

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Dr. Luis E. Aybar

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREFERENCIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ADOLESCENTES
DEL LICEO NOCTURNO REPÚBLICA DE HONDURAS, DISTRITO
NACIONAL, ENERO - MAYO, 2019



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

Dra. Yuberky Núñez Concepción

Asesores

Dra. Venecia Contreras (Clínica)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Los conceptos expuestos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	9
I.2. Justificación	11
II. Planteamiento del problema	13
III. Objetivos	15
III.1. General	15
III.2. Específicos	15
IV. Marco teórico	16
IV.1. Adolescencia	16
IV.1.1. Etapas de la adolescencia	16
IV.1.2. Educación sexual	17
IV.1.3. Salud sexual y reproductiva	19
IV.2.1. Planificación familiar	22
IV.2.1.1. Aspectos a considerar sobre los métodos anticonceptivos en la adolescencia	23
IV.1.1.2. Métodos anticonceptivos	24
IV.2.1.3. Principales características de los métodos anticonceptivos	27
IV.2.1.4. Anticoncepción hormonal (AH) y situaciones especiales durante la adolescencia	36
IV.2.1.5. Anticoncepción e infección de transmisión sexual	38
2.3.1. Educación Sexual en el Sistema Educativo Dominicano	40
2.3.1.1. Justificación para una educación sexual en República Dominicana	42
V. Hipótesis	44
VI. Operacionalización de las variables	45

VII.3. Material y métodos	46
VII.3.1. Tipo de estudio	46
VII.3.2. Área de estudio	46
VII.3.3. Universo	46
VII.3.4. Muestra	46
VII.3.5. Criterios	47
VII.3.5.1. De inclusión	47
VII.3.5.2. De exclusión	47
VII.3.6. Instrumento de recolección de la información	47
VII.3.7. Procedimiento	47
VII.3.8. Tabulación	47
VIII.3.9. Análisis	47
VII.3.10. Principios éticos y bioéticos	48
VIII. Resultados	49
IX. Discusión	59
X. Conclusiones	62
XI. Recomendaciones	63
XII. Referencias	64
XIII. Anexos	70
XIII.1. Cronograma	70
XIII.2. Instrumento de recolección de datos	71
XIII.3. Consentimiento informado	72
XIII.4. Costos y recursos	73
XIII.5. Evaluación	74

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Porque sus tiempos son perfectos, todo lo que soy se lo debo a él, por su infinita gracias y misericordia.

A los docentes.

Venecia Contreras y Yahaira Sierra.

Por ser parte fundamental del desarrollo de mi formación al dedicar parte de su valioso tiempo, conocimientos y consejos que me servirán para siempre.

A mis compañeras Margaret Mora, Belkis Morel y Aydelina Sosa.

Por ser cómplices, amigas, hermanas y hacer estos tres años más llevaderos, por darme fuerza en los momentos difíciles, gracias por comprenderme durante todo este tiempo a pesar de la alta y baja nuestra amistad y cariño nos hizo salir adelante. Les auguro éxitos en todos sus proyectos.

A la coordinadora Dra. Gladis Soto.

Por ser parte de nuestra formación, su amor y dedicación para que sea mejor humano y profesional.

A la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

Por ser la escuela de medicina que permitió mi desarrollo como profesional.

A mis asesores Dra. Venecia Contreras y Rubén Darío Pimentel.

Gracias por dedicar parte de su valioso tiempo a este proyecto, por su disponibilidad, orientación y apoyo, Dios los bendiga de manera especial.

Dra. Yuberky Núñez Concepción

DEDICATORIA

A Dios.

Mi amado salvador, sin ti esta meta no hubiese sido posible, gracias por ser mi guía, protector y sustento en cada momento de dificultad, gracias por tu presencia y amor infinito, yo nací para adorarte mi amado salvador.

A mi madre Soraida Concepción.

Por ser mi guía, ejemplo de amor, superación, dedicación y mi más grande inspiración para seguir adelante. Gracias por estar siempre a mi lado. Te amo.

A mis hermanos Yuril, Yahaira y Federico.

Por su amor, apoyo incondicional y por ser parte de este logro, por su comprensión e inagotable apoyo. Gracias.

A mi hermana Luisa Melo.

Por ser mi guía, apoyo y motivarme a hacer realidad esta meta. Te quiero.

A Melvín Santana.

Por ser una pieza fundamental para alcanzar mi meta.

A José Luís Melo.

Por darme su apoyo incondicional y estar siempre para mí.

A la familia Melo Concepción.

Por ser parte importante de mi vida, por su apoyo incondicional y por su amor, Gracias a ustedes.

A la familia Concepción.

En especial a mis tíos Flora, María y Martina. Por el amor y apoyo que he recibido desde mi nacimiento. Gracias.

A mis primos.

Que han sido mis hermanos, Luisa, Nicauris, Denise, Luís, Diana Eliza y José Luís. Gracias por estar siempre dispuesto a ayudarme y por su entrega, este sueño realizado también es por ustedes.

Dra. Yuberky Núñez Concepción

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019. El estudio fue dirigido a 268 estudiantes, hubo participación de 78.4 por ciento, el 69.5 por ciento señaló usar métodos anticonceptivos, el 58.9 por ciento prefiere el condón como métodos anticonceptivos, el 50.9 por ciento correspondió al sexo femenino, el 71.9 por ciento de hallaron entre 17-18 años, un 31.5 por ciento se halló cursando el tercero del bachillerato, un 73.3 por ciento se encontró soltero, el 47.3 por ciento pertenecía a la religión católica, un 76.0 por ciento sostuvo su primera relación sexual entre los 13-16 años, el 44.6 por ciento ha tenido más de tres parejas sexuales, un 39 por ciento ha recibido información sobre métodos anticonceptivos a través de la escuela y el 58.9 por ciento prefiere el condón como método anticonceptivo.

Palabras clave: Adolescente, preferencia, métodos anticonceptivos

ABSTRACT

It was a descriptive, prospective and cross-sectional study was conducted with the objective of determining the preference of contraceptive methods by adolescents of the Liceo Nocturno Republic of Honduras, National District, May, 2019. The study was directed to 268 students, there was participation of 78.4 by one hundred percent, 69.5 percent indicated using contraceptive methods, 58.9 percent preferred the condom as contraceptive methods, 50.9 percent corresponded to female sex, 71.9 percent were between 17-18 years old, 31.5 percent were enrolled the third of the baccalaureate, 73.3 percent were single, 47.3 percent belonged to the Catholic religion, 76.0 percent sustained their first sexual relationship between 13-16 years, 44.6 percent had more than three sexual partners, 39 percent have received information about contraceptive methods through school and 58.9 percent prefer the condom as a method or contraceptive.

Key words: Adolescent, preference, contraceptive

I. INTRODUCCIÓN

Promover el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) durante la adolescencia es controversial, pero las evidencias son contundentes en favor de la divulgación y promoción de su uso por este sector poblacional. No existe un método anticonceptivo ideal para la adolescencia, como tampoco hay razones médicas para negar el uso de ninguno de los métodos considerando únicamente la edad.¹

El mejor método será aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja escojan, después de haber recibido una completa y detallada información y sean sometidos a un exhaustivo interrogatorio y un examen físico general y de la esfera reproductiva, tomando en consideración los aspectos no médicos, pues estos no sólo van a cumplir una función de prevención del embarazo.²

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y actuarán basados en las opiniones y conceptos que pueden estar plagados de mitos y criterios erróneos en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los métodos anticonceptivos.³

Muchos no conocen sobre la anticoncepción de emergencia o no tienen acceso a ella. Finalmente dada la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual enfermedad de transmisión sexual en los adolescentes, estos deben recibir asesoramiento sobre los anticonceptivos que poseen acción protectora ante estas.

I.1. Antecedentes

Féliz A, Vázquez E, Matos M, Rijo H, Medina A., realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el conocimiento, actitud y práctica acerca de los métodos de planificación familiar que tienen las adolescentes de los trinitarios II, Santo Domingo Este, República Dominicana, Mayo-Julio 2011.

Se reporta que el 35.7 por ciento tienen buen conocimiento, sobre el estado civil el 47.5 por ciento eran solteras, unión libre con 41.0 por ciento y casadas un 1.5 por ciento, el 60.0 por ciento no ha utilizado métodos de planificación familiar, mientras que el 40 por ciento sí lo ha usado, de ellos el de mayor frecuencia el condón, con un 35.4 por ciento.⁴

Rodríguez C, Féliz S, Ramírez M., realizaron un estudio descriptivo, y de corte transversal en el cual se busca el nivel conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y sus medidas preventivas en los estudiantes del Liceo Nocturno Fray Ramón Pane durante el periodo marzo-mayo 2018. Se reporta que la población participante posee el siguiente grado de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual, 63.3 por ciento niveles altos, el 23.2 por ciento niveles medios y el 13.5 por ciento bajo, participaron más hombre que mujeres, más de la mitad ha sostenido relación sexual, el 15.8 por ciento ha usado métodos anticonceptivos, siendo el condón con un 29.1 por ciento el más usado, seguido por la píldora, para un 23.5 por ciento, la edad de la primera experiencia sexual fue la adolescencia media, alrededor de la cuarta parte sostuvo su primera relación sexual antes de los 14 años de edad, más de las tres cuartas parte conoce que usando el condón de manera correcta es la mejor forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual, un poco menos de la mitad señaló que la mejor forma de protección contra la infecciones de transmisión sexual es mediante el uso del condón y los médicos, seguido por los orientadores fueron los medios por los cuales los adolescentes conocieron de las infecciones de transmisión sexual.⁵

Fernández R, realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en el cual se revisaron 5,140 historias de usuarias que acudieron en busca de datos sobre el uso de métodos anticonceptivos en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Materno Infantil del Este. Caracas. Resultados: 39,12 por ciento utiliza anticoncepción hormonal oral (AO); 20,89 por ciento esterilización quirúrgica, 20,56 por ciento dispositivos intrauterinos (DIU); y el 16,83 por ciento anticoncepción hormonal parenteral (AHP).

El resto estaba representado por 1,19 por ciento, método de barrera (condón masculino), 1,03 por ciento subdérmico y 0,37 por ciento transdérmico. Entre la AO el 66,92 por ciento utilizaba píldoras monofásicas, 23,13 por ciento minipíldora y 9,95 por ciento trifásicos. De los dispositivos intrauterinos el 90,05 por ciento eran medicados (cobre) y el 9,95 por ciento inertes.⁶

Rojas H, Schiapuci O., llevaron a cabo un estudio descriptivo, diseño no experimental, transversal. La muestra constituida por 50 pacientes del sexo femenino que asistieron a la consulta de medicina general en el ambulatorio rural tipo II La Aguadita. Edo. Cojedes. Venezuela. Mayo 2011. Resultados: 76 por ciento de la muestra estudiada utiliza métodos anticonceptivos y de estos el más frecuente fue el método hormonal, para un 57.9 por ciento). Entre las mujeres en edad fértil predominó el grupo de 26 a 37 años con 38 por ciento, en su mayoría con sexarquia entre 17-20 años, con un 64 por ciento), el número de gestas que predominó fue de 1 a 3 embarazos, para un 72 por ciento), y la mayoría presento entre 1 a 2 parejas sexuales, con un 86 por ciento).⁷

I.2. Justificación

El desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo los métodos anticonceptivos, constituyen un derecho reconocido internacionalmente, como medio esencial para mejorar la salud de la población y reducir la mortalidad asociada a embarazos no deseados.

Hacer planificación familiar significa poder elegir el número de hijos que se desea tener y cuándo tenerlos, lo que supone responsabilidad, donación y amor en la pareja, así como respeto y valoración de la vida del hijo, como persona única e irrepetible dotada de su propia dignidad.

La herramienta informativa sobre los anticonceptivos pretende educar a la población, fundamentalmente para los jóvenes, las mujeres y los hombres, teniendo como finalidad ampliar y mejorar la información de la población sobre los métodos anticonceptivos, y sobre los diferentes métodos que pueden utilizar.

