

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA
UNPHU**

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

**NÚMERO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL
BACHILLERATO EN EL LICEO MAURICIO BÁEZ Y POLITÉCNICO BETANIA,
LOS GUARICANOS, SANTO DOMINGO NORTE, ENERO – FEBRERO 2018.**



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

SUSTENTANTE:

Walkidia Nova Montero

ASESORES

DRA. CLARIDANIA RODRIGUEZ (METODOLOGIA)

DRA. ALTAGRACIA CRISTINA GRACIANO M. (CLINICA)

DR. ERVIN DAVID JIMENEZ PÉREZ (CLINICO)

SANTO DOMINGO, D. N.

AGOSTO, 2018

**NÚMERO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL
BACHILLERATO EN EL LICEO MAURICIO BÁEZ Y POLITÉCNICO BETANIA,
LOS GUARICANOS, SANTO DOMINGO NORTE, ENERO – FEBRERO 2018.**

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios todo poderoso:

Por habernos dado la vida y la sabiduría para elegir el camino del bien y ser alguien útil en la sociedad.

A mis padres:

Quiero agradecerles por haberme dado la vida, por haberse esforzado y sacrificado desinteresadamente para ayudarnos a lograr nuestros objetivos, por ser nuestra fuente de inspiración y sobre todo por ser nuestro motivo de vida. Este triunfo también les pertenece.

A mi esposo:

Evaristo Guevara, por ayudarme y apoyarme incondicionalmente.

A mis hermanos y primos:

Porque de una u otra forma colaboraron con el desarrollo de este estudio.

A mis hijos y sobrinos

Espero que este logro les sirva de inspiración.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña:

Gracias por abrirnos las puertas.

Al hospital docente universitario Juan Pablo Pina:

Le doy gracias por abrirnos las puertas llena de amor y conocimiento para formarnos como ser humano y como profesional.

Al coordinador de la residencia medica en medicina familiar y comunitaria. A la Dra. Aurora Sierra Concepción, por estar siempre brindándonos sus conocimientos, su entrega y dedicación.

A los asesores:

Dra. Caridania Rodríguez y la Dra. Altagracia Graciano, gracias por su esfuerzo y colaboración desinteresadamente

Gracias a cada uno de los docentes que con su amor y dedicación hicieron realidad este triunfo.

Dra. Walkidia Nova Montero

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	3
I.2 Planteamiento del problema.....	6
I.3 Objetivos.....	8
I.3.1 General.....	8
I.3.2 Específicos.....	8
I.4 Justificación.....	9
CAPITULO II.	
II.1 Adolescencia.....	10
II.2 Etapas de la adolescencia.....	10
II.3 Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos.....	12
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.....	38
III.4 Material y métodos.....	45
III.4.1 Tipo de estudio.....	46
III.4.2 Población y muestra.....	47
III.4.3 Instrumento y recolección de información.....	48

CAPITULO IV

IV.1 Presentación de los resultados.....	48
IV. 2 Análisis y Discusión de los Resultados	51
IV.2 Conclusiones.....	64
IV.3 Recomendaciones.....	65
Bibliografía.....	68

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales de salud, tanto para las madres como para los niños¹

El embarazo trae a menudo graves problemas de tipo social para la adolescente, en algunos casos la adolescente es obligada a casarse con el padre del niño. Sin embargo, el pronóstico de los matrimonios en estas circunstancias no es muy consolador. Una gran mayoría permanece soltera, lo que produce que tengan que dejar la escuela e interrumpir su educación, reduciendo sus posibilidades de empleo futuro. Como consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso u otro problema.

Con respecto a los riesgos que desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

Es así como en América Latina un 15 a un 25% de los Recién Nacidos Vivos son hijos de una madre menor de 20 años (1) En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 a 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los adolescentes representan al 20 % del total de la población andina. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 a 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. “La probabilidad de ser madres en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección”

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existe alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana. Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes, es una característica de la región.

Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá; Austria, Islandia) Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas.

Según las cifras del último censo de población y Vivienda del 2010, en el país hubo 2 609 niñas de entre 12 y 14 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo. En la provincia de Santo Domingo se registró el mayor número (653 casos). Le siguió la zona fronteriza (300),. Y actualmente hay en el país 120 000 madres adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales 800 ya tuvieron el tercer hijo"

I.1. ANTECEDENTES

Baeza W, Bernardita, A, Póo F, Vásquez P., Muñoz N., (2012) con el objetivo de comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. Donde realizaron un estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el programa ATLAS-ti

Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E, (2015) Con el Objetivo de Caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo, a partir de una encuesta representativa en México, de Estudio transversal con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, con datos sociodemográficos y reproductivos de 1 790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo. Se ajustaron tres modelos estadísticos para observar la asociación entre variables. El rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo. Tener embarazo previo está asociado con cohabitar con la pareja (RM=8.4), rezago educativo (RM=2.4), nivel socioeconómico bajo (RM=2.0) y asistencia a la escuela (RM=0.5). El rezago educativo muestra una asociación con el antecedente de embarazo alguna vez en la vida (RM=2.4), no así con el primer embarazo al momento de la encuesta. En conclusión Se requieren políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos. (9)

Mengole T, Lannacone J. (2010) con objetivo de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo en adolescentes. Donde aplicaron un cuestionario validado y auto administrado con el que se investigó las variables que apuntan al objetivo, ya que ellos realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal comparativo a 13 gestantes

primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello de Chosica - Lima, Perú. Se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominaron aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo. (2)

Gamarra P, Lannacone J. (2011) su objetivo de determinar los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco, Santa Anita, Lima, Perú. Aplicando un cuestionario, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba binomial y el coeficiente Alfa Crombach. La investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacionado, en una población de 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos. Se aplicó un cuestionario, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba binomial y el coeficiente Alfa Crombach. Los mejores predictores para el inicio de la actividad sexual en las adolescentes fueron: a nivel individual (repitencia escolar, actitud hacia el inicio de actividad sexual y la autoestima), a nivel familiar (la estructura y la función familiar) y sociocultural (ausencia de un adulto, conocimiento sobre sexualidad y grupo de padres).

Merino A, Rosales E. (2010) con el objetivo de conseguir madres adolescentes existe un factor común a todas ellas: una mala historia de rendimiento escolar. Todas las estadísticas que realizaron nos demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor. Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana.

Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. (2012) con el objetivo de disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes. Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada. El 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El Resultado fue 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. (6)

I.2. Planteamiento de problema

A nivel mundial se ha visto el incremento de embarazo en adolescentes donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años son madres. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 %. Siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

A nivel nacional, La República Dominicana ocupa el quinto lugar en embarazos de niñas y adolescentes entre los países de América Latina y el Caribe. Según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2009) un 22% de las adolescentes entre 15 y 19 años en el país ha estado embarazada. Las tasas más altas se observan en las provincias de Azua (36.9%) y Pedernales (35.1%).

El país cuenta con el marco legislativo y político adecuado para prevenir el embarazo en adolescentes, sin embargo, la falta de programas de educación y servicios de salud sexual y reproductiva son un obstáculo para reducir la alta tasa que se presenta a nivel nacional.

