

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA
UNPHU**

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

**CONOCIMIENTOS SOBRE PRÁCTICA ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES
DE 3RO Y 4TO DEL NIVEL SECUNDARIO, LICEO NAPOLEON CASTILLO,
PARAISO DE DIOS, HAINA, ENERO – FEBRERO 2018.**



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

SUSTENTANTE

DRA. TANIA FRANCISCA ENCARNACION ROA

ASESORA

DRA. CLARIDANIA RODIRGUEZ BERROA (METODOLOGICA)

DRA. ALTAGRACIA CRISTINA GRACIANO M. (CLINICA)

DRA. IRIS PAULA (CLINICA)

SANTO DOMINGO, D. N.

AGOSTO 2018

**CONOCIMIENTOS SOBRE PRÁCTICA ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES
DE 3RO Y 4TO DEL NIVEL SECUNDARIO, LICEO NAPOLEON CASTILLO,
PARAISO DE DIOS, HAINA, ENERO – FEBRERO 2018.**

.

AGRADECIMIENTO

A Dios. Hoy como todos los días de mi vida te doy las gracias por darme la vida y por estar ahí conmigo, sobre todo cuando estuve por hacer y darme por vencida cuando creía que no podía llegar me demostraba que sí, hoy me doy cuenta que tu grandeza y amor no tiene límite. Gracias señor por tu amor, por enseñarme que la humildad en un médico y el amor son las primeras cosas que debe tener. Por tu inmenso amor.

A mi madre Ana Rosa. Gracias por estar a mi lado siempre en mis momentos tristes y alegres, pero sobre todo por no decir nunca no, salía a la universidad estando enferma y cansada siempre me decía estudia, tiene que llegar a ser alguien en la vida. Gracias por darme la vida, por ser la mejor madre del mundo. Gracias.

A mi padre Eusebio Antonio Encarnación. Gracias por ser el padre que fuiste por enseñarme el valor de las cosas, el respeto a los demás, que la persona valen por lo que son, no por el dinero, por tus manos amigas sin esperar nada a cambio, gracias por darme la vida, por ser el mejor padre del mundo y que aunque no esté conmigo de cuerpo sé que está en alma, que sigues cuidándome y ayudándome porque cuando pienso o hago las cosas que tú me corregías no las hago pensando que tu estas ahí.es triste este momento, porque siempre pensábamos hacerlo junto, pero Dios lo quiso así, gracias padre donde quiera que te encuentres.

A mis hermanos Leo y Aris. Gracias por apoyarme siempre y darme su mano cada vez que la necesité.

A mi esposo Santo Ramírez del Carmen. Gracias le doy a Dios por haberte puesto en mi camino, porque tú eres lo mejor que me ha pasado en mi vida, por siempre

aportarme cuando llegaba a cada peleando, por soportar el poco tiempo que tengo para estar contigo y nunca pelearme, siempre ayudándome ni decirme basta, al contrario siempre ayudándome y diciéndome tiene que seguir. Gracias por ser el mejor esposo y el mejor padre.

A mis hijos Josniel, Josnair y Tyra, para que en el mañana les sirva de ejemplo y entiendan que la mejor riqueza que los padres puedan dar a sus hijos es la educación, les pido perdón por mi falta de atención y por no estar siempre con ustedes en su momento importante, pero recuerden siempre que son los más importantes en mi vida. Los amo.

A mis sobrinos por estar siempre conmigo, en especial Leidy y Jeovanny. Gracias.

A mis familiares, gracias a todos por compartir mi vida con ustedes.

A Nawuel, Mari y Yoli, porque son las hermanas que Dios me dio, gracias por ser mujeres luchadoras.

Al Hospital Docente Universitario Juan Pablo Pina, le doy gracias infinitas por abrir sus puertas y sus conocimientos para formarme como humano. A mis grandes maestros que con su capacidad y amor colaboraron en esta especialidad.

Al Dr. Ervin David Jiménez, Coordinador de la Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria y la jefa de enseñanza **Dra. Aurora Sierra Concepción,** agradezco por siempre estar presente en cada uno de los momentos vividos, por abrir sus puertas y estar dispuestos a escuchar y enseñar.

Tania Francisca Encarnación Roa

INDICE

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

CAPITULO IV

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

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El acceso a métodos anticonceptivos eficaces y seguros que se ofrecen a la población han permitido protegerse de adquirir enfermedades de transmisión sexual y ha permitido planificar y proteger su salud sexual, pero el desconocimiento de estos llevan hacer mal uso o a no acceder a ellos¹

La falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en las adolescentes en el país está determinada por factores como: bajo nivel académico, socioeconómico y cultural. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes continúa siendo un asunto urgente en América latina y el Caribe así como un problema de salud pública ya que a pesar que las adolescentes tengan relaciones sexuales con sus consentimientos es señalado según el código penal como violación.

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

Métodos de barrera. Preservativo: es una funda fina elástica para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación y el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Diafragma consiste en un arco metálico flexible con una membrana de látex, se inserta en la vagina e impide el paso de los espermatozoides hacia el útero. Capuchón cervical es un dispositivo de látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino.

Además están los métodos hormonales, Anillo vaginal, Píldora anticonceptiva, Anticonceptivo subdérmico, Hormonas inyectables, Dispositivo intrauterino de hormona

I.1. ANTECEDENTES

El estudio de los métodos anticonceptivos se ha convertido en un asunto de primer orden debido al incremento en las adolescentes que salen embarazadas y la gran cantidad de infecciones de transmisión sexual que requieren atención cada año. A partir de ahí diversos organismos se han ocupado por estudiar la temática.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 en México, el uso de métodos anticonceptivos se ha categorizado como un problema de salud pública, se encontró que el 82% de las mujeres tienen conocimientos básicos sobre el uso de los métodos anticonceptivos, sobre todo del condón, es así, más de la mitad de las mujeres con edades entre 35 y 49 años no utilizan ningún método de planificación (2).

En el caso colombiano, con respecto al uso del condón en la primera relación sexual de las adolescentes, en Bogotá es mayor con un 56,9% y menor en la región Caribe con el 36,1%. Con respecto al nivel de educación, el 23.2% de las adolescentes con menor educación usaron el condón en la primera relación sexual mientras que las de educación superior lo usaron en un 64.7% (3). Solo el 7% de mujeres encuestadas en estado civil de unión libre utilizan el condón en sus relaciones sexuales, preocupando así que el resto de la población encuestada no toma ningún tipo de medida contra las ITS y el VIH/SIDA (4).

En cuanto al conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos, en un estudio con 60 estudiantes de enfermería se concluyó que el 23% tuvieron conocimiento adecuado sobre los métodos anticonceptivos mientras que el 55% tuvo conocimiento medio y 22%, conocimiento bajo (5). Y con respecto a la actitud frente a estos, 43% presentó una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, 25%, una actitud de rechazo, y 32%, una actitud de indiferencia (6).

En Santa Marta, se realizó una investigación en una institución de educación pública superior sobre cuál eran los conocimientos, las actitudes y las prácticas en salud sexual con una muestra de 67 estudiantes de la facultad de enfermería,

mostrando que los encuestados no tienen conocimiento suficiente para llevar a cabo su práctica sexual de forma segura, lo que incide en una vivencia riesgosa de su sexualidad, y a su vez incrementa los problemas asociados a la misma. De igual forma, se encontró que el método más utilizado es el preservativo a razón de evitar embarazos no deseados más no para evitar infecciones de transmisión sexual (8). Así mismo, en otro estudio demostró que los conocimientos frente a los métodos anticonceptivos se modificaron luego de recibir instrucciones, pero la actitud seguía siendo la misma (9).

Sin embargo, a pesar de tener conocimiento de estos, en un estudio realizado por Navarro y Álvarez describió que si bien los jóvenes conocen de los anticonceptivos, un grupo importante no los utiliza, generando posiblemente un comportamiento de riesgo con respecto a la transmisión de enfermedad sexual puesto que lo emplean solo para evitar embarazos no deseados (10). Otro estudio en Venezuela sobre el uso de métodos anticonceptivos, 5140 historias de usuarias que acudieron al Servicio de Planificación Familiar del Hospital "Materno Infantil del Este", el 39% utilizó anticoncepción hormonal oral, 21%, esterilización quirúrgica, 20%, dispositivos intrauterinos, el 17%, anticoncepción hormonal parental, y el porcentaje restante estaban utilizando métodos de barrera (11). El interés del presente estudio cuyo objetivo fue determinar las actitudes frente a las prácticas anticonceptivas en los estudiantes de la facultad de salud de una universidad pública en la ciudad de Santa Marta a través del planteamiento de una Encuesta que busca evaluar los grados de actitud con respecto a los métodos anticonceptivos y sexualidad.⁹

En la República Dominicana en los últimos años se ha incrementados los esfuerzos de cara a la reducción del embarazo en la adolescencia, siendo reconocido como un problema social que trasciende la dimensión de la salud debido a sus complicaciones. Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, (2011). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana se realizó un estudio descriptivo de corte

transversal de recolección prospectivo, a través de la entrevista y el cuestionario con un universo de 700 adolescentes para una muestra de 248. Los hallazgos mas relevantes demostraron que el nivel de conocimiento de los adolescentes estuvo en un 45.5% estando totalmente de acuerdo y el 49.2% tenían estado civil soltera el 47.2% cursaba el nivel primero, el 91.5% procedían de distintos sectores y urbanos, el 33.0% no tiene ningún ingreso económico la edad de inicio de primera relación sexual fue de 15 años en un 19.3¹⁰

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

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

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

I.2. Planteamiento de problema

Los adolescentes constituyen un grupo de alta vulnerabilidad debido a las características propias de esta edad, así como la carencia de información y conocimientos en temas muy importantes, sobre todo con respecto a los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición, al igual que puede sentirse avergonzados para preguntar sobre este

El incremento de las tasas de infecciones de transmisión sexual, el fenómeno de que más del 50% de los casos nuevos de VIH/SIDA en el mundo se representa en jóvenes y sobre todo en países de vías de desarrollo, el desequilibrio socioeconómico que representa un embarazo no deseado con todas las consecuencias negativas (incremento de mortalidad materna, alto índice de pobreza, deserción escolar, aumento de la morbilidad perinatal) y la falta de educación representan algunos factores de vital importancia que han aumentado a niveles que son considerados hoy por hoy verdadero problemas de salud pública

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 reconoció que brindar información a los adolescentes es el primer paso para reducir los embarazos en adolescentes y los abortos en condiciones de riesgo, y para facultar a los adolescentes a fin de que tomen decisiones conscientes basadas en información.