En República Dominicana no se han encontrados estudios al respecto. De ahí que se pretende llevar a cabo el presente estudio con el propósito de determinar la preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes de la Escuela Primaria República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población mundial aumenta a una tasa alarmante. Luego de tomarse 16 siglos para duplicarse de 250 millones a 500 millones de habitantes, en solo dos siglos llegó a 100 millones en 1850 para hacerlo nuevamente en un solo siglo para un total de 2 000 millones de habitantes para 1950. Para el año 1990 la población mundial alcanzó los 5 000 millones de habitantes. Esta tendencia continuará al menos otros 50 años y se espera que la población mundial para el año 2050 se encuentre cerca de los 9 322 millones de habitantes.⁸

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de los métodos anticonceptivos, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños y niñas, sino también como un derecho humano sobre población y el desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, "Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados.

Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva.⁹

Actualmente, los métodos anticonceptivos disponibles en nuestro país se pueden clasificar según su duración de protección anticonceptiva en métodos temporales y métodos definitivos. El estudio del uso de la anticoncepción es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud.¹⁰

El adecuado conocimiento del nivel de uso y de los tipos de métodos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente

Posibilita además, identificar a los grupos con limitado acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución. El uso de métodos anticonceptivos está en relación, entre otros, con factores demográficos, sociales, económicos, educativos e ideológicos.

Partiendo de estos informes se hace la siguiente pregunta.

¿Cuál es la preferencia de los métodos anticonceptivos preferidos por los adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019.

III.2. Específicos

Determinar la preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes de del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019, según:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
- 4 Religión
5. Relaciones sexuales
6. Fuente de información
7. Métodos anticonceptivos usados

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico, es decir, desde los 10 a los 19 años.¹¹

IV.1.1. Etapas de la adolescencia

a) Adolescencia temprana

Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.¹²

b) Adolescencia media

Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás.

c) Adolescencia tardía

Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad.

Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres.¹³

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: La niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado que la sociedad lo trata ambiguamente.

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia.

IV.1.2. Educación sexual

La educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales y sexuados, sin temores, angustias, ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar.¹⁴

La educación sexual debería comenzar lo más pronto posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser y continuar de nuevo de forma armónica y progresiva durante toda la vida.

Desde las primeras experiencias de socialización en la familia, la escuela y la iglesia, se estructuran ideas, sentimientos y emociones que naturalizan una representación de la sexualidad como un aspecto pecaminoso de la vida humana, temido por padres y educadores.

Es así como entendemos que los problemas asociados a la sexualidad adolescente están determinados por las contradicciones entre la erotización consumista y los valores de la moral puritana, la exclusión de los servicios de salud reproductiva y la imposibilidad de un diálogo franco con padres y educadores. Tradicionalmente los/las adolescentes constituyen un grupo sexualmente activo pero desinformado o mal informado respecto al tema sexual.¹⁵

Dicha información puede ser limitada o simplemente prohibida por la familia, por la comunidad, por la iglesia, por los valores culturales imperantes, etc. Como resultado muchas mujeres y varones jóvenes que tienen vida sexual no utilizan métodos anticonceptivos. A través de una buena educación sexual los adolescentes podrán desarrollar el conocimiento y la confianza necesaria para tomar decisiones relacionadas con el comportamiento sexual, incluso la decisión de no tener relaciones sexuales hasta que estén preparados para ello.

La información y los servicios para los adolescentes deberían combinarse con la educación de los varones jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en asuntos de sexualidad y procreación. En un estudio hecho en Nicaragua sobre prevalencia de violencia doméstica, se reportó que el 12 por ciento de los esposos les prohibían planificar a sus esposas por temor a que se cometieran infidelidades.

El hecho de que se hable o eduque a los jóvenes en anticoncepción:¹⁶

- No aumenta la frecuencia de relaciones sexuales.
- Aumenta el uso de los anticonceptivos en los ya sexualmente activos.
- Aumenta la edad de inicio de vida sexual activa.
- Se les brinda información básica.

Se delimitan responsabilidades.

La Organización Mundial de la Salud, analizó en fecha reciente 35 estudios sobre programas de educación sexual en escuelas de todo el mundo. El análisis llegó a la conclusión de que la educación sexual no conduce a una actividad sexual mayor o a una edad más temprana.¹⁷

De los 35 estudios citados, 16 encontraron que el inicio de la vida sexual se retrasó entre los jóvenes con educación y entre quienes ya eran sexualmente activos, hubo un descenso en el grado de actividad sexual o un aumento mayor en las prácticas de sexo seguro. La encuesta también encontró que los programas que promovían la actividad sexual retrasada y protegida eran más eficaces que los programas que subrayaban solamente la abstinencia. Formalmente la educación sexual se limita a las ciencias naturales y la ética clásica católica.

También enseña que los métodos artificiales de planificación familiar podrían tener graves efectos negativos sobre la salud. En Chile se valoró el impacto de un programa de educación sexual en las escuelas, encontrando que tuvo un impacto significativo en conductas en relación con la prevención del embarazo.

- Antes de los talleres los adolescentes tenían muchos conflictos en el manejo de su sexualidad.

- La aplicación de talleres vivenciales ayuda a los jóvenes a aclarar sus dudas y a manejar responsablemente su sexualidad.

- Se considera que estos talleres logran modificar la conducta por lo que disminuye el número de embarazos no deseados.

IV.1.3. Salud sexual y reproductiva

Cuando se habla de salud sexual y salud reproductiva decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual y hoy dicen Procreación Responsable; entre otros.¹⁸

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado.

Contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos. Pero no siempre las mujeres ejercemos ese derecho a decidir por nuestra salud sexual y reproductiva. Existen factores culturales y de género que impiden a la mujer adoptar decisiones en cuanto al sexo, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Según La Organización Mundial de la Salud, “La salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social”. “La Organización Mundial de la Salud centra su concepto en dos pilares.”¹⁹

El respeto a los derechos de la familia a decidir el N° de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo”.

Para la Organización Mundial de la Salud la Salud Sexual es como la integración de de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexuado por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud sexual, como “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexuado, por medios que sean potencialmente enriquecedora que potencian la personalidad, la comunicación y el amor. Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo cultural y de género de un pueblo.”²⁰

Es la relación entre hombre y mujer que se da en un ámbito corporal, de expresiones afectivas y conductas sexuales. La Salud Reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y la libertad de decidir en todos los aspectos relacionados con la procreación. La salud reproductiva involucra condiciones de la mujer biológicas, psicológicas, sociales y culturales que la preparan para tener hijos.

Aquí se inicia la vida de un ser desde la maternidad hasta el final de su fertilidad más o menos a los 50 años. Para mantener la salud sexual y reproductiva se deben adquirir ciertas condiciones saludables en cuanto a conductas sexuales adecuadas y aceptables que favorezcan una calidad de vida y una responsabilidad sociocultural.

Toda mujer que solicita servicios de salud reproductiva aporta con ella toda la historia de su vida. Una historia que deberíamos estar dispuestos a escuchar con respeto porque puede tener información vital para la salud y el bienestar de la mujer.

Hay muchos aspectos de la vida de la mujer que influyen en su salud reproductiva, incluida la relación que tiene con su compañero y su entendimiento y creencias acerca de la sexualidad.²¹

Las creencias culturales relativas a la vida sexual que debe tener una mujer pueden influir en la actitud que tiene respecto a su sexualidad. Un estudio realizado en Egipto sobre cómo influyen las charlas relativas a sexualidad de los profesionales de salud, enfermeras y médicos en su práctica para mejorar la salud reproductiva.

El estudio se llevo a cabo en un grupo de enfermeras y médicos que asistieron a una capacitación de una semana sobre anticoncepción, sexualidad, cuestiones de género y asesoramiento.

Al evaluar los efectos de la capacitación y la coherencia de los resultados, se entrevistaron a 503 clientas en los lugares de control que se hicieron la intervención con la capacitación adicional se determinaron que las clientas que acudieron a su control con los profesionales capacitados recibieron un mejor asesoramiento en cuanto a sexualidad y anticoncepción, se sintieron más contenidas y menos inhibidas al hablar de sexualidad.

Tres de cada cuatro clientas demostraron que las mujeres aceptaron mejor el diálogo sobre sexualidad con los profesionales capacitados donde se estableció mayor confianza y esto permitió abordar todas las inquietudes acerca de la sexualidad.

IV.2. Planificación familiar

La planificación familiar es permitir a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces.²²

El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género. Sin embargo este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicios de contracepción. Existen políticas discriminativas sobre todo hacia la mujer adolescente, que favorecen los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de aborto, etc. La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y dónde obtenerlos.

También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad. Por otra parte, tomando en cuenta que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, esto también constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.²³

Los servicios de planificación familiar están diseñados para atender a mujeres adultas y los proveedores no siempre acogen a las adolescentes que buscan orientación y ayuda. Por otro lado, en los servicios no se cuenta con los instrumentos necesarios y adecuados para examinar a las adolescentes.

Muchas veces, para la adolescente usar un método anticonceptivo significa asumir la regularidad de su actividad sexual con todas las repercusiones emocionales y en el ámbito familiar que esto significa.

Las explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos fueron: falta de conocimientos, dificultades en el acceso a anticonceptivos, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos. En un estudio realizado en Paraguay se encontró que un número considerable de adolescentes conoce algún método anticonceptivo, pero muy pocas explicaron correctamente su uso. Hay una actitud positiva con respecto al uso y desean mayor información.²⁴

En Brasil, se realizó un estudio con 32 adolescentes y encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, pero sólo 15 usaron alguna protección. En Cuba, como en otras partes de Latinoamérica, las adolescentes a pesar de tener conocimientos de los métodos anticonceptivos, su desuso es muestra de poca o inadecuada educación sexual.

El uso de anticonceptivos en la adolescencia es poco frecuente, irregular y esporádico. La elección de un método contraceptivo exige colocar en un platillo de la balanza la seguridad del mismo y en el otro platillo los riesgos que produce.

No obstante en todo caso, los contraceptivos tienen menos riesgo que la gestación que justamente tratan de evitar, es decir, que dejando a la naturaleza obrar espontáneamente y tener todos los hijos que quiera hay más riesgo para la mujer que regulando la natalidad.

Es evidente que los contraceptivos constituyen un hecho social de nuestro tiempo. No está ni mucho menos resuelto el contraceptivo perfecto y las objeciones que se puedan hacer a los mismos son tanto morales, como sociales y también médicas muy importantes.

IV.2.1. Aspectos a considerar sobre los métodos anticonceptivos en la adolescencia

Durante la consejería anticonceptiva se consideraran los tres factores que intervienen en este proceso: proveedor, método y usuario.²⁵

Proveedor

Facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud.

Desconocimiento de los servicios a dónde acudir.

Burocratizar los sistemas de atención entorpece la confidencialidad y originar demoras inaceptables.

La consulta demandada por el adolescente precisa de mayor tiempo del que se dispone habitualmente.

Establecer un buen vínculo con el adolescente y que este perciba que el médico se interesa y está dispuesto a ayudarlo sin paternalismos.

Explicar las condiciones de confidencialidad de la consulta, facilitar que confíe sus preocupaciones y dudas.

Separarlo de los padres les hace sentirse bien, percibe que se respeta su autonomía y se le considera capaz de ocuparse de su salud. Si van con la pareja, es lógico atenderles juntos. La elección del método ha de ser voluntaria y no condicionado por las preferencias del médico, presión o coerción de la pareja, por influencias negativas de padres o del grupo de iguales.²⁶

Dejar que los jóvenes expresen sus ideas y dudas sobre el método. El rol es informarlos para que ellos tomen una decisión informada, esto aumenta la adherencia al método.

Mantener una visión positiva de la sexualidad, pero informarles los riesgos de la misma.

Potenciar la asertividad para poder resistirse a presiones a la hora de mantener o no relaciones y negociar con la pareja el uso del condón.

IV.2.2. Métodos anticonceptivos

Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. La indicación de un método debe considerar sus factores dependientes.²⁷

Eficacia

Capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el índice de Pearl (IP), número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso.

Seguridad

Capacidad del método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario.

Reversibilidad

Recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso, requisito obligatorio en adolescentes, excepto en pacientes incapacitadas.

Facilidad/complejidad de uso

Relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales.