El embarazo a temprana edad afecta la salud de las adolescentes pues aumenta los riesgos de complicaciones en el embarazo y en el parto que puede conducir a la muerte. Según ENHOGAR 2009-2010, los riesgos de muerte por eclampsia, obstrucción en el parto, hemorragia o infección entre las adolescentes son hasta tres veces mayores que en las mujeres con edades entre 18 y 34 años. También pueden tener efectos importantes sobre el estado de salud y sobrevivencia de sus hijos, tales como el bajo peso al nacer, la prematuridad, malformaciones o problemas en el desarrollo debido a aspectos de madurez fisiológica y emocional de las madres.

A pesar de que las estadísticas muestran datos tan negativos y desesperanzadores, es posible evitar los embarazos a temprana edad, pero se necesita el compromiso de todos.

Las y los adolescentes tienen derecho a ser informados sobre los cambios que suceden en su cuerpo, sobre la sexualidad y las relaciones sexuales, sobre las formas de prevención del embarazo, del VIH y de las infecciones de transmisión sexual, desde una perspectiva de derechos y de género.

Debido a que la adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales para el adolescente, en la cual la familia, y la sociedad en su conjunto tienen un rol muy importante en la formación y orientación del adolescente, ya esto dependerá el éxito o fracaso en su vida futura.

A partir de lo anterior, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el número de embarazo en adolescentes?

A partir de ahí surgieron las siguientes subpreguntas:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia)?

¿Cuál es el grupo etario donde mayormente se presenta el embarazo en adolescentes?

¿Cuáles son los factores de riesgo que predisponen a problemas obstétricos en embarazo de adolescentes?

¿Cuáles son las causas psico-social del núcleo familiar que predisponen a un embarazo en adolescente?

¿Cuáles son las complicaciones que se presentan frecuentemente en el embarazo de adolescentes?

II. Justificación

Considerando como uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos por su trascendencia social, como el embarazo en adolescentes ya que se ha visto los acontecimientos con mayor frecuencia en familias disfuncionales. En nuestra investigación y la sociedad en general comprende que es lo que propicia un alto porcentaje de embarazos en adolescentes aun cuando diversas instituciones como la escuela, iglesia y familia, tratan de infundir en sus adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual. Los embarazos y matrimonios precoces por lo menos que hayan concluidos sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos y darles una calidad de vida a sus familias.

La adolescencia es una etapa de transición de los 11 años hasta los 19, etapa en que se suceden cambios corporales y psicológicos, a la que comúnmente llamamos pubertad, en ella la aparición de la menstruación en la mujer que es un símbolo identificador que ya puede ser madre. Cambios físicos, psicológicos la aparición de la primera menstruación o menarquía en la niña y la ovulación.

El valor genético juega un valor importante, generalmente se inicia alrededor, de los nueve a once años en las niñas y en los varones de 11 a 14 años en que aparece su fuerza reproductiva Estas cifras no son exactas ya que varían los cambios biológicos por razón de género, la alimentación de la lactancia y la precocidad con los incentivos de la pornografía y la televisión.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, problemas familiares y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarla y protegerla.

Las adolescentes embarazadas son discriminadas por ciertas instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven muchas veces frustrados. Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción

de temas de sexualidad en las escuelas, y colegios, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo se considera que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado. El presente trabajo de investigación se realizará con el objeto de identificar los factores que influyen en la incidencia de embarazo en las adolescentes, determinar las complicaciones del embarazo hasta el parto, además ofrece información sobre la realidad e información del porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales a temprana edad sin responsabilidad.

Este trabajo cuenta con el aval de la jefatura, y la coordinación docente de los centros de estudios en donde se desarrollará la investigación. El Centro Educativo reconoce importante el propósito de disminuir la morbi-mortalidad de las mujeres adolescentes embarazadas y su neonato. Gracias al apoyo de directivos ya mencionados junto con los recursos humanos y materiales, se espera alcanzar los objetivos propuestos y brindar un aporte real a esta problemática social.

III. OBJETIVOS.

III.1. Objetivo general

Determinar el número de embarazo en adolescentes en estudiantes del Nivel Secundario en el liceo Mauricio Báez y Politécnico Betania, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018.

III. 2 Objetivo específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia).
- Establecer el grupo etario donde mayormente se presenta el embarazo en adolescentes.
- Puntualizar factores de riesgo que predisponen a problemas obstétricos en embarazo de adolescentes.
- Analizar las posibles causas psico-social del núcleo familiar que predisponen a un embarazo en adolescente.
- Especificar las complicaciones que se presentan frecuentemente en el embarazo de adolescentes

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia.

Según la OMS (2016), la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato Socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros". La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazo en adolescentes. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que ciertas conductas tienen factores asociados al embarazo en adolescentes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.

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 (2012), 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.

Para la OMS (2016), 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. Posibles causas del embarazo en adolescentes

Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. • Inicio precoz de las relaciones sexuales

- Los adolescentes no solicitarían anticonceptivos por “vergüenza”, “no haberlo pensado” y “miedo”
- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.
- La pérdida de la religiosidad.
- La baja auto-estima
- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
 - La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.

Factores de riesgo en adolescentes:

- Crecer en condiciones pobres o precarias.
- Falta de educación moral por parte de los padres.
- Relaciones sexuales tempranamente de sus amigos adolescentes.
- Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
 - El uso temprano de alcohol y/o drogas. • Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual. • Cuando sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana.

Consecuencias de relaciones tempranas en la adolescente

Trastornos psicológicos • Sentimientos de culpa. • Deserción escolar y laboral. • Abortos espontáneos. • La mortalidad en los nacimientos entre los hijos de madres menores. • Nacimiento de hijos prematuros. • Abandono del padre del futuro hijo. • Nacimiento de un hijo sin control • No participar en las reuniones que protegen al neonato por factor tiempo. 2.6. Consideraciones Psico-sociales para el aumento de los embarazos

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. FACTORES PREDISPONENTES A UN EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

IV.2.1. Definición.

1. Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva, presentando ovulación cuando aún no maneja las situaciones de posible riesgo en un embarazo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
5. – Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para

la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios.

7. – Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán teniendo relaciones sexuales, porque no lo desean.

8. – Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay la penetración del pene completamente..

10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

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

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

1. Papiro de Petri, de 1850 a. C., es el primer texto médico del que se tiene noticia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.

2. Papiro de Ebers, se considera el segundo texto más importante; contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado: «...tritúrese con una medida de miel, humidézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer». ²⁷
3. Talmud, libro de la tradición hebrea; ofrece toda una guía en temas de planificación familiar y sugiere que la anticoncepción de ninguna manera está prohibida; recomienda a las mujeres que usen el moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón). ²⁷
4. Historia Animalium (siglo V a. C.), libro de Aristóteles, es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo. ²⁷
5. SunSsu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: «...tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre». ²⁷

Causas del Embarazo en la Adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes: El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales; El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada; Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y La falta de una buena educación sexual. Consecuencias de un embarazo temprano A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de

las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos: Desde el punto de vista médico: La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido. (. ²⁶

Inicio temprano de relaciones sexuales

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos.²⁹⁾ Salud Reproductiva en los adolescentes según la OMS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a

acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo. Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros. Los principales mecanismos de acción son los siguientes: impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo (barrera), impedir la liberación del óvulo (hormonales, modificando la condición del endometrio). Existen otros tipos de métodos que evitan la concepción de manera permanente mediante técnicas quirúrgicas (definitivos).

