

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN MUJERES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN YOLANDA GUZMÁN.OCTUBRE, 2021 – MAYO, 2022.



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Breisy Miguelina Pérez Ferreras

Asesores:

Dra. Venecia contreras (clínico)

Rubén Darío Pimentel (metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2022

CONTENIDO

Agradecimiento

Dedicatória

Resumem

Abstract

I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	12
II. Planteamiento del problema	14
III. Objetivos	16
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
IV. Marco teórico	17
IV.1. Planificación familiar	17
IV.2. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos	20
IV.3. Métodos anticonceptivos	21
IV.4. Clasificación	21
IV.4.1. Temporales o reversibles	22
IV.4.2. Anticonceptivos hormonales	23
IV.4.3. Métodos anticonceptivos hormonales orales (ACO)	23
IV.4.4. Anticonceptivos hormonales inyectables	25
IV.4.5. Anticonceptivos hormonales transdermicos	28
IV.4.6. Implantes anticonceptivos subdermicos	29

IV.4.7. Anticonceptivo de emergencia(AE)	30
IV.4.8. Dispositivo intrauterino (DIU)	31
IV.4.9. Mitos y creencias de los métodos anticonceptivos hormonales	33
IV.4.10. Educación sexual en el sistema educativo dominicano	35
V. Operacionalización de las variables	38
VI. Material y métodos	40
VI.1. Tipo de estudio	40
VI.2. Área de estudio	40
VI.3. Universo	40
VI.4. Muestra	41
VI.5. Criterios	41
VI.5.1. De inclusión	41
VI.5.2. De exclusión	41
VI.6. Instrumento de recolección de datos	41
VI.7. Procedimiento	41
VII.8. Tabulación	41
VI.9. Análisis	41
VI.10. Aspectos éticos	42
VII. Resultados	43
VIII. Discusión	53
IX. Conclusiones	54
X. Recomendaciones	56
XI. Referencias	57

XII. Anexos	62
XII.1. Cronograma	62
XII.2. Instrumento de recolección de datos	63
XII.3. Consentimiento informado	65
XII.4. Costos y recursos	66
XII.5. Evaluación	67

AGRADECIMIENTO

A Dios: por ser mi guía, mi sostén, mi amparo en este camino y permitirme concluir esta etapa a pesar de los obstáculos e inconvenientes que se pudieran presentar. ¡gracias mi Dios!

A la Dra. Gladys Soto.

Gracias por todo el apoyo brindado, por ser el gran ser humano que es por su apoyo incondicional en este largo camino, fue más que nuestra coordinadora le estaré eternamente agradecido por siempre velar por el bienestar de todos en esta etapa de nuestra formación.

A la Dra. Venecia Contreras.

Gracias por su apoyo, tiempo, dedicación y entrega como docente durante nuestra formación y guiarme durante la elaboración y desarrollo de esta investigación.

A mis compañeros de residencia los doctores: Katherine Guzmán, Carlos Rodríguez, Génesis Arias, Lenny Valdez y Francesca Marmolejos, me siento afortunada y agradecida con Dios por haberme permitido coincidir con ustedes en esta etapa.

A la universidad Pedro Enríquez Ureña (UNPHU): alta casa de estudios por acoger nuestra residencia y ser parte del sueño de alcanzar nuestras metas.

Al hospital Dr. Luis Eduardo Aybar por ser uno de los mejores centros de salud y docentes dedicados a la formación de múltiples especialidades del área de la salud.

Al centro de atención primaria Yolanda Guzmán por abrirme las puertas y facilitarme la información necesaria para realizar esta investigación.

Dra. Breisy M. Pérez Ferreras

DEDICATORIA

A Dios mi señor, padre celestial gracias, porque me has enseñado que todo a su tiempo es perfecto que tu amor, gracia y misericordia nunca se aparte de mi vida y de mi familia.

A mi esposo Jonathan Florián por su apoyo y comprensión durante todo este tiempo.

A mis hijas Pricelys y Haydeé Florián Pérez, mis dos bendiciones, que me impulsan cada día a ser mejor en lo que hago y ser un ejemplo para ustedes.

Dra. Breisy M. Pérez Ferreras

RESUMEN

Introducción. Los métodos anticonceptivos hormonales a todos aquellos que se basan en el uso de las hormonas sexuales femeninas, incluyendo la progesterona y el estrógeno, para regular el ciclo menstrual.

Objetivo. Determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán, octubre, 2021 – Mayo, 2022.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal. El universo estuvo constituido por todas las pacientes asistidas en la consulta de planificación familiar seleccionamos una muestra de 44 pacientes.

Resultados. Luego de haber analizado los datos recopilados en la presente investigación se concluye que el 52.3 por ciento de las pacientes tiene un nivel de conocimiento alto acerca de los métodos anticonceptivos hormonales. El 27.3 por ciento tenía edades comprendidas entre 25-29 años. En cuanto al estado civil el más frecuente fue el de unión libre con un 50.0 por ciento. El 56.6 por ciento tenía un nivel de escolaridad secundario. Con relación a la religión el 59.1 por ciento pertenece a la religión católica. El 70.5 por ciento de las encuestadas iniciaron las relaciones sexuales entre los 10 y 13 años de edad. En cuanto al número de parejas sexuales el 43.2 por ciento había tenido dos parejas sexuales. El método anticonceptivo más utilizado fueron los inyectables en un 43.3 por ciento. El 47.7 por ciento recibió información de un médico del centro de salud.

Conclusión. Después de haber analizado los datos obtenidos en la presente investigación, se concluye que el 52.3 por ciento de las pacientes que acuden a la consulta de planificación familiar tiene un nivel de conocimiento alto acerca de los métodos anticonceptivos hormonales.

Palabras clave: Conocimiento, anticonceptivos, hormonas, planificación, retrospectivo.

ABSTRACT

Introduction. Hormonal contraceptive methods are all those that are based on the use of female sex hormones, including progesterone and estrogen, to regulate the menstrual cycle.

Goal. To determine the level of knowledge about hormonal contraceptive methods in women who attend the family planning consultation of the Yolanda Guzmán First Level Care Center, October, 2021 - May, 2022.

Material and methods. A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study was carried out. The universe was constituted by all the patients assisted in the family planning consultation. We selected a sample of 44 patients for the study applying a survey-interview composed of 11 closed questions.

Results. After analyzing the data collected in the present investigation, it is concluded that 52.3 percent of the patients have a high level of knowledge about hormonal contraceptive methods. 27.3 percent were between 25-29 years old. Regarding marital status, the most frequent was that of free union with 50.0 percent. 56.6 percent had a secondary school level. In relation to religion, 59.1 percent belong to the Catholic religion. 70.5 percent of the respondents began sexual relations between 10 and 13 years of age. Regarding the number of sexual partners, 43.2 percent had had two sexual partners. The most used contraceptive method was injectables in 43.3 percent. 47.7 percent received information from a doctor at the health center.

Conclusion. After analyzing the data obtained in the present investigation, it is concluded that 52.3 percent of the patients who attend the family planning consultation have a high level of knowledge about hormonal contraceptive methods.

Keywords: Knowledge, contraceptives, hormones, planning, retrospective.

I. INTRODUCCIÓN

La atención antes de la concepción, incluida la planificación familiar, es un componente vital de la atención médica para las mujeres en edad reproductiva. Una mujer promedio pasa la mayor parte de su vida reproductiva tratando de prevenir un embarazo. Para evitar embarazos no deseados, las mujeres suelen depender del uso de anticonceptivos hormonales.

Los métodos anticonceptivos hormonales son todos aquellos que se basan en el uso de las hormonas sexuales femeninas, incluyendo la progesterona y el estrógeno, para manipular el ciclo menstrual. Son altamente eficaces en prevenir el embarazo, pero no tienen ninguna acción en la protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

En la República Dominicana, a la mayoría de las usuarias de anticonceptivos hormonales se les prescribe píldoras anticonceptivas orales (ACO). La adherencia reducida a éstos anticonceptivos reduce su capacidad para prevenir el embarazo.

Se ha demostrado que las mujeres que presentan embarazos no deseados corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos por retrasos en la atención prenatal, depresión materna, realización de abortos en condiciones de riesgo y reducción del potencial de ingresos económicos.¹

Esto es particularmente preocupante, ya que la disponibilidad y efectividad de los métodos anticonceptivos ha mejorado considerablemente los últimos años, aun así Sigue existiendo un aumento progresivo de embarazos no deseados por lo que sigue siendo un foco clave del sistema de salud pública.²

El uso correcto y constante de la anticoncepción moderna tiene un impacto dramático en los embarazos no deseados. Solo el 68 por ciento de las mujeres que están en riesgo de un embarazo no planificado informan el uso correcto y constante de anticonceptivos, y en estas mujeres representan solo el 5 por ciento de los embarazos no planeados.³

Este estudio, hace se referencia al nivel de conocimiento sobre los anticonceptivos hormonales en mujeres en edad reproductiva, ya que es importante considerar las posibles causas de la falta de adherencia a métodos anticonceptivos como son la disponibilidad, y el acceso a dichos métodos, la consejería así como las intervenciones que pueden permitir que las mujeres en edad fértil puedan planificar adecuadamente sus embarazos para de esta manera contribuir a disminuir la mortalidad materna y neonatal muy frecuente en nuestro país.

