

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA
UNPHU**

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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES
DE 3RO Y 4TO BACHILLERATO DEL LICEO PROFESOR JUAN BOSCH, RIO
ARRIBA-BANI ABRIL-MAYO 2017**



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

PRESENTADO POR:

LIE RUSSELL SUAREZ ARIAS

ASESORA

DRA. CLARIDANIA RODRIGUEZ

DRA. CONCEPCION A. SIERRA

DRA. IRIS PAULA

SANTO DOMINGO, D. N.

NOVIEMBRE, 2017

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES
DE 3RO Y 4TO DE BACHILLERATO DEL LICEO PROFESOR JUAN BOSCH, RIO
ARRIBA-BANI ABRIL-MAYO 2017**

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	2
I.2 Planteamiento del problema.....	5
I.3 Objetivos.....	6
I.3.1 General.....	6
I.3.2 Específicos.....	6
I.4 Justificación.....	7
CAPITULO II.	
II.1 Adolescencia.....	8
II.2 Etapas de la adolescencia.....	8
II.3 Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos.....	9
II.4 Salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	14
II.5 Métodos anticonceptivos.....	18
II.6 Métodos temporales.....	19
II.7 Dispositivos anticonceptivos.....	24
II.8 Cuadro clínico.....	29
CAPITULO III	
III.1 Operacionalización de las variables.....	36
III.4 Material y métodos.....	37
III.4.1 Tipo de estudio.....	37
III.4.2 Población y muestra.....	38
III.4.3 Instrumento y recolección de información.....	38

CAPITULO IV

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

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El uso de la anticoncepción desde la antigüedad nos demuestra que la sociedad, independiente de su punto de vista, ha comprendido la necesidad de utilizar estas técnicas. Su evolución, que en primera instancia estuvo más influida por las costumbres y las creencias, permite que hoy contemos con una vasta gama de anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos. Estas opciones son predominantemente variaciones de las formulaciones de anticonceptivos orales y dentro de esta se encuentran las denominadas “píldoras de la mañana siguiente”. Sin embargo, un mejor nombre es “anticonceptivo de emergencia”. Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anticoncepción de emergencia (AE) es un método de prevención de embarazo que funciona dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber mantenido una relación sexual sin protección. No se considera un método de planificación familiar, su uso se reserva solo para situaciones de emergencia.¹

La adolescencia es una etapa elemental dentro del desarrollo psicosocial, afectivo y emocional del individuo. Por ende, es la etapa más dificultosa en la relación entre padres e hijos, ya que cada joven debe decidir sobre su vida sexual, donde las consecuencias de sus actos dependerán en gran medida de la educación sexual recibida en casa, del uso de métodos anticonceptivos y de las normas que rigen la sociedad donde se desenvuelve.

El acceso a la AOE es un asunto de salud pública, en tanto que permite a las mujeres y, sobre todo a las más pobres, contar con un método anticonceptivo científicamente reconocido que contribuye a evitar los embarazos no deseados y sus consecuencias. Como queda claramente sentado, la AOE actúa ante de que se produzca la fecundación. En virtud de ellos, en el proceso de su incorporación de los servicio de salud o en la distribución comercial, resultan del todo innecesarias las discusiones sobre el momento en que se inicia la vida humana, o sobre el momento en que el producto de la fecundación es objeto de derechos. De la misma manera, en lo relativo resulta irrelevante la definición de embarazo y en todo caso cualquier discusión sobre el aborto.

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

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

I.1. ANTECEDENTES

Durante los últimos veinticinco años las conductas sexuales de hombres y mujeres se ha modificado como resultante de los cambios socioculturales, entre los cuales destaca la tendencia progresiva a la disminución de la edad de la primera relación sexual coital en adolescentes.

La adolescencia se considera una de las etapas más importantes en el desarrollo de la vida del ser humano, ya que involucra una serie de cambios físicos, mentales y emocionales que contribuyen a definir el comportamiento del individuo y su desarrollo dentro de la sociedad.⁷

Los métodos anticonceptivos son aquellos que impiden o reducen significativamente la probabilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales.

La pubertad es el periodo de desarrollo que sucede en la niñez y en el que se producen los cambios físicos en los que se preparan a los niños y a las niñas para adquirir la capacidad reproductiva.

La anticoncepción es uno de los aspectos de salud sexual y reproductiva que se constituye en un derecho humano básico. Supone el derecho de las personas a decidir su propia conducta reproductiva, en cuanto tener o no tener hijas/os, el número deseado y los espacios intergeneracionales. Además, implica el derecho a disponer de acceso a la información, a la educación y los servicios orientados a regular la fecundidad.⁸

Es imprescindible educar a los adolescentes escolarizados respecto a la sexualidad humana, donde la conducta de los mismos debe ir acompañada de una buena formación, basada en valores morales, éticos y religiosos. Asimismo, la información que el adolescente posea sobre sexualidad, es con la que tendrá que sobrellevar este período de profunda transformación. Los niveles de conocimientos constituyen siempre fuertes obstáculos para resolver problemas biopsicosociales, principalmente cuando están relacionados con las infecciones de transmisión sexual.⁹

En la República Dominicana en los últimos años se ha incrementado los esfuerzos de cara a la reducción del embarazo en la adolescencia, siendo

reconocido como un problema social que trasciende la dimensión de la salud debido a sus complicaciones.¹⁰

Fernández I. (2015) realizó un estudio en centros educativos del Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, con el objetivo de determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia. La edad de los adolescentes esta entre 13 a 19 años, nivel de escolaridad quinto de secundaria. El nivel de conocimiento del uso de MAC el 65,6 % se ubica en el nivel medio. Las adolescentes (35%) tienen mayor conocimiento que los adolescentes (30,0 %). El conocimiento del anticonceptivo oral de emergencia es alto con el 91.5 %. En la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %. Las razones de no uso, el 57 % no planeó tener relaciones sexuales, 27% no disponía del método, 13 % no sabía cómo usarlo, 3% no conocía ningún método. El 58 % usa a veces, el 26 % siempre, y 16 % nunca.¹¹

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

Rocío, Ponce-Rosas Efrén R.(2015) en la Universidad Autónoma de México se realizaron un estudio con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, se entrevistó a un total de 120 adolescentes cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%). Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes ($p = 0.030$).¹³

Mota Glenni, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, (2014). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el conocimiento sobre métodos de planificación familiar en

adolescentes del instituto politécnico Profesor Juan Bosch, Municipio Santo Domingo este, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero 2014. Se reportó que el 57.5% estuvo comprendido entre 17-19 años de edad, el 45% era del sexo femenino, el 45% religión católica, un 40% tuvo regular y diferentes conocimientos respectivamente, el 70% estuvo totalmente de acuerdo que los anticonceptivos se utilizaron para impedir el embarazo, un 58.7% estuvo de acuerdo totalmente que los anticonceptivos los usan los varones como las hembras. El 41.2% de los adolescentes conocieron de los métodos de planificación familiar por medio de los padres y familiares cercanos.¹⁴

Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, (2011). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de recolección prospectivo, a través de la entrevista y el cuestionario con un universo de 700 adolescentes para una muestra de 248. Los hallazgos mas relevantes demostraron que el nivel de conocimiento de los adolescentes estuvo en un 45.5% estando totalmente de acuerdo y el 49.2% tenían estado civil soltera el 47.2% cursaba el nivel primero, el 91.5% procedían de distintos sectores y urbanos, el 33.0% no tiene ningún ingreso económico la edad de inicio de primera relación sexual fue de 15 años en un 19.3%; el 45.2% presentaron un solo embarazo, el 46.4% de las adolescentes estuvo de acuerdo en que la charla es el medio de información más utilizado, la píldora fue el método de planificación más utilizado con 40.3%.¹⁵

I.2. Planteamiento de problema

La educación sexual referente a los métodos anticonceptivos, es un tema que en los actuales momentos requiere ser impartido de forma constante, puesto que los adolescentes cada día presentan más curiosidad acerca del mismo y muchas veces éstos no manejan la información más adecuada, en primer lugar porque en ocasiones los padres por temor no son capaces de hablar con los hijos abiertamente sobre el tema, en segundo lugar por el hecho de que la información que poseen proviene de lo visto a través de los medios de comunicación o por lo que les cuentan otras personas, lo que puede causar que ocurran situaciones que algunas veces dejan marcadas sus vidas.

Los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual conducen a situaciones conflictivas, de gran tensión y frustraciones que ocasiona un número considerable de madres jóvenes, paternidad irresponsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos, infecciones de transmisión sexual, trastornos y alteraciones psíquicas, elementos que indirectamente interfieren en la adecuada homeostasis y desarrollo de la persona dentro de la sociedad.

Por tal razón, resulta pertinente que las instituciones realicen o coloquen en práctica las diversas estrategias creativas que fomenten un mayor interés y a su vez brinde a todos los adolescentes una información clara y correcta acerca del tema de la sexualidad, así como también lograr educarlos responsablemente. En nuestro caso de interés y debido al alto grado de embarazos en adolescentes que ocurren en nuestro país, y los datos ya mencionados. Con el presente estudio pretendemos encontrar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es el Nivel de conocimiento sobre anticonceptivos en los estudiantes de 3ro y 4to bachillerato del liceo profesor Juan Bosch, Rio arriba-Bani Abril-Mayo 2017?