También como planificación familiar natural, se establece la abstinencia de actos sexuales de la pareja durante la época fértil en el ciclo menstrual de la mujer. Los métodos anticonceptivos pueden dividirse en dos grandes grupos, tomando en cuenta la reversibilidad o no del método: los temporales y los permanentes. Las madres adolescentes a menudo carecen de los conocimientos, la educación, la experiencia, los ingresos y el poder que puede tener una mujer de más edad. En algunas culturas, tienen que soportar además el efecto de numerosas actitudes prejuiciosas, lo que empeora aún más una situación ya de por sí difícil. Es importante hacer participar a los hombres, los padres, las suegras y demás personas encargadas de la toma de decisiones dentro del hogar y la comunidad en los esfuerzos por lograr que las adolescentes embarazadas se sientan aceptadas y reciban el apoyo requerido.

Dicho apoyo ha de incluir la administración de los cuidados domiciliarios pertinentes antes, durante y después del embarazo y el uso, en tiempo oportuno, de los servicios de salud que corresponda, incluida la atención de un asistente de partería cualificado. Se debe informar ampliamente a las adolescentes, y también a la comunidad en su conjunto, sobre los signos de posibles complicaciones, de modo que todos sean capaces de reconocer una situación de urgencia y sepan cómo actuar en cada caso.

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

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

Forma de administración.

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

Ventajas.

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

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

Desventajas.

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

IV. 2.5.1.3. Implantes sub-dérmicos.

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

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

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

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

Formas de administración.

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

Ventajas

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

Desventajas

1. La mujer no puede quitarse el implante ella sola, por lo que tiene que acudir o tener acceso a un proveedor capacitado.

2. En algunos casos puede que no sea fácil encontrar personal capacitado y puede que en ocasiones sea difícil extraerlo, especialmente si se ha colocado muy profundo.
3. Existe riesgo de infección, inmediatamente después de la inserción o cuando resulta difícil extraerlo.
4. Puede dejar cicatriz.
5. No protege contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.4. Parche dérmico.

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

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

Formas de administración

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

IV.2.5.1.5. Anillo vaginal.

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

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

Formas de administración.

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

IV.2.6. Anticoncepción postcoital o de emergencia.

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

Existen dos métodos:

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

Formas de administración.

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

Ventajas y desventajas.

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

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

IV.2.7. Dispositivo intrauterino (DIU).

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

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

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

Existen varios tipos:⁴⁷

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

Formas de administración.

El DIU puede ser insertado en cualquier momento, siempre y cuando se esté seguro de la no existencia de embarazo, preferiblemente durante el periodo

menstrual, ya que el orificio cervical externo está abierto. Debe ser colocado por personal capacitado. No debe colocarse en las primeras 48 horas de posparto, debe esperarse a la 6ta semana.²³

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

Efectos secundarios y/o complicaciones.

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

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

Cuando no está correctamente insertado pueden presentarse eventos:

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

Ventajas.

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

Desventajas.

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

IV.2.8. Métodos de barrera.

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

IV.2.8.1. Preservativo o condón.

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

Es el único método que previene tanto el embarazo como las ITS/VIH/SIDA. Por lo 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 esperma llegue al óvulo, ambos se usan con espermicidas, por lo que su acción no sería simplemente mecánica.

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.
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.

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
Sexo	Fenotipo que diferencia el varón de la hembra.	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años Más de 16 años	Numérica
Religión	Conjunto de creencias religiosas que guarda la persona entrevistada.	Cristiana Católica Adventista Testigo de Jehová	Nominal
Persona con la que vive	Persona encargada de salvaguardar la integridad de la adolescente.	Padres Abuelo Hermanos Tíos Otros	Nominal
Embarazo adolescentes	Gestación que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional.	Adolescente temprana. Adolescente Intermedia. Adolescente tardía. Antecedentes Gineco-Obstétrico	Nominal
Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de una adolescente embarazada que aumente su probabilidad de perder su embarazo.	Característica de la familia Falta de educación sexual Déficit en los servicios específicos de atención en consejería	Nominal

Educación Sexual	Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana.	Padres Amigos Médicos Radio/Tv Escuela Iglesia	Nominal
Edad de la primera relación sexual	Período de tiempo que se establece el coito por primera vez	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años Más de 16 años	Numérica
Fuente informativas sobre embarazo	Forma en que la entrevistada obtuvo los conocimientos sobre los métodos.	Padres Amigos Médicos Radio/TV Escuela Libros Iglesia	Nominal
Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes	Número de veces que con frecuencia son utilizados por los estudiantes.	Condón Pastillas Inyección Anticonceptivo de emergencia	Nominal

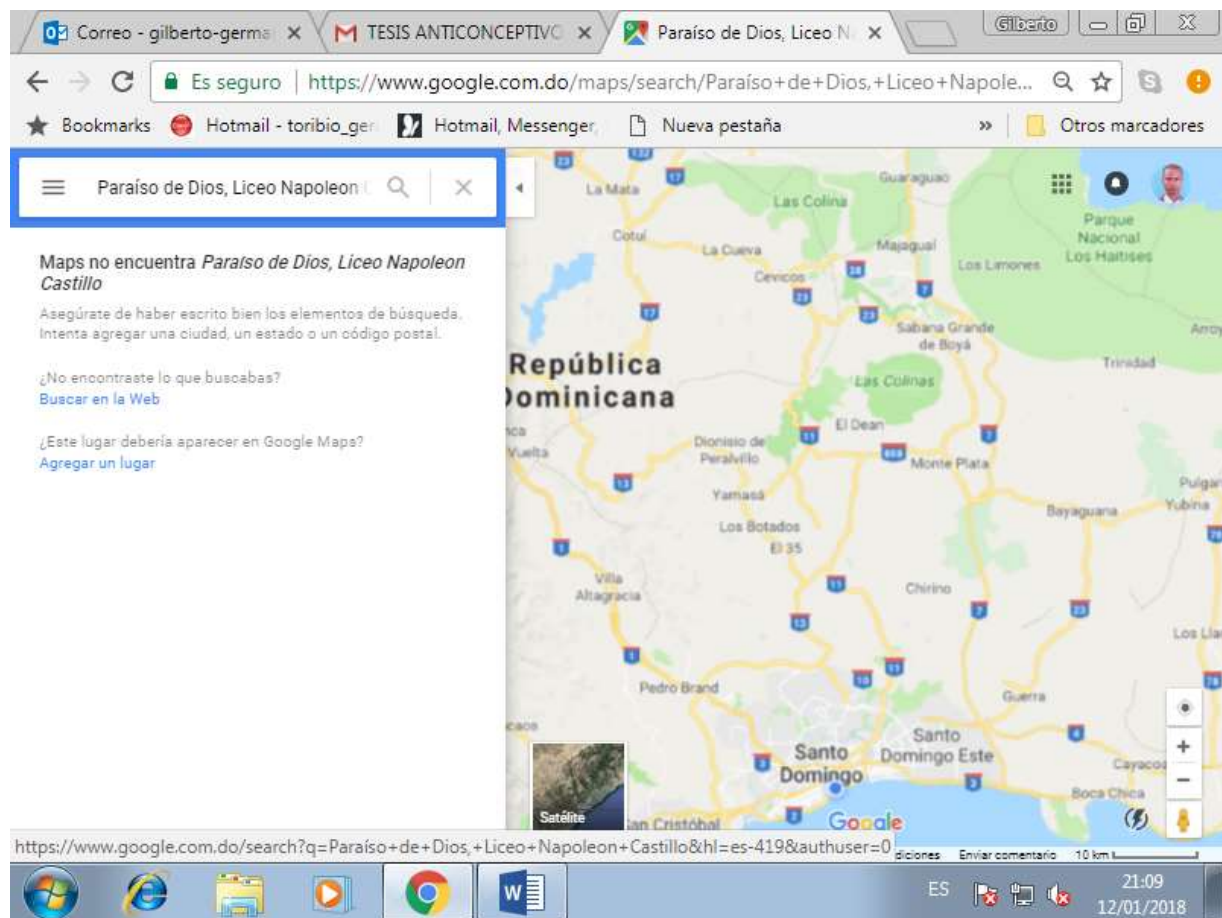
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el número de embarazo en adolescentes en el liceo Mauricio Báez y Politécnico Betania, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el liceo Mauricio Báez y Politécnico Betania, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018