Los padres y educadores temen que la educación sexual fomente que los adolescentes tengan relaciones sexuales. Pero las investigaciones demuestran que la educación sexual no apresura la iniciación de la actividad sexual ni la aumenta (UNESCO, 2009). Una revisión de 36 programas de educación sexual en Estados Unidos concluyó que, por ejemplo, cuando se ofrece información sobre abstinencia y métodos anticonceptivos, los adolescentes no se vuelven más activos sexualmente ni tienen un debut sexual más temprano.

En el año 1996 el 93,4% de las adolescentes conocían algún método de planificación, en el año 2012 es casi generalizado, alcanzando el 99,8%4 . Los

métodos modernos son los más conocidos en las mujeres en edad fértil, dentro de ellos la inyección y el condón masculino 5 . Cabe aclarar que la palabra "conocer" no significa necesariamente que la adolescente tenga un elevado nivel de información sobre el método, basta con que por lo menos conozca su nombre o tenga una idea de cómo se emplea.

En las prácticas en los diferentes Hospitales, hemos observado a muchas adolescentes embarazadas, que no tienen un elevado nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos. Esto es un problema de salud muy preocupante ya que al tener adolescentes gestando o ya siendo madres de familia, trae consigo el aumento de complicaciones en el embarazo o en el parto, ocasionando mortalidad materna perinatal.

Además al no tener apoyo de sus padres dejan sus estudios, no trabajan por dedicarse al cuidado de sus hijos, ocasionando un problema social y económico al país. Los métodos anticonceptivos ayudan a prevenir los embarazos no deseados en los adolescentes, pero para ello tienen que tener un adecuado nivel de conocimiento sobre la variedad de métodos anticonceptivos que existen y así cuando decidan iniciar su vida sexual tomar la decisión de usarlo basada en conocimientos. A partir de lo expuesto, se emiten las siguientes interrogantes:

¿Cuáles prácticas anticonceptivas utilizadas por los adolescentes, Liceo Napoleón Castillo, Paraíso de Dios, enero – febrero 2018?

A partir de ahí surgieron las siguientes subpreguntas:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares?

¿Cuál es el método anticonceptivo utilizado por los adolescentes escolares?

¿Cuál es el nivel de educación sexual que han recibido los estudiantes?

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

II. Justificación

El motivo de este estudio fue obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, ya que es primordial que ellos conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, y demás problemas sociales que trae consigo.

Los y las adolescentes son una población sexualmente activa donde la mayoría desconocen aspectos básico de la sexualidad e inician actividades sexuales a edades cada vez más temprana; sin embargo esta precoz actividad a pesar que sea con su propio consentimiento es considerado como violación para el código penal que joven menor de 18 años tengan relaciones sexuales por lo tanto es un problema de salud pública y un problema de violación

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

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

Esta investigación contribuye con el sistema de salud, al tratar sobre la prevención y educación de la familia, comunidad e individuo, pudiendo actuar en la disminución de estos factores de riesgo y afianzar los factores protectores para desarrollar y mantener una sexualidad satisfactoria oportuna, además de

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

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

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

III. OBJETIVOS.

III.1. Objetivo general

Determinar el conocimientos sobre práctica anticonceptiva en estudiantes de 3ro y 4to del Nivel Secundario, Liceo Napoleón Castillo, enero – febrero 2018.

III. 2 Objetivo específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia).
- Destacar el método anticonceptivo utilizado por los adolescentes escolares.
- Describir el nivel de educación sexual que han recibido los estudiantes.
- Señalar el uso que se le da a los métodos anticonceptivo más utilizado por los adolescentes escolares.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia.

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

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

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

IV.1.1. Etapas.

El aumento de la velocidad de crecimiento en talla sólo se produce en dos periodos de la vida: en el primer año de edad y el segundo a la pubertad. En las mujeres, el crecimiento rápido se produce a los 9 años de edad, generalmente dos años antes de la menarquía, su primera manifestación de la pubertad, constituye el brote o botón mamario, seguido de la aparición del vello púbico. La menarquía ocurre

después del inicio del desarrollo del vello púbico. En los varones, el crecimiento rápido comienza a los 11 años de edad, generalmente dos años después de la mujer, acompañado del inicio del cambio de voz. Su desarrollo sexual, es más tardío en comparación con las mujeres, iniciándose a los 13 o 14 años, siendo su primera manifestación de pubertad el crecimiento y aumento del volumen de los testículos, que empiezan a producir millones de espermatozoides y la eyaculación durante el sueño o la masturbación, luego empieza la aparición del vello púbico y aumenta el tamaño y grosor del pene.²¹

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

Adolescencia inicial (10 a 12 años)

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

Adolescencia media (13 a 17 años)

- Pensamiento hipotético- deductivo inestable.
- Incapacidad de anticipar consecuencias de su conducta sexual.
- Se completa el desarrollo puberal.

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

Adolescencia tardía (17-21 años)

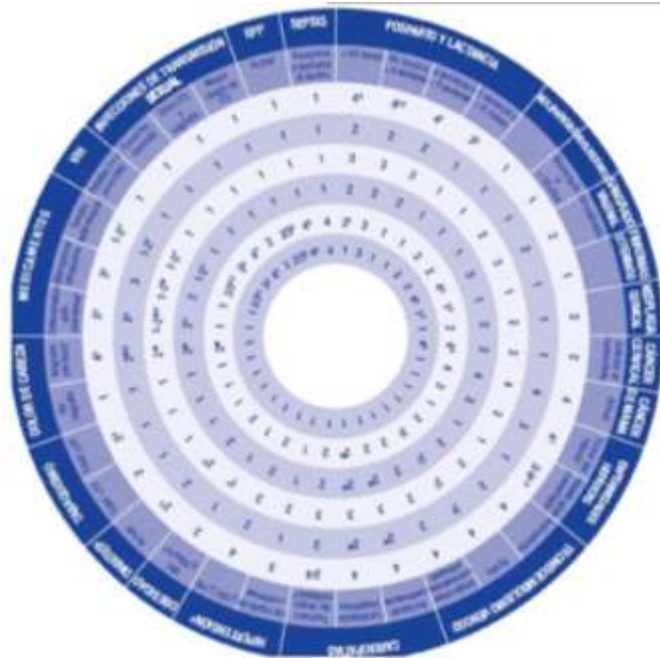
- Pensamiento hipotético deductivo adulto.
- Consolidación de la identidad personal y sexual.
- Consolidación de la capacidad de intimar.
- Autoimagen realista, madura.
- Relación de pareja estable.

IV. 1.2. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

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

Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en planificación familiar. Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME), cuya primera edición se publicó en 1996, presentan las

recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. Esta es la quinta edición de los CME, y la más reciente de una serie de actualizaciones periódicas.



Criterios médico de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta e Resumen ejecutivo. Organ Mund la Salud

Cubre los siguientes métodos de planificación familiar: anticonceptivos orales combinados (AOC) de dosis bajas (≤ 35 mcg de etinilestradiol), 1 parche combinado (PAC), anillo vaginal combinado (AVC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), enantato de noretisterona (EN-NET), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu), DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E), anillo vaginal liberador de progesterona (AVP), métodos de barrera (BARR), métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), método de amenorrea de lactancia (MELA), coito interrumpido (CI), y esterilización masculina y femenina (EST).

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de la evidencia*
1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario		
(Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
3. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres posparto		
< 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)	Las mujeres con < 21 días posparto y sin otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	Rango: baja a muy baja
< 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con < 21 días posparto y otros factores de riesgo de TEV no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
> 42 días posparto	Las mujeres con > 42 días posparto pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	

El GEG confirmó el resto de las recomendaciones existentes dentro de la cuarta edición, y éstas no se revisaron formalmente para la actualización de la quinta edición de los CME. Se brindan recomendaciones para los siguientes métodos: n Uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario n Uso de AHC en mujeres que están amamantando n Uso de AHC en mujeres posparto n Uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales n Uso de AHC en mujeres con dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos n Uso de anticonceptivos de progestágeno solo (APS) y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG) en mujeres que están amamantando.

Uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito de administración por vía subcutánea (AMPD-SC) como nuevo método agregado a la guía n Sino-implant (II) como nuevo método agregado a la guía n Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) - Acetato de ulipristal (AUP) como nuevo método agregado a la guía; uso de inductores del CYP3A4 y obesidad como nuevas condiciones para el uso de las PAE n Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) n Uso del anillo vaginal liberador de progesterona como nuevo método agregado a la guía n Anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)

Conocimiento sobre el uso anticonceptivo

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

En un estudio realizado en Cuba, se encontró que en cuanto al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, 100% reconoció el

condón, seguido de hormonales orales e inyectables en 97% y 93.5%, respectivamente. Existió un mayor conocimiento por parte del sexo femenino, pero sin diferencias significativas en relación con los varones. Las fuentes de información más frecuentes fueron: los padres en 75.6% y amigos en 64.1%.

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

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

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

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

IV.1.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

La sexualidad durante la adolescencia es un tema importante de tratar, ya que, comprende diversos cambios físicos, las relaciones de pareja, relaciones sexuales y las múltiples emociones, reacciones, prácticas y conductas que se desencadenan en

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

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

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

Se plantea que el manejo clínico hacia adolescentes, es más bien de un modo paternalista, ya que se entrega información en base a valores, creencias o consejos del profesional de salud. Esto provoca un alejamiento entre adolescente y profesional y muchas veces las y los adolescentes no generan interés en volver a consultar. En

efecto, los programas de salud hacia adolescentes, debiesen estar enfocados a combinar la educación, sensibilización y consejería, de una forma cercana y empática, obviando los prejuicios y apreciaciones personales.²⁴ Al elaborar correctamente estos programas, contribuirían al desarrollo autónomo, la capacidad de decidir informadas/os, sin que sean transgredidos sus derechos.

IV.2. Métodos anticonceptivos.

IV.2.1. Definición.

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

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

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

1. Papiro de Petri, de 1850 a. C., es el primer texto médico del que se tiene noticia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.
2. Papiro de Ebers, se considera el segundo texto más importante; contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado: «...tritúrese con una medida de miel, humidézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer».²⁷
3. Talmud, libro de la tradición hebrea; ofrece toda una guía en temas de planificación familiar y sugiere que la anticoncepción de ninguna manera está

prohibida; recomienda a las mujeres que usen el moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón).²⁷

4. Historia Animalium (siglo V a. C.), libro de Aristóteles, es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo.²⁷
5. SunSsu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: «...tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre».²⁷

La historia de la anticoncepción moderna indica que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos. Se considera al mexicano Luis Ernesto Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral a partir de la síntesis de noretisterona en 1951, cuya patente obtuvo junto a Carl Djerassi y George Rosenkranz, de la compañía química mexicana Syntex S.A. El 9 de mayo de 1960 la FDA realizó la propuesta de venta de la píldora anticonceptiva en Estados Unidos que finalmente sería aprobada el 23 de junio de ese mismo año. Su comercialización y uso se generalizó en ese mismo año y en los siguientes considerándose uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres. ²⁶

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

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

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

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

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

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

Criterios para el uso de métodos anticonceptivos*

Clase 1**	Clase 2**	Clase 3**	Clase 4**
Post parto inmediato y post cesárea	Lactancia materna en los 1ros 6 meses	Cáncer mama actual	Embarazo
Post aborto inmediato	Mayores de 40 años	Hepatitis viral activa	Cáncer de mama
Diabetes gestacional	Fumadoras	Diabetes con daño vascular	Cardiopatía valvular
Mayores de 20 años	HTA / EVC	Cirrosis severa	Trombosis venosa
Periodos menstruales irregulares	Diabetes	Tumores hepáticos benignos o malignos	Lactancia antes de las 6 semanas posparto
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Cefaleas severas	Lactancia antes de las 6 semanas postparto	Embolia pulmonar
Historia de Preeclampsia	Cáncer cervical	Fumadoras	HTA con daño vascular
Infección VIH / SIDA	Anemia falciforme	Endometriosis	ETS (aplica DIU)
Dismenorrea	Trombosis venosa	EPI	Cáncer de ovario
Endometriosis	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	Cefaleas severas con síntomas neurológicos	Cáncer de endometrio
Anemia ferropénica	Hepatitis activa	Sangrados abundante	Tuberculosis pélvica
Enfermedad del tiroides	Cardiopatía isquémica	Dismenorrea severa	Sepsis puerperal
Cefaleas leves	Dislipidemias	Alergias al látex	
Embarazo ectópico anterior	Cirrosis hepática	Uso barbitúricos	
Nulíparas / múltiparas	Enfermedad del tracto biliar	Interacción tto: Rifampicina, Fenitoina	
Patologías benignas de mamas, ovarios y utero.	Sangrado transvaginal causa desconocida		
Tuberculosis	Menores de 17 años		
Epilepsia	Varices		

*Normas Nacionales de Planificación Familiar 2006.²³

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

IV. 2.4. Clasificación.

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

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

IV. 2.5. Métodos temporales.

IV.2.5.1. Métodos hormonales.

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

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

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

IV.2.5.1.1. Métodos hormonales orales.

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

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

Los orales de progestina, también llamados mini-píldoras, están compuestos sólo por 350 µg o menos de un progestágeno empleado a diario; Estos no han alcanzado una popularidad generalizada debido a una incidencia mucho mayor de sangrado irregular y una tasa de embarazo más elevada; dificultan la fertilidad sin inhibir siempre la ovulación. Esto probablemente se deba a la inducción de un moco cervical que impide la penetración del semen y a una alteración de la maduración del endometrio suficiente para impedir una implantación satisfactoria del blastocisto. La eficacia anticonceptiva es mayor si existe supresión de la ovulación. Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas.³¹

Formas de administración.

Se administra vía oral, una pastilla diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso en la presentación de 21 pastillas. En el caso de la presentación de 28 pastillas, se ingiere durante 21 días seguido de 7 grageas de

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

Ventajas.

1. Los métodos hormonales orales son eficaces, seguros y reversibles.
2. No interfiere con la intimidad de la pareja y las relaciones se vuelven más espontáneas.
3. Reduce el riesgo de cáncer endometrial en un 80 por ciento.³²
4. Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria y ciertas enfermedades no mortales en las mamas.³³
5. Ayudan a regular el ciclo menstrual, reducen la dismenorrea.
6. Protege en contra de las anemias, ya que se pueden disminuir el número de reglas.
7. Algunos tipos de píldoras pueden ayudar a tratar el acné.³⁴
8. La mini píldora puede ser utilizada por las mujeres que amamantan, ya que a diferencia de los AOC no reducen la cantidad de leche materna.

Desventajas.

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

IV.2.5.1.2. Métodos hormonales inyectables.

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

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

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

Forma de administración.

Se aplica por vía intramuscular profunda, una vez al mes o cada tres meses dependiendo del tipo de presentación. Se inicia durante los primeros cinco o siete días del ciclo o en cualquier momento si se está seguro de que la usuaria no está embarazada. La inyección subsecuente debe aplicarse cada 30 ± 3 días (NET–EN) o cada 90 días (Depoprovera®) independientemente de si está presente o no la menstruación. En el posparto si la paciente está lactando se aplica después de la sexta semana del puerperio.³⁶

Ventajas.

1. Son sumamente efectivos y totalmente reversibles.
2. Se consideran un método cómodo y fácil de usar, nada que tomar todos los días ni nada que usar al tener relaciones. Sólo hay que acordarse 4 veces al año (en el caso de Depoprovera®).
3. No afectan la lactancia materna.
4. Pueden ayudar a prevenir la anemia, a excepción de pocos casos en que las usuarias sangran más. Previene crisis en personas con anemia falciforme.
5. Reduce el riesgo de cáncer de ovario y del endometrio.
6. Disminuye el dolor y los cólicos durante la menstruación y la ovulación.

7. Puede prevenir los embarazos ectópicos.
8. Privado. Nadie sabe que una mujer está usando este método.
9. Aún más segura que las pastillas combinadas (no causan problemas de coagulación).
10. Puede ser usada durante todos los años reproductivos. No se necesitan períodos de descanso.

Desventajas.

1. Las relaciones sexuales pueden ser menos agradables porque algunas mujeres tienen menos deseo sexual, menos lubricación vaginal u orgasmos.
2. El aumento en los días con manchas puede interferir con las relaciones en algunas mujeres.
3. La depresión puede empeorar (pero lo más probable es que mejore); puede ocurrir ansiedad, cambios de ánimo o fatiga.³⁷
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.
5. Debe volver cada mes o tres meses para la inyección (esto puede ser difícil de recordar para algunas mujeres).
6. Es caro en algunos sistemas de salud.
7. Puede tener un efecto negativo en el crecimiento óseo en adolescentes; puede aumentar el riesgo de osteoporosis (huesos frágiles).
8. Toma en promedio 10 meses para que la fertilidad vuelva después de la última inyección, lo que hace difícil planificar un embarazo.
9. En algunos estudios se ha visto un aumento del LDL (colesterol malo) y disminución del HDL (colesterol bueno).³⁸

IV. 2.5.1.3. Implantes sub-dérmicos.

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

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

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

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

Formas de administración.

Se insertan subdérmicamente en la cara interna del brazo, preferiblemente el izquierdo, por un proveedor entrenado que realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes, (cada uno del tamaño de un fósforo). La inserción debe realizarse en los primeros 7 días del ciclo menstrual. En el posparto se debe insertar en la sexta semana del puerperio.

Ventajas

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

Desventajas

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

IV.2.5.1.4. Parche dérmico.

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

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

Formas de administración

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

IV.2.5.1.5. Anillo vaginal.

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina. Libera 2 hormonas de forma continua una progestina y un estrógeno, que se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.⁴¹

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

Formas de administración.