I.1. Antecedentes

Sili y Peláez, en 2018 en La Habana, Cuba, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en un grupo de estudiantes de la carrera de Medicina. Se realizó un estudio descriptivo transversal y prospectivo. Se aplicó una encuesta anónima a 164 alumnos que hicieron su rotación de Ginecoobstetricia del cuarto año de la carrera en el Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" de La Habana, Cuba entre el 1º de enero y 31 de diciembre de 2017. Se exploró el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia. De los 164 encuestados, 90 fueron mujeres y 74 varones, Las edades oscilaron entre 21 y 26 años, siendo los alumnos de 22 años los más representados. Solo 51 por ciento de los encuestados con predominio del sexo femenino demostró tener conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia. La principal vía por la que obtuvieron la información fue a través de trabajadores de la salud.⁴

Niño, Vargas y González, en Colombia, en 2019, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de abandono, cambio o falla de los anticonceptivos hormonales que derivan en embarazos no deseados en mujeres universitarias entre 17 y 30 años. Se trató de un estudio observacional y transversal efectuado entre el 1 de agosto y el 30 de noviembre de 2018 en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Boyacá,

usuarias actuales o pasadas de métodos de anticoncepción hormonal. Se recolectaron 615 encuestas, se eliminaron 4 por datos incompletos. El promedio de edad de las estudiantes fue de 20 años. El 26.15 por ciento recibió asesoría por distintos sujetos y medios diferentes al personal de salud. De las sustancias con interacción con los anticonceptivos hormonales, 25 por ciento consumía alcohol. Las principales reacciones adversas fueron: cefalea, aumento de peso y sangrado uterino anormal. Principales motivos de abandono efectos adversos. El 10.3 por ciento de las encuestadas experimentó falla del anticonceptivo.⁵

Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2019 en 36 países reveló que dos tercios de las mujeres sexualmente activas que deseaban retrasar o limitar la maternidad dejaron de usar métodos anticonceptivos por temor a sus efectos secundarios, por problemas de salud o por subestimar la probabilidad de concepción. En dicho estudio se encontró que hubo 4794 mujeres que tuvieron un embarazo no planificado después de abandonar su método anticonceptivo. El 56 por ciento de las mujeres que quedaron embarazadas no usaron métodos anticonceptivos en los 5 años anteriores a la concepción. El 9, por ciento de las que tuvieron embarazos no planificados señalaron que el último método que habían utilizado era un método tradicional, como el coitus interruptus o el método de Ogino; el 31,2 por ciento, métodos modernos de corta duración, como píldoras o preservativos, y el 2,6 por ciento, métodos reversibles de larga duración, como dispositivos intrauterinos o implantes.⁶

Esta misma institución en el año 2019 realizado en Filipinas reveló que sólo el 3 por ciento de las mujeres que deseaban retrasar o limitar la maternidad recibieron asesoramiento anticonceptivo durante su última visita por cualquier motivo a un centro de salud. La detección de todos los problemas de planificación familiar en todas las mujeres podría ayudar a prevenir el gran número de embarazos no planificados y abortos peligrosos que se producen en muchos países de Asia.⁶

En la República Dominicana se realizó un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la naturaleza de la actitud y la práctica con métodos anticonceptivos de las pacientes de 15 a 30 años que son asistidas en la consulta de Planificación Familiar del Hospital Dr. Félix María Goico, durante el periodo febrero a marzo del año 2020. Donde el nivel del conocimiento fue suficiente en un 62.73 por ciento y la naturaleza de la actitud fue negativa en el 63.64 por ciento en torno a los métodos anticonceptivos. El nivel de práctica fue adecuado en el 68.18 por ciento de las pacientes. El rango de edad más frecuente fue de 25 a 30 años 36.36 por ciento. El 49.09 por ciento de las pacientes se encontraban en unión libre. La procedencia urbana fue la más frecuente 94.55 por ciento. La mayoría de las pacientes tenían una historia sexual y reproductiva de bajo riesgo 85.45 por ciento. El método anticonceptivo que utilizaron con más frecuencia las pacientes fueron las inyecciones 29 por ciento.⁷

1.2. Justificación

El estudio tendrá como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos hormonales entre mujeres en edad reproductiva que asisten a la consulta de planificación familiar. La atención antes de la concepción, incluida la planificación familiar, es un componente vital de la atención médica para las mujeres en edad reproductiva.

El esfuerzo fallido de prevención de embarazos no planificados tiene consecuencias sobre todo aquellos que fueron inoportunos o no deseados, que incluyen un mayor riesgo de presentar secuelas tanto en el feto, la madre y la sociedad.

Los impactos fetales incluyen un retraso en la recepción de los suplementos prenatales necesarios, la posibilidad de exposición a riesgos ambientales (incluido el alcohol, la nicotina u otras drogas) y un mayor potencial de defectos congénitos y bajo peso al nacer.

Dados los datos limitados con respecto a los factores influyentes de la adherencia al tratamiento anticonceptivo, este estudio tiene como objetivo investigar varios factores determinantes, como es el caso del nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las usuarias.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial actualmente es de unos 7.600 millones de personas alcanzará los 8.600 millones para el año 2030. Además, llegará a 9.800 millones para 2050 y a 11.200 para 2100. Esta tendencia al alza continuará a un ritmo de aproximadamente 83 millones de personas más cada año, pese a una disminución constante de los niveles de fertilidad en la población.

Los métodos anticonceptivos modernos desempeñan un papel fundamental en la prevención de los embarazos no planificados. Hay estudios que muestran que el 85% de las mujeres que dejaron de usar métodos anticonceptivos quedaron embarazadas durante el primer año.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y acceso a los servicios que provee 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».

El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos obtener la orientación adecuada en cuanto a los métodos anticonceptivos y el mejorar su 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.⁶

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

Los embarazos no planificados siguen siendo un importante problema de salud pública. Cada año hay 74 millones de mujeres de países en desarrollo con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos en condiciones de peligro y 47 000 muertes maternas al año, todo esto condicionado por factores demográficos, sociales, económicos, educativos e ideológicos.

Debido a todos los factores que pueden influir en el uso de los métodos anticonceptivos y sus consecuencias en la vida de la mujer en edad fértil, nos planteamos la siguiente pregunta. ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 –Mayo, 2022?

III.OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán, octubre, 2021 – Mayo, 2022.

III.2. Específicos:

Determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según:

1. Edad
2. Estado civil
3. Escolaridad
4. Religión
5. Edad de primera relación sexual
6. Parejas sexuales
7. Tipo de método anticonceptivo utilizado.
8. Fuente de información

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Planificación familiar

La planificación familiar es la estrategia mediante la cual las parejas pueden elegir el momento más propicio de sus vidas para tener descendencia, así como decidir cuándo cuantos y el tiempo de espaciamiento de los hijos y no hacerlo de forma improvisada de manera que permitir a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente sus acciones de conocimiento de causa así como también una adecuada salud reproductiva y tengan a su disposición una gran variedad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.¹⁰

Desde siempre, la “planificación familiar” es una preocupación frecuente de las parejas, sobre todo de las jóvenes en edad reproductiva. El hecho de evitar un embarazo no deseado se relaciona con una vida sexual sana en pareja.

Como todo hecho que implica una preocupación, lleva en muchos casos a la búsqueda de información, a veces sin verificar cuál es la seguridad de los datos conseguidos, sin analizar a veces la fiabilidad de la fuente.¹¹

A pesar de contar con métodos anticonceptivos altamente eficaces, según los datos aportados por la encuesta de anticoncepción de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 2016, un 24.7% de las mujeres españolas no utiliza ningún método anticonceptivo, a pesar de que 16.4% de ellas afirma mantener relaciones sexuales; uno de los motivos para no emplearlos son los mitos de los probables efectos secundarios.¹¹

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, que favorecen los altos niveles de embarazo no deseados, tasas significativas de aborto, controles prenatales tardíos lo que posteriormente contribuye a aumentar la morbi-mortalidad materna y neonatal 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.

Los proveedores de planificación familiar tienen el privilegio y la responsabilidad de ayudarlas a tomar estas decisiones y a llevarlas a cabo. Además, los programas que respetan los derechos humanos de sus usuarios contribuyen a obtener resultados positivos en materia de salud sexual.

Por lo tanto, los servicios de planificación familiar de gran calidad y los proveedores de tales servicios respetan, protegen y hacen efectivos los derechos humanos de todos sus usuarios. Todas las personas que trabajan en cualquier nivel del sistema de salud desempeñan un papel importante. Los proveedores de atención de salud expresan su compromiso con los derechos humanos todos los días en cada contacto con cada usuario.

Existen Nueve principios de derechos humanos que guían los servicios de planificación familiar.

1. No discriminación: Dé la bienvenida a todos los usuarios por igual. Respete las necesidades y los deseos de cada usuario. Deje de lado los juicios personales y cualquier opinión negativa. Prométase que dará a cada usuario la mejor atención que pueda.
2. Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción: Conozca los métodos de planificación familiar disponibles y cómo proporcionarlos. Ayude a conseguir que haya reservas de suministros. No descarte ningún método para ningún usuario ni retenga información.
3. Accesibilidad de la información y los servicios: Ayude a lograr que todas las personas puedan usar su establecimiento, incluso si tienen alguna discapacidad física. Participe en actividades de extensión, cuando sea posible. No pida a los usuarios, ni siquiera a los jóvenes, que obtengan permiso de otra persona para usar la planificación familiar o un determinado método de planificación familiar.

4. Aceptabilidad de la información y los servicios: Sea amistoso y cordial, y ayude a que su establecimiento también lo sea. Póngase en el lugar del usuario. Piense en lo que es importante para los usuarios: qué quieren y cómo quieren que se les proporcione.

5. Calidad: Mantenga actualizados sus conocimientos y aptitudes. Use buenas habilidades de comunicación. Compruebe que los anticonceptivos que proporcione no estén caducados.

6. Toma de decisiones fundamentada: Explique claramente los métodos de planificación familiar, comentando la manera en que deben usarse, cuán efectivos son y los efectos secundarios que pueden tener (de haberlos). Ayude a los usuarios a considerar qué es importante para ellos en un método de planificación familiar.

7. Intimidad y confidencialidad: No hable con otras personas acerca de los usuarios a los que atienda, salvo si cuenta con su permiso y si esto fuera necesario para atenderlos. Cuando hable con los usuarios, busque un lugar donde los demás no puedan oírlos. No cuente a terceros lo que le han dicho las personas a las que usted atiende. Guarde cuanto antes los registros de los usuarios.

8. Participación: Pregunte a los usuarios qué piensan sobre los servicios de planificación familiar. Actúe basándose en sus respuestas para mejorar la atención.

9. Rendición de cuentas: Hágase responsable de la atención que presta a los usuarios y de sus derechos.

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.

Las tasas de embarazo tienden a ser más altas durante el primer año de uso y disminuyen en los años siguientes a medida que los usuarios se familiarizan con el método anticonceptivo que han elegido. Además, a medida que aumenta la

edad de las mujeres, la fertilidad disminuye. Para las parejas fértiles que intentan concebir, la tasa de embarazo es de aproximadamente 85% después de 1 año, si no se utiliza ningún método anticonceptivo.