VI.3. Universo

El universo está representado por todos los estudiantes inscritos en el liceo Mauricio Báez y Politécnico Betania, los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018

VI.4. Muestra

La muestra está representada 240 estudiantes que cursan el Nivel Secundario en el liceo Mauricio Báez y Politécnico Betania, los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018

VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

VI.5.1. Criterios de inclusión

1. Todos los estudiantes que cursen el Nivel Secundario que estén dispuestos a responder la entrevista.
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 económico. 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 Mauricio

Báez y Politécnico Betania, los Guaricanos, Santo Domingo Norte, enero – febrero 2018 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 analizara 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

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

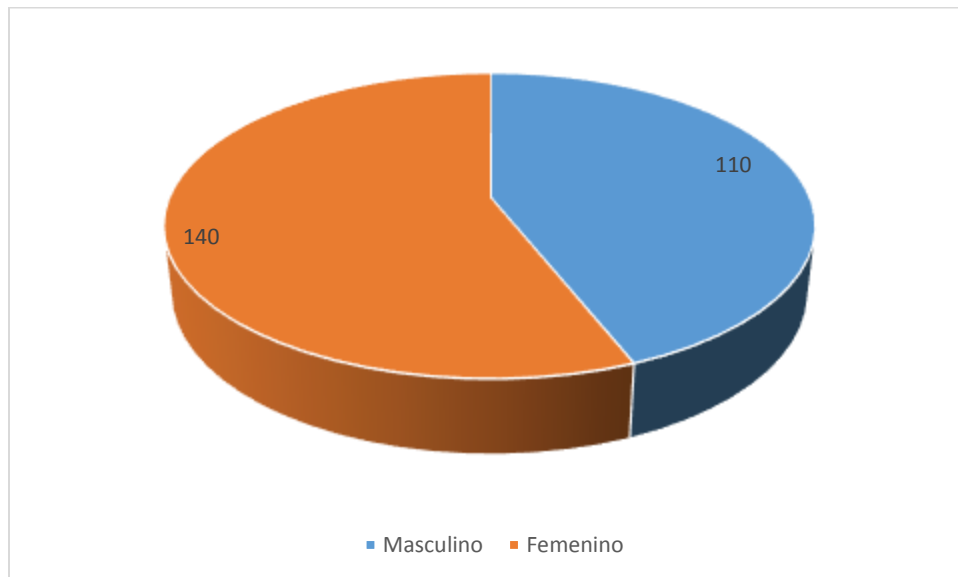
Tabla No. 1

Distribución de los estudiantes según género de los estudiantes

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	105	44
Femenino	135	56
Total	240	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 1



En este grafico se observa que el 56% de los estudiantes son de género femenino mientras que un 44% pertenece al masculino.

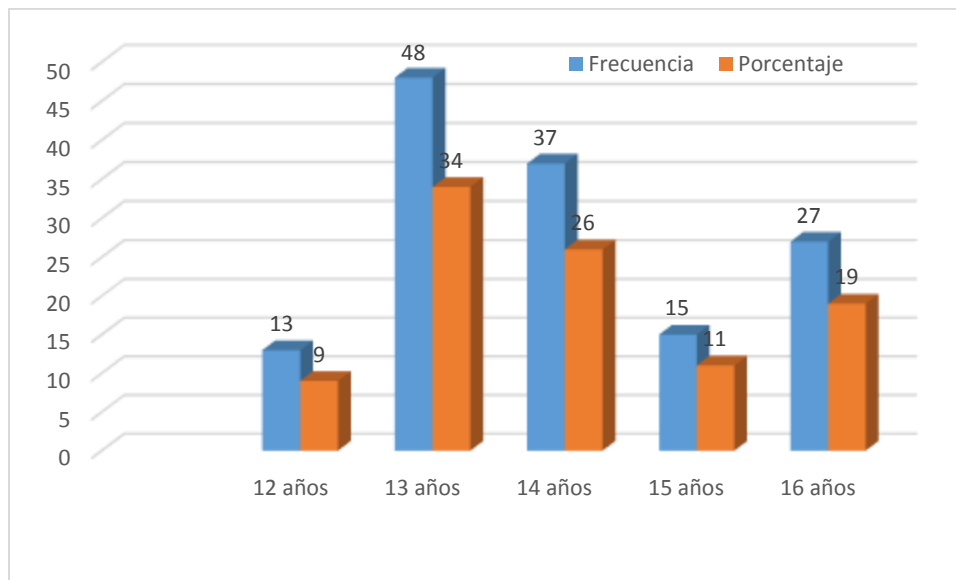
Tabla No. 2

Distribución de los estudiantes según edad de los estudiantes

Edades (en años)	Frecuencia	Porcentaje
12 años	13	9
13 años	48	35
14 años	37	26
15 años	15	11
16 años	27	19
Más de 16 años	0	0
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 2



En este grafico se observa que un 9% de los estudiantes tiene 12 años, el 35% tiene 13 años, un 26% tiene 14 años, un 11% tiene 15 años y un 19% 16 años.

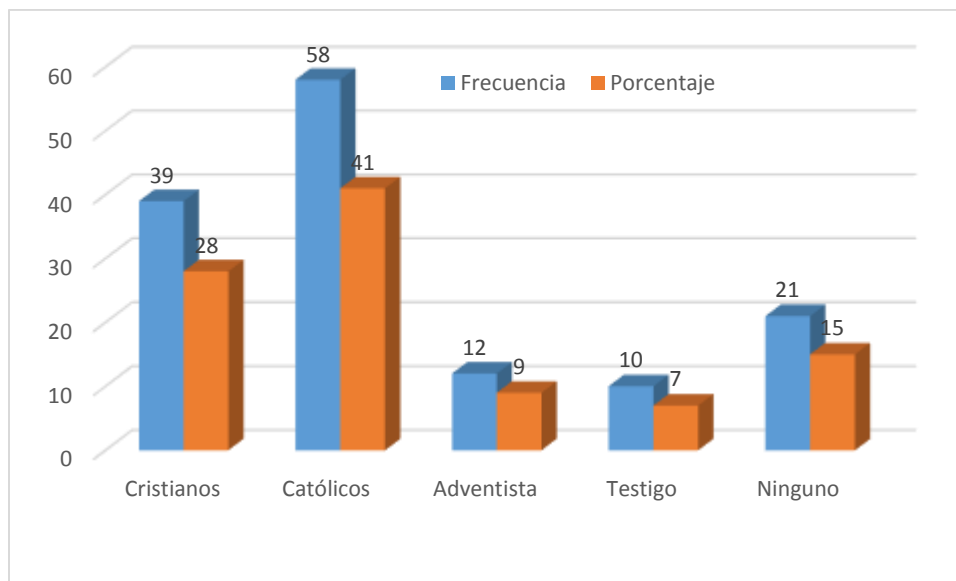
Tabla No. 3

Distribución de los estudiantes según religión en los estudiantes

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Cristianos	39	28
Católicos	58	41
Adventista	12	9
Testigo	10	7
Ninguno	21	15
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 3



En este gráfico se observa que un 41% de los estudiantes pertenecen a la religión católica, un 28% son cristianos, el 15% no visitan ninguna religión, un 9% es adventista y un 7% testigo de Jehová.

