepto integral de salud en el cual incluimos, además de la salud física y mental, la salud sexual. Esta última se entiende como una actividad de promoción y prevención para la reducción del número de abortos y embarazos no deseados en los distintos grupos de edad.

En el año 2003, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, se practicaron 79.788 interrupciones voluntarias de embarazo en 128 centros españoles. La tasa en mujeres de 15 a 44 años fue del 8,77 0/00 y en mujeres de 19 o menos años, del 9,90 0/00. En Castilla la Mancha, la tasa de abortos de mujeres de 15 a 44 años en el año 1992 era del 3,05 0/00 y en el año 2003 del 5,80 0/00⁶.

Estos datos, que revelan el alto número de embarazos no deseados, nos hablan del importante problema de Salud Pública que supone, al que se debe atajar mediante medidas preventivas como la información y accesibilidad a métodos anticonceptivos⁷.

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se incluyen propósitos como erradicar la pobreza extrema, promover la igualdad de género, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades⁸.

Estos objetivos se relacionan de forma directa e ineludible con la prevención del embarazo no deseado y por ende, con el acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual de la población. Por estas consideraciones, las demandas de

⁶Quintana A, Hidalgo C. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Lima: IES y Washington D.C.: AdvocatesForYouth, 2003. Disponible en: <www.advocatesforyouth.org/publications/acortandodistancias2.pdf>

⁷Instituto Nacional de Estadística. Estadística de interrupciones voluntarias del embarazo. Anuario estadístico de España. Disponible en: <<http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>>

⁸Barriagada A, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú. Primera edición, marzo 2011.

este sector de la sociedad deben ser puestas en agenda y atendidas por las instancias correspondientes para la toma de decisiones.

La ONU en el World Contraceptive Use, Informe sobre uso mundial de anticonceptivos publicado en mayo 2011, recoge la evolución de uso de los distintos métodos anticonceptivos en prácticamente todos los países del mundo así como estimaciones sobre las deficiencias en planificación familiar. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66% de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo. (2010. ONU)

En un estudio realizado por Navarro y Álvarez (2012) describió que si bien los jóvenes conocen de los anticonceptivos, un grupo importante no los utiliza, generando posiblemente un comportamiento de riesgo con respecto a la transmisión de enfermedades sexuales, puesto que lo emplean solo para evitar embarazos no deseados⁹.

Sánchez-M. Maria C., Davila-M Rocio, Ponce-Rosas Efren R.(2015), reportaron en un estudio realizado con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y usos de métodos anticonceptivos en los estudiantes de la Universidad Autónoma de México, que un 95.8% de los estudiantes conoce el condón, 57% las pastillas, 32% el dispositivo intrauterino, 47% la inyección, 65% el coito interrumpido y un 13% el anticonceptivo de emergencia¹⁰.

Otro estudio en Venezuela sobre el uso de métodos anticonceptivos de 5,140 historias de usuarias que acudieron al Servicio de Planificación Familiar del Hospital "Materno Infantil del Este", el 39% utilizó anticoncepción hormonal oral, 21%,

⁹Saint-Felix F, MelianSavignon 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.

¹⁰Sanchez-Maria C., Davila-M. Rocio, Ponce-Rosas Efrenr, Conocimientos y usos de métodos anticonceptivos en estudiantes de la universidad autónoma de mexico, volumen 22, april-june 2015, pages 35-38.

esterilización quirúrgica, 20%, dispositivos intrauterinos, el 17%, anticoncepción hormonal parental, y el porcentaje restante estaban utilizando métodos de barrera¹¹.

En una encuesta realizada en México, se encontró que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de su vida sexual activa continúan activos y sin protección durante un año o más, antes de solicitar un método anticonceptivo¹².

Nishtar NA, Sami N, Alim S, Pradhan N, Hasnain (Pakistán, 2013) .estudiaron factores determinantes de uso de métodos anticonceptivos entre jóvenes de Karachi de 444 jóvenes entre 15 y 24 años. Se encontraron limitaciones de: accesibilidad geográfica (79.3%), la accesibilidad financiera fue baja (19,1%), resultando en una baja accesibilidad global (34,5%) a los servicios de salud reproductiva. Dos tercios de los jóvenes utilizaron algún tipo de Servicio de Salud Reproductiva. Los niveles de necesidades insatisfechas de información sexual, planificación familiar, atención materna y las pruebas del VIH fueron 62,6%, 31,9%, 38,7% y 56,2%, respectivamente. Los jóvenes que viven en los suburbios, con un padre fallecido, no estar casado o nunca expuesto a los medios de comunicación tenían menos probabilidades de tener acceso a servicios de salud reproductiva¹³.

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 atendidas 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%,

¹¹Fétis, G., Bustos, L., Lanas, 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>.

¹²Julio García Baltazar, M.E. Prácticas anticonceptivas en adolescentes y jóvenes, del área metropolitana de México. *Red de rastros científicos de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Instituto de Salud pública ¿Actualmente estas teniendo relaciones sexuales?, Universidad del Este de México, Julio- Agosto.1992)

¹³Nishtar NA, Sami N, Alim S, Pradhan N, Hasnain Determinants of contraceptives use amongst youth: an exploratory study with family planning service providers in Karachi Pakistan. *Glob J HealthSci*. 2013 Jan 5;5(3):1-8. doi: 10.5539/gjhs.v5n3p1.

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.

NairMK, Leena ML, y colaboradores (India, 2013)⁵ estudiaron en tres distritos, problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y adultos jóvenes a través de una encuesta comunitaria de conocimientos, aptitudes y prácticas. Los jóvenes de 10-24 años, enfrentaron problemas financieros, de abuso de sustancias en la familia, bajo rendimiento académico, diferencias de opinión, la enfermedad en sí misma, problemas mentales, la falta de talento, los padres estrictos, dificultad en la convivencia de pareja, fracaso en el amor, familia separada, la soledad y problemas en la escuela y/o oficina en el orden descendente. A medida que la edad avanza alto porcentaje tanto de los varones (43,4%) y mujeres (61,7%) discuten temas de salud sexual reproductiva entre ellos mismos. Concluye que hay insuficiente conocimiento de la salud reproductiva en todos los grupos de edad, pero el aumento de ganancia de conocimiento y mejores actitudes y prácticas en salud reproductiva y sexual mejora con la edad¹⁴.

En la República Dominicana en los últimos años se han incrementado los esfuerzos con relación al tema de los métodos de planificación, ya que la investigación es necesaria para fortalecer la consejería anticonceptiva y para la divulgación de ideas y propuestas en materia de educación que vayan a favor de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

¹⁴Nair MK, Leena ML, Thankachi Y, George B, Russell PS: Reproductive and Sexual Health Problems of Adolescents and Young Adults: A Cross Sectional Community Survey on Knowledge, Attitude and Practice. Indian J Pediatr. 2013 Aug 11. [Epub ahead of print]

I.2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La falta de conocimiento sobre los métodos de planificación, tiene múltiples factores, por un lado el incremento de las tasas de infecciones de transmisión sexual, el fenómeno de que más del 50% de los casos nuevos de VIH/SIDA en el mundo se representa en jóvenes y sobre todo en países de vías de desarrollo, el desequilibrio socioeconómico que representa un embarazo no deseado con todas las consecuencias negativas (incremento de mortalidad materna, alto índice de pobreza, deserción escolar y laboral, matrimonios disfuncionales, alteración psicosocial, aumento de la morbilidad materna y perinatal, costo socioeconómico) y la falta de educación sexual, representa hoy por hoy un verdadero problema de salud pública que cada día aumenta de forma alarmante.

Las investigaciones que se han realizado acerca de los métodos de planificación han hecho importantes aportaciones, destacando sobre todo la importancia del conocimiento sobre estos como una condición necesaria para su uso. El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud y su calidad de vida.

En este sentido, es necesario plantear la problemática acerca de la enseñanza y el uso los métodos anticonceptivos y el tema de la sexualidad en la población en sentido general, y plantear soluciones que pueden ser propuestas desde la educación para la salud, y se formulen estrategias que puedan ser implementadas de forma eficaz y oportuna a fin de que se corrijan las deficiencias encontradas en pro de la promover estilos de vida saludables para toda persona, las familias y las comunidades. Es por ello que pretendemos dar respuesta a través de este estudio, a la siguiente interrogante:

¿Cuáles conocimientos y usos sobre los métodos de planificación poseen los estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Recinto San Cristóbal, Octubre-Noviembre 2018?

I.3. OBJETIVOS

I.3.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos y usos de los métodos de planificación que poseen los estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Recinto San Cristóbal, Octubre-noviembre 2018.

I.3.2 Objetivo específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes (edad, sexo, religión, estado civil, carrera universitaria).
- Describir los métodos de planificación conocidos por los estudiantes.
- Determinar los métodos anticonceptivos utilizados por los estudiantes.
- Precisar la edad de inicio de la primera relación sexual.
- Determinar si los estudiantes han recibido educación sexual.
- Determinar la fuente de información sobre la educación sexual.
- Precisar si los estudiantes han recibido información sobre los métodos anticonceptivos.
- Identificar la fuente de información sobre los métodos anticonceptivos.