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.

Las explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos son: 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

IV.2. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son una guía para la correcta elección y uso de los métodos anticonceptivos en variadas condiciones de salud, son la referencia mejor conocida y aceptada mundialmente para la planificación familiar. Así, entregan información con respecto a cuándo un método anticonceptivo podría ser un factor de riesgo o empeorar una condición médica, o cuando una condición médica podría disminuir la efectividad de un método.³⁵

Estos criterios se clasifican en cuatro categorías:

1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.

3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

IV.3. Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se definen como las estrategias para impedir o reducir de forma significativa las probabilidades de que se produzca la fecundación y, con ello, el embarazo, al mantener relaciones sexuales con penetración vaginal.

Se entiende por métodos anticonceptivos, contracepción o anticoncepción a las distintas maneras que existen de prevenir un embarazo. Algunos de ellos incluso sirven para prevenir enfermedades venéreas o ETS.⁶

Su uso se generalizó a mitad del siglo XX como forma de planificación familiar y control de la natalidad, ya que rompen la asociación entre la relación sexual y la concepción.

Se trata de técnicas y procedimientos variados, algunos sumamente antiguos, aunque la mayoría de los realmente eficaces no estuvieron disponibles sino hasta mediados del siglo XX.

IV.4. Clasificación

Existen varios tipos de anticonceptivos que se pueden clasificar en temporales y permanentes, así como también el grado de eficacia que estos puedan presentar, agrupándose en de primer tipo o muy eficaces caracterizados por su facilidad de uso entre estos se encuentran el dispositivo intrauterino (DIU), e implantes los métodos de segundo tipo comprenden los anticonceptivos hormonales sistémicos que se expenden en forma de píldoras orales, inyecciones intramusculares, parches transdérmicos o anillos vaginales, cuya tasa de

ineficacia es de un 3 a 9 por ciento por cada 100 usuarias durante el primer año de uso.⁷

El método de tercer tipo comprende los de barrera para hombres y mujeres, fechas de fecundidad y recuento de ciclos menstruales la tasa de ineffectividad prevista es de 10 a 20 por ciento por cada 100 usuarias durante el primer año de uso.

Los métodos de cuarto tipo entre estos se encuentran los espermicidas los cuales presentan una tasa de ineffectividad entre un 20 a 30 por ciento en el primer año de uso.

IV.4.1. Temporales o reversibles

Métodos anticonceptivos hormonales: anticonceptivos orales combinados o solos, anillo vaginal, implantes e inyectables y parches transdérmicos, anticonceptivo de emergencia y dispositivo intrauterino (DIU)

De barrera: preservativo masculino y femenino, diafragma, espermicida.

Naturales:

Abstinencia

Lactancia materna exclusiva (MELA)

Ritmo

Billings

Temperatura basal

Permanentes o irreversibles

Oclusión tubarica bilateral

Vasectomía

IV.4.2. Anticonceptivos hormonales

Estos son los métodos anticonceptivos más utilizados en la mujer. Se componen de versiones sintéticas de las hormonas sexuales femeninas como los estrógenos y la progesterona. Hoy en día están disponibles en presentaciones oral, inyectable, transdérmicos (parches) y transvaginal (anillos).

IV.4.3. Métodos anticonceptivos hormonales orales

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) constituyen una combinación de estrógenos y progestágenos a dosis bajas mejor conocidos como (“la píldora”). Están compuestos por un estrógeno sintético, el etinil estradiol de 20,35 y 50 mcg o mestranol 50-100 mcg. Y progesterona sintética que puede ser: progestinas derivadas de la 19 nortestoterona: noretisterona 400 mcg – 1 mg, norgestrel 300-500 mcg, levonorgestrel 50-250 mcg o derivados de las 17 hidroxiprogesteronas: acetato de clormadinona 2 mg y acetato de ciproterona 2 mg.

Estas están disponibles en cajas o blíster de 21 tabletas, algunas traen 7 adicionalmente, que contienen hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 días para evitar la interrupción de la administración.⁷

Los anticonceptivos orales solo de progesterona, también llamados mini-píldoras, están compuestos sólo por 350 µg o menos de un progestágeno que se utiliza a diario; Estos no han alcanzado una popularidad generalizada debido a una incidencia mucho mayor de sangrado irregular y una tasa de embarazo más elevada; dificultan la fertilidad sin inhibir siempre la ovulación. Esto probablemente se deba a la inducción de un moco cervical que impide la penetración del semen y a una alteración de la maduración del endometrio suficiente para impedir una implantación satisfactoria del blastocito. La eficacia anticonceptiva es mayor si existe supresión de la ovulación. Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas.

Su mecanismo de acción consiste en alterar los niveles hormonales naturales en la mujer para impedir que tenga lugar la ovulación y así no haya posibilidad de

fecundación por parte del esperma. Además, también alteran el endometrio y el moco cervical, y evitan que el útero se prepare para la implantación embrionaria.⁷

Administración y uso

Se administran vía oral se toman a diario con un tiempo especificado de 21 días y después se omiten durante 7 días llamado "intervalo sin píldoras". Durante ese lapso sin píldoras, es de esperar la hemorragia por privación. En cuanto al uso de las píldoras lo ideal es que la mujer empiece a tomar el COC el primer día del ciclo menstrual, en cuyo caso no es necesario utilizar otro método de respaldo para obtener una máxima eficacia, las píldoras deberían tomarse a la misma hora cada día.

Efectos secundarios

Algunas usuarias refieren que presentan: Cambios en los patrones del sangrado menstrual:

- Sangrado más escaso y durante menos días
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Ausencia de menstruación
- Cefaleas, Mareos y Náuseas
- Mayor sensibilidad en los senos
- Aumento o disminución del peso
- Cambios del estado de ánimo
- Presencia de acné

Ventajas

Los anticonceptivos hormonales orales presentan beneficios como proteger contra:

- Cáncer endometrial (cáncer del recubrimiento uterino)

- Cáncer de ovario
- Enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino)
- Quistes ováricos
- Anemia ferropénica (por deficiencia de hierro)
- Reducen la dismenorrea
- disminuyen el riesgo de embarazo ectópico

Desventajas

- No protegen contra las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) ni el VIH.
- presentan una menor eficacia cuando se toman con ciertos medicamentos.
- Pueden retrasar el retorno de ciclos normales.
- Las pastillas deben tomarse todos los días
- no deben ser usado en mujeres fumadoras y/o con trastornos cardiovasculares

IV.4.4. Anticonceptivos hormonales inyectables

Los anticonceptivos inyectables son métodos de acción prolongada actualmente más utilizados en muchos países del mundo debido a su nivel de eficacia, así como la fácil utilización y una mayor adherencia por parte de las usuarias debido a que se administran mensualmente. Estos pueden ser combinados los cuales contiene estrógenos y progesterona o solos a base de progesterona.

Hace seis décadas aparecieron los anticonceptivos hormonales. En 1959 fue aprobado Enovid, el primer anticonceptivo oral combinado (10 mg de noretinodrel y 150 µg de mestranol). En 1962, Jordan describió el primer caso de efectos adversos provocados por los anticonceptivos orales en una paciente con tromboembolismo.

Sus mecanismos de acción son múltiples e incluyen inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervicouterino y creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovocito

Los anticonceptivos inyectables combinados mensuales actúan permitiendo que la concentración de estrógenos descienda de manera similar a la que se presenta en los (AOC) y se origine el sangrado por dicha deficiencia hormonal.

Por otro lado, los anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina generan en el endometrio sangrado irregular e impredecible. Por tanto, los anticonceptivos inyectables combinados se desarrollaron para evitar los efectos adversos que provocaban los inyectables con progestina en monoterapia

El acetato de medroxiprogesterona de depósito intramuscular, 150 mg cada tres meses, como el enantato de noretisterona, 200 mg cada dos meses, son anticonceptivos progestacionales inyectables que se han utilizado con eficacia en todo el mundo durante años. La medroxiprogesterona de depósito, (depot medroxyprogesterone DMPA) se inyecta en el músculo deltoides o el glúteo mayor, sin masaje, para asegurar que el fármaco se libere lentamente. De manera alternativa, se dispone de una versión subcutánea, la cual se inyecta en el tejido subcutáneo de la cara anterior del muslo o el abdomen cada tres meses. Esta preparación subcutánea contiene 104 mg de DMPA, que se absorbe más lentamente que la presentación intramuscular.²⁵

Los anticonceptivos inyectables combinados constituyen un excelente método para las mujeres que no tienen buen apego al tratamiento con los anticonceptivos orales y se sienten más cómodas con la inyección mensual. Esta vía de administración se asocia con la mayor parte de los efectos positivos que generan los anticonceptivos orales combinados.³⁵

Efectos secundarios

- Cambios en los patrones de sangrado
- Sangrado más escaso y durante menos días

- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- Sangrado prolongado
- Ausencia de menstruación
- Aumento de peso
- Cefaleas y Mareos
- Mayor sensibilidad en los senos

Ventajas

- Son métodos seguros, adecuados y con una elevada efectividad
- Acción prolongada
- Son reversibles
- Son de uso fácil, independiente de la relación sexual.
- Produce menos alteraciones del patrón menstrual.
- No afectan la lactancia materna
- Previene la anemia

Desventajas

- Es necesario acudir más veces al servicio de salud
- Suelen presentar un sangrado irregular tipo manchado.
- No protegen contra (ITS)/ SIDA.
- Largos periodos anovulatorios luego de la suspensión.

IV.4.5. Anticonceptivos hormonales transdérmicos (parche)

El parche transdermicos es un pequeño cuadrado de plástico, fino y flexible, que se pega al cuerpo. El cual libera 150 mcg del progestágeno norelgestromin (el metabolito activo del norgestimato) y 20 mcg de etinilestradiol diario

directamente a la circulación sistémica durante 7 días. Cada semana la mujer coloca un parche nuevo durante tres semanas a la cuarta semana no se utiliza ningún parche, para permitir el sangrado por privación.

Las concentraciones de estrógeno y progesterona son más constantes con el parche que con los (ACO). La eficacia global de anticoncepción, la incidencia de sangrado y los efectos adversos con el parche son similares a los de los anticonceptivos orales, pero el cumplimiento puede ser mucho mayor con el parche porque se aplica semanalmente en vez de tomarse diariamente. El parche puede resultar menos efectivo en mujeres con un peso mayor de 90 kg.