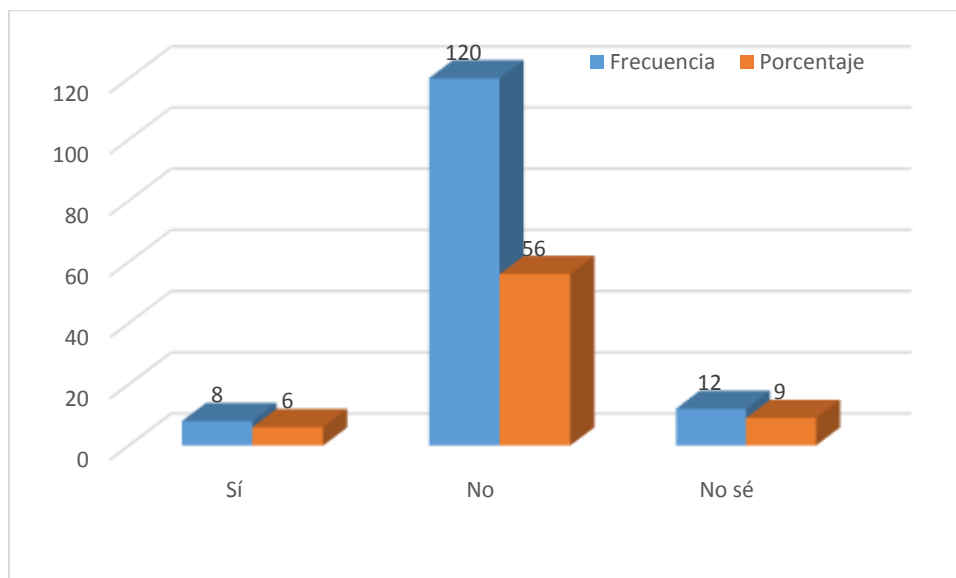
Tabla No. 4

Distribución según le han diagnosticado embarazo en los adolescentes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	6
No	120	56
No sé	12	9
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 4



En este gráfico se observa que un 56% de los estudiantes no fueron diagnosticadas embarazadas, el 6% fueron diagnosticadas con embarazo y un 9% no sabe si esta embarazada.

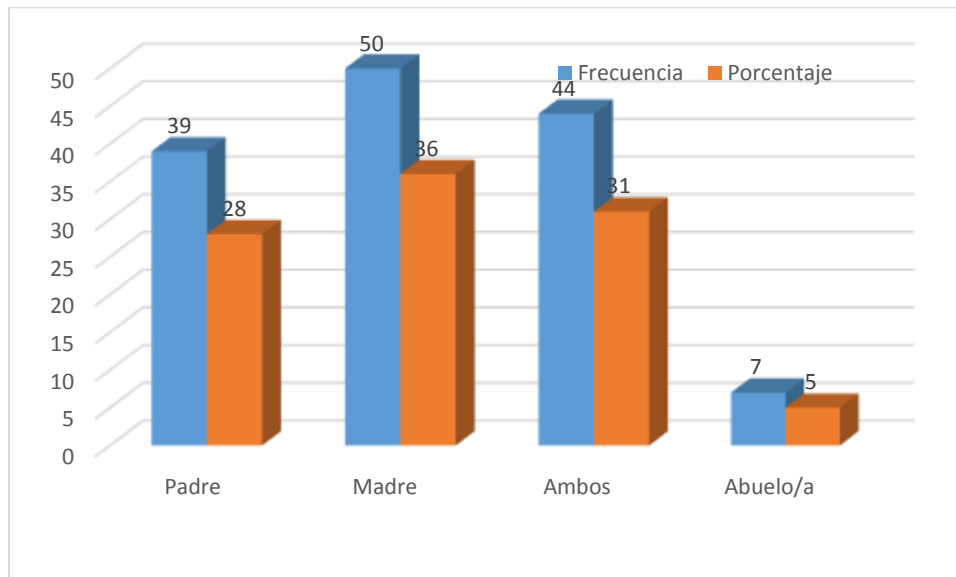
Tabla No. 5

Distribución según persona con la que conviven los estudiantes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Padre	39	28
Madre	50	36
Ambos	44	31
Abuelo/a	7	5
Tío/a	0	0
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 5



En este gráfico se observa que un 36% de los estudiantes convive con su madre, el 28% convive con sus padres, un 31% con ambos y el 5% con sus abuelos.

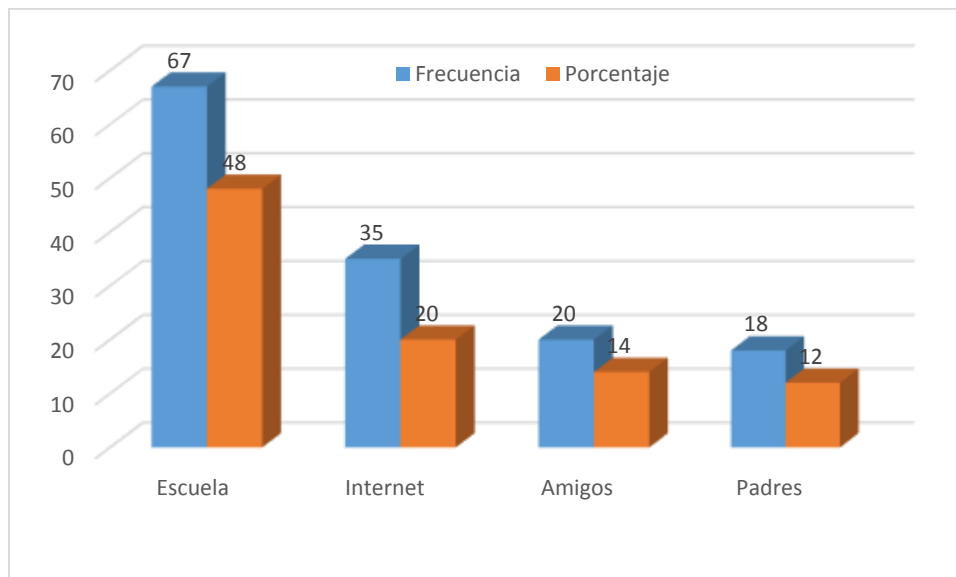
Tabla No. 6

Distribución según información acerca de las relaciones sexuales que han obtenido a través de:

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	67	48
Internet	35	25
Amigos	20	14
Padres	18	13
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 6



En este grafico se observa que un 48% de los estudiantes ha obtenido información de la escuela, el 25% del internet, un 14% de sus amigos y un 13% de sus padres.