I.V. JUSTIFICACIÓN

La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que propicia un manejo inadecuado de la sexualidad, existiendo en muchos casos escasa habilidad de comunicación interpersonal, lo que dificulta la negociación con la pareja ante situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, situación que los expone a riesgos como embarazos no planeados, abortos e infecciones de transmisión sexual.

En su relación, la pareja “solo vive el momento” y adopta muchas veces actitudes de falta de cuidado hacia el otro y hacia sí mismo, el varón en la mayoría de los casos considera que la prevención del embarazo, y el embarazo mismo, es solo responsabilidad de la mujer, y no asume la corresponsabilidad por las consecuencias. Muchos sienten que tuvieron relaciones sin tener la oportunidad de hablar con su pareja ni de decidir cómo cuidarse porque es difícil hablar de ello antes de tener una relación, además la mayoría no conocen sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos ni lo que les ofrece.

En nuestro país existen muchas barreras culturales y de información, al respecto es importante destacar los riesgos que representan el no uso y el uso incorrecto de los métodos de planificación familiar. La falta de información o la información no adecuada acerca de la sexualidad y uso de anticonceptivos sigue siendo una constante en la mayoría, quienes mantienen numerosos mitos, indagar, por tanto, sobre el conocimiento y usos de los anticonceptivos es de suma importancia en nuestra tarea educativa ya que la tardanza en conocer, obtener y utilizar los diferentes métodos, expone a embarazos no deseados y a sus consecuencias.

Es necesario brindar educación sexual integral, incluyendo información anticonceptiva ya que un hombre y una mujer sexualmente sanos serán capaces de buscar armonía y bienestar en sus encuentros sexuales, se cuidaran y cuidaran al otro en la intimidad, actuaran sobre la base del consenso y respetaran las

diferencias de preferencias y gustos, sin caer en situaciones de explotación, sumisión o agresión, puesto que el comportamiento sexual y reproductivo de las personas está influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psico-afectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera en que estos cuestionamientos se respondan y se suplana sus necesidades, determinarán su salud sexual y reproductiva.

Lo antes expuesto nos permite determinar que es imperante la necesidad de trabajar con las familias, padres, líderes comunitarios y religiosos, personal de salud, educadores, directores de centros educativos, comunicadores; mediante la integración en diversas actividades como evaluación de las necesidades, planificación, promoción, prevención, grupos de opinión y participación como miembros, para ayudar a reducir los conceptos erróneos o temores acerca de los programas de salud sexual y reproductiva y de los mitos en torno a los anticonceptivos lo cual a la larga generalmente conlleva al deterioro de salud integral de los individuos.

Esta investigación aportará datos que pueden encaminar a la creación de nuevos programas dirigidos a la educación sexual y reproductiva, contrarrestar información errónea y presentación de nuevas estadísticas con relación al conocimiento y usos de los métodos de planificación que tiene una determinada población en estudio.

II. MARCO TEÓRICOII.

1 Métodos anticonceptivos

También llamados contraceptivos, son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o el hombre para evitar o reducir al mínimo las posibilidades de que se produzca un embarazo. Su principal uso radica en el control de la natalidad. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona.

Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos y ha sido una de las grandes preocupaciones de las personas desde la antigüedad, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX.

La historia se inició hace 6 millones de años, Martos (2009) menciona que la anticoncepción tuvo sus orígenes cuando la hembra del homínido independizó su deseo sexual de su ciclo menstrual estableciendo una diferencia con el resto de las hembras animales.

Papiro de Petri redactado entre los años 1550-1850 A.C, es el primer texto de prácticas medicinales y contenía lo que se consideraba el primer reglamento escrito sobre anticoncepción, en el aparecen algunas recetas sobre espermaticidas, una de ellas consistía en irritar la vagina mediante lavados con miel y bicarbonato de sodio para evitar los embarazos.

Papiro de Ebers es el segundo texto más importante y más antiguo de los tratados médicos, redactado en Egipto en el 1550 A.C, mencionaba un tapón de goma arábiga y dátiles que servía como espermaticida.

Talmud, libro de la tradición hebrea, ofrece una guía en temas planificación familiar, sugiere que la anticoncepción de ninguna manera está prohibida y recomienda a las mujeres que usen el Morh, (refiriéndose a algodón) como un tapón.

Libro de Aristóteles (Historia Animalium, siglo V, A.C). Es la primera referencia griega sobre anticoncepción, la impedían untando toda la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo con incienso mezclado con aceite de oliva.

Sumsu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: “tómese algo de aceite y mercurio fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre”.

Para el 200 A.C, se documentó sobre un pequeño cono de semillas de granada y cera inventados por los egipcios para prevenir la ovulación, y es considerado como el primer anticonceptivo con estrógenos naturales.

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 tuvo antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas de animales (del intestino y la vejiga) a manera de condón para evitar el paso del semen a la cavidad uterina y también evitar la propagación de enfermedades venéreas.

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. También se sabía para la época, que la lactancia materna tenía cierto grado de eficacia como anticonceptivo natural secundario (Sanyo y Molina, 2005).

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.

Soranos Éfeso (año 70 A.C) el ginecólogo más importante de la antigüedad recomendaba que cuando el hombre fuera a eyacular la mujer debía contener la respiración, luego levantarse, ponerse en cuclillas e intentar estornudar y tomarse algo frio.

En el siglo VIII (D.C), existía la creencia en Persia que estornudar y dar los siete saltos mágicos hacia atrás después del coito desalojaba el semen. Diez siglos después (XVIII y principios de XIX), en Francia todo buen hotel tenía una ducha postcoital a disposición de sus clientes con la creencia de que el lavado vaginal con jabón, limón o vinagre, era un buen método anticonceptivo, pero aun hoy en pleno siglo XXI continúan estas creencias.

Martos (2009) menciona el coito interrumpido como uno de los métodos más usado desde la antigüedad para evitar la concepción, no necesitaba de pócimas, ni lavados, solo se necesitaba que el hombre retirara su pene de la vagina de la mujer antes de eyacular. La Biblia en el libro de Génesis 38:9-10 hace referencia a un hombre que “vertía en tierra” para no darle descendencia a su hermano. En las antiguas tradiciones musulmanas el coitus interrupto aparece en primer lugar como método anticonceptivo. Es uno de los métodos que sigue persistiendo la actualidad.

También se tiene información que en tribus nómadas antiguas se utilizaban algunos métodos para evitar los embarazos, los que actualmente se conocen como métodos anticonceptivos naturales y se ha reportado que en las momias descubiertas en Egipto, algunas tenían introducidas dentro de su útero pequeñas piedras redondeadas, trozos de marfil y huesos (Sanyo y Molina 2005).

Para los años 1880 se describe el primer procedimiento de oclusión tubarica bilateral en mujeres (o salpingoclasia), como método anticonceptivo definitivo, hecha por el médico Lungren. Para los hombres la vasectomía como método de anticoncepción definitiva, tiene sus inicios en 1930 con Sharp, pero fue en 1963 que Poffenberger publico resultados excelentes sobre la misma (Sanyo y Molina 2005).

En cuanto a la eficacia de las hormonas, para principios del siglo XX, estudios científicos demostraron que estas controlan el ciclo menstrual de las mujeres y que en su producción participan el cerebro y los ovarios (Pro familia s/f). Para los años 20 un laboratorio Alemán investigo las hormonas sexuales y fabricaron el primer preparado hormonal cíclico, años más tarde científicos norteamericanos descubrieron que el estrógeno inhibe la ovulación.

Para mediados del siglo XX, a partir de la síntesis de noretisterona en 1951, se considera al mexicano Luis E. Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral. Para 1960 fue aprobado el uso de la píldora anticonceptiva en Estados Unidos, convirtiéndose su uso y comercialización en uno de los avances más importantes que transformó la vida sexual femenina. El condón se empezó a fabricar a partir del látex.

Para 1967 comienza el desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos, 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 anticonceptivo¹⁵.

Para esa misma fecha fue diseñado un dispositivo de plástico llamado la "T" con cobre de colocación intrauterina, pero en 1970 se demostró que añadiéndole esteroides y progesterona se conseguía el efecto anticonceptivo. Posteriormente se fueron creando e incorporando nuevos métodos.

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 se ha mejorado su eficacia y duración.

¹⁵ Montenegro. Anticonceptivo Subdérmico. Perinatol Reprod Hum 2005; 19: 31-43

Actualmente a pesar de la diversidad de métodos anticonceptivos y su eficacia para el control prenatal y protección contra infecciones de transmisión sexual, algunas culturas restringen o desalientan el acceso al uso de métodos anticonceptivos y control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable¹⁶.

A partir de la creación de diversas leyes en materia de Salud se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, que garantiza la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, en el sistema público en los distintos establecimientos de salud como en obras sociales y prepagas, a través de los programas institucionales de distribución comunitaria, también en clínicas y farmacias.

La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos es llamado planificación familiar.

Todos son seguros y efectivos. Considerando sus características, cada persona debe elegir el mejor método para ella/él, y el que mejor se adapte a sus necesidades y convicciones. El equipo de salud debe acompañar a las personas en la elección del método anticonceptivo que utilizará.

Para ello, es fundamental la información que brinde acerca de cómo funciona, cuál es su eficacia, cuál es su uso correcto, sus ventajas y desventajas, los signos, síntomas o situaciones de alarma que deben hacer consultar, las posibilidades de retorno a la fertilidad después de la interrupción del mismo y cómo protegerse de las ITS, incluyendo el VIH/Sida.