Costos

Considerar previo a su indicación los costos del método y la accesibilidad a los mismos por los adolescentes.

La Guía “Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos” de la OMS ofrece un asesoramiento sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz.²⁸

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

Recomendables/Preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada, anticoncepción hormonal oral de solo progestágeno y dispositivo intrauterino (DIU).

Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes), y diafragma.

Poco aceptables: métodos naturales y esterilización quirúrgica.

De emergencia: anticoncepción poscoital

La guía sobre prevención del embarazo en la adolescente de la Academia Americana de Pediatría recomienda el uso en adolescentes de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, conocidos como LARC por sus siglas en inglés, dentro de los que se hallan los DIUs (medicados o no), implantes subdérmicos y acetato de medroxiprogesterona en forma depot, que ofrecen una protección anticonceptiva de varios años y son seguros.

Esta nueva guía señala que los métodos de acción prolongada, deberán convertirse en la nueva norma, según esta publicación los implantes y los DIUs serían métodos de primera línea para evitar el embarazo en adolescentes. Esta recomendación ha generado controversia entre padres y los propios médicos, no obstante en la última década, se ha demostrado que los métodos implantables reversibles de larga duración, que proporcionan de 3 a 10 años de anticoncepción, son seguros para los adolescentes.²⁹

Usuario

La indicación de un método debe contemplar factores dependientes del usuario:

Edad: valorar el grado de maduración biológica. Recordar que la anticoncepción hormonal puede instaurarse tras la menarquia sin que se afecte al desarrollo o crecimiento del adolescente.

Grado de maduración psicológica: condiciona la motivación, aceptabilidad, el cumplimiento, control y seguimiento del método.

Actividad sexual: conocer si existen o no prácticas coitales, edad de inicio de estas, frecuencia, estabilidad de la pareja, participación de esta en la anticoncepción y número de parejas sexuales.

Aceptabilidad: el método debe ser compatible con las creencias, valores y normas de conducta del usuario. Si existen conflictos, la aceptabilidad y el uso adecuado no estarían garantizados.

Impacto sobre la economía: muchas veces el adolescente es el que compra el anticonceptivo y ello hace que opte por no usarlo o por utilizar “métodos gratuitos” como el coito interruptus.

Se debe relacionar el precio del anticonceptivo con otros gastos habituales del adolescente, y hacerle ver que más que un gasto es una “inversión” en seguridad y tranquilidad.

Entorno familiar y social: pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de los anticonceptivos.

IV.2.3. Principales características de los métodos anticonceptivos

Abstinencia

Método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. Abstenerse del acto sexual no produce efectos nocivos para la salud del adolescente. La abstinencia puede incluir otras formas de expresión sexual. Constituye una opción para adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales, así como para aquellos que ya lo hubiesen hecho.³⁰

El médico debe de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares,^{2,8} pues la abstinencia requiere motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja, su práctica requiere de gran compromiso por parte de los adolescentes.

Métodos naturales

Aquí se incluyen el método del ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, las adolescentes no son idóneas para utilizar estos métodos, pues en ellas son frecuentes los trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la ya pobre eficacia de estos métodos. No obstante es posible que en algunas parejas estos métodos sean la única opción disponible. Métodos como el coito interrumpido y las duchas vaginales postcoito tampoco se recomiendan, son poco eficaces y tienen escasa aceptación por los jóvenes.³¹

Métodos de barrera (MB)

Serían los ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables.

Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes.

Los métodos de barrera incluyen los condones masculinos y los métodos femeninos, como condones femeninos, capuchón cervical, espermicidas, y diafragmas. Pueden usarse solos o combinados con otros MAC que no sean de barrera como por ejemplo las píldoras.³²

La eficacia anticonceptiva de los MB es alta si se usan sistemática y correctamente en cada acto sexual, con tasas de embarazo que oscilan entre 3 por ciento respecto al condón masculino y 7 por ciento respecto a los espermicidas. El uso normal, que no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso típico, y se asocia a tasas de embarazo entre un 12 por ciento para los condones masculinos y 21 por ciento para los espermicidas, pudiendo ser estas superiores en algunos entornos específicos.

La tasa de rotura del condón masculino oscila entre 0,5-3 por ciento por lo que hay que informar de esta posibilidad e indicar que si esta ocurriese antes de la eyaculación, sólo hay que cambiar el condón, y posteriormente utilizar la anticoncepción de emergencia.

Si el condón se utiliza correctamente, su efectividad es elevada, su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al DIU (método doble), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace muy recomendable en adolescentes.

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos se incluye dentro de los métodos de elección. Las adolescentes, tienen pocas contraindicaciones para la AHC, pero hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.

Las presentaciones de la AHC solamente difieren en la pauta de empleo, la adolescente decidirá aquella que le resulte más cómoda: diaria (píldora), semanal (parche) y mensual (anillo vaginal e inyectable combinado). Su eficacia es 0,3 % en uso perfecto y el 8% en uso típico en el primer año.³³

Anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO)

Se deberá tomar un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. Los preparados de 28 días contienen píldoras sin medicación, pueden ser de 7, 4 y 2 días. La hemorragia por privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal.

La tableta deberá tomarse a la misma hora, y no olvidar ninguna. Si hay olvidos que no superan las 48 horas se continúa normalmente el tratamiento; si las superan, hay que seguir con la medicación y emplear el condón como complementario durante 7 días. Los AHCO son los más usados, por lo que la mayor parte de la información disponible sobre anticoncepción y adolescencia se refieren a este método. Los AHCO constituyen el mejor tipo de píldora para las adolescentes, con la excepción de las que amamantan, ya que el estrógeno puede afectar a la lactancia.

Los anticonceptivos orales son seguros, no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se reportan complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces usados sistemática y correctamente. Cuando se usan perfectamente, los AHCO registran una tasa de embarazo inferior a 1 por ciento, pero cuando se usan atípicamente, la tasa se incrementa a 8 por ciento.

También tienen beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, como son la reducción del acné, regulación del ciclo menstrual y reducción de la dismenorrea, igualmente poseen un efecto protector ante el embarazo ectópico, enfermedad benigna de mama, cáncer ovárico y endometrial, y algunas formas de la enfermedad inflamatoria pélvica.³⁴

La AHCO ofrece a las adolescentes control sobre su fertilidad, el uso no depende del acto sexual y puede usarse sin que el compañero lo sepa, incluso sin su cooperación, no protegen contra la transmisión de ITS, al suspender la toma la fertilidad regresa rápidamente.

Los médicos deben promover y estimular el uso de condones, y de ser posible suministrarlos, e insistir respecto a aquellas ocasiones en que deben usarse como método anticonceptivo de refuerzo, los condones deben usarse como refuerzo si se han dejado de tomar dos píldoras o más, si las píldoras no se empiezan a usar durante los primeros siete días del ciclo, se deben usar condones durante esos siete días.

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica

El parche se adhiere a piel en el sitio de preferencia, excepto en las mamas desde el primer día del sangrado menstrual y se cambia semanalmente durante 3 semanas; tras siete días sin el parche, aparece la hemorragia por privación se inicia un nuevo ciclo.³⁵

Anticoncepción hormonal combinada vaginal

El anillo se coloca en el interior de la vagina el primer día del sangrado menstrual y se retira a los 22 días. Tras un periodo de 6 días sin anillo en los que aparece la hemorragia por privación, se introduce un nuevo anillo (se coloca y retira el mismo día de la semana).

Inyectables combinados

Los inyectables combinados de estrógeno-progestina deben administrarse cada 28 días, poseen alta eficacia y aceptabilidad, tienen como aspecto adverso, la necesidad de acudir todos los meses a consulta para aplicarse el método, comparten la gran mayoría de los beneficios de las AHCO y se reducen notablemente los fallos secundarios al uso no correcto.

Anticoncepción hormonal solo con gestágenos (AHG)

La eficacia anticonceptiva de la AHG es alta. Está indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos.

No se recomienda durante la adolescencia precoz e intermedia, sin embargo en la adolescencia tardía y las adultas jóvenes generalmente pueden usarlos sin peligro.³⁶

Su principal inconveniente radica en los cambios del patrón de sangrado (sangrado irregular), peor tolerado en las adolescentes. Existen 3 presentaciones de AHG: oral (píldoras de levonorgestrel), inyección intramuscular depot, en la actualidad existen 2 formulas de uso, Depo-Provera o DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito), se administra cada tres meses y NET-ET o Noristerat (enantato de noretisterona) que se administra cada dos meses, y en forma de implante.

La toma de la píldora con AHG es diaria, iniciándola el primer día de la menstruación, sin interrupciones. En el caso del inyectable, la primera dosis se administrará entre el primer y el quinto día del ciclo, de forma intramuscular, y se repetirá cada 8 o 12 semanas, según el medicamento.

El implante subcutáneo se coloca entre el primer y el quinto día del ciclo y dura 3 años. El implante más común, Norplant, consiste en seis cápsulas delgadas y flexibles en forma de tubo que contienen la progestina levonorgestrel. Se inserta bajo la piel del brazo de la mujer en un procedimiento quirúrgico sencillo, su eficacia es de hasta cinco años.

Los inyectables y los implantes son muy eficaces con tasas de embarazo inferiores a 1% después de un año de uso. Poseen beneficios a largo plazo no relacionados con la anticoncepción, como son menor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y cáncer endometrial.³⁷

Para obtenerlos es necesario acudir periódicamente a una consulta, no protegen contra la infección de transmisión sexual. Existe inquietud respecto al uso de los implantes e inyectables sólo de progestina en adolescentes menores de 16 años.

Se especula que el uso de estos métodos reduce la concentración de estrógeno en la mujer, y pudiera afectar al desarrollo de la masa ósea, lo que podría predisponer a las adolescentes a sufrir de osteoporosis años después, pudiendo afectar su crecimiento y desarrollo en algunos casos, no hay evidencias fundamentadas al respecto, incluso instituciones reconocidas.

Los inyectables de sólo progestina retrasan el regreso de la fertilidad. Aproximadamente el 50% de las mujeres conciben dentro de un período de 10 meses posteriores a la última inyección y más del 90 por ciento son fértiles a los 24 meses. Con los implantes, la fertilidad regresa inmediatamente después de la extracción.

Los implantes son adecuados en mujeres que deseen un método a largo plazo y tengan fácil acceso a los servicios de extracción. En las adolescentes se observa discontinuación temprana, según nuestro criterio estos métodos no deben usarse de forma rutinaria en la adolescencia, excepto en aquellos casos en que después de un análisis profundo se decida que es una opción viable.

Los inyectables e implantes tienen buenos resultados en el seguimiento de adolescentes durante el posparto (no interfieren la lactancia), adolescentes con retraso mental y otras discapacidades, y en pacientes inmaduras e indisciplinadas, no recomendamos este tipo de anticoncepción en adolescentes con 15 años o menos.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los DIUs poseen una elevada eficacia anticonceptiva y no precisan motivación para su uso. Se insertan durante la menstruación y es un método de larga duración (5 años). Además del DIU de cobre existen los medicados con la hormona levonorgestrel (DIU-LNG). Los DIUs precisan inserción por un profesional y tolerancia al examen ginecológico por la adolescente.³⁸

El DIU de cobre puede aumentar el sangrado y de la dismenorrea. El DIU-LNG puede alterar el patrón de sangrado menstrual, esto debe advertírsele a la adolescente para que acepte la posibilidad de sangrado irregular o amenorrea.

Recientemente ha aparecido en el mercado un DIU-LNG más pequeño con una duración de 3 años, especialmente indicado para adolescentes por su facilidad de inserción, según el fabricante no altera el patrón menstrual conservando una alta eficacia, lo que ha provocado un incremento en su aceptabilidad y eficacia que lo incluye dentro de los métodos recomendables en la adolescencia.

Los DIUs no protegen contra las ITS, se describe una relación entre su uso y el incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica. Para recomendar o no su uso hay que evaluar las características personales de la usuaria, aquellas que tengan prácticas sexuales de riesgo, tendrán mayor riesgo de contraer ITS/VIH, no obstante pueden constituir una opción válida. Nunca debe insertarse un DIU en una adolescente que tenga o haya tenido una infección genital o una ITS en los últimos tres meses.