II. Justificación

En la actualidad los y las adolescentes inician su vida sexual cada vez más temprano, pues no cuentan con una educación sexual estructurada, la falta de información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, la actividad sexual indiscriminada y sin protección son factores que inciden sobre todo en la población comprendida entre los 14 y los 18 años, produciéndose embarazos no deseados y constituyendo un verdadero problema de salud y sobre todo la frustración social que trae para los futuros padres y madres adolescentes que se ven impedidos de concluir su proyecto de vida.¹⁶

Los métodos anticonceptivos brindan la protección necesaria contra los embarazos no deseados y algunos de estos previenen también las infecciones de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales.¹⁷

Los seres humanos, nos reproducimos de forma natural mediante el acto sexual una vez que hemos logrado la capacidad biológica para engendrar hijos. Esta reproducción se controla mediante el uso de método anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado.

La elección más adecuada de un método anticonceptivo estará condicionada invariablemente por la situación, etapa evolutiva y/o personalidad de la pareja o que decide protegerse. Es una decisión personal, cada tipo de anticonceptivo tiene sus ventajas e inconvenientes. Recomendamos que un médico ayude a decidir cuál es mejor para la persona.

Esta investigación servirá como base a futuras investigaciones, puesto que se buscará determinar el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes en la educación media de nuestro país.

Esta investigación contribuye con el sistema de salud, al realizar la prevención y educación de la familia, comunidad e individuo, pudiendo actuar en la disminución de estos factores de riesgo y afianzar los factores protectores para desarrollar y mantener una sexualidad satisfactoria oportuna, además de responsable, la investigación ayudará a los sistemas educativos en la creación de programas dirigidos a una adecuada orientación sexual, una práctica sexual más segura,

contrarrestar el bombardeo de información falsa y el hermetismo sobre el tema de la sexualidad dentro del ámbito familiar, además de que beneficiará a la comunidad e instituciones en la mejoría y disminución de las situaciones de (embarazos, abortos, infecciones y agresividad entre los adolescentes), que se puedan presentar.

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

En los últimos tiempos el uso de los métodos anticonceptivo ha tenido muchas controversias en los adolescentes. Estudio realizado en la universidad de Chile, por Electra González Temístocles Molina 2007- 2011, cual se demostró que 1.232 adolescentes mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo atendidas en un centro de salud sexual y reproductiva el 92,8% reportó haber recibido alguna forma de educación sexual en el colegio, un 51,6% reconoció el colegio como principal fuente de información en métodos anticonceptivos. Tener como fuente principal de conocimiento en métodos anticonceptivos, el colegio fue asociado a inicio sexual más tardío y uso de método anticonceptivo. Los resultados del estudio muestran que dada la prevalencia de conocimientos anticonceptivos (92,8%) y que solo el 1% de las adolescentes que había recibido educación sexual en sus respectivos colegios se había embarazado podemos afirmar que la educación sexual recibida por las adolescentes del estudio fue al menos adecuada.¹⁸

Otro estudio realizado en Cuba por Peláez M. Jorge en 1996 en el cual se demostró que sólo el 23% de las adolescentes embarazadas deseaban la gestación. Una de cada 5 que no deseaba el embarazo y había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos y alrededor del 50% era del criterio de que ellas no tenían la posibilidad real de embarazarse en una relación no protegida.

III. OBJETIVOS.

III.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento Sobre Anticonceptivos En Los Estudiantes De 3ero y 4to bachillerato Del Liceo Profesor Juan Bosch, En La Comunidad Rio Arriba Bani, Abril-Mayo 2017.

III.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, según edad, sexo y religión.
2. Identificar la figura de la crianza de los estudiantes.
3. Identificar los métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes.
4. Determinar si los estudiantes han recibido educación sexual.
5. Establecer la edad de inicio de la primera relación sexual por los estudiantes.
6. Precisar las fuentes informativas sobre el uso de los métodos anticonceptivos.
7. Describir los métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia por los estudiantes.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia.

La adolescencia, se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, llena de enfrentamientos entre los adultos y los jóvenes, sobre todo dentro de la familia.¹⁹

Según Erickson, en su teoría psicosocial, corresponde a la Adolescencia en la etapa de Identidad o confusión de la Identidad, donde se encuentra frente a cambios físicos y emocionales notables, además del hecho de que pronto será responsable de su propia vida, surgen en la sensación que es un ser independiente con sus propios ideales y objetivos y quizás sienta que los Adultos que forman parte de su vida, no le conceden tal Independencia y así, transgrede las normas, simplemente para probar que puede. El estrés, la angustia y los cambios en el estado de ánimo son característicos en esta fase y sus relaciones con sus iguales, tienen más importancia que nunca.

La edad juvenil es la etapa en la que se sientan las bases de una personalidad de pensamiento independiente, consciente de sus acciones que expresa las relaciones sociales de su época y de su grupo social, entonces la adolescencia, constituye la etapa culminante en el proceso de desarrollo y maduración. Es una etapa bien definida de la vida del ser humano, que comprende un período transicional entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, emocional y social del individuo.²⁰

IV.1.1. Etapas.

El aumento de la velocidad de crecimiento en talla sólo se produce en dos periodos de la vida: en el primer año de edad y el segundo a la pubertad. En las mujeres, el crecimiento rápido se produce a los 9 años de edad, generalmente dos años antes de la menarquía, su primera manifestación de la pubertad, constituye el brote o botón mamario, seguido de la aparición del vello púbico. La menarquía ocurre después del inicio del desarrollo del vello púbico. En los varones, el crecimiento rápido comienza a los 11 años de edad, generalmente dos años después de la mujer, acompañado del inicio del cambio de voz. Su desarrollo sexual, es más tardío

en comparación con las mujeres, iniciándose a los 13 o 14 años, siendo su primera manifestación de pubertad el crecimiento y aumento del volumen de los testículos, que empiezan a producir millones de espermatozoides y la eyaculación durante el sueño o la masturbación, luego empieza la aparición del vello púbico y aumenta el tamaño y grosor del pene.²¹

La adolescencia, se divide en tres etapas, cada una de ellas, trae sus propios cambios en donde no solo está determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. El Desarrollo psicosocial y psicosexual de cada una de las etapas de la adolescencia.²²

Adolescencia inicial (10 a 12 años)

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

Adolescencia media (13 a 17 años)

- Pensamiento hipotético- deductivo inestable.
- Incapacidad de anticipar consecuencias de su conducta sexual.
- Se completa el desarrollo puberal.
- Comienza la menstruación.
- Sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia, egocentrismo.
- Distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de amigos.
- Grupos heterosociales.
- Importancia del amigo íntimo.

- Pueden aparecer dudas respecto a su orientación sexual.
- Relaciones de pareja iniciales.
- Fluctuaciones emocionales.
- Cuestionamientos frecuentes: ¿Quién soy yo?
- Inicio de conductas de riesgo.

Adolescencia tardía (17-21 años)

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

IV. 1.2. Conocimiento sobre el uso anticonceptivo

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

En un estudio realizado en Cuba, se encontró que en cuanto al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, 100% reconoció el condón, seguido de hormonales orales e inyectables en 97% y 93.5%, respectivamente. Existió un mayor conocimiento por parte del sexo femenino, pero sin diferencias significativas en relación con los varones. Las fuentes de información más frecuentes fueron: los padres en 75.6% y amigos en 64.1%.

En México, la media de edad para la primera relación sexual en mujeres, de 15 a 19 años, fue de 15.4 años, de acuerdo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. La misma encuesta reveló que 23% de la población mexicana de 12 a 19 años ya había iniciado su vida sexual, con una proporción mayor en hombres (25.5%), respecto a las mujeres (20.3%); 90%

mencionó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, entre los métodos más utilizados se ubicó el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales. En las mujeres la utilización reportada fue menor, 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% empleó métodos hormonales.

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

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

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

IV.1.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

La sexualidad durante la adolescencia es un tema importante de tratar, ya que, comprende diversos cambios físicos, las relaciones de pareja, relaciones sexuales y las múltiples emociones, reacciones, prácticas y conductas que se desencadenan en éste período. A partir de estas acciones se guiarán para construir y formar su vida sexual adulta.²⁰ De esta manera se hace necesario indagar cómo los y las adolescentes viven su sexualidad y la manera de relacionarse con ella, desde la perspectiva individual y social. En la sexta encuesta de la juventud, se hace evidente el inicio de actividad sexual durante la adolescencia, que en promedio comienza a los 16,7 años de edad, existiendo una diferencia entre ambos sexos, siendo en mujeres a los 17,1 años y en varones 16,4 años.²¹ Sin embargo, persisten ciertas creencias o mitos con respecto al tener relaciones sexuales, por ejemplo; algunos adolescentes creen que demostrarán mayor masculinidad. Existen adolescentes que mezclan el sexo con el consumo de alcohol en fiestas o reuniones sociales, sin que ello sea previsto como un mayor riesgo a tener relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, la literatura demuestra que las y los adolescentes que han sido abusadas/os, comienzan su actividad sexual a más temprana edad.²²

Como resultado, las y los adolescentes podrían estar expuestos/as a múltiples riesgos, que durante este período no logran ser percibidos en su totalidad, debido a inexperiencia e información incompleta o distorsionada, proveniente de diversas fuentes, suscitando a confusión y malas prácticas. Con respecto a los riesgos más frecuentes a las y los que se ven expuestas/os, se encuentran infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado.^{22,23}

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

Se plantea que el manejo clínico hacia adolescentes, es más bien de un modo paternalista, ya que se entrega información en base a valores, creencias o consejos del profesional de salud. Esto provoca un alejamiento entre adolescente y profesional y muchas veces las y los adolescentes no generan interés en volver a consultar. En efecto, los programas de salud hacia adolescentes, debiesen estar enfocados a combinar la educación, sensibilización y consejería, de una forma cercana y empática, obviando los prejuicios y apreciaciones personales.²⁴ Al elaborar correctamente estos programas, contribuirían al desarrollo autónomo, la capacidad de decidir informadas/os, sin que sean transgredidos sus derechos.