¹⁶Jerónimo Maturana, C., et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta méd. peruana [online]. 2009, vol.26, n.3 [citado 23 setiembre 2015], pp. 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el índice de Pearl, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido según la forma de administración del mismo. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido. La alta tasa de embarazos no deseados a pesar de la anticoncepción destaca la importancia de comprender la eficacia anticonceptiva en términos de uso habitual y uso correcto.

- Uso habitual: gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

- Uso correcto: gestaciones producidas con el uso perfecto del método. En el inicio y seguimiento del uso de métodos anticonceptivos por parte de una persona sana, se categorizan prácticas recomendadas según la evidencia científica disponible.

En caso de que la persona presente alguna afección médica o se encuentre en otra situación especial, los “Criterios Médicos de Elegibilidad” son una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones respecto a la seguridad de los distintos métodos. El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana.

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).¹⁷

II. 2 Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad son un conjunto de de pautas elaborados el 9-12 de marzo de 2014 y el 24-25 de septiembre de 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien convocó dos reuniones del Grupo de Elaboración de la Guía (GEG) integrado por 68 personas que representan una amplia gama de partes interesadas, con el propósito de examinar, y en su caso, revisar la cuarta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME). Como parte de de la revisión el GEG examinó 14 tópicos que abarcan más de 575 recomendaciones.

Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en planificación familiar. Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), cuya primera edición se publicó en 1996, representan las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. Esta es la quinta edición de los CME y la más reciente de una serie de actualizaciones periódicas.

¹⁷Jerónimo Maturana, C., et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta méd. peruana* [online]. 2009, vol.26, n.3 [citado 23 setiembre 2015], pp. 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.

Tópicos revisados en la quinta edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)*

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia ^a
1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario (Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	

II. 3 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.¹⁸

¹⁸Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs

Métodos Temporales:

Métodos Hormonales.

Estos son esteroides sintéticos utilizados para la regulación de la fertilidad. 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 son¹⁹.

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.

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

¹⁹J. Parra-Villaruel, J. Domínguez-Plascencia, J. Maturana-Rosales, R. Pérez-Villegas, M. Carrasco-Portiño, Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile, Salud Colectiva, Buenos Aires, 9 (3) (2013), pp. 391–400.

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 tabletas²⁰.

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.

²⁰E.A. Chelhond-Boustanie, L. Contreras-Vivas, M. Ferrer-Ladera, I. Rodríguez, Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela, Revista Médica de Risaralda, 18 (2) (2012), pp. 112–115.

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 materna²¹.

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/SIDA²².

²¹Este artículo debe citarse: Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam. 2015;22(2):35-38

²²Fétis, 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

Métodos Hormonales Inyectables.

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales de larga duración. Más de 12 millones de mujeres en todo el mundo lo utilizan;²³ 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 ampolleta con 2 ml de suspensión acuosa microcristalina conocida comercialmente como Depoprovera®. Y las que contienen Enantato de Noretisterona (NET – EN) en ampolletas 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.²⁴

²³Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la juventud en España, 2012 [consultado 16 Ene 2014]. Disponible en: www.injuve.injuve.es/observatorio.

²⁴Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de atención ginecológica en la infancia y adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia;2013. p. 143-151.

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.²⁵
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).

²⁵Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011 (21 + 7 días) Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/index.php.

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).²⁶

Implantes Sub-dérmicos.

Son métodos temporales de acción prolongada, 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.

Existen varios tipos de implantes que contienen 1, 2 y 6 capsulas de dimetilpolisiloxano cada 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

²⁶Cancelo Hidalgo MJ, Parera Junyent N, de la Viuda García E, Parra Ribes I, Rodríguez Jiménez MJ, González Navarro JV. Anticoncepción en la adolescencia. Documento de Consenso Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Octubre 2013. p. 11-79.

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.

. 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.²⁷

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.

²⁷García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.sego.es.

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.

. 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.⁴¹

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.

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.²⁸

Existen dos métodos:

²⁸López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003552. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2010;3:CD003552.

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,²⁹ 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

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.³⁰

Desventajas

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.

Dispositivo Intrauterino (DIU).

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.³¹

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

²⁹Tia M, Guy N, Brock PH, Dake Yang. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Ped Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195-200.

³⁰Alvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos E. Guía actualizada de anticoncepción de urgencia . Madrid: Sociedad Española de Contracepción [consultado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://>

³¹Schwarz RL. Obstetricia. El Ateneo, 6ta. Edición. Buenos Aires, Argentina 2005: 526.

aminora el transporte de espermatozoides, impide su capacidad de fecundar el óvulo y puede ser espermicida.³²

Existen varios tipos³³:

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.³⁴

La técnica para colocarlo es sencilla: se coloca un espejo, se limpia el cuello con solución antiséptica, se fija el cuello con una pinza erina y se realiza una

³²Fortenberry JD, Middlelman MD, Torchia MM. Sexually transmitted diseases: overview of issues specific to adolescents. Octubre 2013 [consultado 9 Dic 2013]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/.

³³Cabrera Díaz S, Carbonell Socías M, Suárez Valero M. Infecciones por VPH en la adolescencia. Vacunación. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia;2013. p. 135-142.

³⁴Instituto Nacional de la Juventud (INJUV).)Sexta encuesta nacional de la juventud. 2010. http://www.injuv.cl/portal/wpcontent/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf

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.⁴⁸

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.
5. Expulsión parcial o total si no está correctamente insertado.
6. Perforación uterina o de víscera hueca.
7. Embarazo 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.³⁵

Métodos de Barrera.

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

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.³⁶

Forma de uso.

Ambos se colocan antes del coito, para el hombre 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

³⁵United Nations, Department of Economic and Social Affairs. The Millennium Development Goals Report 2010. New York: United Nations; 2010.

³⁶Andreea A Creanga, Duff Gillespie, Sabrina Karklins & Amy O Tsui. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:258-266.

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.
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 use 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.

Diafragma y Capuchón Cervical.

Por lo menos el 1 por ciento de las usuarias utilizan este método 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.³⁷

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 al 91 por ciento para las mujeres que nunca han tenido hijos. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual.³⁸

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.

³⁷González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Molina R. "Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas". Rev Méd Chile 2009; 137: 1187-1192.

³⁸L. Campero Cuenca. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013;149:299-307.

2. El usarlo con espermicidas logra cierta protección contra las ITS como la gonorrea, clamidia y la tricomoniasis.³⁹
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.

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.

³⁹Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, HernándezLópez MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010. pp. 25-36.

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».

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.⁴⁰

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.⁴¹
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

⁴⁰García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.sego.es.

⁴¹Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.

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 sintotérmico, 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.

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.⁴²
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.

⁴²Ministerios de Salud pública y Asistencia social. Norma Nacional de Planificación Familiar. Serie de normas nacionales, no.14, 2da. Ed. 2006. República Dominicana.

Métodos Tradicionales

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.

Métodos Permanentes o Quirúrgicos.

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).⁴³

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.⁴⁴ 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.

⁴³Hatcher, R. Planificación familiar. 1ra edición. 1999.

⁴⁴García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.sego.es.

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.⁴⁵

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.

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 espermatozoides 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.
3. La vasectomía no proporciona protección contra ITS/VIH/SIDA.

⁴⁵Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs.

III. 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos	Conjunto de información, que se tiene de una materia o ciencia.	Resultados de la evaluación	Suficiente Insuficiente Satisfactorio
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Años cumplidos 16-20 20-24 25-28 29-32 33-37 38 y mas	Ordinal
sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Femenino Masculino	ordinal
Religión	Conjunto de creencias religiosas de normas de comportamientos y ceremonias de oración o sacrificios con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Católica, Pentecostal evangélica Mormón Adventista Ninguna otras	nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal respecto a esto.	casada soltera unión estable	ordinal

Métodos 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
Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes	Número de veces que con frecuencia son utilizados por los estudiantes.	Condón Pastillas Inyección Implante subdermico Coito interuptus Anticonceptivo de emergencia Diu	Nominal
Edad de la primera relación sexual	Periodo de tiempo que se establece el coito por primera vez	Años cumplidos 10 – 15 16 – 20 21 – 24 25 – 28 29 – 32 33 – 37 38 y más	Ordinal

<p>Educación Sexual</p>	<p>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</p>	<p>Padres Amigos Medicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia</p>	<p>Nominal</p>
<p>Fuente informativas sobre métodos anticonceptivos</p>	<p>Diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento sobre métodos anticonceptivos.</p>	<p>Padres Amigos Médicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia</p>	<p>Nominal</p>

III.4. Muestra

La muestra estuvo representada por 336 estudiantes (13%) que acudieron al Recinto de la Universidad Autónoma de San Cristóbal.

III.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

III.5.1. Criterios de Inclusión

1. Estudiantes que cursaban una carrera universitaria.
2. Estudiantes que asistieron al recinto universitario el día de la entrevista.
3. Estudiantes que aceptaron ser entrevistados.

III.5.2. Criterios de Exclusión

1. Estudiantes que no desearon participar en la entrevista.
2. Estudiantes que no se encontraron en el recinto al momento del estudio.