Anillo vaginal

Los anillos vaginales son flexibles, blandos y transparentes. Hay dos tipos de anillos:

Un anillo de larga duración libera 15 mcg de etinil estradiol (estrógeno) y 120 mcg de etonogestrel (progestágeno) al día y debe cambiarse mensualmente.

Un anillo de larga duración que libera 13 mcg de etinil estradiol (estrógeno) y 150 mcg de acetato de segestrone (un progestágeno) al día y debe ser reemplazado una vez al año.

Las hormonas liberadas por los anillos vaginales son absorbidas a través del epitelio vaginal. Cuando se utiliza un anillo vaginal, los niveles en sangre de la hormona son constantes.

Los dos tipos de anillos se colocan en la vagina durante tres semanas, luego se retira por una semana para permitir el sangrado por privación. Para su retiro no es necesario acudir a un centro de salud.³⁵

IV.4.6. Implantes anticonceptivos subdérmicos

Son pequeñas varillas de plástico, de aproximadamente del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural presente en el cuerpo de la mujer.

No contienen estrógenos, por lo que se pueden utilizar durante toda la lactancia materna y los pueden usar mujeres en las que no están indicados los métodos anticonceptivos con estrógenos.

Tipos de implantes

Jadelle: 2 varillas que contienen levonorgestrel; es muy efectivo durante 5 años. – Implanon NXT(Nexplanon): consta 1 varilla que contiene etonogestrel; en la información sobre el producto se indica que puede usarse durante un período de hasta 3 años. Reemplazo al Implanon.

– Levoplant (Sino-Implant), consta de 2 varillas que contienen levonorgestrel. En la información sobre el producto se indica que puede usarse durante un período de hasta 4 años.

– Norplant, que contenía de 6 cápsulas y era efectivo durante 5-7 años, se dejó de fabricar en el 2008 y ya no está disponible para su inserción.

Este es colocado en un centro de salud por un personal capacitado, mediante un proceso quirúrgico menor en la cara interna del brazo.³⁵

IV.4.7. Anticonceptivo de emergencia (AE)

Las también llamadas “píldoras del día después” o anticonceptivos poscoitales. Actúan previniendo o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios estos no tienen efecto si la mujer ya está embarazada.³¹

Los más utilizados son el acetato de ulipristal solo o con levonorgestrel ambos previenen el embarazo principalmente al retrasar o inhibir la ovulación y se utilizan de la siguiente manera:

-Levonorgestrel 0,75 mg por vía oral en 2 dosis cada 12 horas dentro de las 120 horas después de una relación sexual sin protección. (La eficacia disminuye luego de las 72 horas).

-Acetato de ulipristal 30 mg por vía oral una vez dentro de las 120 horas de una relación sexual sin protección.

-La inserción de un DIU de cobre dentro de los 5 días de la relación sexual sin protección.

-El método Yuzpe: es otro método anticonceptivo de emergencia que consiste en tomar dos píldoras cada una con 50 mcg de estradiol y 0,25 mg de levonorgestrel, seguidas de dos píldoras a las 12 más tardes, dentro de las 72 horas de la relación sexual no protegida.

No existen contraindicaciones absolutas sobre estos dos métodos siempre y cuando sea dentro de las 72 horas correspondientes.

Los (AE) pueden ser utilizados en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Una agresión sexual
- Cualquier relación sexual sin protección
- Equivocaciones en el uso de métodos anticonceptivos:
 - El preservativo se usó incorrectamente, se deslizó o se rompió.
 - La pareja utilizó incorrectamente un método basado en el conocimiento de la fertilidad (por ejemplo, no se abstuvo o no utilizó otro método durante los días fértiles).
 - El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular.
 - La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección tras haber dejado de tomar 3 o más píldoras de AOC, o ha comenzado un nuevo envase con 3 o más días de demora.
 - El dispositivo intrauterino (DIU) no permanece en su lugar.
 - La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección cuando tenía un retraso superior a 4 semanas respecto a la fecha recibir la inyección.

IV.4.8 Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de manguitos o alambres de cobre. Un personal de atención de salud debidamente capacitado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, pasando por el cuello uterino. Es uno de los métodos más efectivos y de acción más prolongada:

El DIU es cada vez más popular en países desarrollados como los estados unidos debido a sus ventajas sobre los anticonceptivos orales:

- Es más efectivo.
- Tiene mínimos efectos sistémicos.
- Sólo se requiere una decisión anticonceptiva cada 3, 5 o 10 años.

Actualmente existen cuatro tipos de (DIU) liberadores de levonorgestrel.

- Un DIU de 13,5 mg es eficaz durante 3 años y tiene una tasa acumulativa de embarazo a 3 años de 0,9%.
- Un DIU de 19,5 mg es eficaz durante 5 años y tiene una tasa acumulativa de embarazo a 5 años de 1,5%.
- Dos DIU contienen 52 mg, son eficaces durante ≥ 5 años y tienen una tasa acumulativa de embarazo a 5 años de 0,7 a 0,9%.

Se está evaluando la eficacia del DIU de 52 mg durante 8 años de uso.

Vía de administración

Antes de la colocación del (DIU) se debe realizar un Papanicolaou, así como también descartar cualquier infección de trasmisión sexual que pueda estar presente al momento de la inserción del (DIU).

El (DIU) puede ser insertado en cualquier momento durante el ciclo menstrual preferiblemente el segundo día del ciclo, si una mujer no ha tenido relaciones sexuales sin protección durante el mes pasado, momento en el que el cuello se

encuentra reblandecido para facilitar la inserción, es recomendable realizar una sonografía posterior a la colocación para verificar que esta el lugar adecuado.²⁷

Efectos secundarios

- Menstruación prolongada y profusa
- Sangrado irregular
- Espasmos
- Dismenorrea

Ventajas

- Son útiles en muchas mujeres con contraindicación para COC.
- Son reversibles y no alteran la fecundidad
- Reducen el riesgo de cáncer endometrial

Desventajas

- Puede causar un aumento del sangrado menstrual
- Predispone a infecciones
- Complicaciones como perforación uterina
- Abortos espontáneos si se coloca el (DIU) estando embarazada.

IV.4.9. Mitos y creencias acerca de los métodos anticonceptivos hormonales

Uno de los principales puntos de estudio desde el lanzamiento de la primera píldora anticonceptiva ha sido su seguridad, en especial por la posible relación entre la administración de hormonas exógenas y el cáncer en distintas localizaciones del organismo.¹¹

Cáncer de mama.

Puesto que los anticonceptivos combinados son, finalmente, un tratamiento hormonal se ha pensado en su posible relación con los cánceres hormono-

sensibles. Y es que ha sido ampliamente estudiada la relación entre el cáncer de mama y los factores hormonales con resultados contradictorios a lo largo del tiempo, por lo que es fácil pensar en una asociación con la anticoncepción hormonal. Los estudios observacionales han sido la principal fuente de evidencia, limitada sobre todo a las preparaciones combinadas de estrógeno y progestágeno.

Los estudios efectuados entre 1980 y 1990 encontraron un aumento pequeño, alrededor de 20%, en el riesgo relativo de padecer cáncer de mama entre usuarias de anticonceptivos hormonales combinados. La traducción en número absoluto de casos excesivos ha sido exigua porque la prevalencia de la enfermedad es relativamente pequeña en mujeres premenopáusicas. Además, el riesgo pareció desaparecer lentamente después de 5-10 años de uso. Entran en juego numerosos factores de confusión como: la paridad, la lactancia materna, la edad hasta el primer hijo, por lo que esta asociación debe interpretarse con mucha precaución.¹¹

La anticoncepción hormonal sí parece asociar un ligero aumento de riesgo tanto de cáncer de mama, más dudosamente con cáncer de cuello uterino que, sin embargo, debe interpretarse con cautela en virtud de la multitud de factores de confusión asociados y teniendo en cuenta, a su vez, su asociación con una disminución universalmente confirmada de riesgo de cánceres de ovario, endometrio y colon en el contexto de la salud general a la hora de informar a cada paciente.

Disminución de la fertilidad

Uno de los mitos más arraigados en torno a la anticoncepción hormonal, sobre todo asociado con los métodos combinados por vía oral es la creencia de disminución de la fertilidad posterior al abandono del método. Puesto que es un método anticonceptivo ampliamente utilizado por usuarias jóvenes y sin deseos genésicos cumplidos, es un tema que preocupa a muchas mujeres.

En cuanto a la asociación con disminución a largo plazo de la fertilidad, numerosos estudios no evidencian tal dato, incluso, un estudio ha relacionado el uso de la anticoncepción oral a largo plazo con una mejoría de la ulterior fertilidad. Las tasas de concepción a los 12 meses en antiguas usuarias de anticonceptivos orales combinados, en comparación con las usuarias de dispositivos intrauterinos, preservativos y planificación familiar natural, son similares.

Hasta el momento actual, la evidencia científica no ha mostrado asociación entre la toma de anticonceptivos orales combinados y disminución de la fertilidad a largo plazo. Así pues, esta relación en ningún caso debiera informarse como negativa durante el asesoramiento anticonceptivo y tampoco debiera considerarse por parte de la usuaria ante la elección de su método anticonceptivo.¹¹

Los anticonceptivos hormonales favorecen el aumento de peso

El aumento de peso secundario a la toma de anticonceptivos hormonales es un mito que ha perdurado en el tiempo entre usuarias e incluso, médicos dedicados al cuidado de la salud de la mujer. Esta preocupación por el aumento de peso puede limitar el uso de este método anticonceptivo a pesar de su alta eficacia bien demostrada. Sin embargo, la relación entre anticoncepción hormonal y el aumento de peso no ha sido demostrada con suficiente evidencia científica.

A pesar de lo extendida de esta creencia del aumento de peso corporal que ha obligado a efectuar numerosos estudios y, a pesar de ser causa importante de abandono de la toma de anticonceptivos hormonales combinados, la asociación causal entre la toma de estos y su efecto positivo en el peso corporal no se ha podido demostrar, incluso con diferentes formulaciones de dosis de estrógeno.

IV.4.10. 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.

La ley 135-06 en su Art 29 que contempla que “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, estimulación temprana, desarrollo físico, salud sexual y reproductiva.”