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

IV.2.6. Anticoncepción postcoital o de emergencia.

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

Existen dos métodos:

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

Formas de administración.

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

Ventajas y desventajas.

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

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

IV.2.7. Dispositivo intrauterino (DIU).

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

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

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

Existen varios tipos:⁴⁷

1. El DIU inerte, es el más simple, consiste en un plástico impregnado de bario que se inserta una sola vez y no se saca nunca. En la actualidad ya no se usa.
2. DIU con cobre, fabricado de polietileno con un fino alambre de cobre que rodea el tallo y cilindros del metal en los dos brazos de la «T»; El cobre actúa sobre los espermatozoides disminuyendo su calidad y cantidad. El de mayor uso actualmente es la T de cobre 380-A. Su efecto dura por lo menos 10 años. También existe la T de cobre Multiload-375.
3. DIU con progesterona, que contienen 20 µg levonorgestrel, aprobado por la FDA en el 2000 (Mirena®). Esta hormona actuando espesando el moco cervical, dificultando así la concepción.

Formas de administración.

El DIU puede ser insertado en cualquier momento, siempre y cuando se esté seguro de la no existencia de embarazo, preferiblemente durante el periodo menstrual, ya que el orificio cervical externo está abierto. Debe ser colocado por

personal capacitado. No debe colocarse en las primeras 48 horas de posparto, debe esperarse a la 6ta semana.²³

La técnica para colocarlo es sencilla: se coloca un espejulo, se limpia el cuello con solución antiséptica, se fija el cuello con una pinza erina y se realiza una histerometría para adaptar el DIU a la medida, se inserta de acuerdo a las indicaciones de cada modelo y se cortan los hilos a 4 cm del orificio cervical externo.⁴⁸

Efectos secundarios y/o complicaciones.

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

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

Cuando no está correctamente insertado pueden presentarse eventos:

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

Ventajas.

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

Desventajas.

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

IV.2.8. Métodos de barrera.

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

IV.2.8.1. Preservativo o condón.

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

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

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

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

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

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

Forma de uso.

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

Ventajas.

1. El condón masculino constituye el método contraceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad y bajo costo. No hay que ir al centro de salud para obtenerlos.
2. No requiere preparación previa. Es muy eficaz cuando se le utiliza correctamente.
3. Representan una buena opción para los adolescentes.
4. Impide la propagación de la infección por VIH y otras ITS.
5. En el caso del condón femenino, la mujer puede usar el método por su propia iniciativa para protegerse contra el embarazo y las ITS/VIH. Y es efectivo en las situaciones en las que no se pueda convencer al hombre de que se ponga preservativo.

6. No hay restricción para el uso de este método, salvo en los casos que se presente alergias o hipersensibilidad al látex.

Desventajas.

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

IV.2.8.2. Diafragma y capuchón cervical.

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

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

El capuchón cervical, es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84 por ciento al 91 por ciento para las mujeres que nunca han tenido hijos. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual.⁵³

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

Ventajas

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

Desventajas

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

IV.2.9. Espermicidas.

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

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

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

Por si solos su eficacia para prevenir el embarazo es generalmente del 75 por ciento, pero pueden tener una eficacia del 94 por ciento si se utilizan de forma correcta y sistemática y con otros métodos de barrera.⁵⁵

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

Ventajas.

1. Son fáciles de obtener y pueden comprarse sin tener que ir al centro de salud.
2. El N-9 (nonoxinol-9) por si solo proporciona cierta protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual como la gonorrea y la clamidia.⁵⁶

Desventajas.

1. Incremento de las infecciones urinarias.
2. No proporcionan protección contra el VIH/SIDA.
3. Si el coito tiene lugar varias veces al día, la protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual se ve disminuida.

4. Hay que asegurarse de tenerlo a mano, debido a que tienen que utilizarse antes o durante el coito, por lo que para muchas mujeres resultan «engorrosos».

IV.2.10. Métodos de observación de la fertilidad.

Estos métodos consisten en la abstinencia sexual durante los periodos fértiles de la mujer. Su eficacia es variable y depende de la motivación de la pareja. La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. Así mismo, de la capacidad de la usuaria para poder identificar un historial de los tres o seis últimos ciclos menstruales. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.⁴⁰

Entre los más utilizados tenemos:

1. Calendario, del ritmo o de Ogino – Knaus, es el más común y utilizado por más de 32 millones de pareja en todo el mundo. Se basa en el cálculo probabilístico de cuando se puede producir la ovulación, para esto la mujer debe menstrual regularmente. El método de Ogino, en el que se calcula el periodo de abstinencia de la siguiente manera: se toma el valor resultante del periodo más largo menos 11 (por ejemplo $37 - 11 = 26$) y del periodo más corto menos 18 (por ejemplo $28 - 18 = 10$) y se cumple abstinencia sexual entre esos días, teniendo en cuenta que el primer día de la menstruación es el día 1. El método de Knaus utiliza el periodo más largo menos 13 y el periodo más corto menos.⁴⁰
2. Temperatura basal corporal (TBC), en este tipo de método la mujer debe tomarse la temperatura rectal por la mañana, antes de levantarse, siempre a la misma hora y debe cumplir abstinencia sexual desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día de la elevación de la temperatura basal corporal (0,5 a 0,8 0C). Este método no sirve si existe fiebre, estrés, amenorrea o se realizan trabajos nocturnos.⁵⁷

3. Método de la ovulación o de Billings, se basa en el conocimiento e interpretación de los cambios cíclicos en el moco cervical, mismos que ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógenos.⁵⁸ Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las características del moco cervical. Durante la ovulación el moco se hace más claro, acuoso y cristaliza en forma de hoja de helecho. Hay que tener cuidado porque el moco puede verse afectado por duchas vaginales y medicamentos (antidepresivos, diuréticos, antihistamínicos).
4. Método sintotérmicos, combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de la fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la TBC. El uso de varias técnicas permite mantener al mínimo el número de días en los cuales hay que mantener abstinencia de las relaciones sexuales.⁵⁹

Ventajas.

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

Desventajas.

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

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

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

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

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

Ventajas.

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

Desventajas

1. Es un método temporal, si se quiere retrasar el embarazo, debe utilizarse otro método anticonceptivo a partir del sexto mes después del parto, momento en

que reaparece la menstruación, o tan pronto como se inicia la administración de alimentos complementarios.

IV.2.12. Métodos tradicionales.

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

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

Entre estos tipos de métodos, son conocidos tres:

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

Ventajas y desventajas

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

Las desventajas de estos métodos es que la seguridad sobre su efectividad puede verse afectada ya que la misma se ve reducida cuando hay salida

imperceptible de semen, orgasmos múltiples en un corto periodo de tiempo u ausencia de autocontrol exigido por este método.

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

IV.2.13. Métodos permanentes o quirúrgicos.

IV.2.13.1. Esterilización femenina quirúrgica voluntaria.

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

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

Ventajas.

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

Desventajas.

1. Existe el riesgo de lesiones abdominales y complicaciones resultantes de la anestesia, infecciones y hemorragias.

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

IV.2.13.2. Esterilización masculina quirúrgica voluntaria.

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

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

Ventajas.

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

Desventajas.

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

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	Resultados de la evaluación	Alto Medio Bajo
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la consulta.	Años cumplidos	Ordinal
Métodos de anticonceptivos conocidos	Son medios necesarios de protección para evitar embarazo y enfermedades de transmisión sexual al momento de tener relaciones sexuales	Coito interrumpido Condón Pastillas Diu Inyección Anticonceptivo de emergencia Otros Ninguno	Nominal
Educación Sexual	hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo	Padres Amigos Medicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia	nominal

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

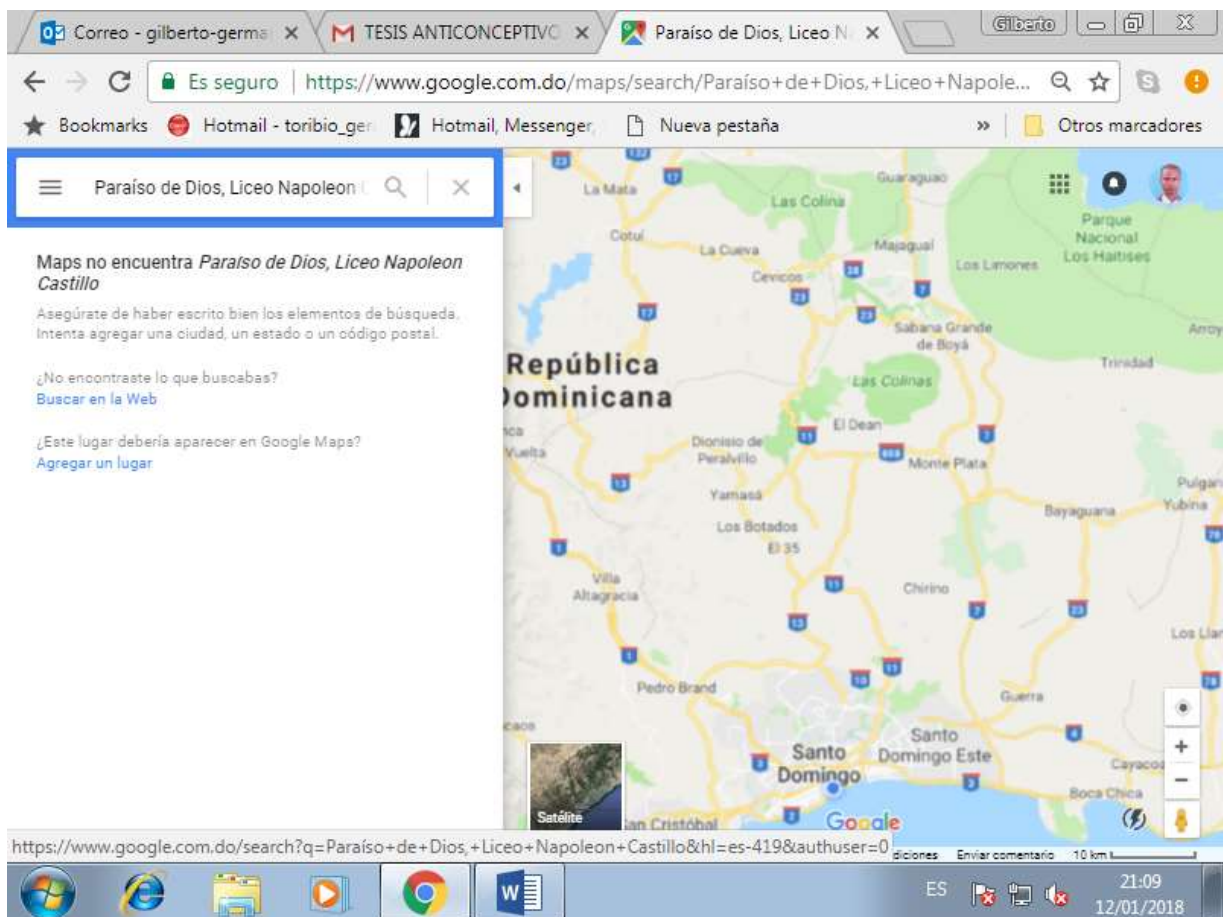
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos en los estudiantes de 3ero y 4to grado del Liceo Napoleón Castillo, Paraíso de Dios, enero – Febrero 2018.