IV.2. Métodos anticonceptivos.

IV.2.1. Definición.

Son sustancias intergenésicos, dispositivos o técnicas que impiden o reducen significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Pueden obtenerse en los establecimientos de salud, programas de atención integral de los y las adolescentes, programas institucionales de distribución comunitaria, clínicas o farmacias.²⁵

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

A lo largo de la historia se encuentran numerosos testimonios sobre anticoncepción.²⁶

1. Papiro de Petri, de 1850 a. C., es el primer texto médico del que se tiene noticia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.
2. Papiro de Ebers, se considera el segundo texto más importante; contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado: «...tritúrese con una medida de miel, humidézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer».²⁷
3. Talmud, libro de la tradición hebrea; ofrece toda una guía en temas de planificación familiar y sugiere que la anticoncepción de ninguna manera está prohibida; recomienda a las mujeres que usen el moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón).²⁷
4. Historia Animalium (siglo V a. C.), libro de Aristóteles, es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo.²⁷
5. SunSsu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: «...tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre».²⁷

La historia de la anticoncepción moderna indica que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos. Se considera al mexicano Luis Ernesto Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral a partir de la síntesis de noretisterona en 1951, cuya patente obtuvo junto a Carl Djerassi y George Rosenkranz, de la compañía química mexicana Syntex S.A. El 9 de mayo de 1960 la FDA realizó la propuesta de venta de

la píldora anticonceptiva en Estados Unidos que finalmente sería aprobada el 23 de junio de ese mismo año. Su comercialización y uso se generalizó en ese mismo año y en los siguientes considerándose uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres.²⁶

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

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud ponderó los riesgos y los beneficios para la salud, respecto a la prescripción y uso de métodos anticonceptivos y los agrupó en:²⁸ (Ver cuadro)

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

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

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

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

Criterios para el uso de métodos anticonceptivos*

Clase 1**	Clase 2**	Clase 3**	Clase 4**
Post parto inmediato y post cesárea	Lactancia materna en los 1ros 6 meses	Cáncer mama actual	Embarazo
Post aborto inmediato	Mayores de 40 años	Hepatitis viral activa	Cáncer de mama
Diabetes gestacional	Fumadoras	Diabetes con daño vascular	Cardiopatía valvular
Mayores de 20 años	HTA / EVC	Cirrosis severa	Trombosis venosa
Periodos menstruales irregulares	Diabetes	Tumores hepáticos benignos o malignos	Lactancia antes de las 6 semanas posparto

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Cefaleas severas	Lactancia antes de las 6 semanas postparto	Embolia pulmonar
Historia de Preeclampsia	Cáncer cervical	Fumadoras	HTA con daño vascular
Infección VIH / SIDA	Anemia falciforme	Endometriosis	ETS (aplica DIU)
Dismenorrea	Trombosis venosa	EPI	Cáncer de ovario
Endometriosis	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	Cefaleas severas con síntomas neurológicos	Cáncer de endometrio
Anemia ferropénica	Hepatitis activa	Sangrados abundante	Tuberculosis pélvica
Enfermedad del tiroides	Cardiopatía isquémica	Dismenorrea severa	Sepsis puerperal
Cefaleas leves	Dislipidemias	Alergias al látex	
Embarazo ectópico anterior	Cirrosis hepática	Uso barbitúricos	
Nulíparas / multíparas	Enfermedad del tracto biliar	Interacción tto: Rifampicina, Fenitoina	
Patologías benignas de mamas, ovarios y utero.	Sangrado transvaginal causa desconocida		
Tuberculosis	Menores de 17 años		
Epilepsia	Varices		

*Normas Nacionales de Planificación Familiar 2006.²³

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

IV. 2.4. Clasificación.

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

1. Métodos temporales: que pueden ser hormonales, en forma de dispositivos intrauterinos, de barreras, espermicidas, observación de la fertilidad, método de la amenorrea de la lactancia y los métodos tradicionales.
2. Métodos permanentes o quirúrgicos: que son la oclusión tubárica bilateral en la mujer y la vasectomía en el hombre.²⁹

IV. 2.5. Métodos temporales.

IV.2.5.1. Métodos hormonales.

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

Por su composición química hormonal suelen causar efectos secundarios en la salud que suelen ser leves; muchas mujeres presentan estas molestias y en ocasiones deciden abandonar su uso. Las molestias más comunes y frecuentes que pueden aparecer son:³⁰

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

IV.2.5.1.1. Métodos hormonales orales.

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

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

Los orales de progestina, también llamados mini-píldoras, están compuestos sólo por 350 µg o menos de un progestágeno empleado a diario; Estos no han alcanzado

una popularidad generalizada debido a una incidencia mucho mayor de sangrado irregular y una tasa de embarazo más elevada; dificultan la fertilidad sin inhibir siempre la ovulación. Esto probablemente se deba a la inducción de un moco cervical que impide la penetración del semen y a una alteración de la maduración del endometrio suficiente para impedir una implantación satisfactoria del blastocisto. La eficacia anticonceptiva es mayor si existe supresión de la ovulación. Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas.³¹

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 gageas de lactosa o hierro. En el caso de la minipíldora, se administra una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación.

Ventajas.

1. Los métodos hormonales orales son eficaces, seguros y reversibles.
2. No interfiere con la intimidad de la pareja y las relaciones se vuelven más espontáneas.
3. Reduce el riesgo de cáncer endometrial en un 80 por ciento.³²
4. Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria y ciertas enfermedades no mortales en las mamas.³³
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.³⁴
8. La mini píldora puede ser utilizada por las mujeres que amamantan, ya que a diferencia de los AOC no reducen la cantidad de leche materna.

Desventajas.

1. Pueden ocasionar trastornos cardiovasculares: aumento de la tensión arterial, trastornos de la coagulación y ciertos ataques de apoplejía.
2. Contraindicados en pacientes fumadoras y mayores de 35 años por el aumento del riesgo cardiovascular.²⁶
3. Puede empeorar los casos de cáncer de mama y enfermedades activas del hígado (hepatitis).
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.2. Métodos hormonales inyectables.

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

Los Inyectables combinados contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerato de 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.³⁶

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.³⁷
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.
5. Debe volver cada mes o tres meses para la inyección (esto puede ser difícil de recordar para algunas mujeres).

6. Es caro en algunos sistemas de salud.
7. Puede tener un efecto negativo en el crecimiento óseo en adolescentes; puede aumentar el riesgo de osteoporosis (huesos frágiles).
8. Toma en promedio 10 meses para que la fertilidad vuelva después de la última inyección, lo que hace difícil planificar un embarazo.
9. En algunos estudios se ha visto un aumento del LDL (colesterol malo) y disminución del HDL (colesterol bueno).³⁸

IV. 2.5.1.3. Implantes sub-dérmicos.

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

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos comienza en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto, propusieron el uso de cápsulas subdérmicas de polímeros para la difusión lenta y prolongada de un principio activo anticonceptivo.³⁹

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

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

Formas de administración.

Se insertan subdérmicamente en la cara interna del brazo, preferiblemente el izquierdo, por un proveedor entrenado que realiza un procedimiento de cirugía

mínima para colocar los implantes, (cada uno del tamaño de un fósforo). La inserción debe realizarse en los primeros 7 días del ciclo menstrual. En el posparto se debe insertar en la sexta semana del puerperio.

Ventajas

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

Desventajas

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

IV.2.5.1.4. Parche dérmico.

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.⁴⁰

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

Formas de administración

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

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

IV.2.5.1.5. Anillo vaginal.

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

IV.2.6. Anticoncepción postcoital o de emergencia.

La anticoncepción postcoital o de emergencia no es un método de planificación familiar, es una opción eficaz empleado para prevenir un embarazo no deseado después de un coito sin la protección anticonceptiva necesaria.⁴²

Existen dos métodos:

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

Formas de administración.

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

Ventajas y desventajas.

Este tipo de método ofrece una forma simple, efectiva y cómoda de protección contra el embarazo, cuando no se está usando un método habitual, o en el caso de que falle y previene el embarazo en caso de violación sexual.⁴⁴

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

IV.2.7. Dispositivo intrauterino (DIU).

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

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

Se desconoce con exactitud el mecanismo de acción, pero se estima que, al ser un cuerpo extraño, provocan una reacción inflamatoria en la cavidad uterina, que aminora el transporte de espermatozoos, impide su capacidad de fecundar el óvulo y puede ser espermicida.⁴⁶

Existen varios tipos:⁴⁷

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.²³

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

Cuando no está correctamente insertado pueden presentarse eventos:

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

Ventajas.

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

Desventajas.

1. Infertilidad debido a las infecciones recurrentes.
2. Con el tiempo el DIU puede dar lugar a menstruaciones con mayor pérdida de sangre, lo que puede causar anemia o empeorarla si ya existe.
3. Las mujeres que quedan embarazadas usando el DIU, pueden presentar en el 40 a 50 por ciento de los casos un aborto natural.⁴⁹

IV.2.8. Métodos de barrera.

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

IV.2.8.1. Preservativo o condón.

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

Es el único método que previene tanto el embarazo como las ITS/VIH/SIDA. Por lo 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.⁵⁰

En Egipto, al menos desde 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela sobre el pene. La leyenda del rey Minos (1200 a. C.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen. El preservativo masculino también tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas de animales (de intestino y vejiga).⁵¹

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

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

Forma de uso.