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.⁷

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.”

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Nivel de conocimiento	Cantidad de información que adquiere y maneja el ser humano que le permite identificar, observar y analizar los hechos y situaciones.	Alto Medio Bajo	Ordinal
Método anticonceptivo	Cualquier mecanismo utilizado para prevenir el embarazo.	Condón Píldoras Inyecciones Diu Coitus Interruptus Ritmo	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Años cumplidos	Numérica
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.	Soltero Casado Unión libre	Nominal

Escolaridad	Ultimo grado académico alcanzado por un individuo	Analfabeto Primaria Secundaria Universitaria Profesional	Nominal
Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento y ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otras _____ Ninguna	Nominal
Edad primera relación sexual	Tiempo transcurrido desde el inicio de la primera relación sexual.	Años de primera relación	Numérica
Parejas sexuales	Cantidad de parejas sexuales que ha tenido hasta el momento.	Cantidad de parejas	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

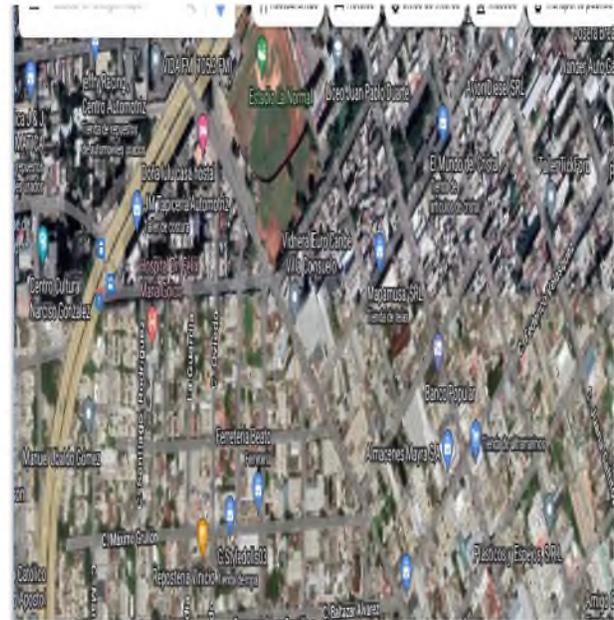
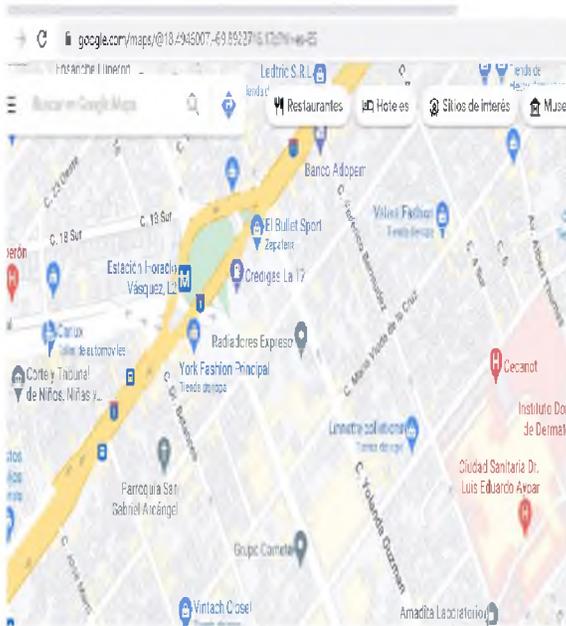
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán, ubicado en la calle Yolanda guzman 147, esquina calle 9, sector María Auxiliadora; Distrito Nacional. Delimitado, al norte, por la calle 9; al oeste, por la calle Yolanda Guzmán; al sur, por la calle Federico Velázquez; al este, Federico Bermúdez. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por todas las pacientes asistidas en la consulta durante Octubre, 2021- Mayo, 2022.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 44pacientes que asistieron a la consulta durante el periodo de estudio y que aceptaron participar en el estudio durante Octubre, 2021 - Mayo, 2022.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes que estaban utilizando métodos anticonceptivos hormonales.
2. Mujeres en edad fértil.

VI.5.2. De exclusión

1. Pacientes que no aceptaron formar parte de la investigación.
2. Barrera idiomática.
3. No firmaron el consentimiento informado.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se construyó un formulario que contiene 11preguntas cerradas, con datos sociodemográficos como: edad, estado civil, escolaridad, religión, y relacionados con el uso de métodos anticonceptivos hormonales. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

El instrumento de recolección de datos se completó a través de una encuesta –entrevista la cual fue realizada por la sustentante, durante el periodo marzo – mayo 2022, (Ver anexo XII.I. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

La información obtenida fue analizada en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁹ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza de del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

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

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

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

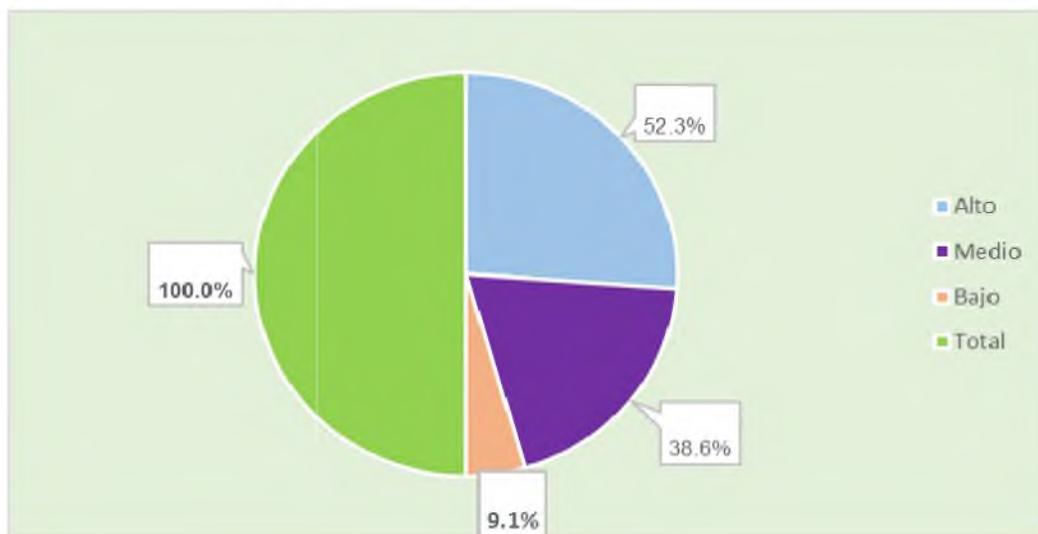
VII. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	23	52.3
Medio	17	38.6
Bajo	4	9.1
Total	44	100.0

Fuente: Encuesta-entrevista

Grafico 1. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022.



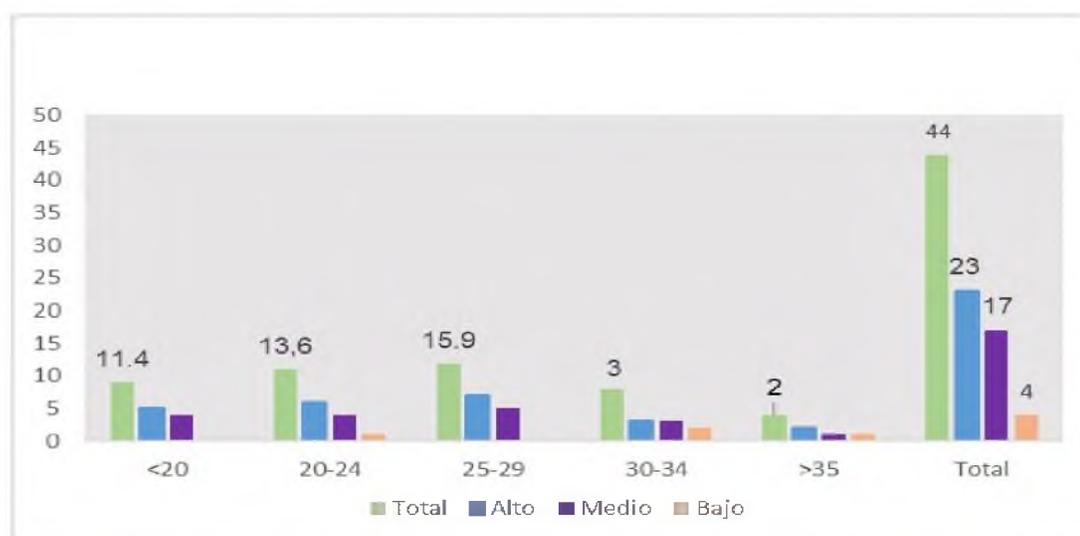
Fuente: Tabla1.

Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022. Según edad.

Edad (en años)	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
<20	9 (20.4)	5 (11.4)	4 (9.0)	0 (0.0)
20-24	11(25.0)	6 (13.6)	4 (9.0)	1(2.3)
25-29	12 (27.3)	7 (15.9)	5 (11.4)	0 (0.0)
30-34	8 (18.2)	3 (6.8)	3 (6.8)	2 (4.5)
>35	4 (9.1)	2 (4.5)	1 (2.3)	1 (2.3)
Total	44 (100.0)	23 (52.3)	17 (38.6)	4 (9.1)

Fuente: Encuesta-entrevista

Gráfico 2. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022. Según edad.