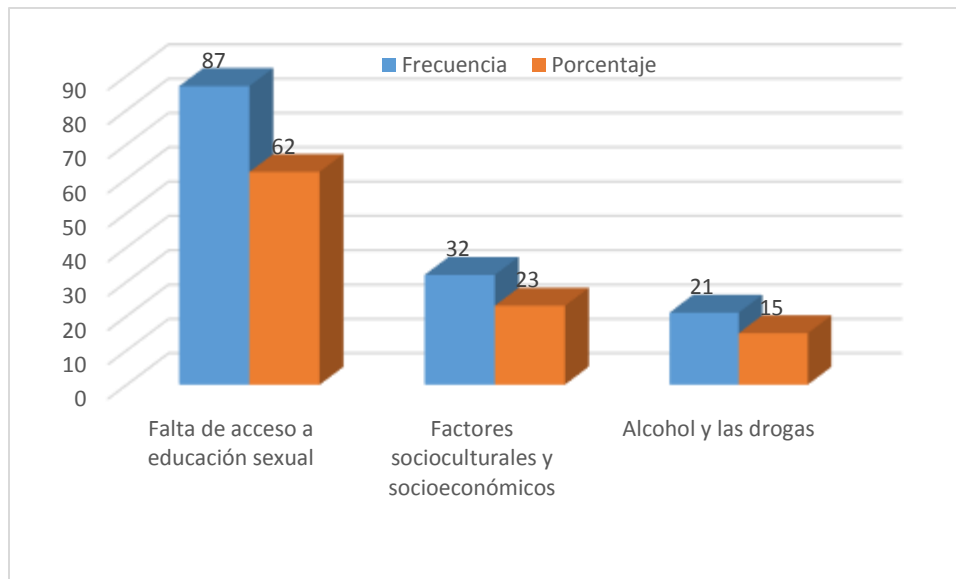
Tabla No. 7

Distribución según causas de un embarazo en adolescencia

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Falta de acceso a educación sexual	87	62
Factores socioculturales y socioeconómicos	32	23
Alcohol y las drogas	21	15
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 7



En este gráfico se observa que un 62% de los estudiantes expresan que es la falta de conocimiento lo que lleva a un embarazo en adolescencia, el 23% afirma que es debido a factores socioculturales y socioeconómicos y el 15% alcohol y las drogas.

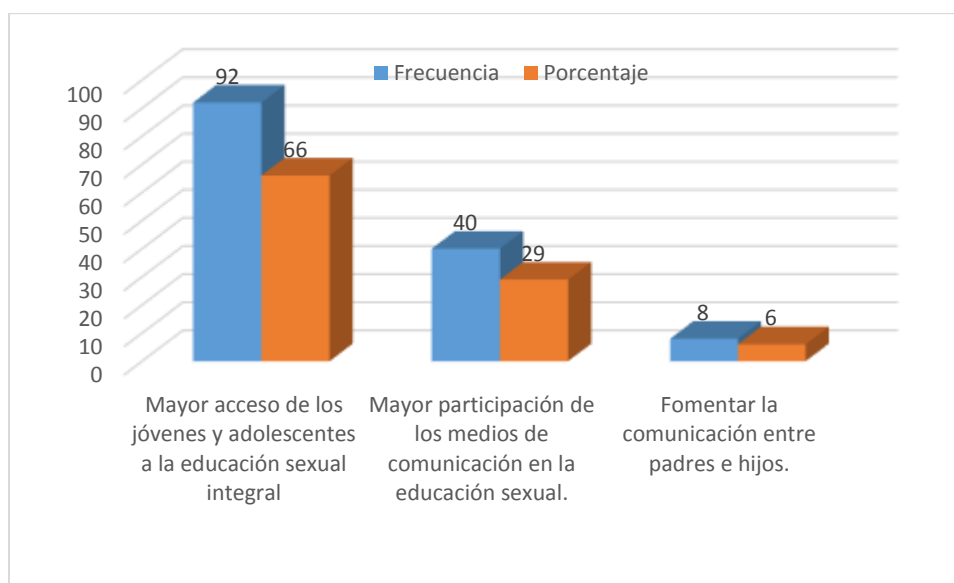
Tabla No. 8

Distribución según opción para disminuir los embarazo en adolescente

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Mayor acceso de los jóvenes y adolescentes a la educación sexual integral	92	66
Mayor participación de los medios de comunicación en la educación sexual.	40	29
Fomentar la comunicación entre padres e hijos.	8	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 8



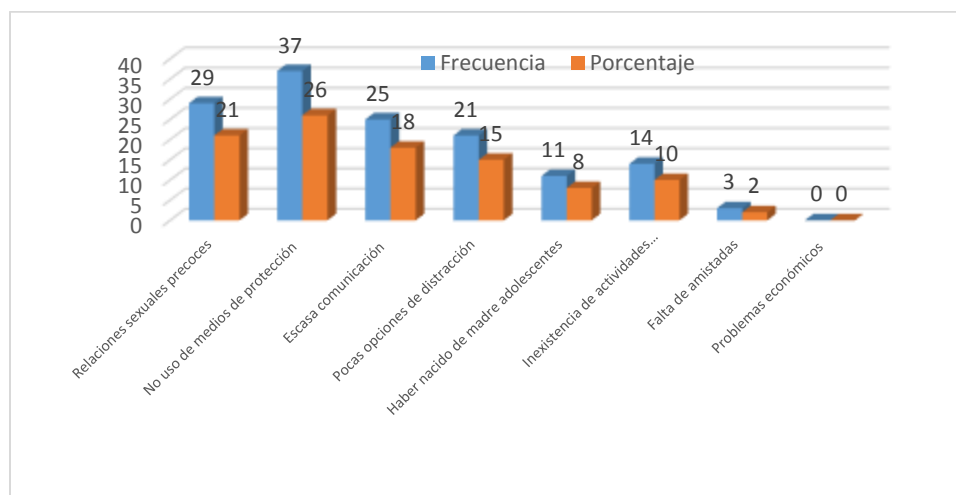
En este grafico se observa que un 66% de los estudiantes entiende que el mayor acceso de los jóvenes y adolescentes a la educación sexual integral, el 29% mayor participación de los medios de comunicación, el 6% fomentar la comunicación entre padres e hijos para disminuir embarazos en adolescentes.

Tabla No. 9
Distribución según consideraciones que son
las causas del embarazo en adolescentes

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones sexuales precoces	29	21
No uso de medios de protección	37	26
Escasa comunicación	25	18
Pocas opciones de distracción	21	15
Haber nacido de madre adolescentes	11	8
Inexistencia de actividades educativas	14	10
Falta de amistadas	3	2
Problemas económicos	0	0
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 9



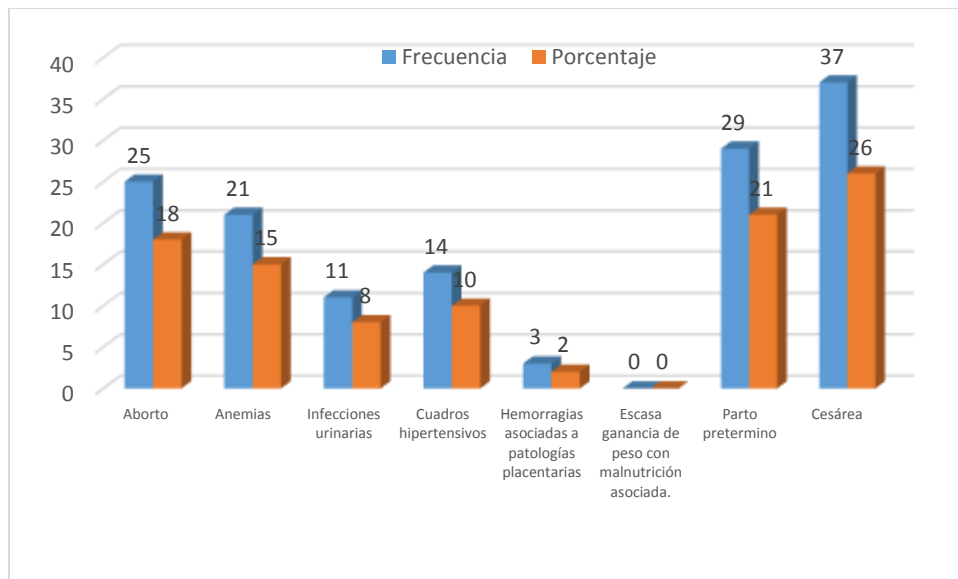
En este gráfico se observa que un 21% de los estudiantes entiende que las causas del embarazo es las relaciones sexuales precoces, un 26% no uso de medios de protección, el 18% escasa comunicación, el 15% pocas opciones de distracción, el 10% inasistencia de actividades educativas y el 2% falta de actividades.