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Liceo Napoleón Castillo, Paraíso de Dios, Republica dominicana.



VI.3. Universo

El universo está representado por todos los estudiantes inscritos en el Liceo Napoleón Castillo, 2018.

VI.4. Muestra

La muestra está representada 240 estudiantes que cursan 3ro y 4to grado del Liceo Napoleón Castillo.

VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

VI.5.1. Criterios de inclusión

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

VI.5.2. Criterios de exclusión

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

VI.6. Instrumento de recolección de datos.

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

VI.7. Procedimiento.

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

VI.8. Tabulación.

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

VI.9. Análisis

Se analizará por medio de frecuencias simples.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵⁸

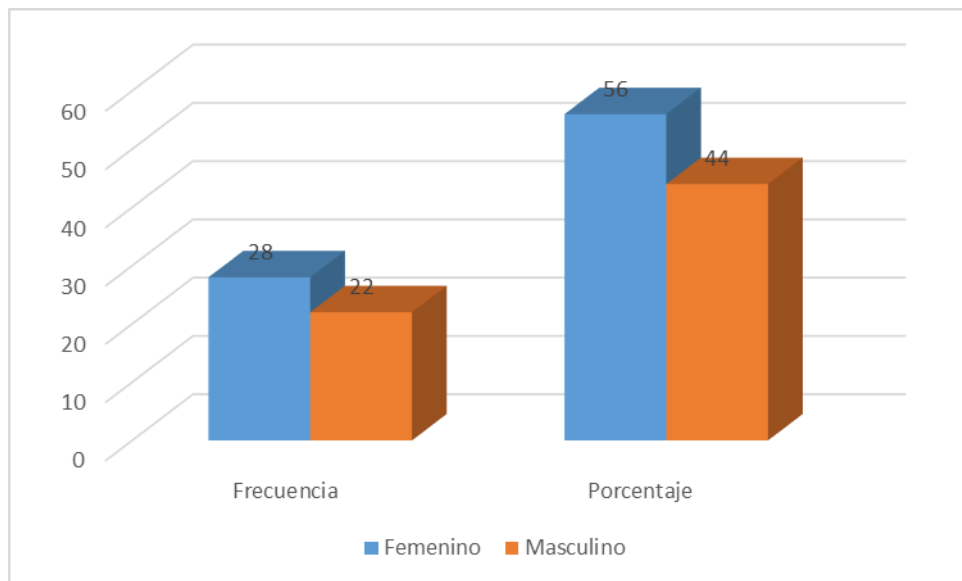
Presentación de los resultados

Tabla No. 1
Distribución de los estudiantes según género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	56
Masculino	22	44
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 1
Distribución de los estudiantes según género



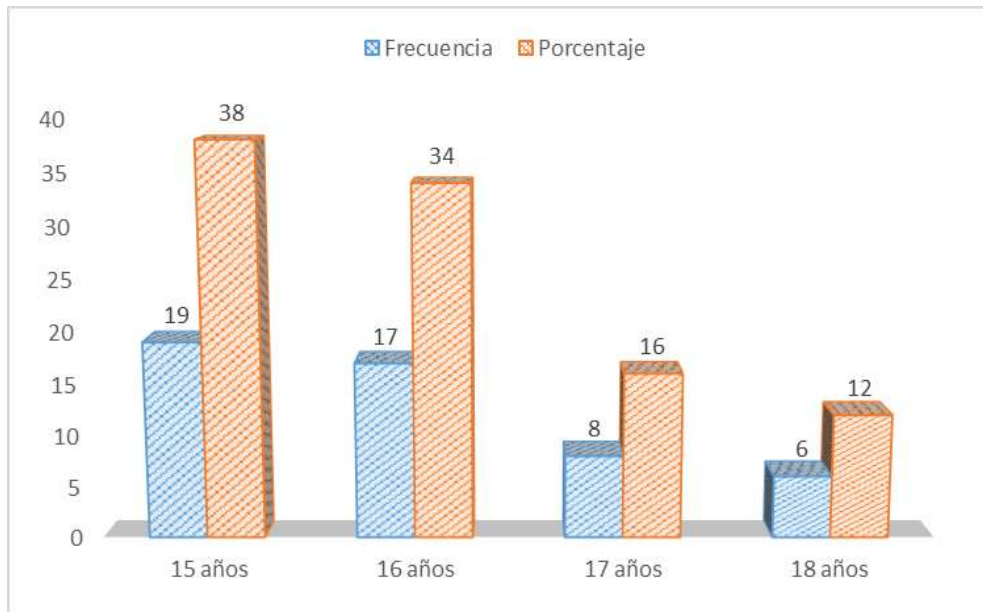
Se observa que el 56% de los estudiantes son de género femenino, mientras que el 44% son masculinos.

Tabla No. 2
Distribución de los estudiantes según edad

Edades (en años)	Frecuencia	Porcentaje
15 años	19	38
16 años	17	34
17 años	8	16
18 años	6	12
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 2
Distribución de los estudiantes según edad



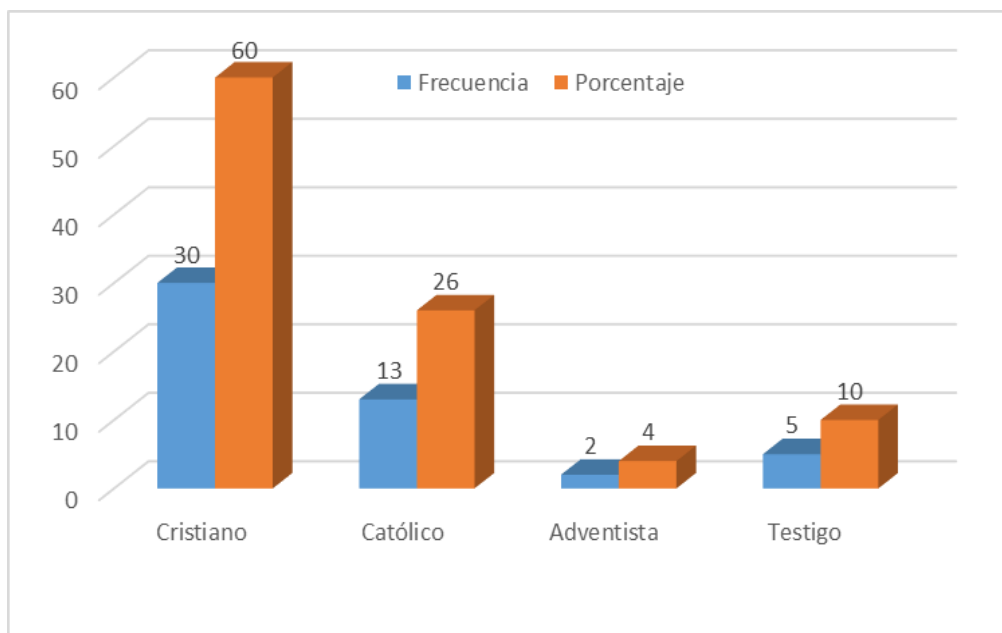
Se observa que el 38% de los estudiantes poseen 15 años, el 34% posee 16 años, un 16% tiene 17 años y el 12% restante tiene 18 años.

Tabla No. 3
Distribución de los estudiantes según religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Cristiano	30	60
Católico	13	26
Adventista	2	4
Testigo	5	10
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 3
Distribución de los estudiantes según religión



Se observa que el 60% de los estudiantes son cristianos, un 26% católicos, el 10% testigos y un 4% adventistas.