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

Ventajas.

1. El condón masculino constituye el método contraceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad y bajo costo. No hay que ir al centro de salud para obtenerlos.
2. No requiere preparación previa. Es muy eficaz cuando se le utiliza correctamente.
3. Representan una buena opción para los adolescentes.
4. Impide la propagación de la infección por VIH y otras ITS.

5. En el caso del condón femenino, la mujer puede usar el método por su propia iniciativa para protegerse contra el embarazo y las ITS/VIH. Y es efectivo en las situaciones en las que no se pueda convencer al hombre de que se ponga preservativo.
6. No hay restricción para el uso de este método, salvo en los casos que se presente alergias o hipersensibilidad al látex.

Desventajas.

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

IV.2.8.2. Diafragma y capuchón cervical.

Estos métodos son utilizados por menos del 1 por ciento de las usuarias de planificación familiar en todo el mundo. Cubren físicamente el cuello del útero con lo que impide que el esperma llegue al óvulo, ambos se usan con espermicidas, por lo que su acción no sería simplemente mecánica.⁵²

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

El capuchón cervical, es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84

por ciento al 91 por ciento para las mujeres que nunca han tenido hijos. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual.⁵³

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

Ventajas

1. Inmediatamente irreversibles y no afectan el ciclo menstrual.
2. El usarlo con espermicidas logra cierta protección contra las ITS como la gonorrea, clamidia y la tricomoniasis.⁵⁴
3. Proporcionan cierta protección en contra del cáncer de cuello por el virus del papiloma humano (VPH).

Desventajas

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

IV.2.9. Espermicidas.

Son agentes químicos que inactivan y matan a los espermatozoides. Hasta cierto punto, también forman una barrera sobre el cuello del útero. Por lo general son

surfactantes que pueden aplicarse a través de diversos vehículos: cremas, jaleas (gel), óvulos, tabletas y espuma. Los principales agentes espermicidas que actúan como surfactantes son el nonoxinol-9, octoxinol, menfegol, y el cloruro de benzalconio.

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas aparecen en papiros egipcios el año 1850 a.C. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...). En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermaticidas.⁴⁰

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.⁵⁵

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.⁵⁶

Desventajas.

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

IV.2.10. Métodos de observación de la fertilidad.

Estos métodos consisten en la abstinencia sexual durante los periodos fértiles de la mujer. Su eficacia es variable y depende de la motivación de la pareja. La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. Así mismo, de la capacidad de la usuaria para poder identificar un historial de los tres o seis últimos ciclos menstruales. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.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.⁴⁰
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.⁵⁷
3. Método de la ovulación o de Billings, se basa en el conocimiento e interpretación de los cambios cíclicos en el moco cervical, mismos que ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógenos.⁵⁸ Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las

características del moco cervical. Durante la ovulación el moco se hace más claro, acuoso y cristaliza en forma de hoja de helecho. Hay que tener cuidado porque el moco puede verse afectado por duchas vaginales y medicamentos (antidepresivos, diuréticos, antihistamínicos).

4. Método sintotérmicos, combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de la fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la TBC. El uso de varias técnicas permite mantener al mínimo el número de días en los cuales hay que mantener abstinencia de las relaciones sexuales.⁵⁹

Ventajas.

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

Desventajas.

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

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

Es un método de planificación para mujeres que se basa en la lactancia materna como medio para impedir el embarazo. (K.I Kennedy, et al, 1996) La lactancia

materna suprime la ovulación mediante la producción de prolactina. Esta hormona inhibe la producción de las dos hormonas necesarias para la ovulación: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Estas hormonas son responsables de ayudar a madurar los óvulos en los ovarios.

Por esta razón, la lactancia materna puede ser utilizada como un método anticonceptivo conocido como el «Método de Lactancia y Amenorrea» (MELA). Este tipo de método anticonceptivo puede tener una eficacia del 98 por ciento, si la mujer que amamanta cumple todos los tres criterios siguientes:⁶⁰

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

Ventajas.

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

Desventajas

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

IV.2.12. Métodos tradicionales.

Estos métodos son históricamente antiguos. La Biblia hace mención del coitus interruptus en el libro de Génesis 38: 9-10: «Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano».²⁴

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

Entre estos tipos de métodos, son conocidos tres:

1. Método de la abstinencia, es la práctica de tener relaciones sexuales sin penetración. La efectividad de este método es de 100 por ciento si se le practica correctamente.
2. Coitus interruptus (retiro), es la práctica de la pareja para tener relaciones sexuales con penetración vaginal, retirando el pene antes de que ocurra la eyaculación, la cual debe ocurrir alejada de los genitales externos de la mujer.
3. Método Karreza o coitus reservatus, este método descrito por antiguas sociedades como la de China, consiste en una eyaculación retrograda voluntaria, lo que exige una gran disciplina mental y neurológica. Su uso es muy limitado a determinadas comunidades que interpretan de manera fundamentalista sus creencias.²⁵

Ventajas y desventajas

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

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

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

IV.2.13. Métodos permanentes o quirúrgicos.

IV.2.13.1. Esterilización femenina quirúrgica voluntaria.

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

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

Ventajas.

1. La mujer no tiene que preocuparse de quedar embarazada.
2. No necesita estancia en el hospital luego del procedimiento.
3. No tiene que preocuparse por los gastos derivados de la utilización de un método temporal de planificación.
4. Está indicada en todas las mujeres en edad fértil con paridad satisfecha, por lo que no existe restricción médica.

Desventajas.

1. Existe el riesgo de lesiones abdominales y complicaciones resultantes de la anestesia, infecciones y hemorragias.
2. En el caso excepcional que una mujer quede embarazada luego de la esterilización, existe el riesgo de que el embarazo sea ectópico. (HB Peterson, et al, 1997)
3. Si la mujer se arrepiente de haberse esterilizado, debe someterse a una operación compleja y costosa, que no siempre tiene éxito para volver la esterilización reversible.⁶²

IV.2.13.2. Esterilización masculina quirúrgica voluntaria.

Conocida como Vasectomía, es la oclusión de los conductos deferentes con la finalidad de producir bloqueo en el paso de los espermatozoides hacia el semen. Su efectividad es de 99 por ciento y la tasa de embarazo es de 0,1 por ciento.⁴⁰ Para conseguir la esterilidad se necesitan unas 15-20 eyaculaciones tras la intervención, y debe confirmarse con dos eyaculaciones sin espermatozoides.²⁹

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

Ventajas.

1. La vasectomía es un método efectivo, inocuo, rápido y barato.
2. Es más simple y efectiva que la esterilización femenina y puede resultar menos costosa.
3. Las parejas no tienen que usar otro método de planificación para evitar embarazos no deseados, una vez se confirme que no hay espermas 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.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	Resultados de la evaluación	Alto Medio Bajo
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la consulta	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	.		
Religión	Es una colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia	Católica Evangélica Pentecostal Mormona Adventista Ninguna Otras	Nominal
Figura en la crianza	Si han tenido uno o ambos padres	Madre Padre Ambos Ningunos Otros	Nominal
Métodos de anticonceptivos conocidos	Son medios necesarios de protección para evitar embarazo y enfermedades de transmisión sexual al momento de tener relaciones sexuales	Coito interrumpido Condón Pastillas Diu Inyección Anticonceptivo de emergencia Otros Ninguno	Nominal
Educación Sexual	hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la	Padres Amigos Médicos	nominal

	divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo	Radio/Tv Escuela Libros iglesia	
Edad de la primera relación sexual	Periodo de tiempo que se establece el coito por primera vez	Años cumplidos	ordinal
Fuente informativas sobre métodos anticonceptivos	Fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Padres Amigos Médicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia	Nominal
Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes	Número de veces que con frecuencia son utilizados por los estudiantes.	Condón Pastillas Inyección Anticonceptivo de emergencia	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos en los estudiantes de 3ero y 4to bachillerato del Liceo Profesor Juan Bosch, en la Comunidad Rio Arriba Bani Abril-Mayo 2017.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Liceo Profesor Juan Bosch, ubicado en la calle Dionisio Radhames Zapata, Rio Arriba Bani, Republica dominicana.



VI.3. Universo

El universo está representado por todos los estudiantes inscritos en el Liceo Profesor Juan Bosch, Rio Arriba, Bani Abril-Mayo 2017.

VI.4. Muestra

La muestra está representada 240 estudiantes que cursan 3ro y 4to de bachillerato del Liceo Profesor Juan Bosch, Rio Arriba, Bani.

VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

VI.5.1. Criterios de inclusión

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

VI.5.2. Criterios de exclusión

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

VI.6. Instrumento de recolección de datos.

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

VI.7. Procedimiento.

Se le aplicó una encuesta-cuestionario a cada estudiante, primero entregando un consentimiento, informándole a cada estudiante en qué consiste la entrevista, luego el formulario será llenado por la sustentantes en el Liceo Profesor Juan Bosch, En La Comunidad Rio Arriba Bani Abril-Mayo 2017., bajo la supervisión de un asesor. La selección de los estudiantes se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión tomando en cuenta los criterios de exclusión ya señalados anteriormente.

VI.8. Tabulación.

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

VI.9. Análisis

Se analizó por medio de frecuencias simples.