El DIU puede incrementar el riesgo de EIP y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada, este riesgo también se incrementa si el procedimiento no se realiza en condiciones asépticas.

Las adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión del DIU sobre todo las que no han paridos, así como tienen mayor frecuencia de incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, de los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y riesgo de padecer de infecciones genitales bajas.

Las adolescentes pueden usar los DIU sin peligro cuando mantienen relaciones estables y mutuamente monógamas. Esto puede hacerse tocando el hilo del DIU en la apertura cervical, lo más recomendable es visitar periódicamente a su ginecólogo.

Esterilización

Método permanente e irreversible, no apropiado para las adolescentes que están comenzando su vida reproductiva. Pudiera ser una opción en casos específicos, como serían enfermedades de transmisión genética, seria discapacidad mental o física, y otras condiciones excepcionales.³⁹

Anticoncepción de emergencia (AE)

Se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Pocos adolescentes conocen de su existencia, a pesar de que es particularmente importante para ellos.

Los adolescentes pueden tener relaciones sexuales sin protección por varias razones, por ejemplo no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sexuales no previstas y sin anticonceptivos disponibles, usar un MAC incorrectamente, cuando el condón se rompe o se desliza, así como en los casos de violación.

La AE no es un método regular de anticoncepción, después de usarla, se debe empezar a usar un método regular, se puede usar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un ciclo. No protege contra las ITS, la eficacia no es absoluta, sólo protege frente al coito muy reciente. En las primeras 24 h la eficacia es del 95 por ciento, de 24 a 48 horas, para un 85 por ciento, y de 48 a 72 horas, para un 58 por ciento.

Existen varias posibilidades de AE hormonal, como el método de Yuzpe, las píldoras de solo levonorgestrel y el acetato de ulipristal. El método de Yuzpe se basa en el uso de píldoras anticonceptivas combinadas a dosis altas, cada dosis debe contener por lo menos 100 microgramos de etinil estradiol y 500 microgramos de levonorgestrel, lo que se obtiene tomando cuatro píldoras de "baja dosis" o dos píldoras de alta dosis en cada toma. Se administra en las 72 h posteriores a la relación sexual no protegida, la primera dosis es seguida por otra a las 12 horas.⁴⁰

La eficacia del método Yuzpe oscila entre 56 y 86 por ciento, dependiente del momento cuando se tome, siendo más efectivo en las primeras 72 horas y menos entre las 72 y 120 horas pos coito.

Su principal mecanismo de acción es evitar la ovulación aunque en teoría podría afectar la implantación. Tiene como efecto secundario las náuseas y vómitos, los cuales pudieran prevenirse con la indicación de antieméticos previo a su ingestión.

El uso de progestinas solas consiste en la toma de levonorgestrel en dosis única de 1,5 mg, al inicio se tomaban dos dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 horas, igualmente en las primeras 72 horas posteriores al coito no protegido. Su efectividad de 45 a 79 por ciento depende del momento en que se tome, mientras más temprano más efectivo.

En la guía sobre AE de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se menciona que el régimen de levonorgestrel puede ser efectivo al menos por 4 días y potencialmente hasta cinco días. Su principal mecanismo de acción es inhibir o postergar la ovulación, al evitar que ocurra el pico de la hormona luteinizante, no altera la función del cuerpo lúteo, y no impide la nidación de un huevo previamente fecundado.⁴¹

Lo ideal es disponer en el mercado de AE con un comprimido de levonorgestrel para su utilización hasta transcurridas las 72 horas del coito de riesgo, y con acetato de ulipristal hasta las 120 horas, la AE es un medicamento no tóxico, no tiene riesgo de adicción, su dosificación es fácil, no es teratogenico y no tiene contraindicaciones.

Las mujeres que usan AE de solo progestina registran una incidencia considerablemente menor de náuseas y vómitos, comparadas con usuarias del método de Yuzpe, aunque hay más probabilidades de que tengan sangrado irregular. Además de las tabletas con altas dosis de levonorgestrel y el ulipristal, se han usado como AE la inserción de un DIU. No se debe recomendar la inserción de un DIU como AE, pues esta inserción debe de hacerse con inmediatez.

Método de protección doble o combinado: contra el embarazo y las ITS

El uso de dos métodos, método doble, un método efectivo para prevenir el embarazo y el segundo para prevenir las ITS es altamente recomendable en adolescentes. El condón masculino es el método más eficaz para prevenir las ITS. Sin embargo, cuando se usan típicamente, los condones no son tan eficaces para prevenir el embarazo.⁴²

Una estrategia para el uso del método doble es emplear un MAC muy eficaz para prevenir el embarazo, por ejemplo la AHC o la inserción de un DIU, y usar el condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, algunos estudios en adolescentes indican que cuanto más eficaz sea el método anticonceptivo usado, menos probabilidades habrá de que los jóvenes usen condones para prevenir las infecciones.

Otra estrategia de protección doble sería usar los condones como método principal (eficaces para prevenir el embarazo y las enfermedades si se usan sistemática y correctamente), pero los adolescentes no suelen usar los condones sistemáticamente, recomendándose entonces la AE cuando no se usan condones, o cuando estos se rompen o se deslizan.

IV.2.4. Anticoncepción hormonal (AH) y situaciones especiales durante la adolescencia

Obesidad

A pesar de que en la 4ta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (1) no existe un límite para su utilización en función del índice de masa corporal (IMC), se considera que cuando éste es superior a 35 Kg/m² el incremento del riesgo tromboembólico.

Esto hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener. Los métodos con solo gestágeno se pueden utilizar sin limitación, excepto el acetato de medroxiprogesterona inyectable con el que existe una mayor tendencia a ganar peso.⁴³

Diabetes

La AH a dosis bajas no alteran el control de la diabetes a largo plazo ni facilitan la progresión a vasculopatía y el impacto sobre la tolerancia a la glucosa, los requerimientos de insulina o el perfil lipídico es mínimo o inexistente, por lo que son adecuados para estas pacientes.

Alteraciones tiroideas

Se puede utilizar cualquier método, la anticoncepción hormonal combinada posee como efecto beneficioso sobreañadido el control de las alteraciones del ciclo menstrual, muy frecuentes en estos casos.

Síndrome de ovarios poliquísticos

Los AHC con un gestágeno de efecto antiandrogénico es el tratamiento de elección, previene tanto el embarazo como las irregularidades del ciclo.⁴⁴

Si no se pudiera utilizar este anticonceptivo se evaluarán otros métodos, es importante la valoración conjunta con el endocrinólogo, ejercicio físico y hábitos dietéticos adecuados.

Trastornos de la alimentación

Las adolescentes con trastornos alimentarios, así como las deportistas profesionales desarrollan con frecuencia amenorrea hipotalámica que provoca un estado de hipoestronismo, por lo que la AHC sería el método de elección.

Talasemia, anemia de células falciformes y anemia ferropénica

Las adolescentes con estas afecciones pueden utilizar cualquier MAC aunque el uso de DIU de cobre aumenta la pérdida de sangre.

Discapacitados

El asesoramiento debe individualizarse en dependencia de la discapacidad, grado, deseo y posibilidad de reproducción y el entorno familiar y social entre otros factores.

Epilepsia

La principal limitación para el uso de AH radica en su posible interacción con el tratamiento antiepiléptico, que puede disminuir la eficacia anticonceptiva.

Las adolescentes que presentan incremento de las crisis durante la fase lútea o menstrual se pueden beneficiar de los AH al suprimir las fluctuaciones de las hormonas endógenas.

IV.2.5. Anticoncepción e infección de transmisión sexual

Sólo la abstinencia total o una relación mutuamente monógama en una pareja en la cual ninguno de los miembros esté infectado, ofrecerán garantía absoluta contra las ITS.⁴⁵

Métodos naturales

Ni el coito interrumpido, ni la abstinencia periódica ofrecen protección contra las ITS, por lo que no son recomendables en adolescentes con conductas sexuales riesgosas, o con parejas que mantengan este tipo de conductas.

Métodos de barrera

Estos métodos, al bloquear física o químicamente el paso de los espermatozoides y los organismos infecciosos de una persona a otra, ofrecen cierta protección ante las ITS.

Condón Masculino

Usado de forma regular y correcta, disminuyen el riesgo de transmisión de ITS, hay evidencias de que el condón resulta impermeable a los agentes patógenos de las ITS, incluido el VIH.⁴⁵

Condón Femenino

Estudios de laboratorio sugieren que el condón femenino es una barrera efectiva para los virus, incluyendo posiblemente al VIH, lo que está pendiente de validación por otros estudios. Si son usados consistentemente, los condones femeninos pudieran reducir el riesgo de infección de transmisión sexual.

Este método tiene como inconveniente su elevado costo, actualmente se desarrollan estudios para determinar si pueden usarse más de una vez. Se estudian también dos nuevos tipos de condones femeninos: el condón Bikini en forma de pantaleta, y Women's Choice, que se inserta con un aplicador.

Uso combinado de condones y espermicidas: No existen evidencias de que el uso combinado de condones y espermicidas mejore la efectividad de la protección ante infección de transmisión sexual, por lo general se recomienda el uso sistemático de los condones, con o sin espermicidas, como una opción válida en la actualidad para prevenir las infección de transmisión sexual.

Espermicidas vaginales, esponjas, capuchón cervical y diafragmas

Los espermicidas vaginales, utilizados solos, disminuyen el riesgo de infecciones por gonorrea y clamidia, pero "no protegen" contra el VIH. El Diafragma ofrece protección limitada contra infecciones por gonorrea, clamidia y tricomonas, ni las esponjas vaginales ni el diafragma protegen contra el VIH/SIDA.

Dispositivos intrauterinos (DIUs)

Los DIUs no protegen contra las ITS, las usuarias del DIU corren un mayor riesgo de contraer una EIP cuando tienen varios compañeros o tienen relaciones sexuales con una pareja promiscua.

En mujeres con riesgo de contraer una ITS no está recomendado el uso de los DIUs, las adolescentes dadas sus conductas sexuales tienen un alto riesgo de contraer una ITS.⁴⁶

A toda adolescente usuaria de DIU en que se diagnostique una ITS, debe extraérsele el dispositivo previo tratamiento específico de la infección, así como recomendarle el uso de métodos de barrera para evitar la transmisión.

No existe información disponible acerca de que el VIH se haya transmitido a una mujer durante la inserción de un dispositivo, ni que el profesional se haya infectado mientras insertaba un DIU a una mujer infectada.

Anticonceptivos hormonales

No hay evidencias de que los AH protejan contra las ITS. Estudios recientes reportan alguna relación entre las ITS y los anticonceptivos hormonales,³ ya que el sangrado irregular que ocasionan algunos de ellos y la ectopia cervical que inducen, pueden aumentar la susceptibilidad al VIH y la Clamidia, pero los resultados no son consistentes.⁴⁷

Más que estar asociado al uso de la AH, la relación entre esta y el posible incremento del riesgo de ITS se asocia al hecho de que las mujeres que utilizan este tipo de anticoncepción habitualmente no usan métodos de barrera, inician relaciones tempranas o tienen varios compañeros sexuales.

Los métodos de barrera son los únicos con comprobada eficacia para la protección contra las infecciones de transmisión sexual, siempre que se usen de forma sistemática, correcta y en cada coito. El uso sistemático y correcto del método doble, ofrece las mejores garantías para ambos eventos, protección de las ITS y ante un embarazo no deseado, por lo que insistimos en la importancia de educar a los adolescentes sobre las ventajas de su uso para promover la salud y preservar la fertilidad futura.

IV.3. Educación sexual en el sistema educativo dominicano

En general se acepta que la educación sexual es fundamental para todas las personas, sin embargo hay opiniones disímiles respecto a la participación de la escuela o si ésta debe ser una tarea exclusiva de la familia.

Sin embargo, debido a las limitaciones que tienen muchas familias a nivel educativo y a la existencia en la cultura de tabúes y mitos en torno a la sexualidad, la escuela ha venido a jugar un papel importante en la formación apropiada sobre este tema.⁴⁷

Por otra parte, la educación sexual en la escuela es aceptada por casi todas las corrientes educativas, a partir de un enfoque integral de los sujetos, y de su utilidad para el cuidado de la salud física y mental, el equilibrio emocional, y las relaciones sociales.

