



**Universidad Autónoma del Estado de
México**

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

**Nivel de conocimientos acerca de los
métodos anticonceptivos que tienen
los alumnos de una secundaria
Mexiquense**

Para obtener el grado de Licenciado en
Enfermería

**Dalia Itzel Jiménez Monroy
Erika Vilchis Dávila**

Directora de tesis:

Dra. En S. C María Dolores Martínez Garduño

Revisora de tesis:

Dra. En. C. Ed. Micaela Olivos Rubio

Toluca, México. Noviembre 2016.



Contenido

Introducción.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	15
Objetivos	17
Marco Referencial	18
Capítulo I: Métodos Anticonceptivos.....	18
Conceptos	18
Clasificación de los Métodos Anticonceptivos	19
Métodos anticonceptivos naturales	20
Métodos Anticonceptivos de Barrera.....	27
Métodos quirúrgicos.....	44
Capitulo II: La adolescencia	52
Definición	52
Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia.....	54
División de la adolescencia.....	55
Embarazo en la adolescencia.....	57
Sexualidad	59
Desarrollo psicosexual del adolescente.....	59
Ejercicio de la sexualidad	60
Primera experiencia sexual.....	61
Marco contextual.....	64
Metodología	67
Análisis de resultados	69

Discusión	75
Conclusiones.....	77
Sugerencias	79
Fuentes de información.....	80
Anexo 1: Carta de validación de cuestionario	82
Anexo 2: Cuestionario.....	83
Anexo 3: Consentimiento informado	89
Anexo 4: Asentimiento informado	90
Anexo 5: Oficio dirigido a la Institución Educativa.....	91

INTRODUCCIÓN

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, eficacia y mecanismo de acción.

En la actualidad ha incrementado el índice de embarazo en las adolescentes debido al inicio de las relaciones sexuales a más temprana edad; se ha observado que actualmente el número de embarazos en los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán ha ido en aumento por lo que se plantea el siguiente interrogante ¿Cuál es nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán? El objetivo de la investigación es: Analizar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán

A partir de estos resultados se pretende establecer estrategias para hacer consciencia en la sexualidad de los adolescentes para prevenir embarazos no deseados y los riesgos del mismo con lo que se mejorara la salud sexual de las estudiantes de la secundaria y lograr así una mejor calidad de vida, de igual manera incrementar la aceptación de los métodos anticonceptivos para lograr que se mejore su vida sexual evitando complicaciones, de esta manera contribuyendo a su mejor desarrollo.

El marco referencial está integrado por tres capítulos: en el primero se aborda tema de métodos anticonceptivos, en el segundo capítulo se desarrolla el tema de adolescencia y el tercer capítulo hace referencia al marco contextual. La metodología presenta un estudio con enfoque metodológico cuantitativo de tipo descriptivo – transversal. El muestreo es de tipo no probabilístico intencional. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 27 ítems cerrados. El aspecto bioético

de la investigación está fundamentado en la Ley General de Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, que habla de la investigación sin riesgo en seres humanos y dignidad humana por lo que se contara con el consentimiento informado con antelación, preservando la integridad de la persona.

Los resultados obtenidos mostraron que la mayoría de los alumnos encuestados cuenta con un conocimiento medio acerca del tema de métodos anticonceptivos, mientras que la minoría cuenta con un nivel de conocimiento alto y/o bajo. En relación al conocimiento de uso de métodos anticonceptivos se encontró que la mayoría desconoce la forma de uso de los métodos anticonceptivos.

Los resultados obtenidos en este estudio revelan que la mayoría tiene conocimiento de algunos conceptos, un gran porcentaje desconoce de los tipos y forma de uso de métodos anticonceptivos.

Con estos resultados se evidencia la necesidad de iniciar la educación sexual desde niveles de primaria y continuarse hasta la universidad. Es preciso mejorar la calidad de la información sobre el uso y tipo de métodos anticonceptivos, esperando que resulte positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha observado una disminución progresiva en el inicio de la actividad sexual, al mismo un incremento importante de adolescentes embarazadas, lo que representa un riesgo para la salud física, mental y social, además de que no se tiene la capacidad económica para afrontar esta situación. Así mismo, la inmadurez biológica es igualmente un riesgo para el producto de la concepción. En términos generales, la tendencia más destacable que surge al observar el comportamiento preventivo que tienen las personas jóvenes es la progresiva incorporación del uso de métodos de prevención en su última relación sexual, siendo el condón o preservativo y la píldora anticonceptiva los principales dispositivos utilizados. (Alarcón; 2009: 5)

Un estudio realizado en Costa Rica detecto que los conocimientos de métodos anticonceptivos son deficientes independientemente de la edad y la escolaridad, lo cual requiere planeación, desarrollo y evaluación de la estrategia de aprendizaje colectivo y cooperativo mediante talleres. (Mora; 2015: 4)

Otro estudio realizado en España muestra las consecuencias de la falta de conocimiento que prevalece en la educación sexual de los adolescentes se aprecia también que entre un 15% y un 33% tuvieron relaciones sexuales y no usaron algún anticonceptivo la primera vez, porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual; el coito interrumpido continúa siendo el segundo método anticonceptivo más utilizado. Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados. (Colomer; 2013: 262)

El inicio de vida sexual es un episodio crucial en la vida de los individuos porque tiene implicaciones para su futuro, como asumir nuevos roles y patrones de

comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva, que modificarán su desarrollo durante la edad adulta.