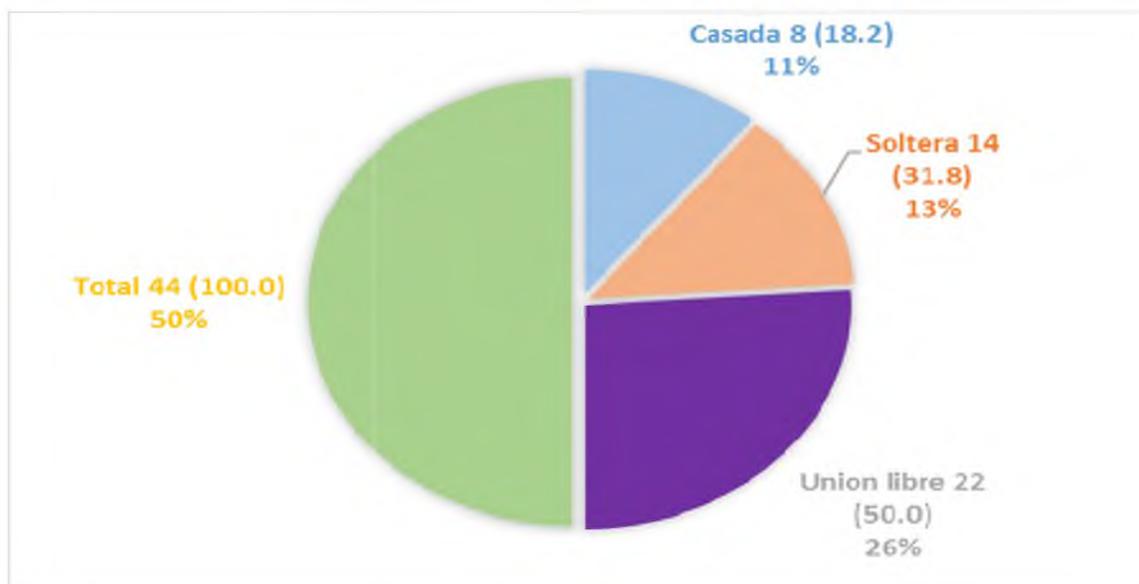
Fuente: tabla 2.

Tabla 3. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según estado civil.

Estado civil	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Casada	8 (18.2)	5	2	1
Soltera	14 (31.8)	6	7	1
Unión libre	22 (50.0)	12	8	2
Total	44 (100.0)	23	17	4

Fuente: Encuesta-entrevista

Grafico 3. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, Según estado civil.



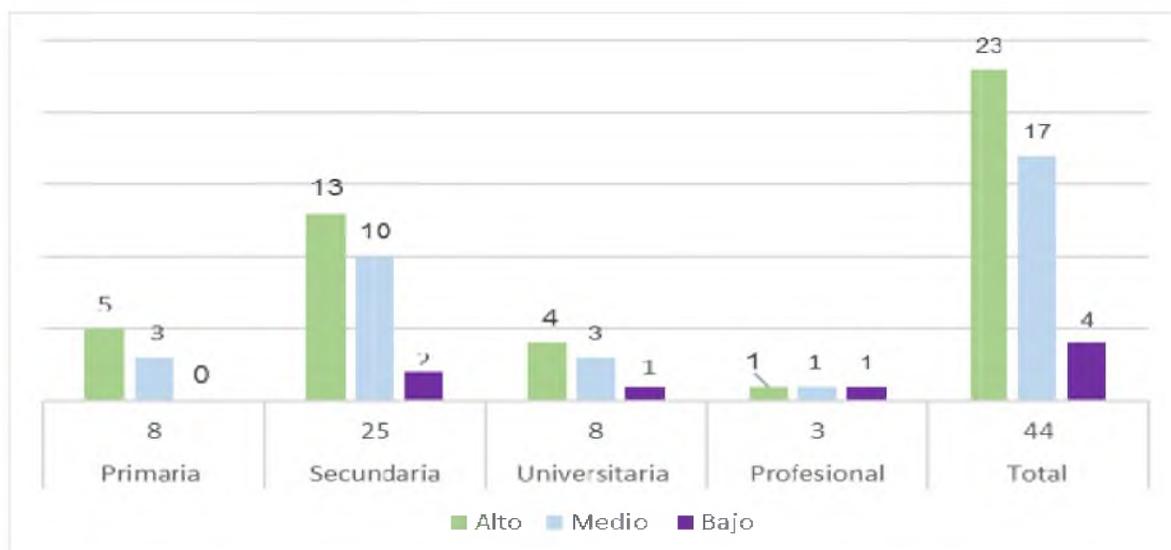
Fuente: Tabla 3.

Tabla 4. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según escolaridad.

Escolaridad	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Primaria	8	5	3	0
Secundaria	25	13	10	2
Universitaria	8	4	3	1
Profesional	3	1	1	1
Total	44	23	17	4

Fuente: encuesta-entrevista

Grafico 4. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según escolaridad.



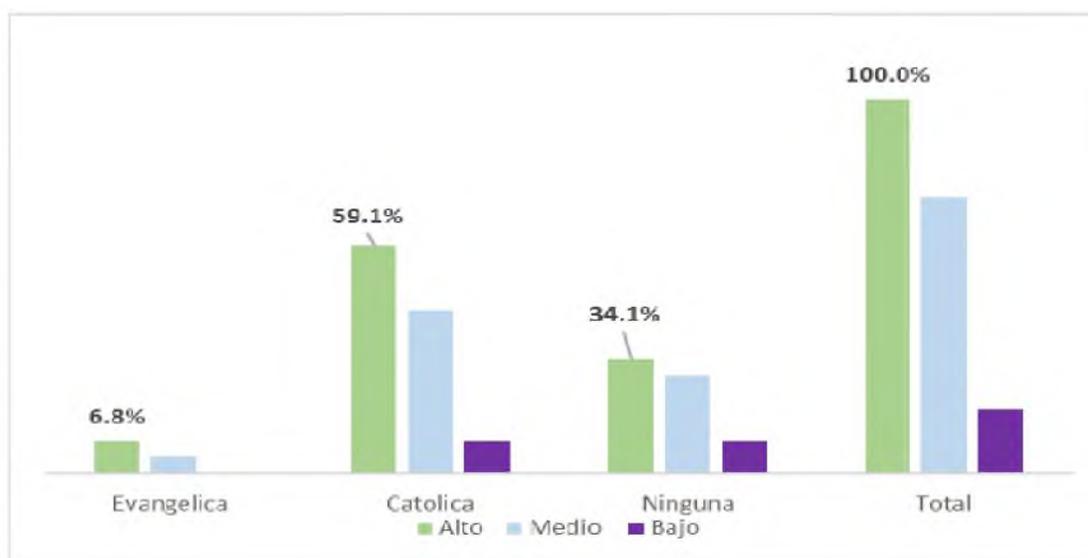
Fuente: Tabla 4.

Tabla 5. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán, Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según religión.

Religión	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Evangélica	3 (6.8)	2 (4.5)	1 (2.3)	0 (0.0)
Católica	26 (59.1)	14 (31.8)	10 (22.7)	2 (4.5)
Ninguna	15 (34.1)	7 (16.0)	6 (13.6)	2(4.5)
Total	44 (100.0)	23 (52.3)	17 (38.6)	4 (9.1)

Fuente: Encuesta- entrevista

Grafico 5. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según religión.



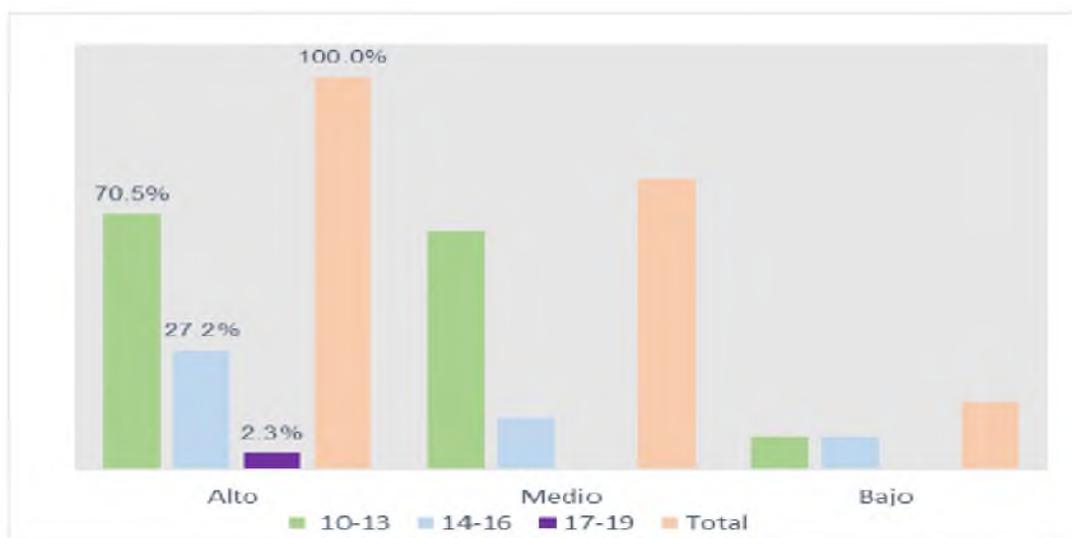
Fuente: tabla 5

Tabla 6. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según edad de primera relación sexual.

Edad de primera relación sexual (años)	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
10-13	31 (70.5)	15 (34.0)	14(31.8)	2(4.5)
14-16	12 (27.2)	7(16.0)	3 (6.8)	2(4.5)
17-19	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	44 (100.0)	23 (52.3)	17 (38.6)	4 (9.1)

Fuente: Encuesta- entrevista

Grafico 6. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según edad de primera relación sexual.



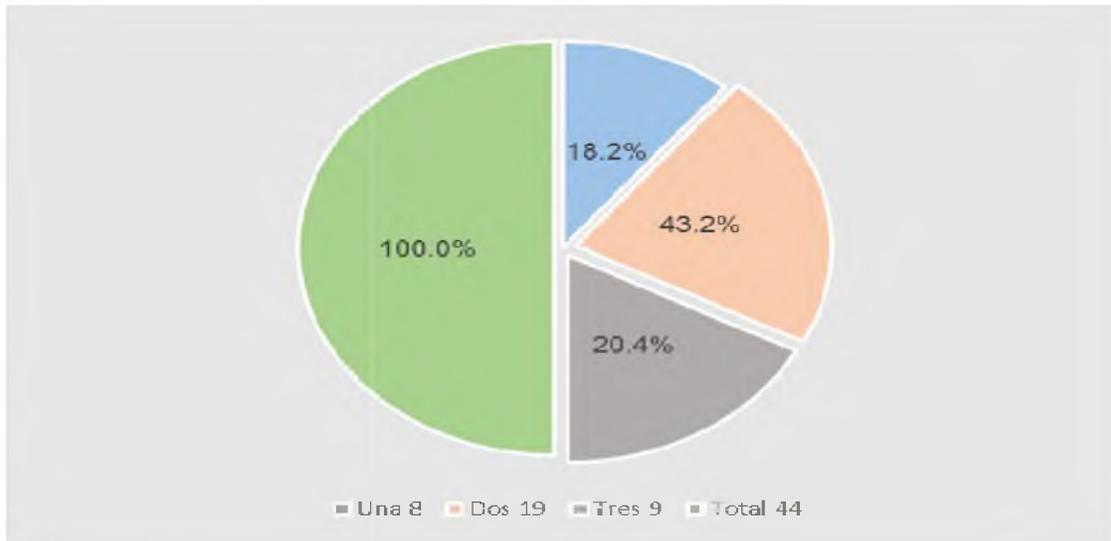
Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según número de parejas sexuales.