Los estudios sobre este tema han demostrado que una educación sexual integral ayuda a tomar decisiones conscientes y responsables, a organizar el proyecto de vida, a aumentar el cuidado personal y evitar las situaciones de riesgo. De manera más concreta, las y los adolescentes con formación sobre este tema tienden a retrasar las relaciones sexuales, pueden evitar los embarazos no planificados, cuidan mejor su salud para protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS), y tienen más posibilidades de reducir el contagio por el VIH / SIDA.

Los programas de educación sexual muestran enfoques diferentes, de acuerdo a la definición que asumen sobre la sexualidad humana. Es cada vez más generalizada la orientación que integra las dimensiones biológica, psicológica y social del tema, como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS), al definir la sexualidad en los siguientes términos: “La sexualidad es un aspecto fundamental del hecho de ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción.”⁴⁸

Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o se expresan todas.

La sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales”. Otro enfoque es el Psicosocial cultural de la educación sexual, el cual incluye las informaciones del contexto de roles psicosociales, valores, actitudes y comportamientos de los sujetos a educar, como lo define Santos, destacando los siguientes aspectos:

- La organización de la sexualidad,
- La construcción de la identidad,
- El ejercicio de los roles femeninos y masculinos,
- La manera de vincularse con los demás,
- La formación de actitudes hacia lo sexual

La incorporación de valores, pautas y normas que funcionan como marcos referenciales sobre los múltiples comportamientos sexuales.

La construcción de conocimientos sobre los distintos aspectos de la sexualidad. En ese último elemento, de la construcción de conocimientos, valores, actitudes e información de los procesos educativos de la sexualidad humana.

Es fundamental el rol del alumnado y su incidencia en sus procesos particulares de vida, especialmente si se trata de una educación abierta, que toma en cuenta los sujetos, como propugna el currículo dominicano y la Ley General de educación. Pues, como dice Barragan Medero “es condición necesaria para una nueva función del alumno y la alumna, que no serán los receptores pasivos de información o de actividades, sino los constructores activos y autónomos de sus conocimientos, única forma de asegurar la no obediencia intelectual y el desarrollo de la capacidad crítica.”⁵³

IV.3.1. Justificación para una educación sexual en República Dominicana

En República Dominicana la educación sexual en la escuela es fundamental, por el significado que esta formación tiene para la vida y la identidad de las personas, y como una estrategia de prevención a una serie de problemas que inciden directamente en la población joven; como la transmisión del VIH/SIDA, la proliferación de embarazos en adolescentes, el aumento cada año de mujeres muertas a manos de sus parejas o ex parejas; y sus consecuencias: personas enfermas, madres adolescentes con riesgos de salud para ellas y su descendencia, niños y niñas en la orfandad.⁴⁹

Estos problemas sociales incrementan la pobreza, coartan el crecimiento del capital social y limitan el desarrollo de toda la sociedad. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010, la República Dominicana tiene una población total de 9,445,251 habitantes. La proporción con edad de 0 a 17 años constituye el 36.03%, equivalente a la cual conforma la población apta para la escolaridad.

Como grupo poblacional joven se encuentra en proceso de descenso a favor del grupo más adulto, confirmando la transición demográfica de la población y el nombrado bono demográfico.

Este fenómeno se ha iniciado en todos los países de la región caribeña y representa una oportunidad para favorecer la inversión en esta población, especialmente en áreas como la educación, la salud y la capacitación para el empleo.

V. HIPÓTESIS

El condón y las pastillas son los métodos anticonceptivos preferidos los por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Preferencia de métodos anticonceptivos	Método anticonceptivo preferido por el adolescente	Del Ritmo Del moco cervical Del collar MELA Condón Espermicidas Orales (pastillas) Inyectables Dispositivo intrauterino Otros_____	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Años expresado por el trabajador	Numérica
Sexo	Estado condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Genero del trabajador	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado Unión libre	Nominal
Religión	Religión que refiere practicar el adolescente	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otras_____ Ninguna	Nominal
Edad primera relación sexual	Tiempo en el cual la adolescente sostuvo su primera relación sexual	Años de primera relación	Numérica
Parejas sexuales	Cantidad de parejas sexuales que ha tendí la adolescente	Cantidad de pareja	Numérica
Fuente de información	Objetos o personas que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento.	Padres Escuela Internet Amigos Médicos Otros_____ No ha recibido	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal con el objetivo de determinar la preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019. (Ver anexo, XIII.1. Cronograma)

VII.2. Área de estudio

El estudio fue realizado en el Liceo Nocturno República de Honduras, calle Albert Thomas No. 99, sector María Auxiliadora, Distrito Nacional. Delimitado, al Norte, por la calle Federico Velázquez; al Sur, por la calle Juan Evangelista Jiménez; al Este, por la calle Domingo Savio y al Oeste, por la calle Albert Thomas. (Ver mapa cartográfico y vista aérea)



Mapa cartográfico



Vista aérea

VII.3. Universo

El universo estuvo constituido por 303 estudiantes nivel secundario del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, enero-mayo, 2019.

VII.4. Muestra

La muestra estuvo constituido por 268 estudiantes del nivel secundario del Liceo Nocturno República de Honduras, enero-mayo, 2019.

VII.5. Criterios

VII.5.1. De inclusión

1. Estar presente al momento de la encuesta.
2. Ser estudiante del nivel secundario.
3. No discriminación de sexo y edad.

VII.5.2. Criterios de exclusión

1. No estar presente el día de la aplicación del auto-cuestionario.
2. Negarse a participar en la encuesta.

VII.6. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información, se elaboró un cuestionario inspirado, en parte, en aportaciones de los autores. El cuestionario, contiene preguntas cerradas, además contiene datos personales de los estudiantes, preguntas relacionadas con el método anticonceptivo preferido, edad, sexo y curso, estado civil, religión, edad e primera relación sexual, número de parejas sexuales y fuentes de información. (Ver XIII.2. Instrumento de recolección de datos).

VII.7. Procedimiento

El instrumento de recolección de datos fue llenado a través de una autoencuesta suministrada por la sustentante. Esta fase fue ejecutada en el mes de mayo, 2019. (Ver XIII.2. Instrumento de recolección de datos).

VII.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través del programa computarizado EPI-INFO-7-2.

VII.9. Análisis

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

VIII.10. Principios éticos y bioéticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las informativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁴⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas⁴⁹ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fue sometido a la revisión del comité de la universidad a través de la Escuela de Medicina y de la Coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad, la identidad de los adolescentes fue protegida en todo momento. Finalmente toda la información incluida en el texto del presente estudio, tomada en otros autores fueron justificadas por su llamada correspondiente.

VIII. RESULTADOS

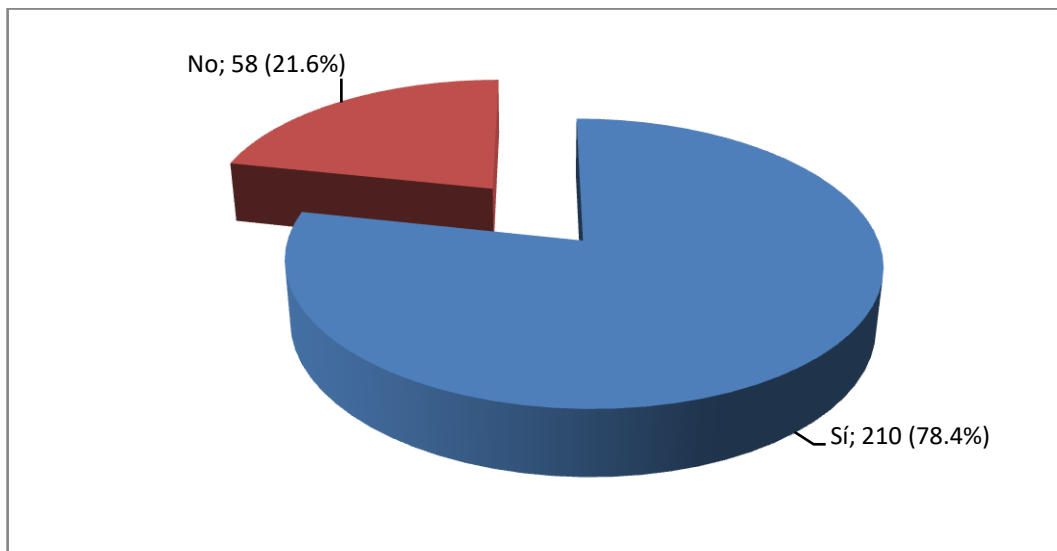
Cuadro 1. De un total de 268 estudiantes, participaron 210 (78.4%), 58 (21.6%) estaban ausentes en el Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Incluidos	Frecuencia	%
Sí	210	78.4
No	58	21.6
Total	268	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado

Se encontró que el 78.4 por ciento de los adolescentes encuestados fueron incluidos en el estudio.

Gráfico 1. De un total de 268 estudiantes, participaron 210 (78.4%), 58 (21.6%) estaban ausentes en el Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 1

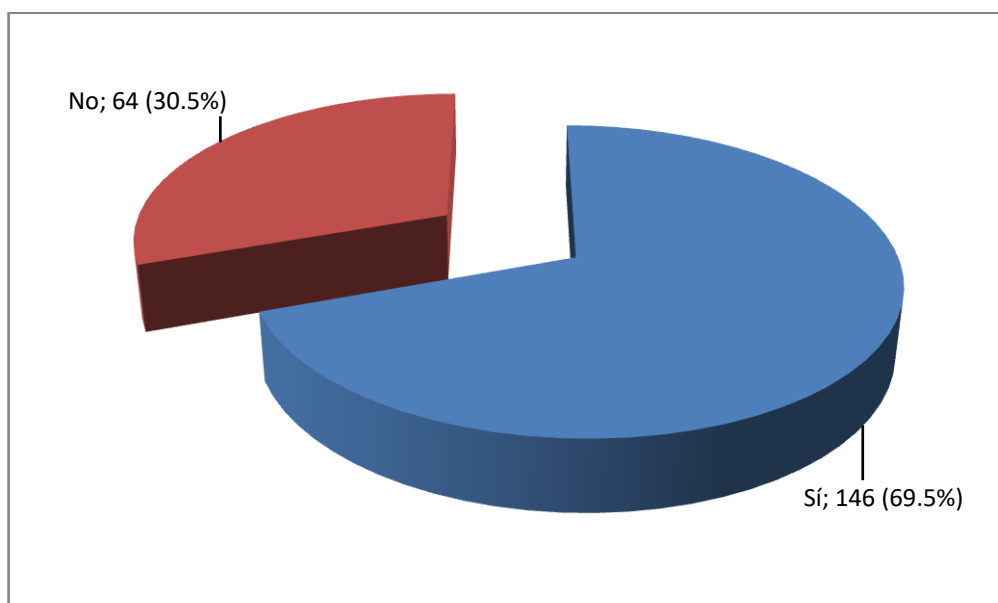
Cuadro 2. Uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	%
Sí	146	69.5
No	64	30.5
Total	210	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado

Se encontró que el 69.5 por ciento de los adolescentes encuestados han usados algún método anticonceptivo.