III.6. Instrumento de Recolección de Datos.

La recolección de la información se realizó a través de un formulario que contiene los datos sociodemográficos de los estudiantes tales como: edad, sexo, religión, estado civil, carrera universitaria, y diversas preguntas sobre anticoncepción. Este formulario se redactó en formato 8½ x 11 y se aplicó previo consentimiento informado y se tomó en cuenta dichas variables en la investigación. (Ver anexo I. Instrumento de recolección de datos).

III.7. Procedimiento.

Previa autorización de la rectoría universitaria y el consentimiento de los estudiantes a entrevistar y luego de haberseles explicado en qué consistía la entrevista, se les aplicó una encuesta-cuestionario, mediante un formulario el cual fue llenado por estos en el recinto universitario. La selección de los estudiantes se realizó de manera aleatoria y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya señalados anteriormente. Se entrevistaron 329 estudiantes, correspondientes al Ciclo Básico, y las carreras de Educación Básica, Contabilidad, Ingeniería Industrial, Psicología Escolar, Derecho, entre otras; de los 336 que correspondían a la muestra ya que 7 de ellos no quisieron ser entrevistados.

III.8. Tabulación.

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

III.9. Análisis

Se analizó por medio de frecuencias simples.

III.10. Aspectos Éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁶ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la universidad, a través de la coordinación de la unidad de investigación de la universidad, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de los datos identificatorios ofrecidos por los estudiantes del Centro Universitario. Los mismos fueron manejados con suma cautela e introducidos en la base de datos creada con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

Todos los informantes de este estudio fueron abordados de manera personal y todos los datos recopilados fueron manejados con el estricto apego a la Confidencialidad, además la identidad de los/las entrevistados fue protegida en todo momento.

⁴⁶Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.

IV. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

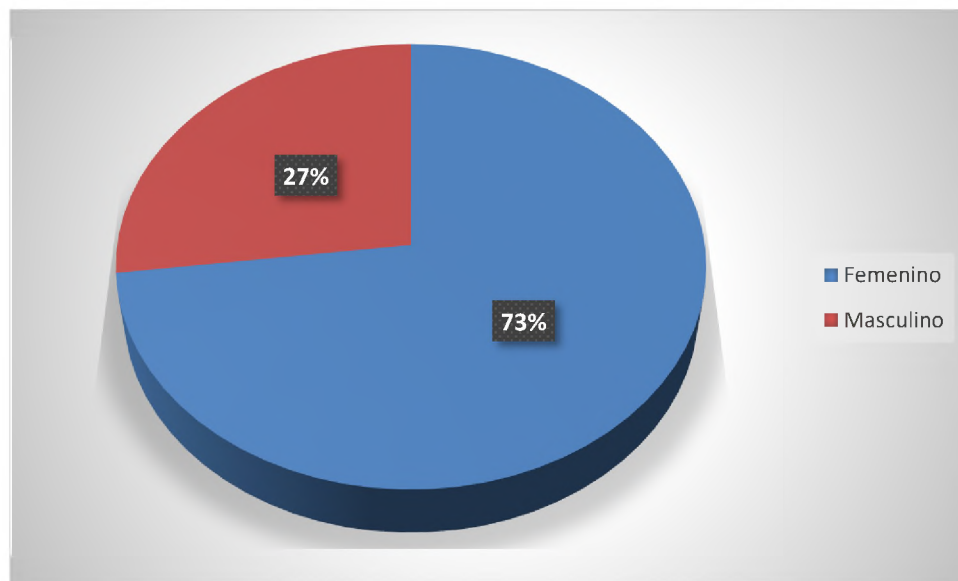
Tabla No. 1

Distribución de los estudiantes según género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	241	73
Masculino	88	27
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 1



En este grafico se observa que el 73% de los estudiantes son de género femenino mientras que un 27% pertenece al masculino.

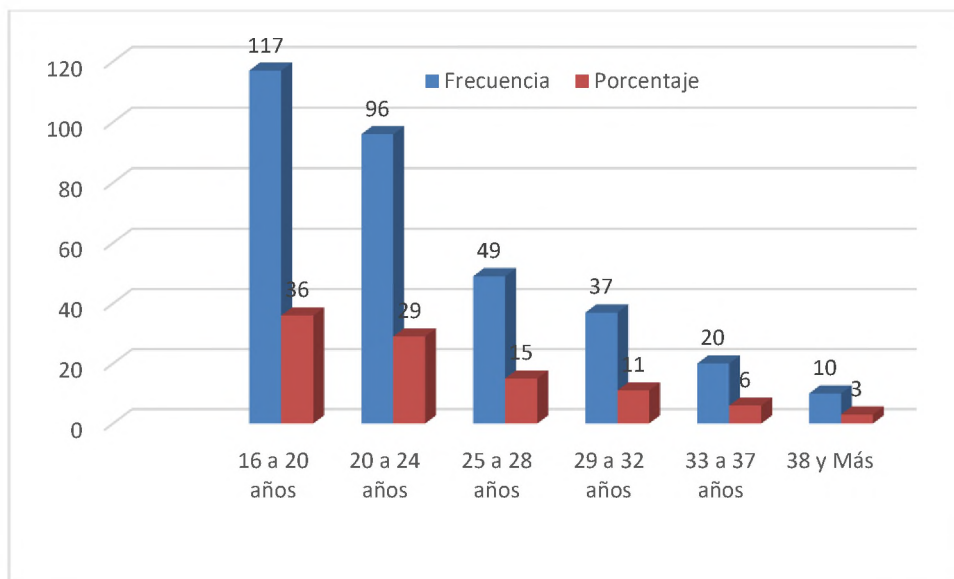
Tabla No. 2

Distribución de los estudiantes según edad

Edades (en años)	Frecuencia	Porcentaje
16 a 20 años	117	36
20 a 24 años	96	29
25 a 28 años	49	15
29 a 32 años	37	11
33 a 37 años	20	6
38 y Más	10	3
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 2



En este gráfico se observa que un 36% de los estudiantes tienen entre 16 a 20 años, el 29% de 20 a 24 años, un 15% de 25 a 28 años, el 11% de 29 a 32 años, un 6% de 33 a 37 años y un 3% 38 años o más.

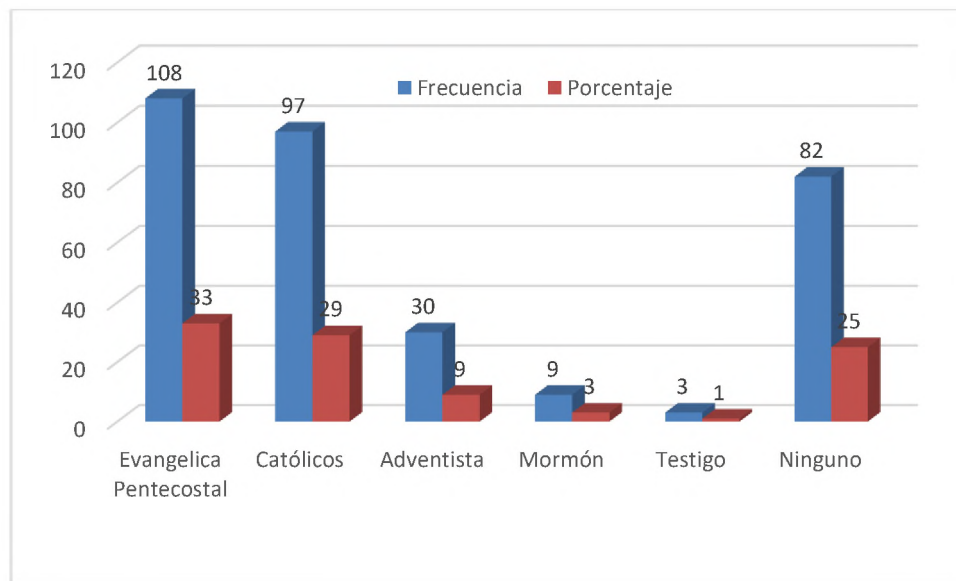
Tabla No. 3

Distribución de los estudiantes según religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Evangelica Pentecostal	108	33
Católicos	97	29
Adventista	30	9
Mormón	9	3
Testigo	3	1
Ninguno	82	25
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 3



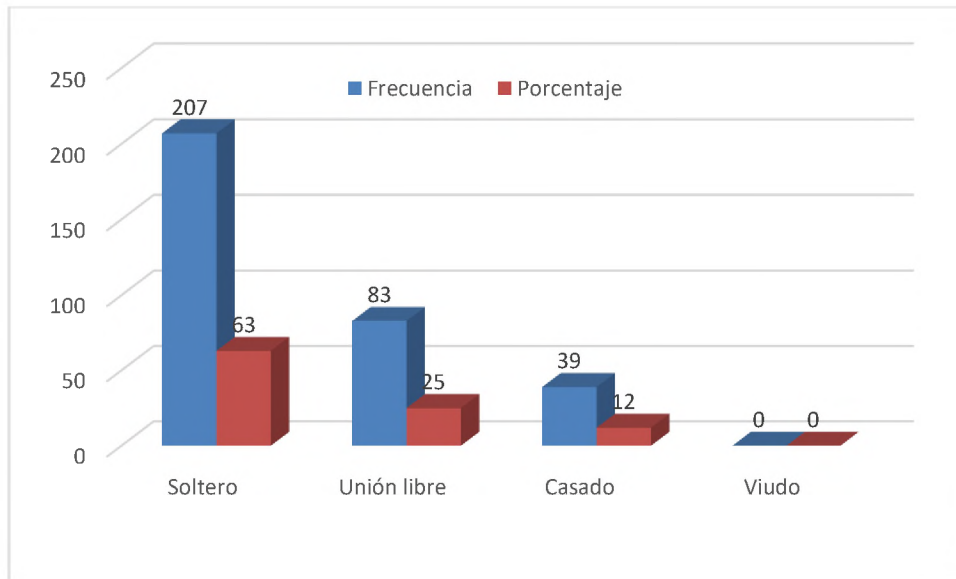
En este gráfico se observa que un 33% de los estudiantes pertenecen a la religión evangélica pentecostal, 29% a la religión católica, 9% son adventistas, 3% mormón, 1% son testigos y un 25% no profesa ninguna religión.