Tabla No. 10
Distribución según conocimiento acerca de las complicaciones

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	25	18
Anemias	21	15
Infecciones urinarias	11	8
Cuadros hipertensivos	14	10
Hemorragias asociadas a patologías placentarias	3	2
Escasa ganancia de peso con malnutrición asociada.	0	0
Parto pretermino	29	21
Cesárea	37	26
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 9



En este grafico se observa que un 18% expresan que el aborto es una de las complicaciones, un 15% anemias, el 8% infecciones urinarias, el 10% cuadros hipertensivos, un 2% hemorragias, el 21% parto pretermino y un 26% cesárea.

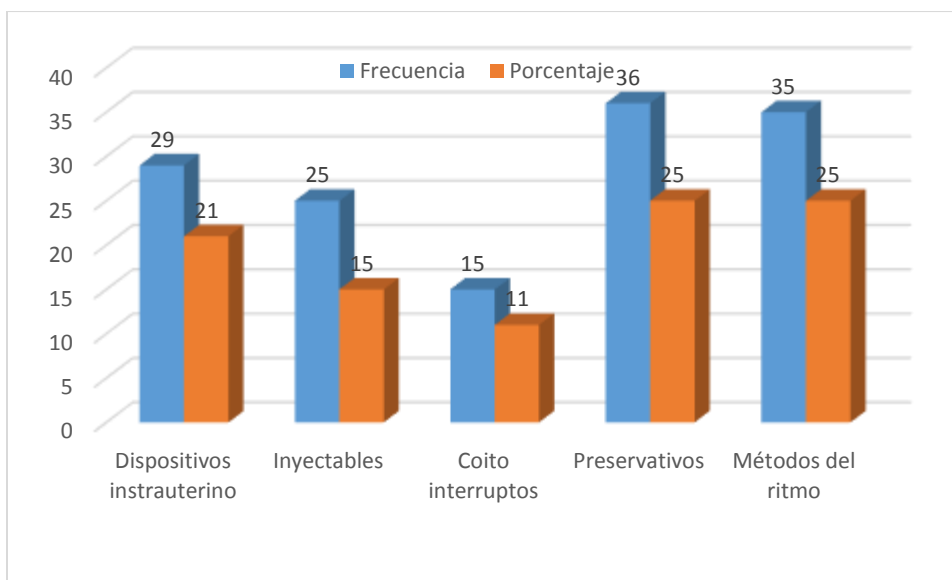
Tabla No. 10

Distribución según conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Dispositivos intrauterino	29	21
Inyectables	25	15
Coito interrumpidos	15	11
Preservativos	36	25
Métodos del ritmo	35	25
Total	140	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 10



En este gráfico se observa que un 21 de los estudiantes han elegido el método anticonceptivo dispositivos intrauterino y un 18% inyectables, el 11% coito interrumpidos, el 25% preservativos y el 25% método del ritmo.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Análisis y discusión de los resultados

Variable perfil sociodemográfico de los adolescentes escolares (edad, sexo, religión y procedencia).

Respecto a los aspectos sociodemográficos de la población estudiada, se encontró que un 56% de los estudiantes son de género femenino, con edades en un 9% de 12 años, el 35% tiene 13 años, un 26% tiene 14 años, un 11% tiene 15 años y un 19% 16 años. Su religión predominante en un 41% de los estudiantes pertenecen a la religión católica, un 28% son cristianos, el 15% no visitan ninguna religión, un 9% es adventista y un 7% testigo de Jehová.

Al cruzar esta información con la tesis sustentada por Maldonado Gómez (2016), en Chile, se encontraron similitudes al destacar un 49% correspondió al género femenino, la edad predominante oscila entre los 13 a 15 años, y con religión católica 24%.

Entre los países de la región de las Américas, la República Dominicana está entre los 5 con más altos índices de embarazos en adolescentes, presentando una de las más altas tasas de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad, registrada en 92 por 1.000 mujeres.

Variable grupo etario donde mayormente se presenta el embarazo en adolescentes.

El estudio reveló que el 6% de las estudiantes con edades entre 13 a 16 fueron diagnosticadas con embarazo y un 9% no sabe si está embarazada.

Estos resultados discrepan de lo publicado por Trujillo (2016) en Colombia, donde destaca que las embarazadas de 11 a 14 años representan poco menos del 3 % de la población de madres

Esta situación representa un problema grave en nuestro país. Más aún cuando las tasas de embarazo adolescente están íntimamente ligadas con la condición socioeconómica de las menores adolescentes y su familia.

Variable factores de riesgo que predisponen a problemas obstétricos en embarazo de adolescentes.

Según un estudio publicado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (2007), resultan como problemas de salud existentes, edad, factores de estilos de vida, como principales factores de riesgos que predisponen.

En esta investigación se encontró que un 62% de los estudiantes expresan que es la falta de conocimiento lo que lleva a un embarazo en adolescencia, el 23% afirma que es debido a factores socioculturales y socioeconómicos y el 15% alcohol y las drogas.

Variable posible causas psico-social del núcleo familiar que predisponen a un embarazo en adolescente.

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) (2010). La adolescencia siempre ha sido una etapa compleja de entender para el mundo adulto, sobre todo a la hora de hablar de sexo. En República Dominicana, el embarazo adolescente se mide usualmente entre los 12 a 18 años, tramo en que las cifras están descendiendo. Sus principales causas psico-sociales son la ausencia de sus padres del núcleo familiar. Esto ligado a los problemas de educación sexual

Esto guarda relación con el estudio, en donde un 36% de los estudiantes convive con su madre, el 28% convive con sus padres, un 31% con ambos y el 5% con sus abuelos.

El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer (CELSAM) da a conocer un trabajo de investigación en el 2008 que 2/3 de las jóvenes encuestadas entre 13 y 19 años, dicen que en su colegio no tienen un programa estable de educación sexual; piden una educación “más realista” y señalan que su principal temor es al embarazo. Esto, sin importar su condición socioeconómica.

En nuestro estudio la falta de educación sexual es del 30 %. Actualmente se tiene mucha preocupación cuando un 41% de los estudiantes pertenecen a la religión católica, un 28% son cristianos, el 15% no visitan ninguna religión, un 9% es adventista y un 7% testigo de Jehová.

Esta situación resulta relevante ya que un 36% de los estudiantes convive con su madre, el 28% convive con sus padres, un 31% con ambos y el 5% con sus abuelos. A pesar de que un 48% de los estudiantes ha obtenido información de la escuela, el 20% del internet, un 14% de sus amigos y un 12% de sus padres.