Gráfico 2. Uso de métodos anticonceptivos por los adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 2

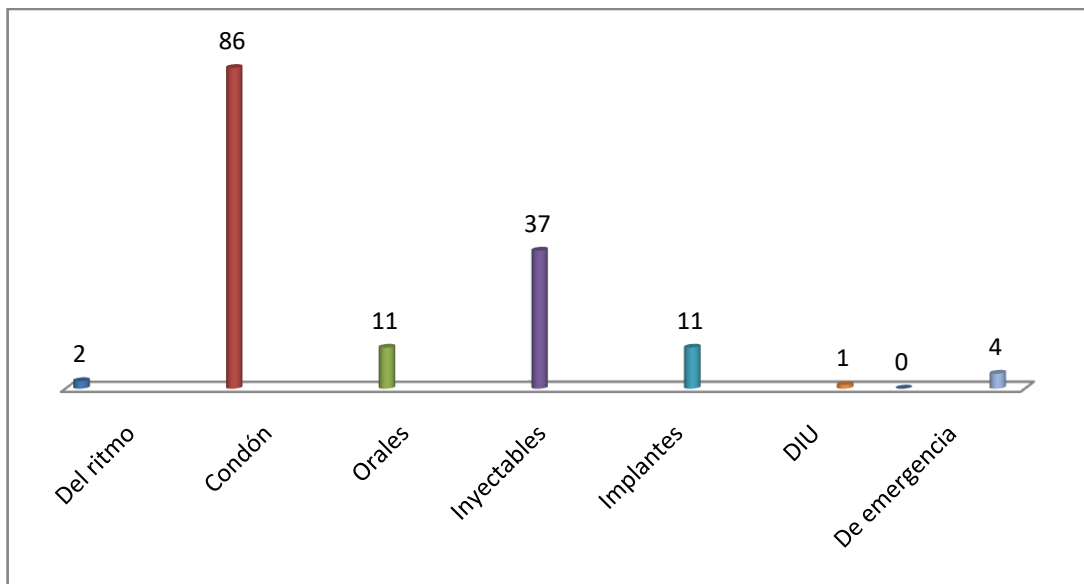
Cuadro 3. Métodos anticonceptivos preferidos por los adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Métodos preferidos	Frecuencia	%
Del ritmo	2	1.4
Condón	86	58.9
Orales	11	7.5
Inyectables	37	25.3
Implantes	11	7.5
DIU	1	0.7
De emergencia	4	2.7
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado

Se encontró que el 58.9 por ciento de los adolescentes encuestados prefieren el condón como métodos anticonceptivos.

Gráfico 3. Métodos anticonceptivos preferidos por los adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 3

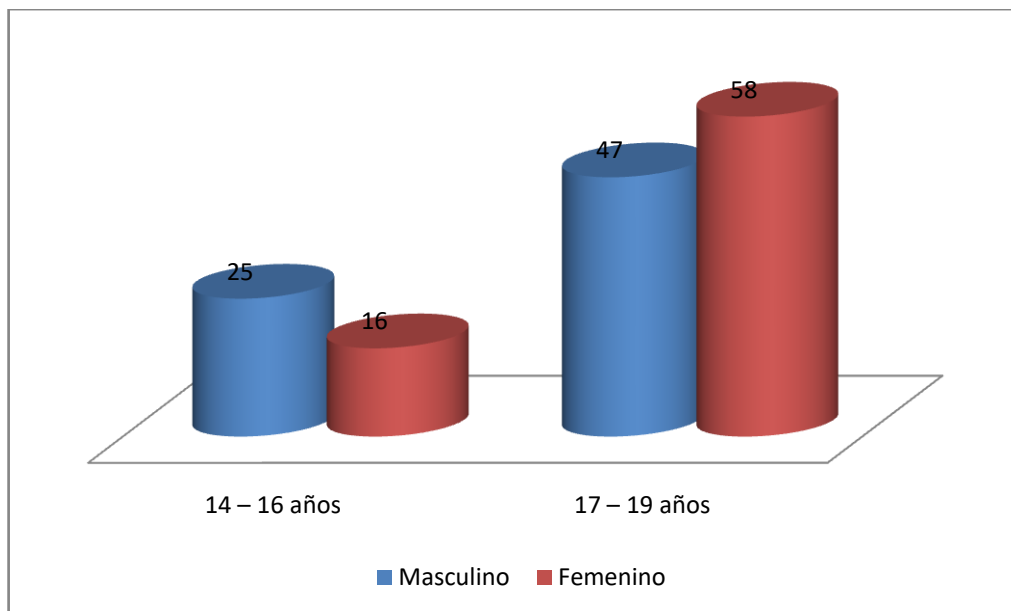
Cuadro 4. Distribución por edad y sexo de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Edad (sexo)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
14 – 16	25	17.1	16	11.0	41	28.1
17 – 19	47	32.2	58	39.7	105	71.9
Total	72	49.3	74	50.7	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes.

Se evidenció que de los 146 adolescentes encuestados, 50.9 por ciento correspondió al sexo femenino, mientras que el 71.9 por ciento de hallaron entre 17-18 años.

Gráfico 4. Distribución por edad y sexo de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 4

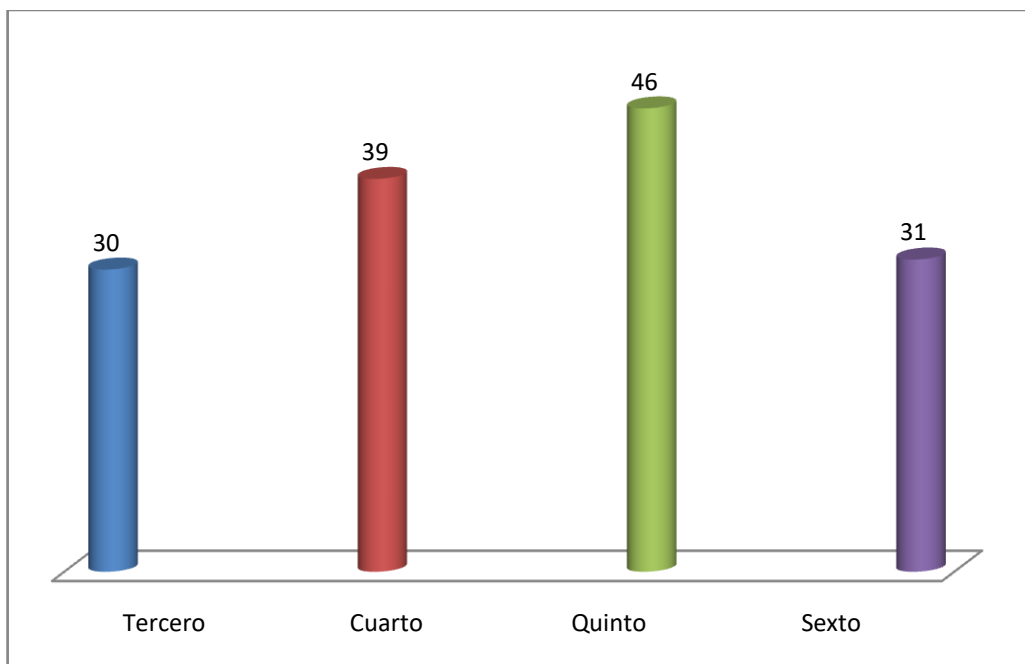
Cuadro 5. Grado de instrucción de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Grado	Frecuencia	%
Tercero	30	20.3
Cuarto	39	26.7
Quinto	46	31.5
Sexto	31	21.2
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes.

Se encontró que el 31.5 por ciento de los adolescentes encuestados, se hallaban cursando el quinto del bachillerato.

Gráfico 4. Grado de instrucción de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 5

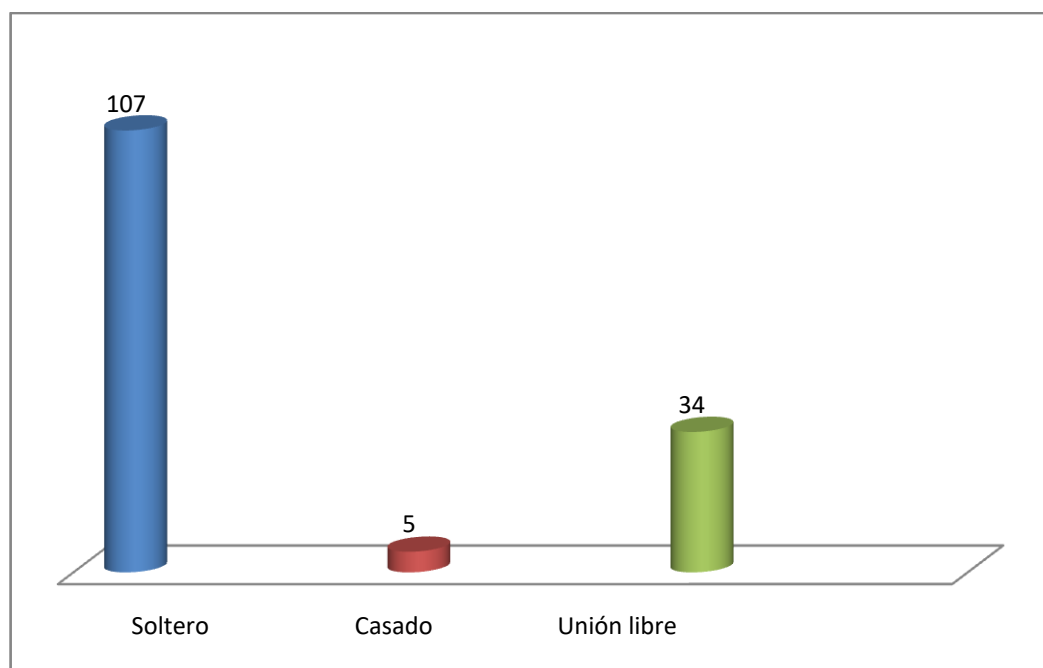
Cuadro 6. Estado civil de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	107	73.3
Casado	5	3.4
Unión libre	34	23.3
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes.

Se observó que un 73.3 por ciento de los adolescentes encuestados, se hallaban solteros.

Gráfico 6. Estado civil de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 6

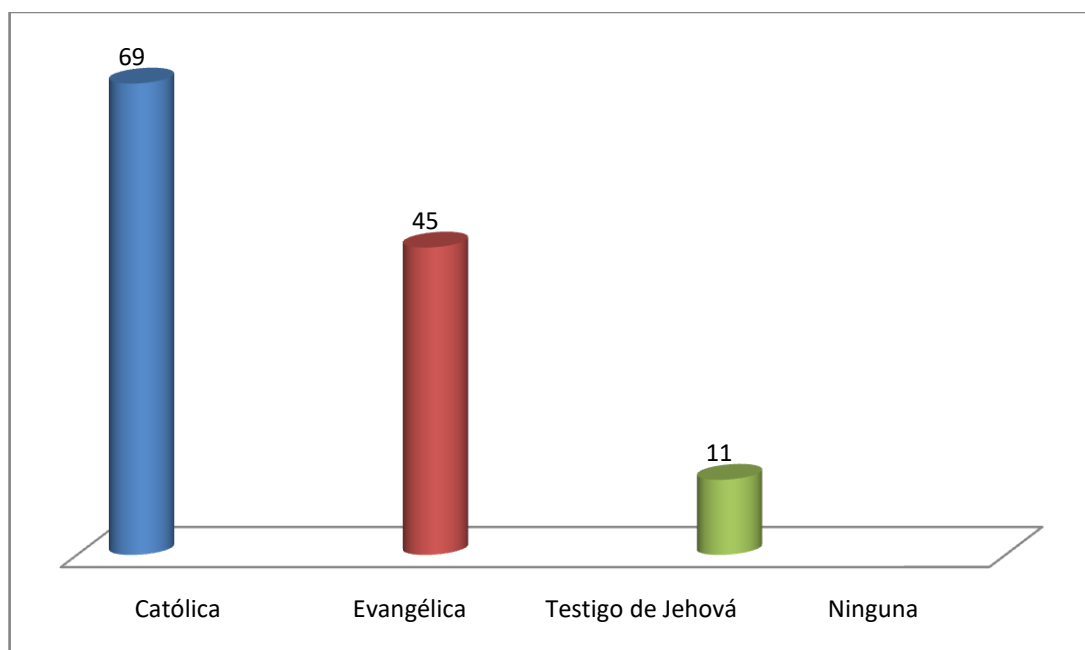
Cuadro 7. Religión de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Religión	Frecuencia	%
Católica	69	47.3
Evangélica	45	30.8
Testigo de Jehová	11	7.5
Ninguna	21	14.4
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes.

Se evidenció que el 47.3 por ciento de los adolescentes encuestados pertenecían a la religión católica.