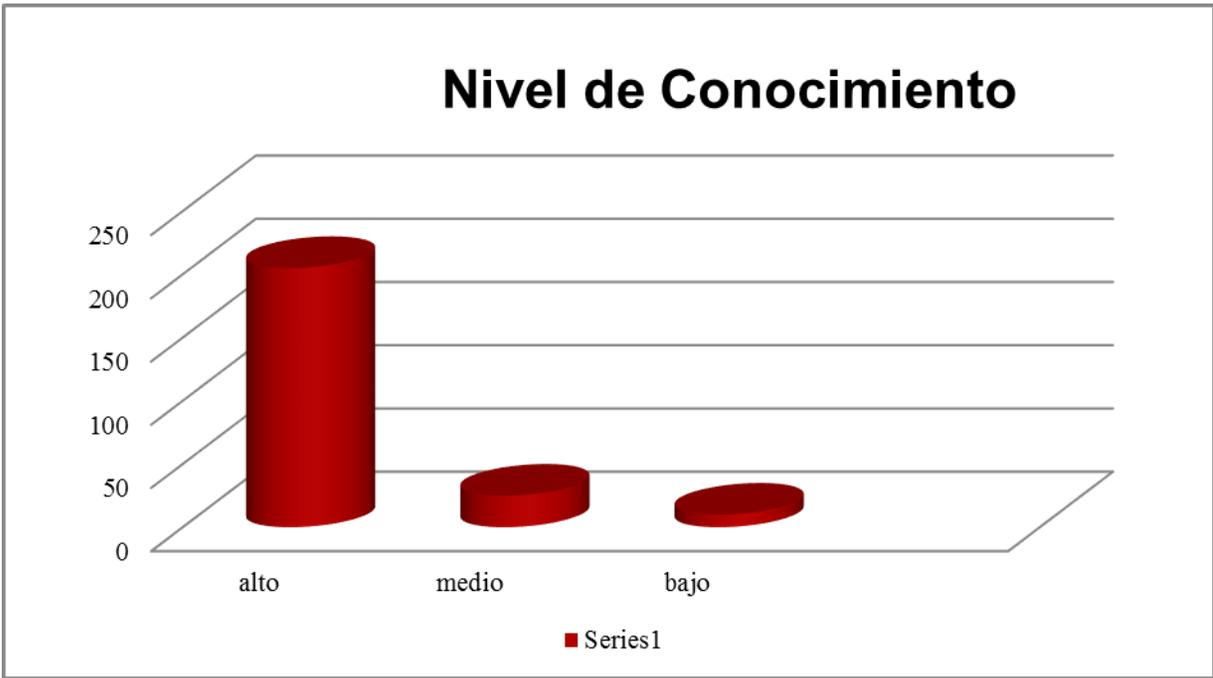
VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio se ejecutó con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵⁸ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como en el Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud. Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.



En este grafico se observa que el 65 % de los estudiantes tiene nivel alto de conocimiento 25% medio 10% bajo.

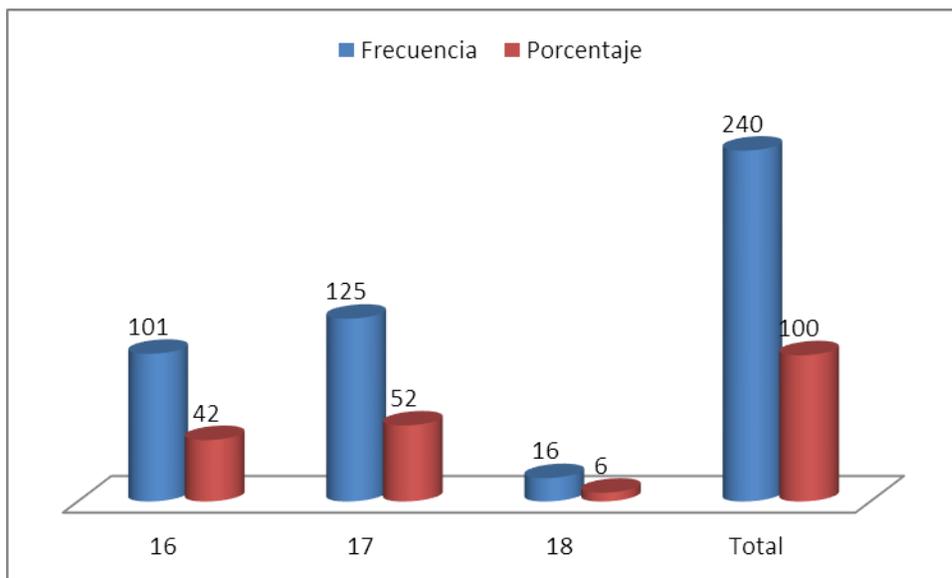
Tabla No. 2

Distribución de según edad

Edades (En años)	Frecuencia	Porcentaje
16	101	42
17	125	52
18	16	6
Total	240	100

Fuente: Instrumento aplicado´

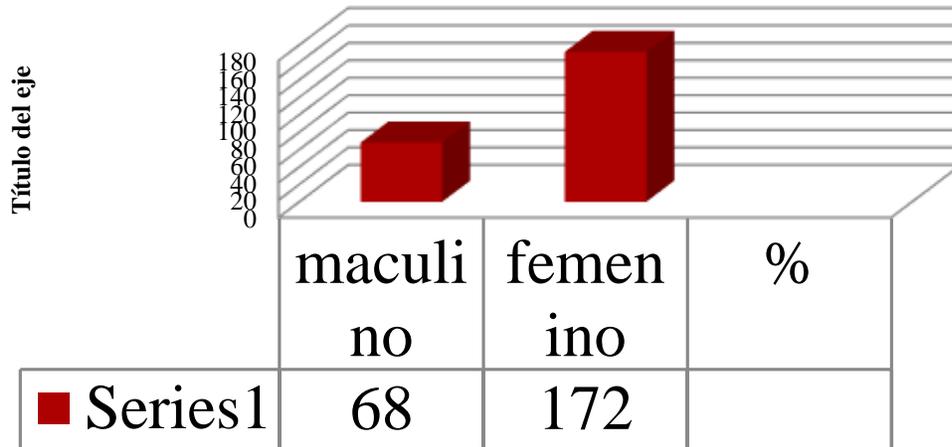
Grafico No. 2



Fuente: Tabla No. 1

En este grafico se observa que el 52% de los estudiantes tiene 17 años, un 42% posee 16 años y un 6% tiene 18 años.

Distribucion según sexo



En este grafico se observa que el 72 % es femenino 28 % masculino

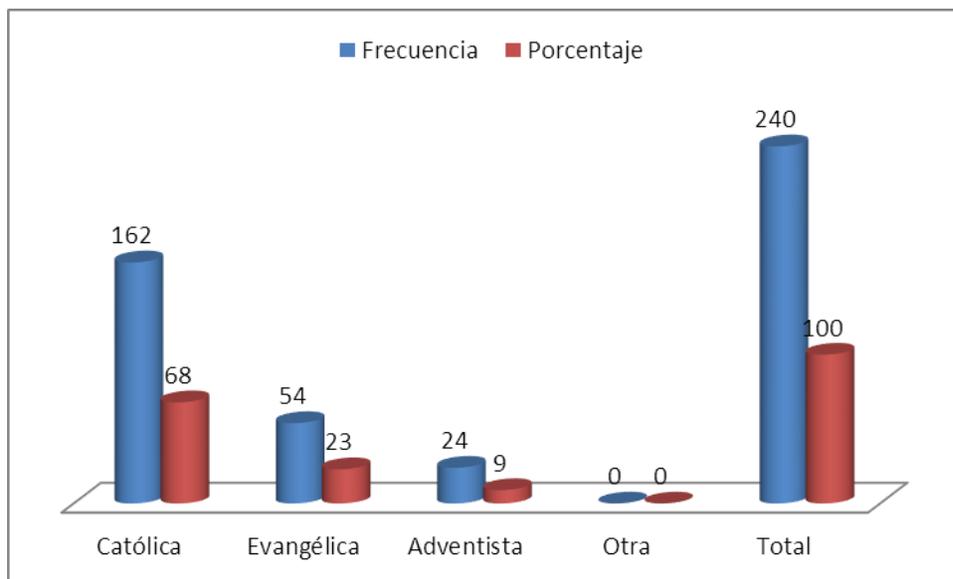
Tabla No. 4

Distribución de según religión a la que pertenece

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	162	68
Evangélica	54	23
Adventista	24	9
Otra	0	0
Total	240	100

Fuente: Instrumento aplicado´

Gráfico No. 4



Fuente: Tabla No. 4

En este gráfico se observa que el 68% de los estudiantes pertenece a la religión católica, un 23% a la religión evangélica y un 9% son adventistas.