Tabla No. 4
Distribución según estado civil

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	207	63
Unión libre	83	25
Casado	39	12
Viudo	0	0
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 4



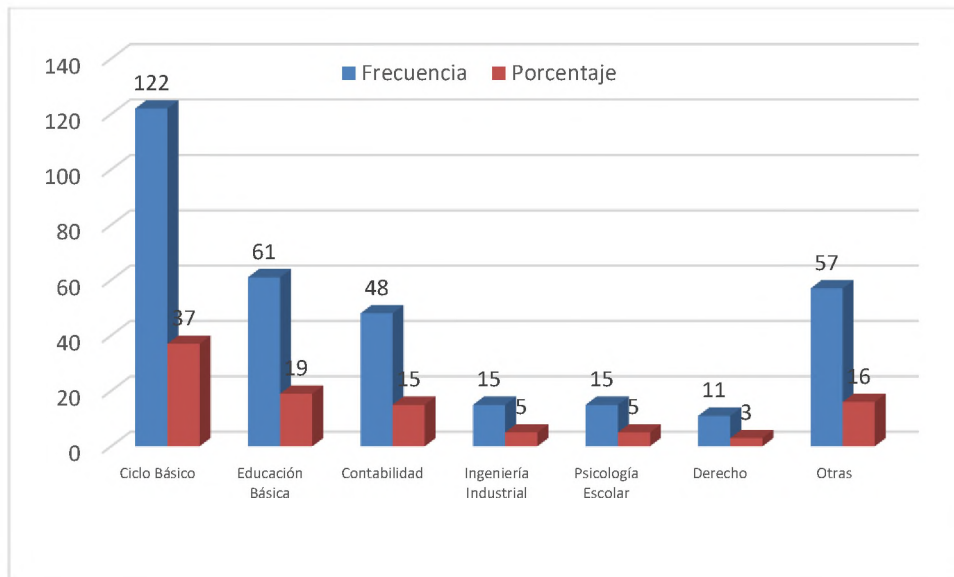
En este gráfico se observa que un 63% de los estudiantes está soltero, un 25% convive en unión libre y 12% está casado.

Tabla No. 5
Distribución según carrera que cursan

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Ciclo Básico	122	37
Educación Básica	61	19
Contabilidad	48	15
Ingeniería Industrial	15	5
Psicología Escolar	15	5
Derecho	11	3
Otras	57	16
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 5



En este gráfico se observa que un 37% de los estudiantes cursa el ciclo básico, el 19% educación básica, 15% contabilidad, un 5% ingeniería industrial y psicología escolar, un 3% derecho y un 16% cursa otras carreras.

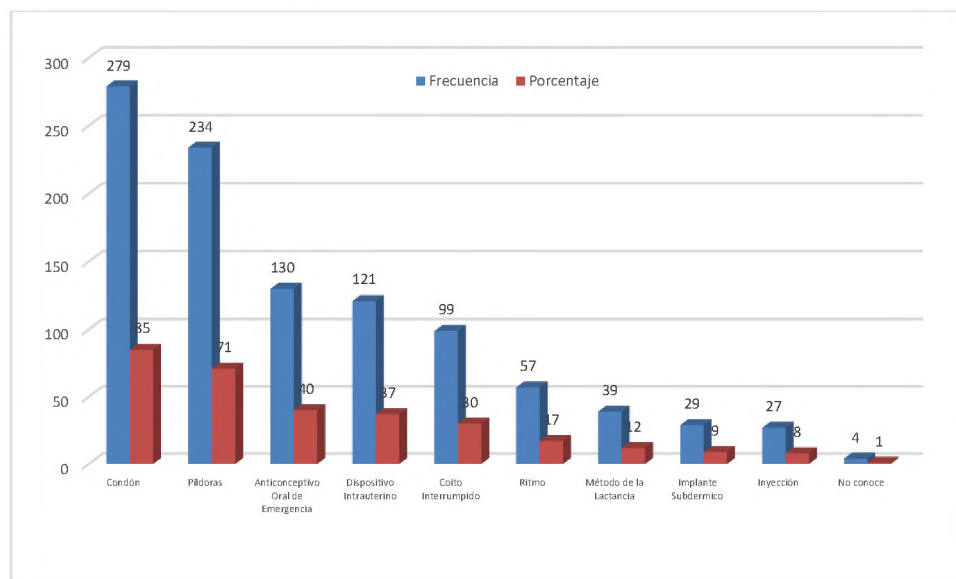
Tabla No. 6

Distribución según método de planificación conocido por los estudiantes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Condón	279	85
Píldoras	234	71
Anticonceptivo Oral de Emergencia	130	40
Dispositivo Intrauterino	121	37
Coito Interrumpido	99	30
Ritmo	57	17
Método de la Lactancia	39	12
Implante Subdermico	29	9
Inyección	27	8
No conoce	4	1

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 6



En este gráfico se observa que un 85% de los estudiantes conoce el condón, un 71% las píldoras, el 40% anticonceptivo oral de emergencia, el 37% el dispositivo intrauterino, el 30% coito interrumpido, 17% el método del ritmo, el 12% el método de la lactancia materna, un 9% implante subdermico, el 8% inyección y un 1% no conoce los métodos anticonceptivos.

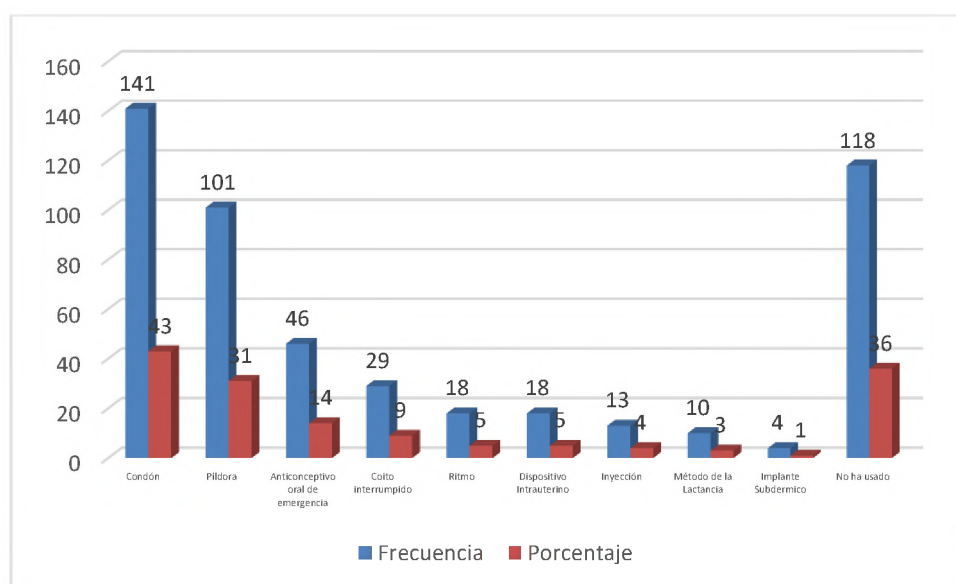
Tabla No. 7

Distribución según método de planificación utilizado por los estudiantes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Condón	141	43
Píldora	101	31
Anticonceptivo oral de emergencia	46	14
Coito interrumpido	29	9
Ritmo	18	5
Dispositivo Intrauterino	18	5
Inyección	13	4
Método de la Lactancia	10	3
Implante Subdermico	4	1
No ha usado	118	36

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 7



En este gráfico se observa que un 43% de los estudiantes ha utilizado el condón, un 31% las píldoras, el 14% anticonceptivo oral de emergencia, el 9% coito interrumpido, un 5% el método del ritmo y el dispositivo intrauterino, un 4% la inyección, un 3% método de la lactancia, un 1% implante subdermico y un 36% no ha usado.