Tabla No. 3

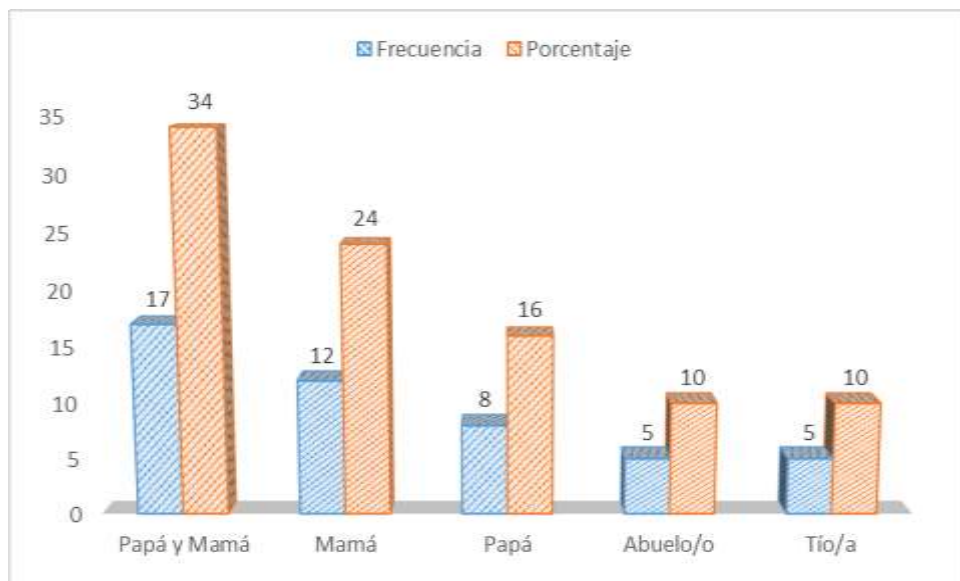
Distribución de los estudiantes según persona con las que vive

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Papá y Mamá	17	34
Mamá	12	24
Papá	8	16
Abuelo/o	5	10
Tío/a	5	10
Otro	3	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 3

Distribución de los estudiantes persona con las que vive



En este gráfico se observa que el 34% convive con papá y mamá, el 24% sólo con mamá, un 16% con papá, el 10% respectivamente con su abuelo o su tío y un 6% con otro familiar.

Tabla No. 4

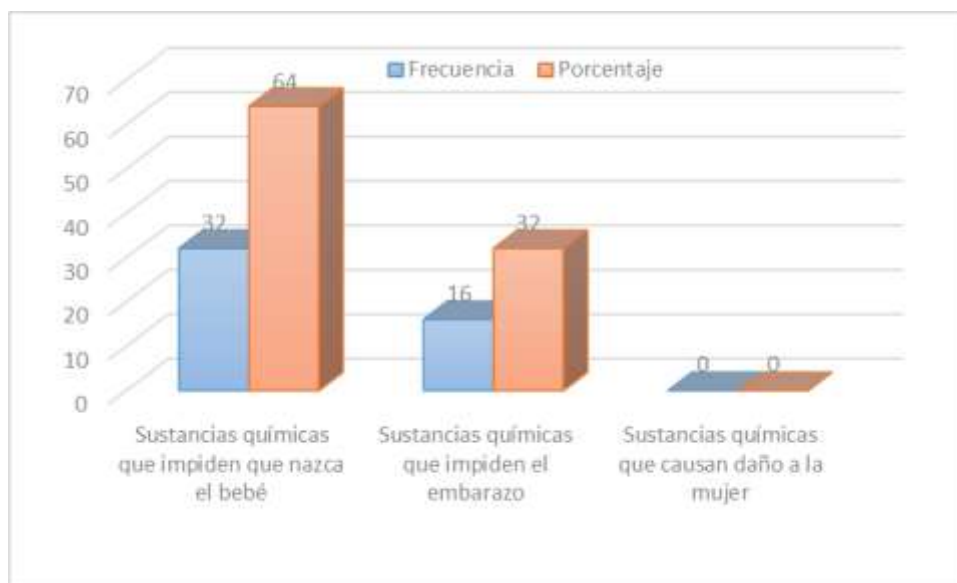
Distribución de los estudiantes según nivel de conocimiento

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Sustancias químicas que impiden que nazca el bebé	32	64
Sustancias químicas que impiden el embarazo	16	32
Sustancias químicas que causan daño a la mujer	0	0
Ninguna	2	4
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 4

Distribución de los estudiantes según nivel de conocimiento



En este gráfico se observa que el 64% señaló que los métodos anticonceptivos son sustancias químicas que impiden que nazca el bebé, un 32% sustancias que impiden el embarazo, y un 4% dijo que ningunas.

Tabla No. 5

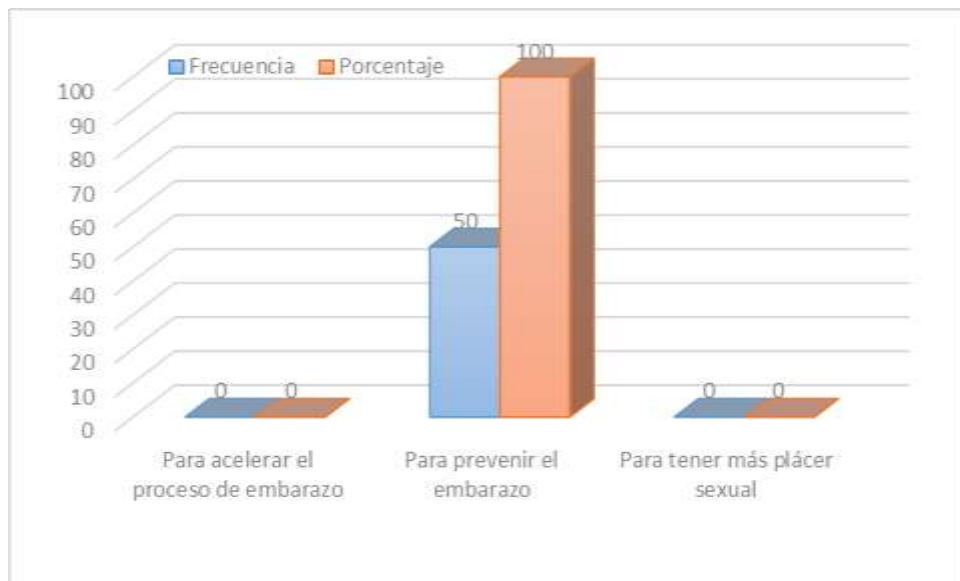
Distribución de los estudiantes según utilidad de los métodos anticonceptivos

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Para acelerar el proceso de embarazo	0	0
Para prevenir el embarazo	50	100
Para tener más placer sexual	0	0
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 5

Distribución de los estudiantes según utilidad de los métodos anticonceptivos



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

Tabla No. 6

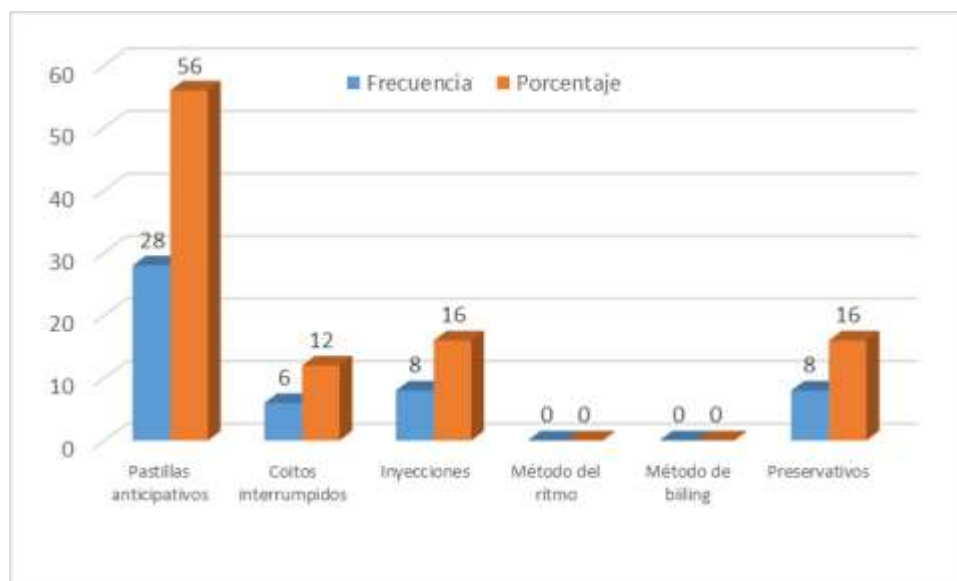
Distribución de los estudiantes según métodos más seguro que conoce

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas anticipativos	28	56
Coitos interrumpidos	6	12
Inyecciones	8	16
Método del ritmo	0	0
Método de biling	0	0
Preservativos	8	16
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 6

Distribución de los estudiantes según métodos más seguro que conoce



En este gráfico se observa que el 56% de los estudiantes según los métodos anticonceptivos que conoce son las pastillas, el 12% coitos interrumpidos, un 16% inyecciones y el 16% preservativos.