Número de parejas sexuales	Total (%)	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Una	8 (18.2)	5 (11.4)	2 (4.5)	1 (2.3)
Dos	19 (43.2)	10 (22.7)	6 (13.6)	3 (6.8)
Tres	9 (20.4)	8 (18.2)	9 (20.5)	0 (0.0)
Total	44 (100.0)	23 (52.3)	17 (38.6)	4 (9.1)

Fuente: Encuesta- entrevista

Grafico 7. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según número de parejas sexuales.



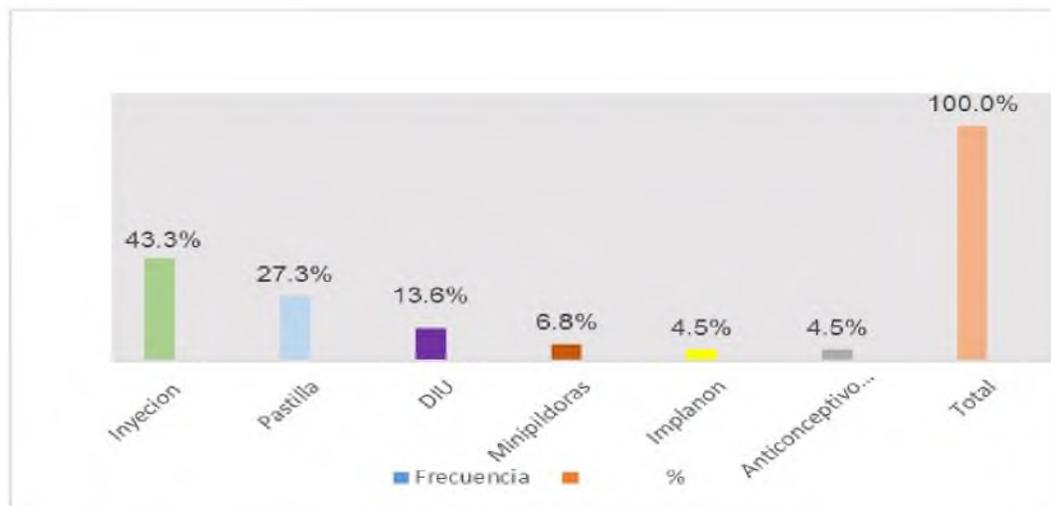
Fuente: tabla 7

Tabla 8. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según método anticonceptivos hormonales utilizados.

Método anticonceptivo utilizado	Frecuencia	%
Inyección	19	43.3
Pastilla	12	27.3
DIU	6	13.6
Minipíldoras	3	6.8
Implanon	2	4.5
Anticonceptivo de emergencia	2	4.5
Total	44	100.0

Fuente: Encuesta- entrevista

Grafico 8. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según métodos anticonceptivos hormonales utilizado.



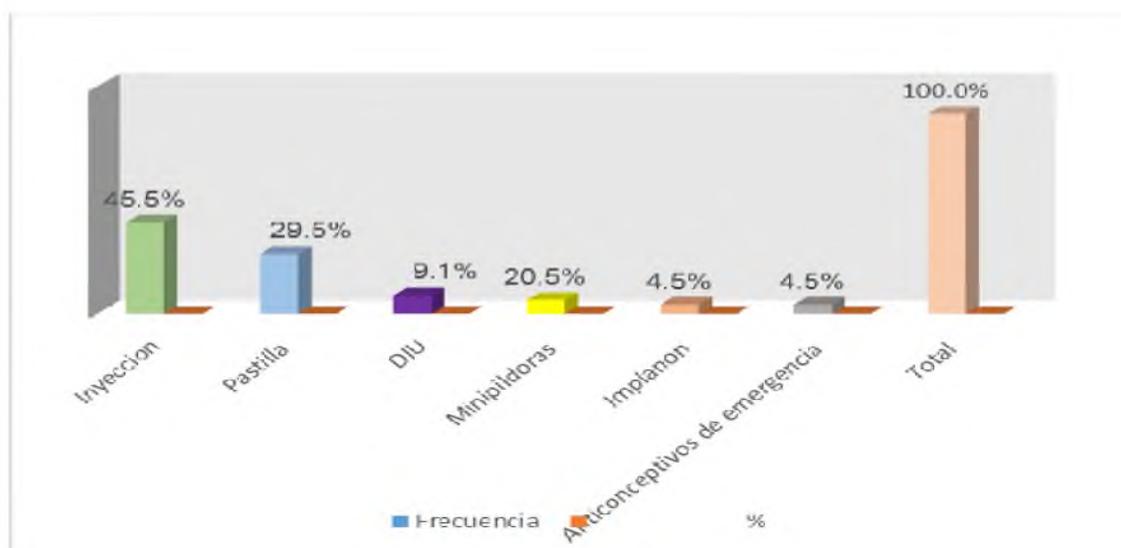
Fuente: tabla 8.

Tabla 9. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según métodos anticonceptivos hormonales conocidos.

Métodos anticonceptivos conocidos	Frecuencia	%
Inyección	20	45.5
Pastilla	13	29.5
DIU	4	9.1
Minipíldoras	3	20.5
Implanon	2	4.5
Anticonceptivos de emergencia	2	4.5
Total	44	100.0

Fuente: Encuesta-entrevista

Grafico 9. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según métodos anticonceptivos hormonales conocidos.



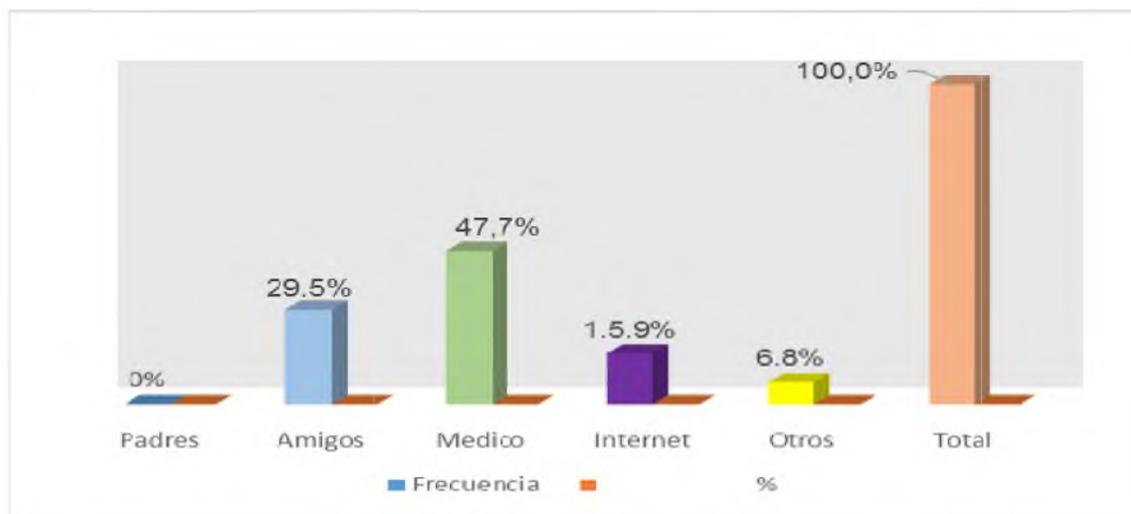
Fuente: tabla 9

Tabla 10. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según fuente de información.

Fuente de información	Frecuencia	%
Padres	0	0.0
Amigos	13	29.5
Medico	21	47.7
Internet	7	15.9
Otros	3	6.8
Total	44	100.0

Fuente: Encuesta- entrevista

Grafico10. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, según fuente de información.



Fuente: tabla 10

VIII. DISCUSION

En este estudio se presenta información acerca del conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos hormonales por parte de las pacientes que asisten a la consulta de planificación familiar del Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán. Octubre, 2021 – Mayo, 2022, en el cual de todas las pacientes asistidas en la consulta se tomó una muestra de 44 pacientes de las cuales el 52.3 por ciento tuvo un nivel de conocimiento alto, el cual coincide con un estudio realizado por Sili y Peláez, en la habana, cuba (2018) ,donde se exploró el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en un grupo de 164 estudiantes de la carrera de Medicina donde se demostró que el 51.0 por ciento de los encuestados demostró tener conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia.

En este mismo estudio con respecto a la fuente de información o asesoría se reveló que el 26.15 por ciento de los encuestados recibió información por distintas fuentes diferentes al personal de salud, en contraste a nuestra investigación donde el 47.7 por ciento de las encuestadas recibió información del personal del personal del centro de salud.

Con relación al estado civil el 50.0por ciento se encontraba en unión libre, estos resultados constatan con un estudio realizado por Peralta Tezanos, Pablo José, en república dominicana (2020), donde se evidencio que el 49.09 por ciento de las pacientes se encontraban en unión libre.

Se evidenció que el 47.7 por ciento de las pacientes había recibido información y consejería por parte del personal de salud específicamente médico, en contraste con un estudio realizado por la organización mundial de la salud (OMS), en filipinas (2019), el cual revelo que sólo el 3 por ciento de las mujeres que deseaban retrasar o limitar la maternidad recibieron asesoramiento anticonceptivo durante su última visita por cualquier motivo a un centro de salud.