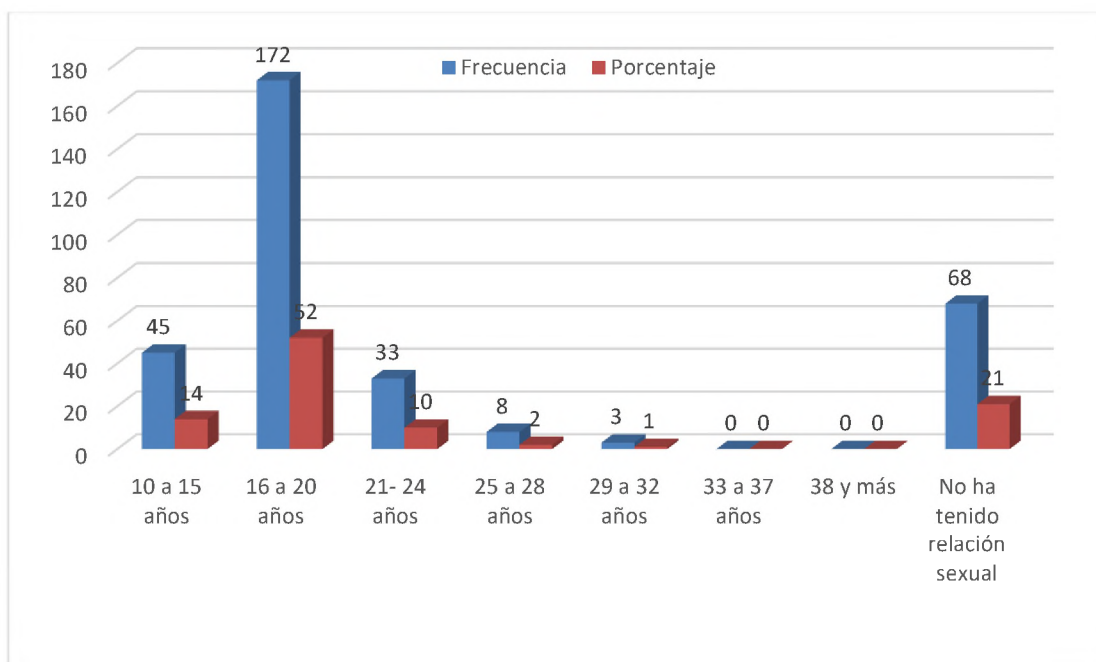
Tabla No. 8

Distribución según edad de la primera relación sexual

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
10 a 15 años	45	14
16 a 20 años	172	52
21- 24 años	33	10
25 a 28 años	8	2
29 a 32 años	3	1
33 a 37 años	0	0
38 y más	0	0
No ha tenido relación sexual	68	21
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 8



En este grafico se observa que un 52% de los estudiantes tuvo su primera relación sexual entre los 16 a 20 años, un 21% no ha tenido relación sexual, el 14% de 10 a 15 años, un 10% de 21 a 24 años, el 2% de 25 a 28 años y 1% de 29 a 32 años.

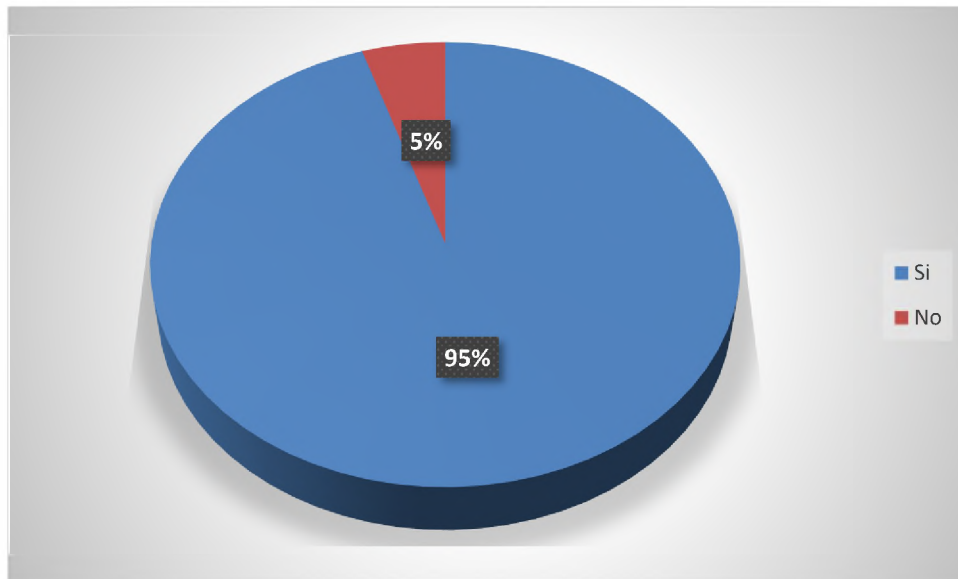
Tabla No. 9

Distribución según si ha recibido educación sexual

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	312	95
No	17	5
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 9



En este gráfico se observa que un 95% de los estudiantes ha recibido educación sexual mientras que un 5% no ha recibido.

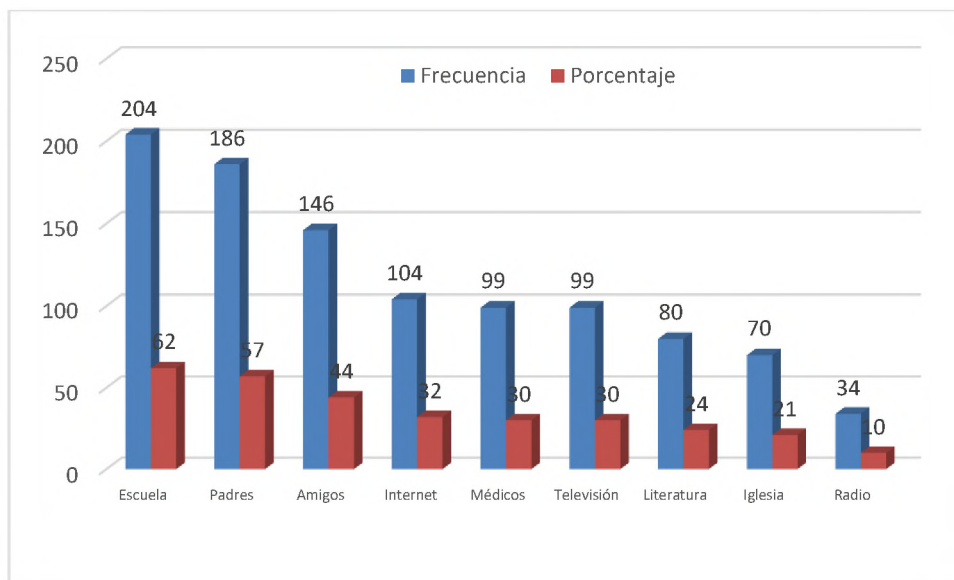
Tabla No. 10

Distribución según fuente de información sobre educación sexual

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	204	62
Padres	186	57
Amigos	146	44
Internet	104	32
Médicos	99	30
Televisión	99	30
Literatura	80	24
Iglesia	70	21
Radio	34	10

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 10



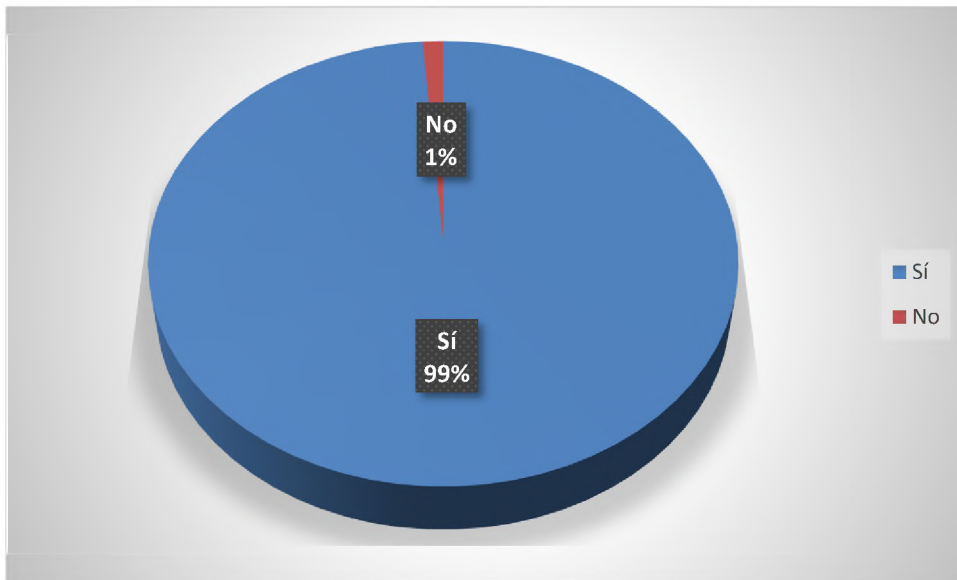
En este gráfico se observa que un 62% de los estudiantes ha recibido información sobre educación sexual de la escuela, un 57% de sus padres, 44% de sus amigos, un 32% de internet, un 30 de los médicos y de la televisión, 24% de la literatura, 21% de la iglesia y 10% de la radio.