Tabla No. 7

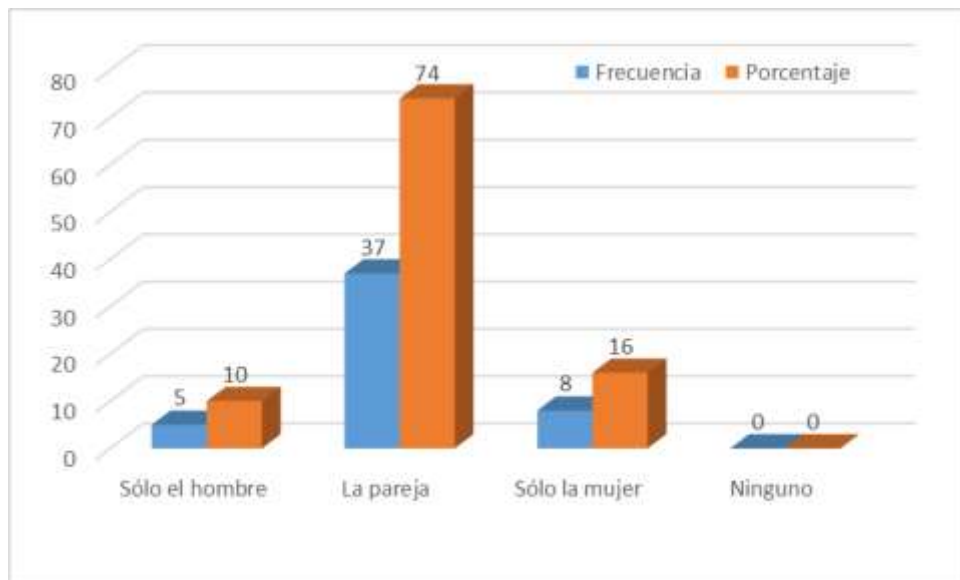
Distribución de los estudiantes según persona que puede usar los métodos

Métodos	Frecuencia	Porcentaje
Sólo el hombre	5	10
La pareja	37	74
Sólo la mujer	8	16
Ninguno	0	0
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 7

Distribución de los estudiantes según métodos más seguro que conoce



En este gráfico se observa que el 74% de los estudiantes entiende que los métodos anticonceptivos deben utilizarse solo por la pareja, un 10% solo el hombre y un 16% por la mujer.

Tabla No. 8

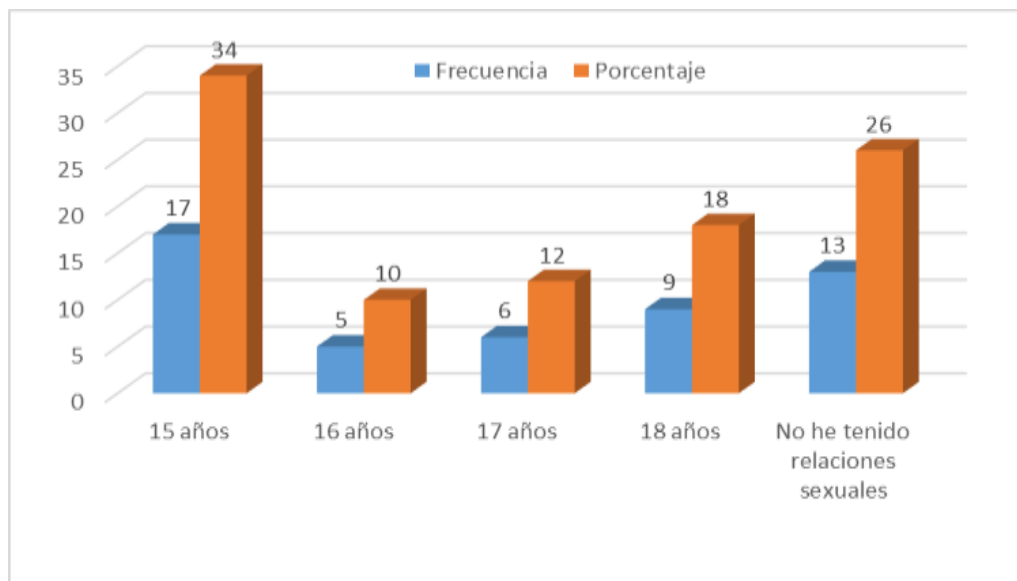
Distribución de los estudiantes según edad de la primera relación

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 años	17	34
16 años	5	10
17 años	6	12
18 años	9	18
No he tenido relaciones sexuales	13	26
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 8

Distribución de los estudiantes según edad de la primera relación



En este gráfico se observa que el 34% de los estudiantes tuvo su primera relación a los 15 años, un 10% diez años, el 12% 17 años, un 18% 18 años y un 26% dijo no haber tenido relaciones.

Tabla No. 9

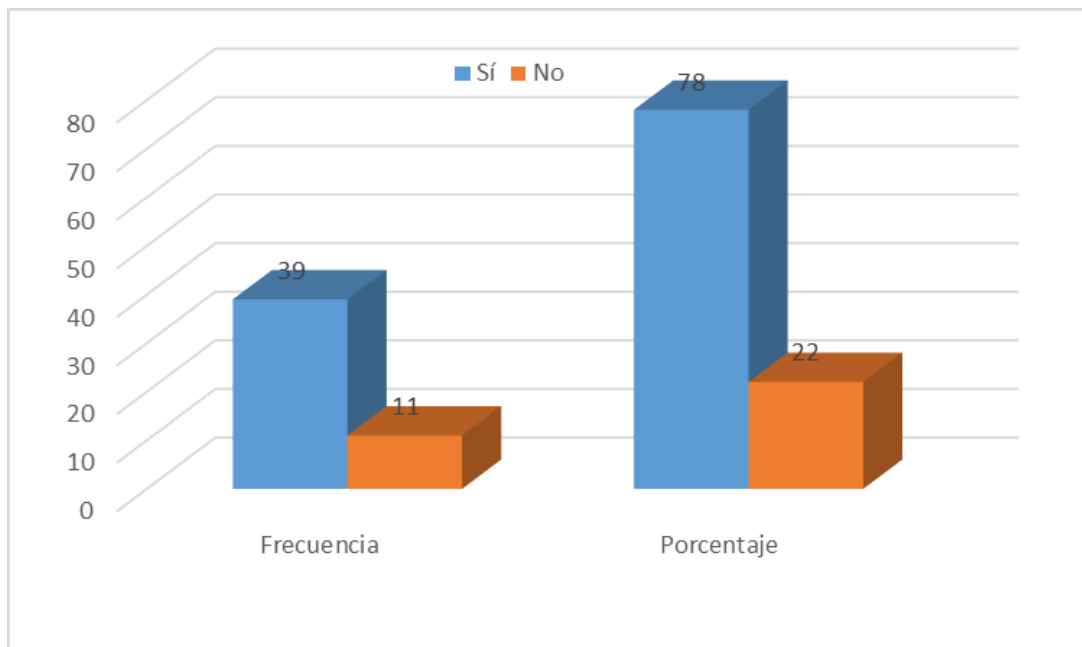
Distribución de los estudiantes según información que ha recibido

Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí	39	78
No	11	22
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 9

Distribución de los estudiantes según lugar donde ha recibido información



En este gráfico se observa que el 78% de los estudiantes ha recibido información, mientras que un 22% no.

Tabla No. 10

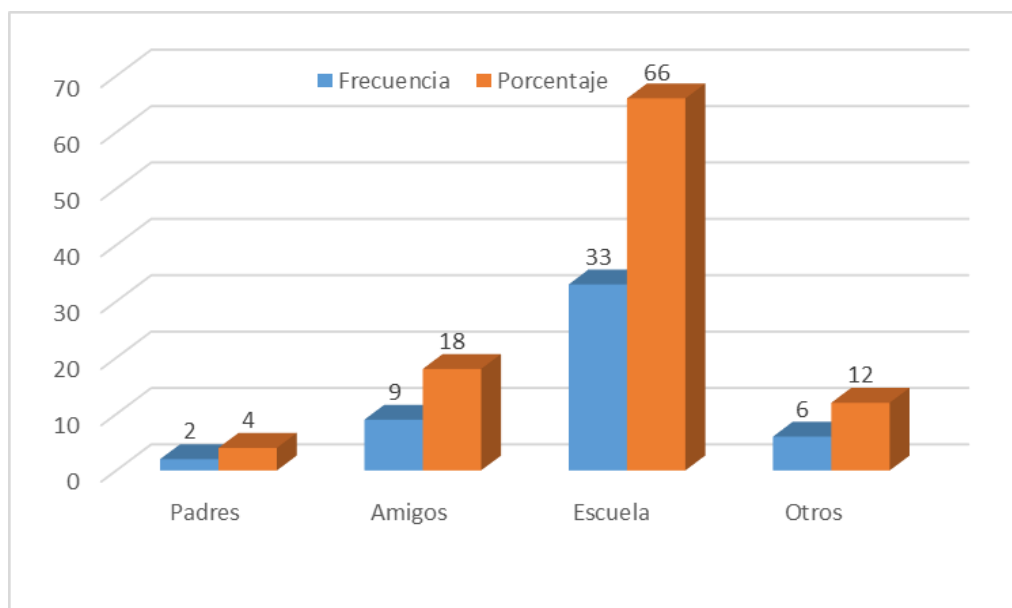
Distribución según lugar donde ha recibido información

Persona/Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Padres	2	4
Amigos	9	18
Escuela	33	66
Otros	6	12
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 10