Variable complicaciones que se presentan frecuentemente en el embarazo de adolescentes

Esta variable requirió analizar los resultados obtenidos en las encuestas realizadas se pudo observar que un alto porcentaje de adolescentes no planearon su embarazo, la mayoría de ellas estudiaba y se vieron obligadas a interrumpir sus estudios a consecuencia de eso; algunas de ellas tuvieron el apoyo de sus padres otras no.

Un bajo porcentaje dijo no haber sentido ningún tipo de discriminación social. La mayoría de las adolescentes coinciden que si hay suficiente información sobre la sexualidad, un alto índice utilizaba métodos anticonceptivos como el condón el método más utilizado fue este último mencionado.

Un 62% de los estudiantes según causas de un embarazo en adolescencia, el 23% afirma que es debido a factores socioculturales y socioeconómicos y el 15%

alcohol y las drogas. Un 66% de los estudiantes entiende que el mayor acceso de los jóvenes y adolescentes a la educación sexual integral, el 29% mayor participación de los medios de comunicación, el 6% fomentar la comunicación entre padres e hijos.

En las relaciones sexuales precoces, un 26% no uso de medios de protección, el 18% escasa comunicación, el 15% pocas opciones de distracción, el 10% inasistencia de actividades educativas y el 2% falta de actividades.

Las causas que más influyeron en estas adolescentes al haber quedado embarazadas fueron, falta de madurez, problemas familiares, el querer salirse de su casa, irresponsabilidad y el amor hacia la pareja; las antes mencionadas fueron las causas de mayor peso para que estas adolescentes quedaran embarazadas. Como consecuencias principales se encontraron que las adolescentes dejaron sus estudios y tuvieron problemas económicos y tanto sus familias como la pareja a la mayoría le dieron la espalda. Se vieron muy limitadas en cuestión de oportunidades para sobresalir en la vida.

Un 18% entiende que el conocimiento que tiene es de las complicaciones, un 15% anemias, el 8% infecciones urinarias, el 10% cuadros hipertensivos, un 2% hemorragias, el 21% parto pretermino y un 26% cesárea. Además el 48% de los estudiantes ha obtenido información de la escuela, el 20% del internet, un 14% de sus amigos y un 12% de sus padres.

CONCLUSIONES

Luego de realizar el proceso investigativo sobre el número de embarazo en adolescentes, se encontró que:

En cuanto a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, el estudio reveló que la edad más frecuente es la de 13 años, con religión católica. La mayoría convive con su madre.

Respecto al grupo etario donde mayormente se presenta el embarazo es adolescentes de 13 años, con un 6% que fueron diagnosticadas con embarazo y un 9% que no sabe si lo está. Por lo que existe una prevaencia elevada, resulta de gran interés social el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad esto es desde quinto de primaria con el fin de que los alumnos tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.

Se encontró que las principales causas del embarazo de los estudiantes es las relaciones sexuales precoces, no uso de medios de protección, escasa comunicación, pocas opciones de distracción.

Para prevenir el embarazo, los jóvenes entienden que se requiere mayor acceso a la educación sexual integral, mayor participación de los medios de comunicación y fomentar la comunicación entre padres e hijos.

Como consecuencias en ambos casos las adolescentes vieron de cierta manera frenado su desarrollo profesional, así como enfrentaron problemas económicos y la inestabilidad emocional al no saber qué hacer con una nueva responsabilidad.

Debido a que nuestras encuestas se realizaron a un número reducido de mujeres, no hay gran diferencia en porcentajes entre las causas y consecuencias de los embarazos adolescentes (17 - 19 años) actuales comparadas con las de 20 años atrás.

Finalmente, las implicaciones del embarazo se manifiestan de forma diferente según el medio social de la adolescente. Diversos estudios reportan que en la clase media y media-alta las relaciones sexuales ocurren más tempranamente que en generaciones anteriores y es muy probable que exista un número creciente de embarazos, pero en este ámbito social es posible ocultar esta realidad a través de la interrupción del embarazo, dada la importancia que se le asigna a la finalización de los estudios universitarios y la realización de aspiraciones de clase.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación

Desarrollar charlas sobre el embarazo en la adolescencia. Ofertarle información, a través de brochure sobre salud sexual, reproductividad y sexualidad. Brindándoles orientación a los padres para que propiciar la confianza y acercamiento con los hijos para que juntos busquen asesoría e información adecuada sobre el tema.

Fomentar valores personales, como el respeto a su cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad. Ayudar a los padres para hacerle saber a los hijos sobre la prevención de un embarazo como un aspecto que no solo concierne a la mujer.

Al Ministerio de Salud Pública

Enviar facilitadores para que orienten a los adolescentes acerca del embarazo en la etapa de la adolescencia. Desarrollar programas en los centros de salud para captar aquellas jóvenes que han sido diagnosticados con embarazo para trabajar la parte de los cuidados obstétricos.

Llevar un operativo a los hogares por medio de médicos con especialidad en medicina familiar para que orientes a los padres y sus hijos sobre la importancia de educar en sexualidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez, R. (1991). Salud Pública. Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy. Pediatrics 1989;83:132-3.
3. Ana Patricia Estrada, Leticia Madrigal Lopez. Adolescentes indígenas embarazadas
4. Asociado a la falta de información y recursos economicos 2001 Chiapas, México.
5. Balderas, L. (1983). Administración de los Servicios de Enfermería. (2da Ed.). México. Interamericana.
6. 3.-Cáceres, J. & Escudero, V. (1994). Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid: Pirámide.
7. Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada.
8. Erikson, E. (1968). Identidad, Juventud y Crisis. México.
9. Espinosa A, Mejía G. Adolescencia. En Compendio de Medicina General. Ed. Martín Abreu, L. Méndez Editores S.A. de C.V. México 2000;pp26-31.
10. Escobar & Muñoz (1995). Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes.
11. Fuentes, M. E. & Lobos, L. (1994). Adolescente Embarazada. UNAM.
12. Gómez, Mildred (1996). El índice de madres adolescentes solteras es muy elevado. La Verdad. Pág. 8.
13. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1991) Dirección maternoinfantil. Normas del Programa de Atención Integral del Adolescente.
14. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G. (1991). Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. Serie Científica Médica, 2,6-29.
15. Molina, r. Luengo, X. & Toledo, V. (1994). Adolescencia: Tiempo de Decisiones. Canadá: Hermanas Santa Ana.

16. Peña, I. Quiroz, M. Muñoz, W. Molina, M. Guerrero, M. & Masardo, A. (1991). Embarazo Precoz. *Revista de Trabajo Social*, 59, 21-28.
17. Pérez, L. M. (1992). El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. *Revista de Trabajo Social*, 60, 25-36.
18. Reeder, S. *Enfermería Materno-Infantil*. Décimo quinta Edición. México. Editorial Mexicana.

Sustentante

Dra. Walkidia Nova Montero

Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica

Dra. Altagracia C. Graciano M.
Asesora Clínica

Dr. Ervin David Jiménez Pérez
Asesor Clínico

Jurado

Autoridades

Dr. Ervin David Jiménez Pérez
Coordinador de la Residencia

Dra. Iris Margarita Paula
Jefa del Departamento de MFC

Dra. Concepción Aurora Sierra
Gerente de Enseñanza e Investigación

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

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias
de la Salud UNPHU

Fecha de presentación:_____

Calificación:_____