Tabla No. 11
Distribución según ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sí	325	99
No	4	1
Total	329	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 11



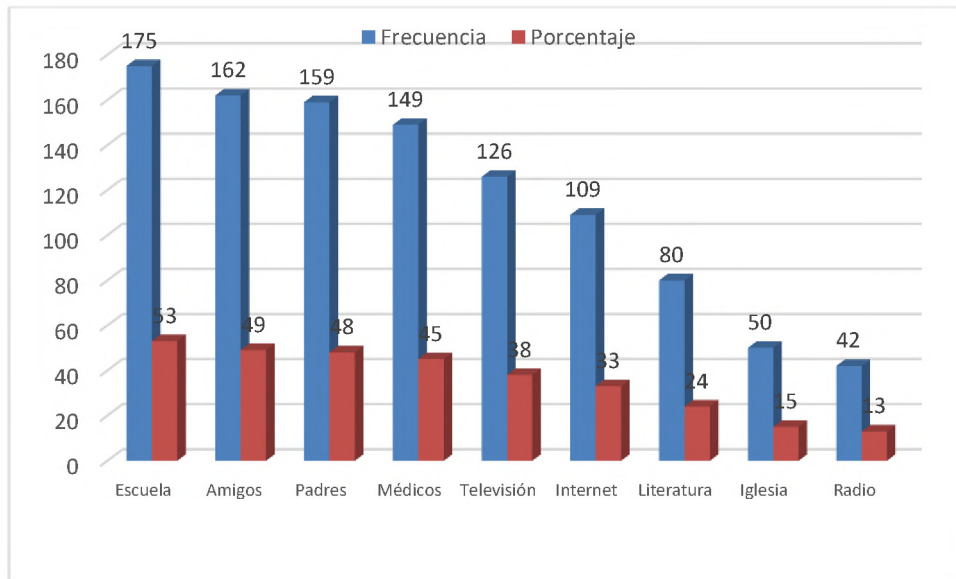
En este gráfico se observa que 99% de los estudiantes afirma que ha recibido información sobre los métodos anticonceptivos, mientras que un 1% dijo que no.

Tabla No. 12
Distribución según fuente de información sobre
Los métodos anticonceptivos

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	175	53
Amigos	162	49
Padres	159	48
Médicos	149	45
Televisión	126	38
Internet	109	33
Literatura	80	24
Iglesia	50	15
Radio	42	13

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 12



En este gráfico se observa que un 53% de los estudiantes ha recibido información los métodos anticonceptivos de la escuela, un 49% de los amigos, el 48% de los padres, un 45% de los médicos, 38% de la televisión, un 33% de internet, un 24% de la literatura, un 15% de la iglesia y un 13% de la radio.

IV.2 ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Los resultados encontrados al realizar la entrevista a los estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Recinto San Cristóbal, y luego de procesar la información son los siguientes:

Variable características socio demográficas (edad, sexo, religión, estado civil, carrera que cursan)

Encontramos que el 73% de los estudiantes son de género femenino y 27% masculino. La edad más frecuente fue de 16 a 20 años con un 36%, de 20 a 24 años con un 29%, de 25 a 28 con un 15%, de 29 a 32 con un 11%, de 33 a 37 con un 6% y de 38 años o más 3%.

Estas características de la población, guarda relación con la presentada por López (2015), donde el grupo de 17-19 años fue de 44.4%.

En cuanto a la religión 33% son evangélicos pentecostales, 29% católicos, 9% adventista, 3% mormón, 1% testigo de Jehová y 25% no profesa ninguna religión. Con relación al estado civil 63% está soltero, 25% convive en unión libre y un 12% está casado.

En cuanto a la carrera que cursan 37% corresponde al ciclo básico, 19% a la de educación básica, 15% contabilidad, 5% ingeniería industrial y psicología escolar, 3% derecho y 16% otras carreras.

Variable métodos de planificación conocidos por los estudiantes

Según el estudio un 85% de los estudiantes conoce el condón, 71% las píldoras, 40% el anticonceptivo oral de emergencia, 37% el dispositivo intrauterino, 30% el coito interrumpido, 17% el método del ritmo, 12% el de la lactancia materna, 9% el implante subdermico, 8% la inyección y un 1% no los conoce.

Datos similares fueron reportados por Davila-M.Rocío, Ponce-Rosas Efrén R. (2015), en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de México, donde un 95.8% de los estudiantes conocen el condón, 57% las pastillas, 32% el dispositivo intrauterino, 47% la inyección, 65% el coito interrumpido y 13% el anticonceptivo oral de emergencia.

Variable métodos de planificación utilizados por los estudiantes

Un 43% de los estudiantes ha usado el condón, 31% la píldora, 14% el anticonceptivo oral de emergencia, 9% el coito interruptus, 5% el ritmo y el dispositivo intrauterino, 4% la inyección, 3% el método de la lactancia, 1% el implante subdermico y 36% no ha utilizado ninguno.

Estos resultados concuerdan con lo descrito en el informe sobre el uso mundial de anticonceptivos publicado por la ONU (mayo 2011), donde en EE.UU por ejemplo se reportó que el 66% de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo.

También con el estudio publicado por Navarro y Álvarez (2012), donde describen que si bien los jóvenes conocen los métodos anticonceptivos un grupo importante no los utiliza.

Estos resultados también corroboran con la investigación hecha por Sánchez Reyes L. en Ecuador (2015), donde se reportó que el grupo de edad comprendido entre 17 y 19 años muestra una mayor tendencia al uso de anticonceptivos (65%), contrario a las edades menor a 14 y entre 14 a 16 que dijo no haber usado. Se corrobora que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el uso de anticonceptivo, postulando que mientras mayor es la edad hay mayor uso de anticonceptivos y viceversa.

Variable edad de la primera relación sexual

El estudio reportó que un 52% de los estudiantes tuvo su primera relación sexual en la edad comprendida los 16 a 20 años, un 21% no ha tenido relación sexual, el 14% de 10 a 15 años, un 10% de 21 a 24 años, el 2% de 25 a 28 años y 1% de 29 a 32 años. Al respecto no se encontraron estudios que guarden relación con este, ya que los estudios existentes solo trabajan la temática basada en adolescentes.

Determinar si los estudiantes han recibido educación sexual

El 95% de los estudiantes ha recibido educación sexual, mientras que un 5% no ha recibido.

Nair Mk, Leena ML y cols (India 2013) en su estudio (a jóvenes de 10 a 24 años), reportaron que a medida que la edad avanza un alto porcentaje de varones (43,4%) y hembras (61,7%) discuten temas de salud sexual reproductiva entre ellos mismos y que el aumento de ganancia de conocimiento y mejores actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva mejora con la edad.

Identificar la fuente de información sobre educación sexual

Un 62% de los estudiantes ha recibido información sobre educación sexual de la escuela, 57% de sus padres, 44% de los amigos, 32% de internet, 30% de médicos y la televisión, 24% a través de literaturas, 21% de la iglesia y un 10% de la radio.

Especificar si los estudiantes han recibido información sobre los métodos anticonceptivos

El 99% ha recibido información sobre métodos anticonceptivos y el 1% no ha recibido.

Identificar fuente de información sobre los métodos anticonceptivos

El 53% ha recibido información sobre métodos anticonceptivos de la escuela, 49% de los amigos, 48% de sus padres, 45% de médicos, 38% a través de la televisión, 33% del internet, 24% de la literatura, 15% de la iglesia, 13% de la radio.

Estos resultados guardan relación con la investigación realizada por Sánchez Reyes L. en Ecuador (2015), que refiere como principales fuentes de información los establecimientos educativos con el 70.08%, seguido de los establecimientos de salud y el internet.

IV. 3 CONCLUSIONES

Después de realizado el proceso investigativo sobre los conocimientos y usos de los métodos de planificación en estudiantes de la universidad autónoma de santo domingo, recinto san Cristóbal, octubre-noviembre 2018, tomando en cuenta los objetivos y el análisis de los resultados, se emiten las siguientes conclusiones:

Con relación a las características sociodemográficas de los estudiantes, se encontró que el sexo más predominante fue el femenino (73%), siendo la edad más frecuente de 16 a 20 años. La religión principal fue la evangélica pentecostal (33%), seguida de la católica (29%). El 37% de los estudiantes cursan el Ciclo Básico, y un 19% de la Licenciatura en Educación Básica.

Respecto a los métodos de planificación conocidos por los estudiantes el condón fue el más mencionado (85%), seguido de las píldoras (71%), el anticonceptivo oral de emergencia (40%), el dispositivo intrauterino (37%), el coito interrumpido (30%), el ritmo (17%), el método de la lactancia materna (12%), el implante subdérmico (9%) y la inyección (8%), destacándose que tienen un amplio conocimiento sobre los distintos métodos.

En cuanto a los métodos de planificación utilizados por los estudiantes, el condón es el que más utilizan (43%), seguido de las píldoras (31%), el anticonceptivo oral de emergencia (14%), el coito interrumpido (9%) y la inyección (4%). Esto denota que saben cómo protegerse al momento de tener relaciones sexuales y evitar embarazos no deseados.

Un porcentaje elevado de los estudiantes (53%) tuvo su primera relación sexual entre los 16 a 20 años de edad, un 14% entre 10 a 15 años, un 10% entre 25 a 28 años, mientras que un 21% todavía no ha tenido relaciones sexuales.

Esto pone en evidencia que el inicio de la primera relación sexual sigue sucediendo a temprana edad.

Con relación a si los estudiantes han recibido educación sexual, 95% lo afirmo, aun así un porcentaje de ellos han tenido relaciones sexuales a muy temprana edad. El 62% de ellos obtuvo la información de la escuela, 57% de sus padres, 44% de los amigos, 32% del internet, 30% de los médicos, 24 % de la literatura y 21 % de la iglesia. Lo que nos dice que la escuela y los padres siguen siendo la principal fuente de información para los jóvenes, seguido por los amigos y las redes sociales.