Gráfico 7. Religión de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 7

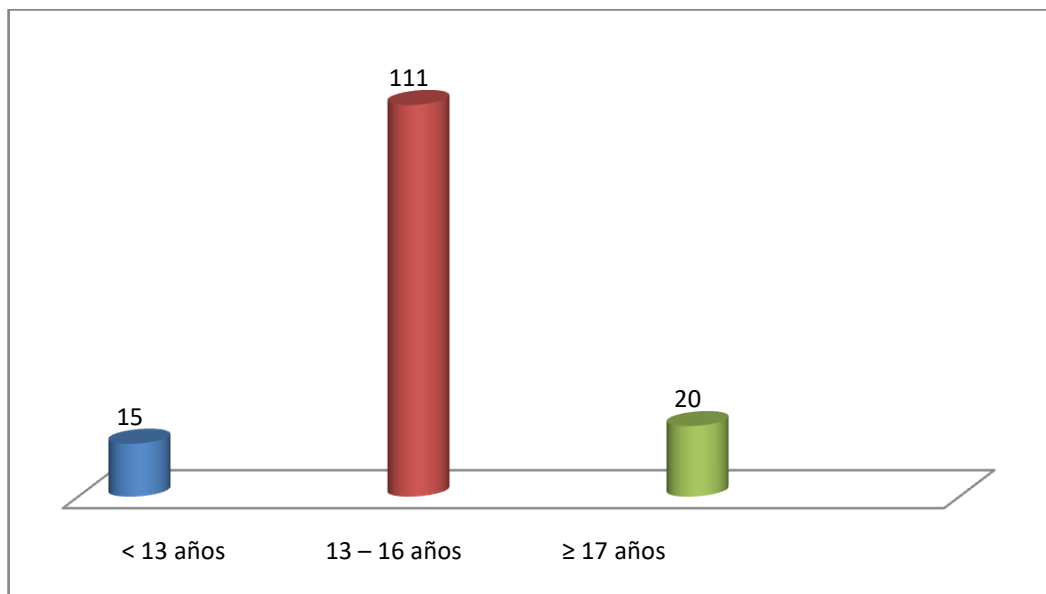
Cuadro 8. Edad de la primera relación sexual por los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Edad de la primera relación sexual (años)	Frecuencia	%
< 13	15	10.3
13 – 16	111	76.0
≥ 17	20	13.7
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes.

Se observó que un 76.0 por ciento de los adolescentes encuestados sostuvieron su primera relación sexual entre los 13-16 años.

Gráfico 8. Edad de la primera relación sexual por los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 8

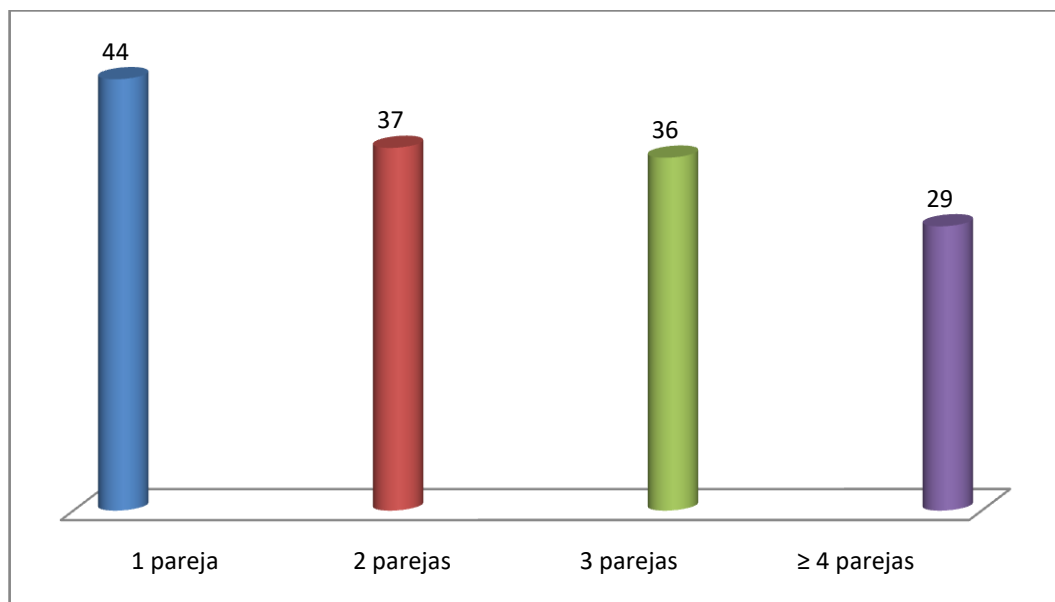
Cuadro 9. Número de parejas sexuales por los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Parejas sexuales	Frecuencia	%
1	44	30.1
2	37	25.3
3	36	24.7
≥ 4	29	19.9
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado

Se encontró que el 44.6 por ciento de los adolescentes encuestados han tenidos más de tres parejas sexuales.

Gráfico 9. Número de parejas sexuales por los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 9

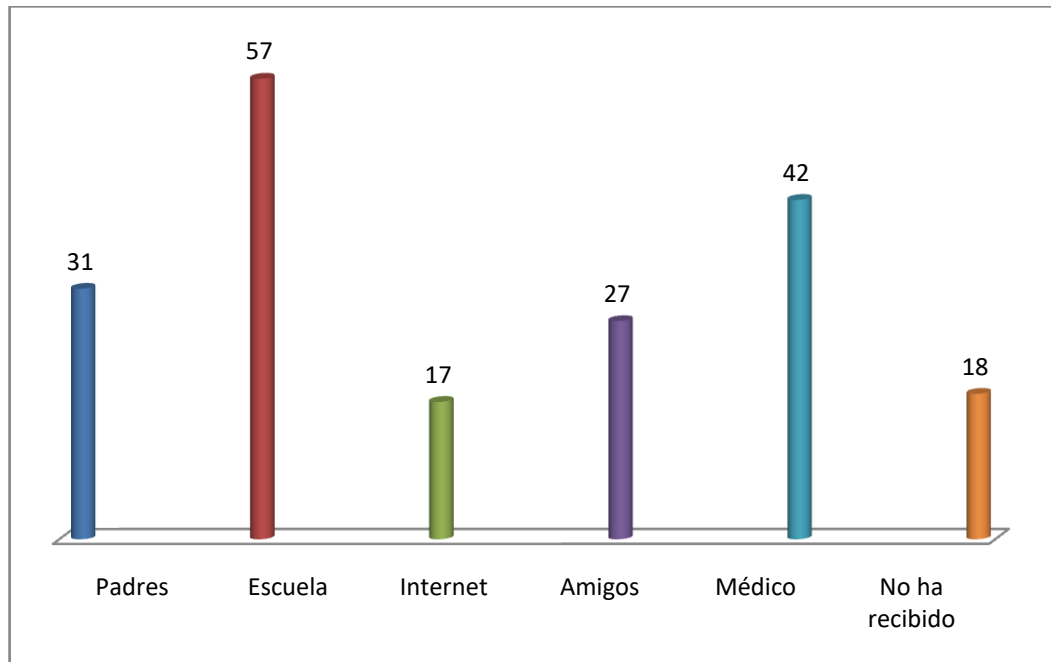
Cuadro 10. Fuentes de información de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.

Fuentes de información	Frecuencia	%
Padres	31	21.2
Escuela	57	39.0
Internet	17	11.6
Amigos	27	18.5
Médico	42	28.8
No ha recibido	18	12.3

Fuente: Cuestionario aplicado

Se evidenció que un 39 por ciento de los adolescentes encuestados han recibidos información sobre métodos anticonceptivos a través de la escuela.

Gráfico 10. Fuentes de información de los adolescentes que prefieren métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019.



Fuente: Cuadro 9

IX. DISCUSIÓN

De acuerdo con el método preferido por los adolescentes fue el condón, con un 58.9 por ciento, seguido por un 25.3 por ciento correspondiente a los métodos inyectables y en menor proporción el uso del dispositivo intrauterino, para un 0.7 por ciento. Vázquez, *et al*, en su estudio sobre los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en Cuba en el año 2015. La Habana, Cuba en el 2016, encontró también que el condón era el método más utilizado, con un 45.9 por ciento, lo cual es coincidente con el presente estudio.

Al analizar los grupos de edad y el sexo, se evidenció un predominio de las usuarias comprendidas entre 17-19 años con un 71.9 por ciento, es decir la mayoría eran mayores de 17 años. González⁶ y cols., en su estudio sobre el aumento de la prescripción de anticoncepción hormonal en adolescentes por los médicos de la atención primaria de salud, realizado en el 2015, reportaron una mayor frecuencia en usuarias menores de 17 años, lo cual coincide con este estudio.

De acuerdo al estado civil se observó que la mayoría se encontraban solteros, no observándose relación significativo ($P < 0.05$). Este hallazgo es coincidente con el estudio de Gómez, sobre el acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México en el 2017, donde se señala que el estado civil tiene significancia en el uso de métodos anticonceptivos.

En muchos países incluidos en este estudio, proporciones sustanciales de mujeres de 15 a 19 años de edad están casadas, o no están casadas pero son sexualmente activas. La prevalencia del matrimonio en este grupo etario ha disminuido en la mayoría de los países incluidos en este estudio. Esta disminución ha sido acompañada en muchos países por un aumento en la prevalencia de la actividad sexual fuera del matrimonio, pero hay mucha variación en el patrón de cambio, lo que sugiere la necesidad de análisis a nivel país de los patrones de exposición al riesgo de embarazo, por grupos de edad. De acuerdo con nuestros hallazgos, frecuentemente el uso actual de

anticonceptivos entre las mujeres que no están casadas pero que son sexualmente activas es mayor que entre las mujeres casadas, especialmente en África subsahariana. Esto sugiere que las mujeres jóvenes que están en los comienzos de su actividad sexual, están aprendiendo a usar anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. En este estudio todos los adolescentes casados correspondieron al sexo femenino, con un 3.4 por ciento.

En lo referente al inicio de la actividad sexual se tiene que la edad de la primera relación sexual más frecuente fue entre los 13-16 años, con un 76 por ciento, seguido de un 13.7 por ciento en edades mayores de 17 años. González, *et al*, en su trabajo sobre las características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas en el 2015, encontraron que el mayor porcentaje de primera relación sexual fue entre los 15-16, con un 49 por ciento, hallazgo coincidente con el presente estudio.

En cuanto al número de parejas sexuales fue más frecuente 1 pareja sexual con un 30.1 por ciento, seguido por un 25.3 por ciento de adolescentes contestaron haber tenido más de 2 parejas sexuales, si se analiza el porcentaje encontrados con más de 3 parejas sexuales, se evidencia que un 44.6 por ciento las has tenido, lo que no muestra una alta frecuencia de promiscuidad en este grupo poblacional. Allen, *et al*, en su estudio sobre el inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México en el 2013, encontraron que el 32.9 por ciento de las personas encuestadas habían tenido más de tres parejas sexuales.

Las altas coberturas registradas por la escuela y la reportada por los padres sugieren que la combinación de ambos medios resulta la mejor opción para informar a la mayor cantidad posible de adolescentes sobre estas infecciones. La cobertura alcanzada por los medios interpersonales es mayor que la lograda por los medios masivos. Aunque llama poderosamente la atención el hecho de que el personal de salud (médico) se viera involucrado en un porcentaje tan

bajo, con apenas un 28.8 por ciento, pues este personal representa uno de los pilares para la transmisión de conocimiento de las infecciones de transmisión sexual.

X. CONCLUSIONES

1. El 78.4 por ciento de los adolescentes encuestados fueron incluidos en el estudio.
2. El 69.5 por ciento de los adolescentes encuestados señalaron usar métodos anticonceptivos.
3. El 58.9 por ciento de los adolescentes encuestados prefieren el condón como métodos anticonceptivos.
4. El 50.9 por ciento de los adolescentes correspondió al sexo femenino.
5. Un 71.9 por ciento de los adolescentes se hallaron entre 17-18 años.
6. El 31.5 por ciento de los adolescentes encuestados, se hallaban cursando el tercero del bachillerato.
7. Un 73.3 por ciento de los adolescentes encuestados, se hallaban solteros.
8. El 47.3 por ciento de los adolescentes encuestados pertenecían a la religión católica.
9. Un 76.0 por ciento de los adolescentes encuestados sostuvieron su primera relación sexual entre los 13-16 años.
10. El 44.6 por ciento de los adolescentes encuestados han tenidos más de tres parejas sexuales.
11. Un 39 por ciento de los adolescentes encuestados han recibidos información sobre métodos anticonceptivos a través de la escuela.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública

1. Reforzar programas de Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones educativas, mediante implementación de herramientas didácticas, con la participación de familiares.
2. Diseñar programas y estrategias dirigidas a los adolescentes que combinen educación, sensibilización y consejería, promoviendo prácticas sexuales y reproductivas saludables.
3. Incorporar la consulta de adolescente en todos los centros de atención primaria, donde se les ofrezca a los jóvenes y a sus padres atención integral y educación sobre la sexualidad, salud reproductiva y anticoncepción para contribuir a la prevención del embarazo precoz.