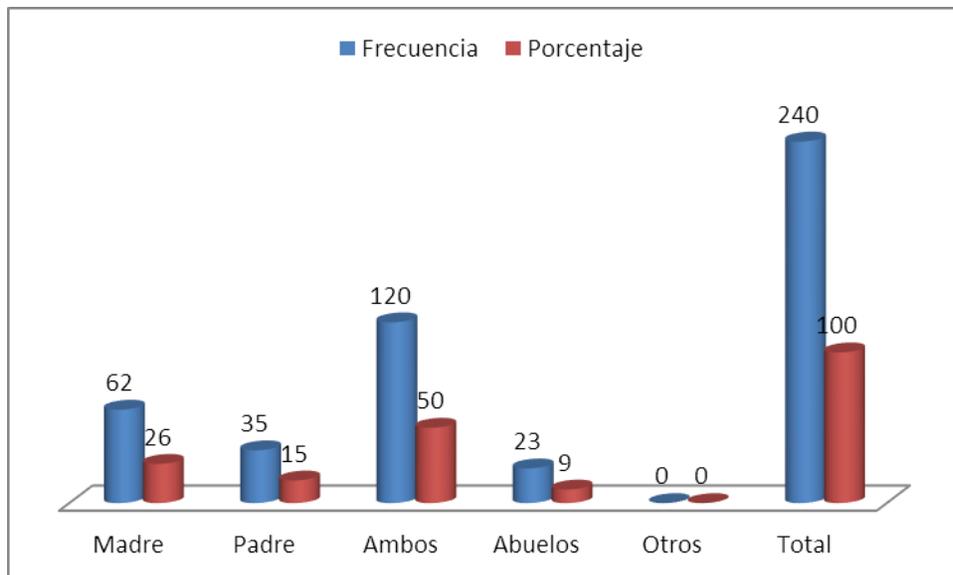
Tabla No. 5

Distribución de según persona con la que vive

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Madre	62	26
Padre	35	15
Ambos	120	50
Abuelos	23	9
Otros	0	0
Total	240	100

Fuente: Instrumento aplicado

Grafico No. 5



Fuente: Tabla No. 5

En este grafico se observa que el 50% de los estudiantes conviven tanto con su padre como con su madre, el 26% convive con sus madres, un 15% con su padres y solo un 9% vive con sus abuelos.

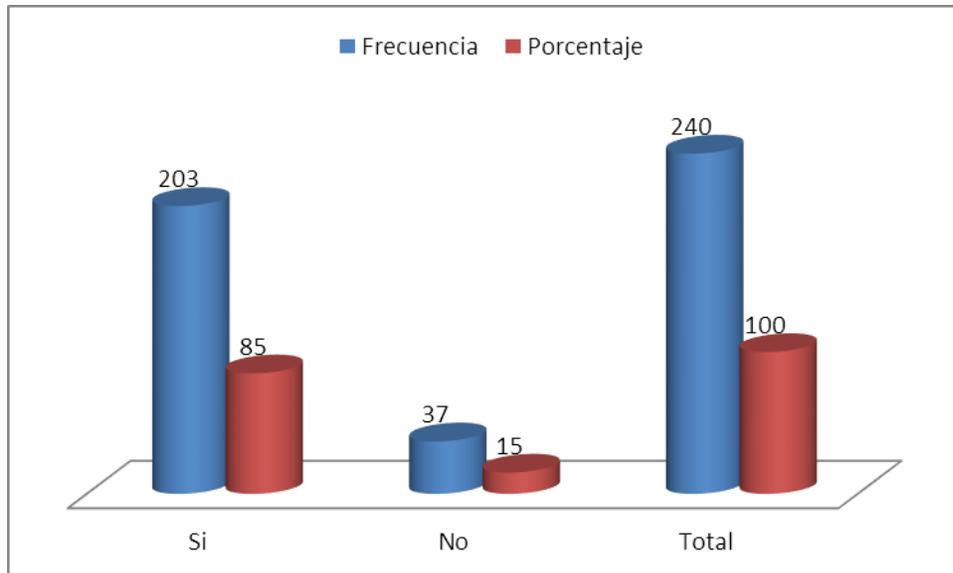
Tabla No. 6

¿Ha recibido alguna vez educación sexual?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	203	85
No	37	15
Total	240	100

Fuente: Instrumento aplicado´

Grafico No. 6



Fuente: Tabla No. 6

En este grafico se observa que el 85% de los estudiantes ha recibido educación sexual alguna vez, mientras que un 15% no.

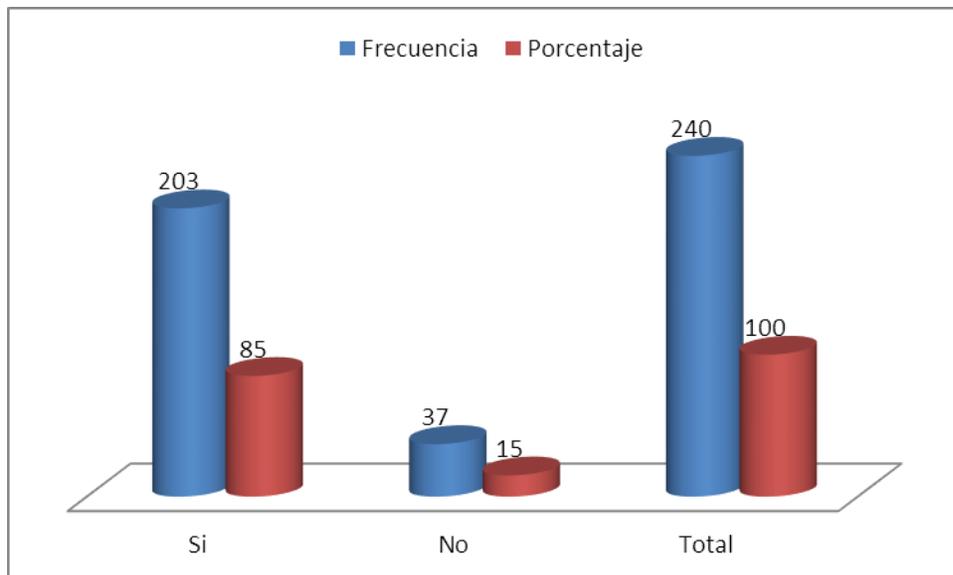
Tabla No. 7

¿Dónde recibió la educación sexual?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	125	52
Amigos	37	20
Madre	25	15
Padre	8	7
Radio y Tv	8	7
Total	203	100

Fuente: Instrumento aplicado´

Grafico No. 7



Fuente: Tabla No. 7

En este grafico se observa que un 52% ha recibido orientación a través de la escuela, el 20% amigos, un 15% madre, y un 7% respectivamente padres y TV.

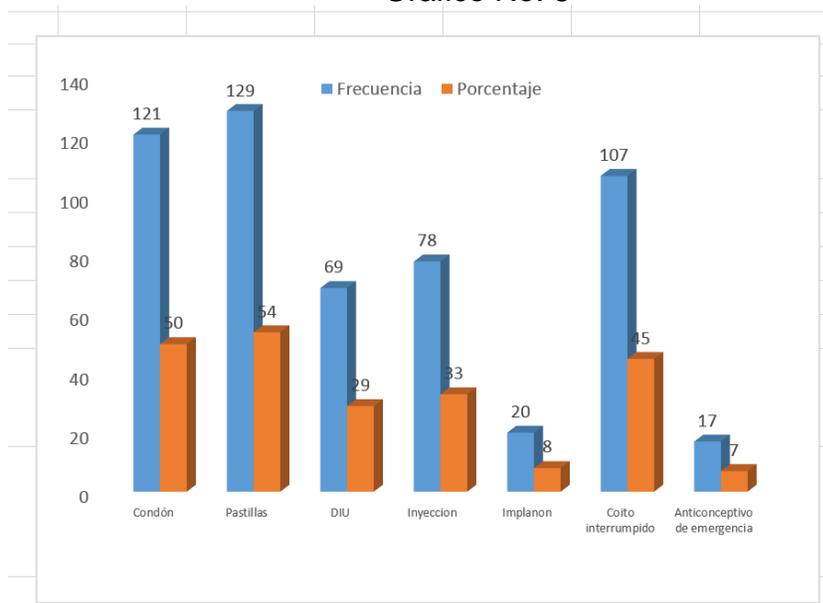
Tabla No. 8

Distribución según método de anticonceptivo que conoce

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Condón	121	50
Pastillas	129	54
DIU	69	29
Inyeccion	78	33
Implanon	20	8
Coito interrumpido	107	45
Anticonceptivo de emergencia	17	7

Fuente: Instrumento aplicado´

Grafico No. 8



En este gráfico se observa que el 50% de los estudiantes conocen el condón, un 54% las pastillas, el 29% el DIU, un 33% la inyección, un 45% coite interrumpido y un 7% anticonceptivos de urgencias.

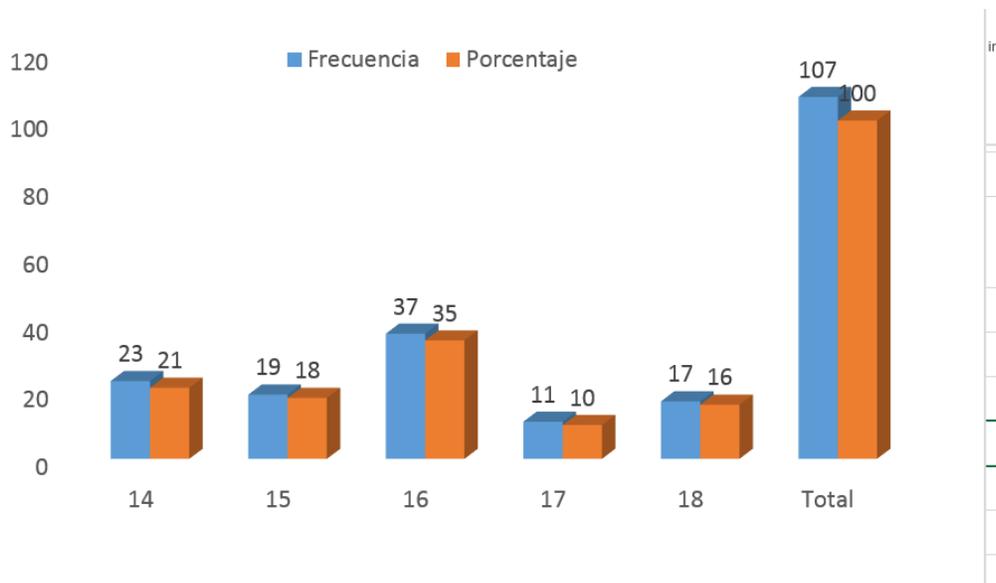
Tabla No. 9

Edad a la que inició su relación sexual

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
14	23	21
15	19	18
16	37	35
17	11	10
18	17	16
Total	107	100