En relación a si han recibido información sobre los métodos anticonceptivos, el 99% dijo que si, en cuanto a la fuente un 53% recibió información de la escuela, 49% de los amigos, 48% de los padres, 45% de los médicos, 38% de la televisión, 33% del internet, 24% de la literatura, 15 % de la iglesia. La escuela sigue siendo un ente importante de información, al igual que los padres. Los amigos constituyen un porcentaje significativo al igual que los médicos. La televisión y el internet también influyen.

IV. 4 RECOMENDACIONES

Al finalizar el estudio, considerando las conclusiones y el análisis y la discusión de los resultados, se emiten las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Ministerio de Educación

Promover atención integral en salud que garantice monitoreo, actividades de planificación y seguimiento relacionado con la promoción en temas de salud sexual y reproductiva no sólo en escuelas y colegios, sino también a nivel de universidades, ya que a este nivel todavía muchos desconocen sobre estos temas; y que de ser posible quede establecido como parte de la enseñanza continua de su plan académico.

Incorporar más recursos, tanto humano como económico, a fin de implementar capacitaciones continuas a todo el personal de salud que está relacionado directamente con los programas de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los diferentes centros de salud, y así poder ofrecer informaciones actualizadas, claras y precisas sobre el tema en cuestión, al usuario, al acompañante, a la comunidad y población en sentido general, para que a su vez, estos puedan brindar en algún momento determinado información oportuna y de calidad sobre el tema.

Hacer uso continuo de los diferentes medios de comunicación, principalmente la televisión y las redes sociales, para la divulgación y difusión de temas relacionados a educación sexual y métodos anticonceptivos.

Que haya accesibilidad y disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos.

A la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Recinto San Cristóbal

Desarrollar charlas informativas sobre los métodos anticonceptivos y consejería sobre educación sexual y reproductiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual para personal clínico. Programa de Información a la población Facultad de Salud Pública. Universidad de Johns Hopkins Editorial Ardent Media INC.; 1999: viii.)
2. World Health Organization: Randomized trial of levonorgestrel versus Yuzpe Regimen of combined oral contraception. *The Lancet*. 1998; 352:428s
3. Ágora. (s/f). La construcción social de la identidad de Género. Recuperado en www.ceuta.es/cam/.../Violencia de Género. Efectos y Repercusiones.pdf Arillo, G. (2003). El inicio de la vida sexual en adolescentes Mexicanas
4. Fondo de población de las Naciones Unidas. Enfrentar el reto de los embarazos en los adolescentes. Estado de la población mundial 2013. New York: UNFPA; 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
5. M. Ayala-Castellanos, B. Vizmanos-Lamotte, R. Portillo-Dávalos Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México *Ginecol Obstet Méx*, 79 (2) (2011), pp. 86-92
6. Quintana A, Hidalgo C. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Lima: IES y Washington D.C.: Advocates For Youth, 2003. Disponible en: www.advocatesforyouth.org/publications/acortandodistancias2.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de interrupciones voluntarias del embarazo. Anuario estadístico de España. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.
8. Barriagada A, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú. Primera edición, marzo 2011.
9. Saint-Felix F, Melian Savignon C, Valón Rodríguez O, Reinoso Ortega S, Al Garcia Alcolea EE. Anticoncepción 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.
10. Sanchez-Maria C., Davila-M. Rocio, Ponce-Rosas Efrén, Conocimientos y usos de métodos anticonceptivos en estudiantes de la universidad autónoma de México, volumen 22, april-june 2015, pages 35-38.
11. 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>.
12. Julio García Baltazar, M.E. Prácticas anticonceptivas en adolescentes y jóvenes, del área metropolitana de México. Red de rastros científicos de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Instituto de Salud pública ¿Actualmente estas teniendo relaciones sexuales?, Universidad del Este de México, Julio- Agosto. 1992)
13. Nishtar NA, Sami N, Alim S, Pradhan N, Hasnain Determinants of contraceptives use amongst youth: an exploratory study with family planning service providers in Karachi Pakistan. *Glob J HealthSci*. 2013 Jan 5;5(3):1-8. doi: 10.5539/gjhs.v5n3p1.

14. Nair MK, Leena ML, Thankachi Y, George B, Russell PS: Reproductive and Sexual Health Problems of Adolescents and Young Adults: A Cross Sectional Community Survey on Knowledge, Attitude and Practice. *Indian J Pediatr.* 2013 Aug 11. [Epub ahead of print]
15. Montenegro. Anticonceptivo Subdérmico. *Perinatol Reprod Hum* 2005; 19: 31-43
16. Jerónimo Maturana, C., et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta méd. peruana* [online]. 2009, vol.26, n.3 [citado 23 setiembre 2015], pp. 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
17. Jerónimo Maturana, C., et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta méd. peruana* [online]. 2009, vol.26, n.3 [citado 23 setiembre 2015], pp. 175-179. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.
18. Angus McLaren. *Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días.* Minerva Ediciones, 1993. 316 págs
19. J. Parra-Villarroel, J. Domínguez-Plascencia, J. Maturana-Rosales, R. Pérez-Villegas, M. Carrasco-Portiño, Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 9 (3) (2013), pp. 391–400.
20. E.A. Chelhond-Boustanie, L. Contreras-Vivas, M. Ferrer-Ladera, I. Rodríguez, Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela, *Revista Médica de Risaralda*, 18 (2) (2012), pp. 112–115.
21. Este artículo debe citarse: Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam.* 2015;22(2):35-38
22. Fétis, G., Bustos, L., Lanas, 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
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la juventud en España, 2012 [consultado 16 Ene 2014]. Disponible en: www.injuve.injuve.es/observatorio.
24. Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de atención ginecológica en la infancia y adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013. p. 143-151.
25. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción. 2011 (21 + 7 días) Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/index.php.

26. Cancelo Hidalgo MJ, Parera Junyent N, de la Viuda García E, Parra Ribes I, Rodríguez Jiménez MJ, González Navarro JV. Anticoncepción en la adolescencia. Documento de Consenso Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Octubre 2013. p. 11-79.

27. García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en: www.sego.es.

28. López LM, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003552. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2010;3:CD003552.

29. Tia M, Guy N, Brock PH, Dake Yang. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Ped Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195-200.

30. Alvarez González JD, Gómez Martínez MA, González Navarro JV, Parera Junyent N, Pérez Campos E. Guía actualizada de anticoncepción de urgencia . Madrid: Sociedad Española de Contracepción [consultado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://>

31. Schwarcz RL. Obstetricia. El Ateneo, 6ta. Edición. Buenos Aires, Argentina 2005: 526.

32. Fortenberry JD, Middleman MD, Torchia MM. Sexually transmitted diseases: overview of issues specific to adolescents. Octubre 2013 [consultado 9 Dic 2013]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/.

33. Cabrera Díaz S, Carbonell Socias M, Suárez Valero M. Infecciones por VPH en la adolescencia. Vacunación. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia;2013. p. 135-142.

34. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV.). Sexta encuesta nacional de la juventud. 2010. http://www.injuv.cl/portal/wpcontent/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf

35. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. The Millennium Development Goals Report 2010. New York: United Nations; 2010.

36. Andreea A Creanga, Duff Gillespie, Sabrina Karklins & Amy O Tsui. Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:258-266.

37. González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Molina R. "Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas". Rev Méd Chile 2009; 137: 1187-1192.

38. L. Campero Cuenca. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013;149:299-307.

39. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, HernándezLópez MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO; 2010. pp. 25-36.
40. García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en:www.sego.es.
41. Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.
42. Ministerios de Salud pública y Asistencia social. Norma Nacional de Planificación Familiar. Serie de normas nacionales, no.14, 2da. Ed. 2006. República Dominicana.
43. Hatcher, R. Planificación familiar. 1ra edición. 1999.
44. García Cervera J. Contracepción en la adolescencia. Protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2012 [consultado 18 Ene 2014]. Disponible en:www.sego.es.
45. Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs.
46. Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA SER APLICADO A LOS ESTUDIANTES

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 _____

Carrera que cursa

Ciclo Básico _____

Contabilidad _____

Derecho _____

Administración de empresas _____

Educación Básica _____

Ingeniería Industrial _____

Psicología Escolar _____

Otra _____

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

Dra. Evelyn Espinosa Matos
DRA. EVELYN ESPINOSA MATOS

Asesores/as

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

Dra. Iris Margarita Paula
Dra. Iris Margarita Paula
Asesora Clínica

[Signature]
Dra. Concepción Aurora Sierra
Asesor Clínico

Jurados

[Signature]
Dra. Altagracia C. Graciano M.

[Signature]
Dr. Ervin David Jiménez Pérez

Autoridades

[Signature]
Dr. Ervin David Jiménez Pérez
Coordinador de la Residencia

Dra. Iris Margarita Paula
Dra. Iris Margarita Paula
Jefa del Departamento de MFC

[Signature]
Dra. Concepción Aurora Sierra
Gerente de Enseñanza e Investigación

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

William Duke
Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud UNPHU

Fecha de presentación: 15.2.2019
Calificación: 4.9