Al Ministerio de educación

1. Fomentar la realización de talleres sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, dirigidos a padres y personal docente de escuelas y colegios que incluyan métodos instruccionales para lograr una comunicación asertiva con las adolescentes.
2. Orientar al personal docente de las escuelas y colegios en relación a la difusión continua y actualizada de información sobre métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los estudiantes de ambos sexos con edades entre 10-19 años de edad.

XII. REFERENCIAS

1. Gómez S, Durán L. Acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública Méx*, 2017;59(3):1-5.
2. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 2016;42(1):1-6.
3. Rengifo H, Córdoba M, Serrano R. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública*, 2012;14 (4):558–569.
4. Rodríguez C, Feliz S, Ramírez M. Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual medidas preventivas de los estudiantes del Liceo Nocturno Fray ramón Pane, marzo - mayo 2018. Santo Domingo, 2018:12-15.
5. Feliz A, Vásquez E, Matos M, Rijo H, Medina A, conocimiento, actitud y práctica acerca de los métodos de planificación familiar que tienen las adolescentes de Los Trinitarios II, Santo Domingo Este, República Dominicana, Mayo-Julio 2009. *Rev Med Dom*, 2011;72(2):1-6.
6. Fernández R. Uso de métodos anticonceptivos en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital “Materno Infantil del Este”. Caracas. 2015:1-16.
7. Rojas H, Schiapuci I. Uso de métodos anticonceptivos pacientes del sexo femenino que asisten a la consulta de medicina general en el ambulatorio rural tipo II La Aguadita. Edo. Cojedes. Venezuela. Mayo 2011. *Salud Pública Venez*, 2012:1-6.
8. Sánchez Reyes L. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General docente Ambato durante el período septiembre 2014 enero 2015, Ecuador. Universidad Técnica De Ambato. Facultad De Ciencias De La Salud. 2016:15-20.

9. González A, Molina G, Luttges D. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2015; 80(1):24-32.
10. Allen B, Villalobos A, Hernández M, Suárez L, De La Vara E, Castro F et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública Méx.* 2013;55(2):235-240.
11. Alonso P. Evaluación del fenómeno del Sexting y de los Riesgos emergentes de la Red en adolescentes de la Provincia de Ourense. Universidad de Vigo, 2017:17-21.
12. De La Cruz M, Cuevas R, Florián F., Conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen las adolescentes que asisten a la consulta de obstetricia del Hospital Municipal de Cabral, Barahona, República Dominicana, septiembre-octubre, 2015. *Barahona*, 2016:12-15.
13. Mota G, Rosa A, Ramírez M., Conocimiento sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes del Instituto Politécnico Profesor Juan Bosch se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero del 2014. Santo Domingo, 2015:23-25.
14. Mercedes D, Mercedes R, Sánchez K., Conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos que poseen los adolescentes del Liceo Vespertino Lic. Víctor Garrido Puello entre Abril junio, 2016. Santo Domingo, 2017:15-18.
15. Vázquez Jiménez A y Suárez Lugo N., Factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en Cuba en el año 2015. La Habana, Cuba, 2016:27-30.
16. Sánchez L. Principales factores que impiden el uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo en los adolescentes atendidas en el H. Provincial Docente Ambato. 2016:32-36.

17. Casadiego S. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por un grupo de adolescentes de la Comunidad 5ta. Avenida de la Vivienda Rural de Bárbula Municipio Naguanagua. Edo. Carabobo, Venezuela entre febrero-junio, 2014. Venezuela, 2015:31-36.
18. Mallma K. Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre – 2015. Lima, Perú, 2017:18-28.
19. Castro L. Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes Del 5to Año De Secundaria De La Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos – Piura, 2014. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura. ULADECH.2015:12-16.
20. Mercedes D, Mercedes R, Sánchez K. conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos que poseen los adolescentes del Liceo Vespertino Lic. Víctor Garrido Puello entre Abril junio, 2016. Santo Domingo, 2016:12-15.
21. Feliz A, Vásquez E, Matos M, Rijo H, Medina A, conocimiento, actitud y práctica acerca de los métodos de planificación familiar que tienen las adolescentes de los trinitarios II, Santo Domingo Este, República Dominicana, Mayo-Julio 2009. Rev Med Dom, 2011;72(2):1-6.
22. Vázquez A. y Suárez N. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco, Rev Horizonte Sanitario. 2015;5(2):1-6.
23. Sánchez Reyes L. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General docente Ambato durante el período septiembre 2014 enero 2015, Ecuador. Universidad Técnica De Ambato. Facultad De Ciencias De La Salud. 2016:15-20.
24. Sánchez M. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam. 2015;22(2):35-38.

25. Valdiviezo M, Quiroz N. Conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes del Centro poblado el Cucho, en el distrito bellavista, Sullana Rev. Ciencias de la Salud. 2015;2(2): 413-426.
26. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Rev. Cient.* 2015; 02(01):79-88
27. Quesada, D. Saber, opinión y ciencia: Una introducción a la teoría del conocimiento clásica y contemporánea. Barcelona. Ariel. 2011:ISBN 84-344-8746-2.
28. Peláez MJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana. Editorial Científico-Técnica; 2012:125-136.
29. Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Azcune Hnos; 2011:28-137.
30. Auferil M, García S, Faro C, Joya M, López S. Evolución de la Atención Psicológica en Salud Sexual y Reproductiva 2000-2009. 2014:56-67.
31. Alarcón R. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. 2015:1-13.
32. Krause M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. Embarazo en la adolescencia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2012:12-15
33. Calandra, Dante- Gurucharri, Carlos. "Ginecología Antropológica", Una visión Integral de la mujer en la consulta Ginecológica. Librería-Editorial AKADIA, Bs. As. Argentina 2011:67-70.
34. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Consideraciones especiales. En: OMS. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Ginebra 2da. ed: 8. 2016:12-15.
35. Iñaki L, Lozano P, Arévalo C. Embarazo en la adolescencia. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. 2012:45-48.
36. Alarcón R. Factores que influyen en el embarazo den la adolescencia. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. 2011:1-13.

37. Baerza B. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región de Chile. 2012:76-81.
38. Castillo T. Manual de anticoncepción y planificación familiar para farmacéuticos: fisiología y farmacología. 2012:23-26.
39. Schwarz RL. Obstetricia. 9a ed., Buenos Aires, Librería El Ateneo, 2015: 325-330.
40. González J. Avances en ginecología y obstetricia. 11ma. ed., Barcelona, Salvat Editores, 2011:393-398.
41. Pérez-Sánchez A. Ginecología. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2012:534-551.
42. López C. Conocimiento de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar. Prog Obstet Ginecol, 2010;424-433
43. Álvarez R, Álvarez R. Salud Reproductiva. En: Medicina General Integral. 6 ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas 2016:113-115.
44. Machado H. Historia de la anticoncepción. En: Peláez, J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. 2da ed. Ciudad de la Habana Cuba: Científico-Técnica: 2015:96-100.
45. Berbesí D, Montoya, Segura A. del condón y conocimientos sobre prevención del VIH entre los inyectadores de drogas de dos ciudades colombianas, ADICCIONES, 2013;25(4):321-326
46. Barcia J. Anticoncepción de emergencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana, 2014;25-28.
47. Gómez PI. Anticoncepción de emergencia. En: Obstetricia y ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 5a. Edición. Distribuna. 2012: 844-847.
48. Manzin JL. Declaración del Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica, 2015; VI(2);321.
49. International Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2017.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

<i>Actividades</i>	2019						
	Febrero	Marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto
	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Delimitación del objeto de estudio	XX						
Diseño de anteproyecto		XX					
Entrega de anteproyecto		XX	XX				
Recolección de la información				XXXX	XXX		
Procesamiento y análisis de la información					XX		
Trascripción y encuadernación						XX	
Entrega de tesis							XX

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

PREFERENCIA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR ADOLESCENTES
DEL LICEO NOCTURNO REPÚBLICA DE HONDURAS, DISTRITO
NACIONAL, MAYO, 2019.

1. Edad_____ años
2. Sexo
Masc_____ Fem_____
3. Grado de instrucción
3ro.
4to.
5to.
6to.
4. Estado civil
Soltera_____
Casada_____
Unión libre_____
5. Religión
Católica_____
Evangélica_____
Testigo de Jehová_____
Otras_____
6. Relaciones sexuales
5.1.. ¿A qué edad tuvo tu primer periodo menstrual?_____ años
5.2. ¿A qué edad tuvo tu primera relación sexual?_____ años
5.3. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
1_____ 2_____ 3_____ 4 y más_____
7. Fuentes de información
De tus Padres_____
En la escuela_____
En el internet_____
De tu amigo_____
Médico_____
Otros_____
8. Ha usado algún método anticonceptivo
Sí_____
No_____
9. Preferencia del método anticonceptivo usado
Método del ritmo

Método del moco cervical
Método del collar
Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
Condón
Espermicidas
Anticonceptivos orales
Inyectables
Implante
Dispositivos Intrauterinos (DIU)
Anticoncepción oral de emergencia
Otros

XIV.3. Consentimiento informado

Manifiesto que he sido informado para que mi hijo participe de forma voluntaria y anónima en el trabajo de investigación que tiene como objetivo, preferencia de métodos anticonceptivos por adolescentes del Liceo Nocturno República de Honduras, Distrito Nacional, mayo, 2019. Se aplicará un cuestionario con preguntas cerradas con respuestas de alternativas múltiples. Ya que mi participación es voluntaria, puedo interrumpir el llenado del cuestionario cuando desee, sin presentar ningún riesgo e incomodidad. Se deja también en claro que no recibiré ningún tipo de beneficio económico. Me garantizan la plena confiabilidad de los datos obtenidos y que sólo serán usados por la investigadora para cumplir los objetivos del presente trabajo de investigación. (Si está de acuerdo con lo antes informado sírvase firmar para dar fe de su asentimiento de participación).

XIII.4. Costos y recursos

XIII.4.1. Humanos			
Una sustentante			
Dos asesores			
XIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio D\$	Total RD\$
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	4 resma	160.00	640.00
Paper Graphics-gray 28 (8 ½ x 11)	1 resma	300.00	300.00
Lápices	4 unidades	5.00	20.00
Borras	2 unidades	10.00	20.00
Bolígrafos	2 unidades	10.00	20.00
Sacapuntas	2 unidades	10.00	20.00
Computador	unidades ¹	1500.00	5000.00
Impresora	unidad	150.00	150.00
Proyector			
Cartucho	HP		
Calculadoras			
XIII.4.3 Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.4.4. Económicos			
Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2400.00
Encuadernación	8 informes	200.00	2000.00
Transporte	20 pasajes x	15.00 c/u	1200.00
Pago de tesis	4	5000.00	2000.00
Tarjetas de llamada	1 médico	60.00 c/u	15000.00
	15		900.00
Subtotal			29650.00
Imprevistos (10%)			2965.00
Total			RD\$32,615.00

XIII.5. Evaluación

Sustentante

Dra. Yuberky Núñez Concepción

Asesores

Dra. Venecia Contreras
(Clínica)

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Jurado

Autoridades:

Dra. Gladys Soto
Coordinadora Residencia

Dra. Isabel Díaz
Jefa de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Glendis Ozuna Feliciano
Jefa de Enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora de Posgrado de la Facultad
de Ciencias de la Salud

Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha presentación _____

Calificación: _____