Fuente: Instrumento aplicado

Gráfico No. 9



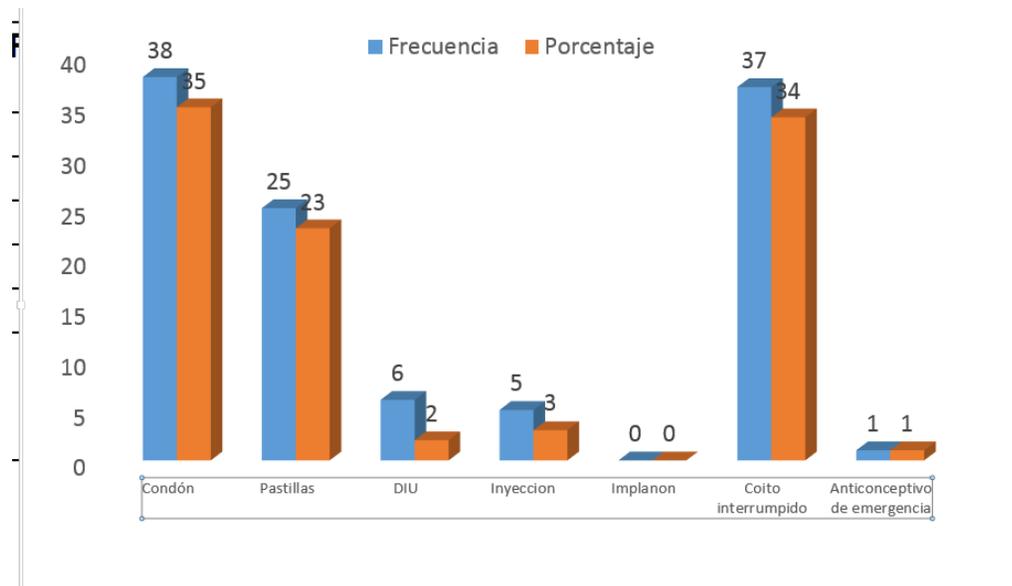
En este gráfico se observa que el 35% inició las relaciones sexuales a los 16 años, un 21% a los 14 años, el 18% a los 15 años y un 16% a los 18 años.

Tabla No. 10

Anticonceptivo utilizado con mayor frecuencia

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Condón	38	35
Pastillas	25	23
DIU	6	2
Inyeccion	5	3
Implanon	0	0
Coito interrumpido	37	34
Anticonceptivo de emergencia	1	1

Gráfico No. 10



En este gráfico se observa que 35% de los estudiantes utiliza con mayor frecuencia el condón, un 34% el coito interrumpido, el 23% pastillas y un 3% inyección, el 2% DIU.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

3.1 Introducción al análisis y discusión de los resultados

Con la finalidad de hacer un análisis sistemático que atienda a todas las variables estudiadas en esta investigación, se tomó como referencia los objetivos y el nivel de cumplimiento de estos, las variables y cruces de variables, los resultados de las respuestas de los estudiantes, la literatura revisada (nivel de correlación o no con los resultados) y la teoría de referencia.

3.2 Análisis y discusión de los resultados

3.2.1 Objetivo sobre las características socio demográficas (edad, sexo y religión)

Se encontraron convergencias con otros estudios realizados en el contexto internacional, tal es el caso del presentado por Fernández I. (2015) en Lima, Perú, en donde la edad de los adolescentes esta entre 13 a 19 años, nivel de escolaridad quinto de secundaria, los cuales mostraron un nivel de conocimiento medio sobre los anticonceptivos.

Datos similares se reportaron en esta investigación, en donde el 52% de los estudiantes tiene 17 años, un 42% posee 16 años y un 6% tiene 18 años. Además, el 68% de los estudiantes pertenece a la religión católica, un 23% a la religión evangélica y un 9% son adventistas.

3.2.2. Identificar la figura de la crianza de los estudiantes.

El estudio arrojo que el 50% de los estudiantes conviven tanto con su padre como con su madre, el 26% convive con sus madres, un 15% con sus padres y solo un 9% vive con sus abuelos.

Estos datos discrepan de lo reportado por Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, (2014), em donde el 40% de los estudiantes conviven con sus abuelos y solo un 20% conviven con su papa y su mama. Lo que evidencia que la figura paterna descuida su rol en el proceso de formación en educación sexual.

3.3.3 Identificar los métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes.

Se determinó que los métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes son: en un 50% el condón, un 54% las pastillas, el 29% el DIU, un 33% la inyección, un 45% coite interrumpido y un 7% anticonceptivos de urgencias.

Rocío, Ponce-Rosas Efrén R.(2015), reportaron datos similares en el estudio realizado en la Universidad de México, donde un 53% de los estudiantes conocen el condón, un 57% las pastillas, el 32% el DIU, un 47% la inyección, un 65% coite interrumpido y un 13% anticonceptivos de urgencias.

3.3.4 Determinar si los estudiantes han recibido educación sexual

Con relación a si ha recibido educación sexual, el 85% de los estudiantes ha recibido educación sexual alguna vez, mientras que un 15% no. Habiendo recibido la información en un 85% de los estudiantes ha recibido educación sexual en un 52% a través de la radio, el 20% amigos, un 15% madre, y un 7% respectivamente padres y TV.

En relación con esta variable, Navarro y López (2012), se refirieron al respecto en la tesis Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmares, en donde el 60.8% tienen pareja; Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró en el presente estudio que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio

3.3.5 Establecer la edad de inicio de la primera relación sexual por los estudiantes.

Siguiendo la investigación de Navarro y López (2012), quienes reportaron que el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años.

Lo que guarda relación con lo establecido en este estudio, en donde el 35% inició las relaciones sexuales a los 16 años, un 21% a los 14 años, el 18% a los 15 años y un 16% a los 18 años.

3.3.6 Precisar las fuentes informativas sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

El estudio reportó que un 52% ha recibido orientación a través de sus padres, el 20% amigos, un 15% madre, y un 7% respectivamente padres y TV.

Esto discrepa de lo encontrado por Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, (2011). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011

El 46.4% de las adolescentes estuvo de acuerdo en que la charla es el medio de información más utilizado, la píldora fue el método de planificación más utilizado con 40.3%

Además, la investigación de Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, (2014), reveló que el 41.2% de los adolescentes conocieron de los métodos de planificación familiar por medio de los padres y familiares cercanos

3.3.7 Describir los métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia por los estudiantes.

Sobre este respecto, Fernández I. (2015), destaca algo singular, en donde encontró que en la primera relación sexual un 50% hizo uso del método, y en la última relación sexual el 64 %.

Rocío, Ponce-Rosas Efrén R.(2015), reportó en su estudio que el condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%).

El 50% de los estudiantes conocen el condón, un 54% las pastillas, el 29% el DIU, un 33% la inyección, un 45% coito interrumpido y un 7% anticonceptivos de urgencias.

CONCLUSIONES

Después de realizar el proceso investigativo sobre el nivel de conocimiento Sobre Anticonceptivos En Los Estudiantes De 3ero Y 4to Grado Del Liceo Profesor Juan Bosch, En La Comunidad Rio Arriba Bani Abril-Mayo 2017, y tomando en cuenta los objetivos y el análisis de los resultados, se emiten las siguientes conclusiones:

En relación a las características sociodemográficas de los estudiantes, se encontró que la edad más frecuente de los estudiantes fue la de 17 años (42%), siendo el género femenino el que obtuvo un predominio franco. La principal religión a la que pertenecen es la católica, seguido por la evangélica.

En cuanto a la figura de crianza de los estudiantes, el estudio reveló que la mayoría (50%) convive con sus padres, lo que indica que pueden recibir apoyo de ambos para recibir orientación sexual.

Respecto a los métodos anticonceptivos que conocen, se determinó el condón es que el más identifican y utilizan (50%), seguido de las pastillas y el DIU. Destacándose que a esta edad tienen un amplio conocimiento sobre la manera de protegerse a la hora de tener relaciones sexuales.

En lo referente a determinar si los estudiantes han recibido educación sexual, la mayoría (85%) la ha recibido. A pesar de la información que han recibido, ha sido poco efectiva, ya que un alto porcentaje de estos deciden arriesgarse y tener relaciones sexuales a temprana edad.

Un alto porcentaje de estudiantes (35%), inicio de la primera relación sexual a los 16 años, seguido de aquellos que sostuvieron relaciones a los 14 años. Esto datos son preocupante sobre todo cuando la UNICEF e instituciones locales realizan grandes esfuerzos para reducir el número de niñas que salen embarazadas.

En cuanto a describir los métodos anticonceptivos usados con mayor frecuencia por los estudiantes. El 50% de los estudiantes conocen el condón, un 54% las pastillas, el 29% el DIU, un 33% la inyección, un 45% coite interrumpido y un 7% anticonceptivos de urgencias.

RECOMENDACIONES

al Ministerio de Salud Pública, diseñar una campaña informativa-educativa, en la cual se utilicen todos los medios de comunicación posibles y disponibles para ello, para evitar las relaciones sexuales en las edades entre 14 y 17 años.

A la dirección del Centro Educativo, junto a los docentes de Ciencias Naturales, realizar una reunión con los padres de los estudiantes para informarles sobre la situación, permitiéndole abordar la problemática en una forma integral.