Distribución de los estudiantes según lugar donde ha recibido información



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

Tabla No. 11

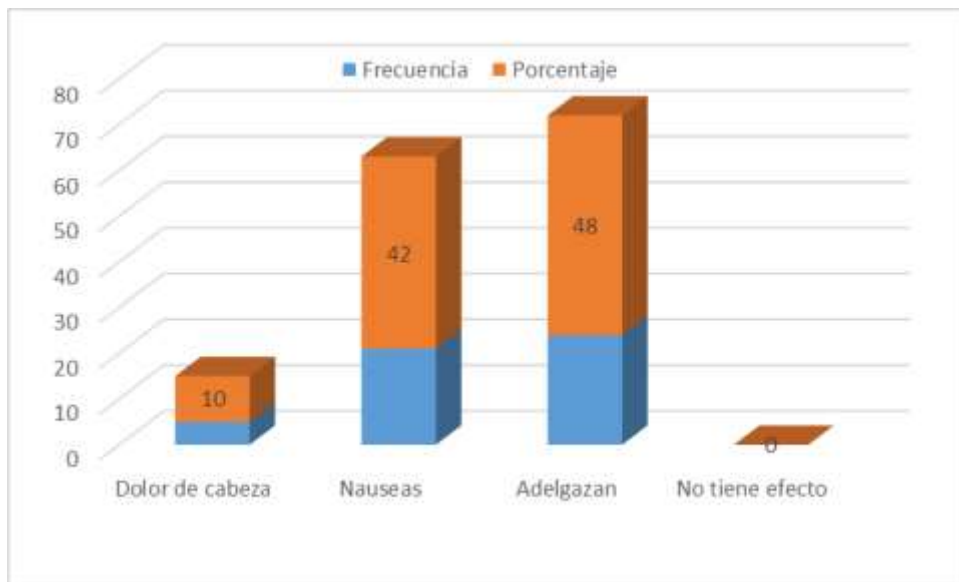
Distribución de los estudiantes según síntomas

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de cabeza	5	10
Nauseas	21	42
Adelgazan	24	48
No tiene efecto	0	0
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes.

Gráfico No. 10

Distribución de los estudiantes según lugar donde ha recibido información



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

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados encontrados al realizar la entrevista a las adolescentes y luego de procesar la información son los siguientes: En la tabla No 1 que muestra las características sociodemográficas encontramos el 56% son de género femenino. La edad más frecuente fue de 15 años con un 38%, el 34% de 16 años. En relación al pariente con el que viven, residen con papá y mamá. Con respecto a la religión 7 adolescentes indicaron no profesar ninguna religión (12%), 24 (52%) manifestaron ser católicas, evangélicas 10 (15%) y adventistas 7 (15.6%).

Estas características de la población, guarda relación con la presentada por López (2015), en donde el grupo de 14-16 años fue de 25 (55.6%) y el grupo de 17-19 años fue de 20 (44.4%). Con respecto a la religión 5 adolescentes indicaron no profesar ninguna religión (11.1%), 26 (57.8%) manifestaron ser católicas, evangélicas 7 (15.6%) y adventistas 7 (15.6%)

En cuanto a la variable, métodos anticonceptivos que conoce; la pregunta ¿Sabes que son los métodos anticonceptivos? Encontramos que 32 (64%) respondieron que son sustancias químicas que impiden que nazca el bebé. En la pregunta ¿Conocen la utilidad de los método anticonceptivo? 50 (100%) dijo que para prevenir el embarazo. Con respecto a la pregunta ¿Dentro de las reacciones de la píldora se encuentran: mareos, dolor de cabeza, aumento de peso y sangrado? 15 (33.3%), dijeron que dolor de cabeza.

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

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

Con respecto a la pregunta, persona que puede utilizar los métodos. el 74% de los estudiantes entiende que los métodos anticonceptivos deben utilizarse solo por la pareja, un 10% solo el hombre y un 16% por la mujer. De ese modo, que el 34% de los estudiantes tuvo su primera relación a los 15 años, un 10% diez años, el 12% 17 años, un 18% 18 años y un 26% dijo no haber tenido relaciones.

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

En relación a si ha recibido información el 66% de los estudiantes recibió información de la escuela, un 18% de sus amigos y el 4% de sus padres. El 48% de los estudiantes entiende que ha tenido como síntomas las náuseas, el 48% ha notado que ha adelgazado y un 10% tuvo dolor de cabeza.

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

CONCLUSIONES

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

Respecto a destacar el método anticonceptivo utilizado por los adolescentes escolares, se encontró que fue las pastillas, seguido de los preservativos y las inyecciones.

En relación a describir el nivel de educación sexual que han recibido los estudiantes, la mayoría ha recibido educación sexual, la información la recibió en la escuela, estos señalan que los síntomas son adelgazar y náuseas.

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

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

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación

Desarrollar estrategias y programas de sensibilización y consejería al personal docente responsable referente a los temas de educación sexual y reproductiva, para brindar una adecuada información a los adolescentes ya que como observamos en los resultados obtenidos la primera fuente de información es la escuela.

Al Ministerio de Salud Pública

Reforzar y mejorar los programas de educación sexual a los adolescentes por parte del personal de salud en la Atención Primaria y trabajar en conjunto con los centros educativos para así brindarles una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y obtener un elevado nivel de conocimiento.

Realizar charlas de Educación Sexual adecuadas para la edad y de acuerdo al contexto sociocultural en las Instituciones Educativas, en especial sobre el correcto uso del preservativo, ya que este es el método anticonceptivo más usado por los adolescentes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amparo M. Guillén T. Adolescentes de 14 a 18 años sobre el uso de métodos anticonceptivos frente a la prevención del embarazo no deseado en la Institución Educativa Ludoteca de Septiembre a Diciembre del 2014. Trabajo de tesis presentado como requisito parcial para optar por el título de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Quito, mayo, 2015.
2. Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana, República Dominicana, 2011.
3. Saint-Felix F, Melian Savignon C, Valón Rodriguez O, Reinoso Ortega S, Al Garcia Alcolea EE. Anticoncepcion de Emergencia –Instituto Superior de ciencia Medica (MEDISAN 2006); 10(1) (Citada 06 mayo 2015) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm.
4. Fétis, G., Bustos, L., Lanas, F., Baeza, B., Contreras, J., Hebel, E. y Marucich, C. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2008. 73(6), 362-369. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002
5. Fondo de población de las Naciones Unidas. Perú. La salud sexual y salud reproductiva: marco jurídico internacional y nacional, 2009
6. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. . Sociedade Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
8. . World Health Organization (WHO) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore (MD); 2007.

9. Caricote, Esther. La salud sexual en la adolescencia tardía. Revista Educere, 2009: Año 13 (45):415-25
10. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente Joven. Publicación Científica N° 552. Editores Matilde Magdaleno. USA: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.google.co.ve/#q=1.%09Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+La+Salud+del+Adolescente+Joven.+Publicaci%C3%B3n+Cient%C3%ADfica+N%C2%BA+52.> [Consultado 22/04/2016].
11. Panamericana de la salud / OPS) “Prevalencia y tenencia del embarazo en adolescentes. Washington. (2010)
12. Corona, José & Ortega, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Revista MEDISAN. 2013: Vol. 17(1):78-85.
13. Oficina nacional de estadísticas / ONE “madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana. (2011)
14. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos en el distrito de San Juan de Lurigancho, *Ágora Rev Cient.*2015; 02(01):79-88.
15. Navarro y López, realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012.
16. Sánchez-M. [María C.](#), Dávila-M. [Rocío](#), Ponce-Rosas [Efrén R.](#) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud, [Volume 22, Issue 2](#), April–June 2015, Pages 35–38.
17. Mota Glenny, Rosa Ana L., Ramírez Margaret, conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes del instituto politécnico Profesor Juan Bosch, se realizo un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal durante enero-febrero 2014.

ANEXOS

INSTRUMENTO APLICADO

Buenos días! Estoy realizando la tesis de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, las informaciones que proporcione serán utilizadas con fines estrictamente científicos por lo que su identidad no será revelada.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

I. Género

Masculino_____ Femenino_____

II. Edades:

14 años 15 años_____ 16 años____ 17 años____
18 años _____ 20 años_____

III. Religión

Cristiana_____

Católica_____

Adventista__

Testigo_____

Ninguna_____

IV. Persona con la que vive

Papá y mamá____ Mamá_____ Papá_____

Abuelo__ Tío_____ Otros_____

V. NIVEL DE CONOCIMIENTO

1. Los métodos anticonceptivos son:

Sustancias químicas que impiden que nazca el bebe

Sustancias químicas que impiden el embarazo

Sustancias que causan daño a la mujer

Ninguna de las anteriores

Para que son los métodos anticonceptivos:

Acelerar el proceso de embarazo____

Prevenir el embarazo_____

Tener más placer sexual____

Ninguna____

¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoces?

(T) de Cobre_____

Pastillas anticonceptivas_____

Coitos interrumpidos_____

Inyecciones____

Métodos del ritmo____

Método de Billing_____

Preservativos_____

¿Consideras que los métodos anticonceptivos causan enfermedad?

Si _____ No_____ Sin respuesta_____

¿Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos?

Si _____ No_____ Sin respuesta_____

¿El método más seguro que conoce Usted es?

Pastillas anticonceptivas_____

Coitos interrumpidos____

Inyecciones_____

Método del ritmo_____

Método de Billing_____

Preservativos____

¿Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por?

Sólo el hombre____

La pareja____

Sólo la mujer____

Ninguno____

No sé____

¿El método de calendario o regla puede ser usado por?

Mujeres con ciclos menstruales irregulares____

Mujeres con ciclos menstruales regulares____

Mujeres con más de dos hijos____

Todas las mujeres____

No sabe____

¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?

14 años____

15 años____

13 años____

17 años____

18 años____

Ninguno____

¿La última relación que tuviste fue?

Hace una semana____

Hace 5 días ____

Hace un mes____

Más tiempo____

¿De dónde obtuvo la información sobre los métodos anticonceptivos ?

Padres____

Amigos____

Escuela____

Otros____