IX. CONCLUSION

1. Después de haber analizado los datos recopilados en la presente investigación se concluye que el 52.3 por ciento de las pacientes tiene un nivel de conocimiento alto acerca de los métodos anticonceptivos hormonales, mientras que 38.6 por ciento tuvo un nivel medio y solo el 9.1 por ciento tuvo un nivel de conocimiento bajo.
2. El 27.3 por ciento tenía edades comprendidas entre 25-29 años, seguidos del 25 por ciento que contaba con edades entre 20-24 años, el 20.4 por ciento tenía menos de 20 años.
3. En cuanto al estado civil el más frecuente fue el de unión libre con un 50.0 por ciento, el 31.8 estaba soltera y el 18.2 estaba casada.
4. El 56.6 por ciento tenía un nivel de escolaridad secundario, el 18.2 por ciento curso solo la primaria igualmente la universidad con un 18.2 por ciento, mientras que el 6.8 era profesional.
5. Con relación a la religión el 59.1 por ciento pertenece a la religión católica, el 34.1 por ciento no profesa ninguna religión y el 6.8 por ciento era evangélica.
6. El 70.5 por ciento de las encuestadas inicio las relaciones sexuales entre los 10-13 años de edad, el 27.2 por ciento entre los 14-16 años y el 2.3 por ciento entre los 17-19 años.
7. En cuanto al número de parejas sexuales el 43.2 por ciento había tenido dos parejas sexuales, el 20.4 por ciento tres y el 18.2 por ciento una pareja sexual.
8. El método anticonceptivo hormonal más utilizado por las pacientes fueron los anticonceptivos inyectables en un 43.3 por ciento, el 27.3 por ciento utiliza anticonceptivos orales (pastillas), el 13.6 por ciento dispositivo intrauterino (DIU), y el 6.8 por ciento utilizaba minipildoras.

9. El método anticonceptivo más conocido por las encuestadas fue igualmente los inyectables en un 45.5 por ciento, el 29.5 por ciento conocía más los anticonceptivos orales (pastillas), el 20.5 por ciento mini píldoras.
10. El 47.7 por ciento había recibido información de un médico en el centro de salud, el 29.5 por ciento recibió información por parte de amigos, el 15.9 por ciento en la internet. y el 6.8 por ciento de otras fuentes.

X. RECOMENDACIONES

1. Al ministerio de salud pública, se recomienda implementar campañas de promoción y orientación sobre la existencia de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos hormonales modernos con la finalidad de que cada paciente pueda utilizar el método que más le favorezca.
2. Proporcionar a los centros de atención primaria de la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos para evitar el abandono y la falta de adherencia a los mismos por parte de las usuarias.
3. Promover la atención integral de la salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil, con el propósito de disminuir el número de embarazos no planificados.
4. Al centro de primer nivel de atención Yolanda Guzmán, Continuar ofreciendo atención de calidad, orientación y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos hormonales que más le favorece a cada usuaria de la consulta de planificación familiar del centro salud.
5. Velar por que siempre halla disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales en el centro de salud.
6. Incentivar a las usuarias a través de charlas de orientación sobre cuales métodos anticonceptivos son más seguros y eficaces, y que toda mujer con vida sexual activa debe utilizar un método anticonceptivo sin importar su religión, estatus social.

XI. REFERENCIAS

1. Herd P, Higgins J, Sicinski K, Merkurieva I. The implications of unintended pregnancies for mental health in later life 2016;106(3):421–9[Eput ahead of print].
2. Daniels K, Mosher WD, Jones J. Contraceptive methods women have ever used: United States. [internet]; 2010. [citado 01 Dec 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr062.pdf>.
3. Rosenberg M, Waugh M. Causes and Consequences of Oral Contraceptive Noncompliance. *Am J of Obstet Gynecol.* 2009;180(2): 276–9.
4. Sili Francisco Paula Soraia, Peláez Mendoza Jorge. Nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en estudiantes de Medicina. *Rev cubana ObstetGinecol*[Internet]; 2018 [citado20Dic2021]. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200005&lng=es.
5. Niño-Avendaño CA, Vargas-Rodríguez LJ, González-Jiménez NM. Dropout, change or therapeutic failure to hormonal contraception in university women. *Ginecol Obstet Mex.* 2019; 87(08):499-505.
6. Organización Mundial de Salud (OMS). Estudio que relaciona las altas tasas de embarazos no planificados por deficiencia en los servicios de planificación familiar.[internet] 2019; [citado en25 Oct 2019] recuperado en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>.
7. Peralta-Tezanos PJ. Conocimiento, actitud y práctica de la contracepción entre las pacientes de 15 a 30 años que acuden a la consulta de planificación familiar del Hospital Dr. Félix María Goico. [Tesis de grado-medicina]. Santo domingo (Rep. Dom): universidad iberoamericana

(UNIBE); 2020. [Internet] 2020;
recuperado en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/195>.

8. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Consideraciones especiales. En: OMS. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Ginebra 2da. ed: 8. 2016:12-15.
9. 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.
10. 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.
11. 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
12. Cristóbal-García I, Neyro-Bilbao JL, Carrascoso M. Mitos y realidades de la anticoncepción hormonal combinada. Ginecol Obstet Mex 2020;88(Supl 1): S96-S108. Recuperado en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3854>.
13. Peláez MJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana. Editorial Científico-Técnica; 2012:125-136.
14. Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial AzcuneHnos; 2011:28-137.
15. 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.
16. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana ObstetGinecol, 2016;42(1):1-6.

17. Alarcón R. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. 2015:1-13.
18. Krause M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. Embarazo en la adolescencia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2012:12-15
19. 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.
20. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Consideraciones especiales. En: OMS. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Ginebra 2da. ed: 8. 2016:12-15.
21. Iñaki L, Lozano P, Arévalo C. Embarazo en la adolescencia. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. 2012:45-48.
22. Alarcón R. Factores que influyen en el embarazo den la adolescencia. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. 2011:1-13.
23. Baerza B. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región de Chile. 2012:76-81.
24. Castillo T. Manual de anticoncepción y planificación familiar para farmacéuticos: fisiología y farmacología. 2012:23-26.
25. Schwarz RL. Obstetricia. 9a ed., Buenos Aires, Librería El Ateneo, 2015: 325-330.
26. González J. Avances en ginecología y obstetricia. 11ma. ed., Barcelona, Salvat Editores, 2011:393-398.
27. Pérez-Sánchez A. Ginecología. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2012:534-551.
28. López C. Conocimiento de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar. Prog Obstet Ginecol, 2010;424-433

29. Álvarez R, Álvarez R. Salud Reproductiva. En: Medicina General Integral. 6 ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas 2016:113-115.
30. 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.
31. 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
32. Barcia J. Anticoncepción de emergencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana, 2014;25-28.
33. Gómez PI. Anticoncepción de emergencia. En: Obstetricia y ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 5a. Edición. Distribuna. 2012: 844-847.
34. Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial AzcuneHnos; 2011:28-137.
35. Organización mundial de la salud (OMS). planificación familiar un manual mundial para proveedores. 3ra ed, 2019. OMS. Recuperado en: <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/planificacion-familiar-actualizacion-en-planificacion-familiar-para-atencion-primaria-de-salud2019>.
36. Casey, F. Generalidades sobre la anticoncepción. Virginia Commonwealth University Medical Center. Última modificación del contenido May. 2020 Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci%C3%B3n-familiartudocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/ginecologia-y-obstetricia/anticonceptivos-capitulo-del-libro-williams-de-ginecologia/17296341>
37. Rodríguez; R., Polentinos, E.; Azcoaga, A.; González, C. et al. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS.

Published online 2018 Aug 13. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.05.005.
51(8): 479–485. Recuperado de ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837132/>

38. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
39. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2017

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo:2021
Selección del tema	Octubre
Búsqueda de referencias	Noviembre
Elaboración del anteproyecto	Diciembre
Sometimiento y aprobación	Enero
Encuesta realizada a	Febrero
Tabulación y análisis de la información	Marzo
Redacción del informe	Abril
Revisión del informe	Mayo
Encuadernación	Junio
Presentación	Julio
	Agosto

XII.2. Instrumento de recolección de datos

NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN MUJERES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN YOLANDA GUZMÁN. OCTUBRE, 2021 – MAYO, 2022.

No. _____

Fecha _____

1. Edad _____ años

2. Estado civil

Soltero

Casado

Unión libre

3. Escolaridad

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Universitaria

Profesional

4. Los métodos de planificación familiar se usan para:

a) Evitar embarazo no planificado.

b) Evitar infecciones de transmisión sexual.

c) ninguna

5. Cuales de estos métodos de planificación conoces o has escuchado hablar:

a) Calendario o ritmo b) Condón c) DIU

d) Inyección e) MELA f) Mini píldora

XII.3. Consentimiento informado

Estimada paciente

Esta invitado a participar del estudio “Determinar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar del Centro de Primer Nivel de Atención Yolanda Guzmán en el período Octubre, 2021 – Mayo, 2022”.

El tiempo estimado para rellenar los formularios es de aproximadamente 5 minutos. Por lo cual le pedimos reservar un espacio sin distracciones y cómodo para que usted complete los formularios con éxito.

Procedimiento: Si usted acepta participar en este estudio, accederá a una encuesta. No se le solicitara información personal.

Confidencialidad:

La información que se nos otorgue será completamente anónima, no se solicitara nombres ni datos sensibles que permitan conocer su identidad.

Derecho de participante:

Si decide participar en este estudio, puede retirarse en cualquier momento sin daño alguno. Si tiene cualquier duda, comuníquese con la investigadora principal.

DECLARACION Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participare si decido ingresar a esta investigación, también entiendo que puedo no participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Con la información brindada. ¿Acepta voluntariamente participar en este estudio?

Si () No ()

Firma_____ Fecha_____

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 2 asesores (metodológico y clínico) 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	80.00	240.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data			
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros		700	700
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	1,500.00
Transporte	12 informes	80.00	1,500.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción de anteproyecto			6,000.00
Pago de tesis		5000.00	15,000.00
Imprevistos 10 por ciento			1,500.00
Total			\$ 29,094.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentante:

Breisy Miguelina Pérez Ferrer

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico).

Dra. Venecia Contreras
(Clínico)

Jurado:

Dra. Yajaira Sierra

Dra. Gladis Sotos De los Santos

Dra. Jahaira Sánchez Acevedo

Autoridades:

Dra. Gladis Soto De los Santos
Coordinadora de la Residencia

Dra. Ysabel María Díaz
Jefa Departamento

Dra. Rosa María Acosta

Jefe de enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora unidad de pos grado
Y residencias médicas.

Dr. William Duke
Decano facultad ciencias de la salud.

Fecha de presentación:_____

Calificación:_____