A la dirección del centro educativo debe brindar todo el apoyo a los docentes de ciencias naturales y formación humana y religiosa para que estos puedan desarrollar programas para el fortalecimiento del conocimiento de los alumnos

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dra. Ricardo Saint-Felix F, Dra. Melian Savignon C, DR. Valón Rodríguez O, Dra. 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.
2. Fondo de población de las Naciones Unidas. Perú. La salud sexual y salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional, 2009
3. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. . Sociedade Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
5. . World Health Organization (WHO) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore (MD); 2007.
6. Caricote, Esther. La salud sexual en la adolescencia tardía. Revista Educere, 2009: Año 13 (45):415-25
7. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente Joven. Publicación Científica N° 552. Editores Matilde Magdaleno. USA: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.google.co.ve/#q=1.%09Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+La+Salud+del+Adolescente+Joven.+Publicaci%C3%B3n+Cient%C3%ADfica+N%C2%BA+5+52.> [Consultado 22/04/2016].
8. Panamericana de la salud / OPS) “Prevalencia y tenencia del embarazo en adolescentes. Washington. (2010)
9. Corona, José & Ortega, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Revista MEDISAN. 2013: Vol. 17(1):78-85.

10. Oficina nacional de estadísticas / ONE “madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana. (2011)
11. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos en el distrito de San Juan de Lurigancho, *Ágora Rev Cient.* 2015; 02(01):79-88.
12. Navarro y López, realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012.
13. Sánchez-M. María C., Dávila-M. Rocío, Ponce-Rosas Efrén R. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, Volume 22, Issue 2, April–June 2015, Pages 35–38.
14. Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes del instituto politécnico Profesor Juan Bosch, se realizo un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero 2014.
15. Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana, República Dominicana, 2011.
16. Amparo M. Guillén T. Adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la Institución Educativa Ludoteca de Septiembre a Diciembre del 2014. Trabajo de tesis presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Quito, mayo, 2015.
17. Mdella Mora., A Landoni., revista del hospital materno infantil San Lorenzo de los Mina Organización
18. Liliana Patricia Torre., Licda. Graciela Spretz., Conocimiento de anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, en estudiantes del nivel secundario de la localidad de Villa Cañas. Diciembre 2011.

19. 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.
20. G.B. Fernández, M.E. Mariño, G.M. Ávalos, J.V.G. Baró, Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio “La Lisa”, Rev Cubana Med Gen Integral, 29 (1) (2013), pp. 3–7.
21. Y.A. Colin-Paz, P. Villagómez-Ornelas, Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009, La situación demográfica en México 2010, Conapo, México (2010), pp. 37–53.
22. V.A. Montero, Anticoncepción en la adolescencia, Rev Med Clin Condes, 22 (1) (2011), pp. 59–67
23. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV).) Sexta encuesta nacional de la juventud. 2010.
http://www.injuv.cl/portal/wpcontent/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf
24. Shashikumar, R., Das, R. Prabhu, H., Srivastava, K., Bath, P., Prakash, J. & Seema, P. A cross-sectional study of factors associated with adolescent sexual activity. Indian Journal of Psychiatry. 2012 54(2), 138-142.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440907/>
25. Díaz, A., Aliño, M., Velasco, A., Rodríguez, A. y Rodríguez, V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2008. 34(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000300006&script=sci_arttext
26. 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

27. González, E., Molina, T., Montero, A. y Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Revista Chile de Obstetricia y Ginecología*, 78(1). http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000100002&script=sci_arttext
28. Ministerios de Salud pública y Asistencia social. Norma Nacional de Planificación Familiar. Serie de normas nacionales, no.14, 2da. Ed. 2006. República Dominicana.
29. Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs.
30. J. 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.
31. 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.
32. 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
33. Moya-Plata D, Oviedo L, Ariza-Ortiz A, Uribe A. Reflexiones sobre conocimientos-prácticas de sexualidad en los estudiantes de la facultad de salud y medicina en la universidad de Santander. Bucaramanga-Colombia. *Revista CUIDARTE*. 2011; 2(1):149-54. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.50>
34. Organización Mundial de la Salud y BZgA. Standards for sexuality education in Europe. WHO Regional Office for Europe y Federal Centre for Health Education

- BzgA. 2010 [consultado 16 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.bzga-whocc.de/>.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Serrano Fuster I, Lete Lasa I, Pérez Campos E, Martínez Salmeán J, Doval JL, Coll C. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Rev Iberoam Fert Rep Hum. 2012;29(1):47-54.
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. Cunningham, Gary F. Obstetricia de Williams. Panamericana; 21ava. Edición 2002: 1290.
42. 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.
43. 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.
44. 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://>
45. Schwarcz RL. *Obstetricia*. El Ateneo, 6ta. Edición. Buenos Aires, Argentina 2005: 526.
46. Fortenberry 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/.
47. Cabrera 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.
48. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 2011*. New York: United Nations; 2011.
49. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York: United Nations; 2010.
50. 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.
51. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 3. Art. No.: CD007249; DOI: 10.1002/14651858.CD007249.pub3.

52. 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.
53. L. Campero Cuenca. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México 2013;149:299-307.
54. 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.
55. Contraception in early adolescence. Best Practice Journal 2011;35:24-31.
56. Centers of Disease Control And Prevention. Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 National survey of Family Growth. Series 23, número 31. Octubre 2011.
57. Committee on adolescence Policy Statement. Contraception for Adolescents. Pediatrics 2014;134(4);e1244-56.
58. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4aed 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf.
59. World Health Organization (WHO). WHO/Contraceptive Research and Development (CONRAD), technical consultation on nonoxynol-9: summary report. World Health Organization Geneva; October 2001
60. Botero Uribe J. Obstetricia y Ginecología. CIB 7ma. Ed. Medellín, Colombia. 2004: 420.
61. Hatcher, R. Planificación familiar. 1ra edición. 1999.
62. Martínez-González MA, Irala Jokin Y. ¿Anticoncepción o conocimiento de la fertilidad? Las ventajas de la planificación familiar natural. 7 abril 2010 No. 26

63. K.I Kennedy, et al., Documento de consenso sobre el método de amenorrea de la lactancia para la planificación familiar. *Revista internacional de ginecología y obstetricia* 54 (1996): 55-7.
64. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
65. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S208-S219.

VIII. ANEXO

VIII.1. CRONOGRAMA

Variables	Tiempo: 2017	
Selección del tema	2017	Abril
Búsqueda de referencias		Abril
Elaboración del anteproyecto		Mayo
Sometimiento y aprobación	2017	Junio
Revisión expedientes clínicos		Junio
Tabulación y análisis de la información		Julio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Julio
Encuadernación		Agosto
Presentación		Agosto

VIII.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN LOS ESTUDIANTES DE 3ERO Y 4TO GRADO DEL LICEO PROFESOR JUAN BOSCH, EN LA COMUNIDAD RIO ARRIBA BANI ABRIL-MAYO 2017.

Formulario:_____

1. Uso de anticonceptivo: Usan Anticonceptivo_____ No usan Anticonceptivo_____

2. Edad: _____

3. Religión: Católica____ Evangélica____ Pentecostal____ Mormona____ Adventista_____

4. Figura en la crianza: Madre____ Padre____ Ambos____ Abuelos____ Otros_____

5. Educación Sexual: Padres____ Amigos____ Medicos____ Radio/Tv____ Escuela____ Libros____ Iglesia_____

6. Edad de la primera relación sexual: _____

7. Métodos de Anticonceptivos conocidos: Condon____ Pastillas____ Diu____ Inyeccion____ Anticonceptivo de emergencia____ Coito interrumpido_____

8. Fuente informativas sobre métodos anticonceptivos: Padres____ Amigos____ Médicos____ Radio/Tv____ Escuela____ Libros____ Iglesia_____

9. Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes: Condón____ Pastilla____ Inyección____ Anticonceptivo de emergencia_____

VIII.3. Costos y recursos.

IV.6.3.1. Humanos			
Un sustentante			
Dos asesores (metodológico y clínico)			
Estadígrafo			
Digitador			
Residentes de cirugía buco-máximo- facial			
IV.6.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resmas	120	360.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	240.00
Lápices	2 unidad	10.00	20.00
Borras	2 unidad	5.00	10.00
Bolígrafos	2 Unidad	10.00	20.00
Sacapuntas	1 unidad	12.00	12.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora Epson stylus 440			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital			
data			
proyector	1 unidades	2,500.00	2,500.00
Cartuchos Epson stylus 440	2 unidades	1600.00	3200.00
IV.6.3.3. Información			
Adquisición de libros		0.0	0.0
Revistas		0.0	0.0
Referencias		0.0	0.0
(ver listado de referencias)			
IV.6.3.4. Económicos*			
Papelería(copias)	1000 copias	00.75	750.00
Encuadernación	10 informes	250.00	3,000.00
Alimentación			6,000.00
Transporte			4,000.00
Imprevistos			2,000.00
Total			\$
22,112.00			

* Los gastos de la investigación serán cubiertos por el sustentante.

Evaluación

Sustentante

LIE RUSSELL SUAREZ ARIAS

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Iris Paula

Dra. Concepción Aurora Sierra

Jurados

Autoridades

Dra. Concepción Aurora Sierra
Jefa de Enseñanza
Docente Juan Pablo Pina

Dr. Ervín David Jiménez
Coordinador de la Residencia del Hospital
de Medicina Familiar y
Comunitaria del Hospital Docente
Juan Pablo Pina

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

Fecha de presentación _____

Calificación _____