Del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que han iniciado vida sexual, 22.1% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, porcentaje menor al nacional (22.9%). De los que sí usaron algún método, 72.7% utilizó condón masculino, cifra mayor al porcentaje nacional (72.2%). Comparando esta información con la de 2006, se observa que 32.2% de los adolescentes del Estado de México no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, mientras que 59.3% usó condón masculino, esto de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT). (ENSANUT; 2012:38)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2012 la mayoría de los jóvenes entre 12 y 19 años dice conocer o haber escuchado de algún método anticonceptivo con un aproximado de 92.2%, en contraste con la encuesta realizada en 2000 con un 77.2% y 2006 con un 87.8%. (ENSANUT; 2012:36)

Referente al conocimiento del uso de condón masculino los resultados mostraron que 90.2% del total de adolescentes respondió que una sola vez debe usarse. Lo que arroja que aunque la mayoría de la población entrevistada tiene conocimiento de que es desechable, existe una parte de la población en riesgo por la falta de conocimiento. En cuanto a si el condón masculino se utiliza para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, 81% respondió que para ambas situaciones. (ENSANUT; 2012:37)

La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo, y en particular de los órganos sexuales, la carga moral, y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades para hablar del tema o de informarse, haciéndose más propicia la generación del no uso. (Zegarra; 2011: 5)

El uso de anticonceptivos en México se ha convertido en un problema porque no son utilizados de la manera adecuada o se abusa de muchos de ellos por lo que provoca graves complicaciones a la salud.

Se ha observado que actualmente ha ido en aumento el número de embarazos en las estudiantes de la escuela secundaria Juan Fernández Albarrán, ya que de acuerdo a la información proporcionada por el personal docente se presentan un promedio de ocho embarazos por año por lo que surge el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán?

JUSTIFICACIÓN

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, eficacia y mecanismo de acción.

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se extiende desde la pubertad, en la que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica: cronológicamente está ubicada entre los 10 y 19 años de edad. Biológicamente la adolescencia es el inicio de la madurez sexual y finaliza socialmente con la independencia del núcleo familiar.

Anticoncepción en la adolescencia se entiende como la prestación de un servicio de prestación integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por una o por un adolescente, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla. Las relaciones sexuales se presentan con o sin consentimiento de los adultos y si no son protegidas pueden traer consecuencias graves para la salud física, mental y social como un embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense.

Los beneficios que se aportaran con la siguiente investigación serán: Formular estrategias para que adquieran el conocimiento necesario para el empleo de uso de anticonceptivos, así mismo identificar el método adecuado a su etapa de desarrollo; y así evitar embarazos a temprana edad.

El personal de enfermería participa en los programas de prevención sanitaria o de salud para mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes. Con esta

investigación se espera ampliar el campo de conocimiento para enfermería. Para evaluar sus deficiencias y que posteriormente se haga énfasis en las mismas. Mejorando la información que se brinda, implementar nuevas técnicas de aprendizaje, ya que los adolescentes son el futuro de nuestra sociedad y por tal motivo todos tenemos la responsabilidad de guiarlos a un buen desarrollo en la sociedad para que logren sus objetivos.

La siguiente investigación aportara información sobre los métodos anticonceptivos y la adolescencia, y podrá ser usado como referencia para trabajos de investigación.

OBJETIVOS

General

Analizar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los alumnos de una secundaria mexiquense.
- Determinar el conocimiento de conceptos acerca de métodos anticonceptivos en los alumnos de la secundaria mexiquense.
- Identificar si conocen el uso de métodos anticonceptivos los alumnos de la secundaria mexiquense.
- Definir si los alumnos conocen los tipos de métodos anticonceptivos de la secundaria mexiquense.

MARCO REFERENCIAL

Capítulo I: Métodos Anticonceptivos

Conceptos

Métodos anticonceptivos: 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. (Aller; 1998: 21)

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El termino paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener. (Miranda; 2002: 135)

Contracepción: Se define como el uso de técnicas que separan la actividad sexual de la concepción, por parte de los individuos o parejas, con el fin de controlar su fertilidad en un momento determinado y como una opción personal. (Torrens; 2012: 329)

Anticoncepción en la Adolescencia: Para proporcionar anticoncepción a los adolescentes deberán conocerse aspectos importantes de salud física, así como el número de parejas, la frecuencia de las relaciones, etc. Con el objetivo de conocer los factores de riesgo al plantear un método adecuado para situación. (Miranda; 2002: 136)

En el momento de elegir un método anticonceptivo, se tendrán en cuenta ciertos factores:

Aceptabilidad: Estará determinada por condicionamientos socioculturales como: nivel de educación, religión, posición socioeconómica, número de hijos deseados, relación con la pareja, etc.

Motivación: A más motivación, menos fallas. Es imprescindible en los métodos naturales, y en general, en todos los métodos.

Reversibilidad: Es la capacidad de un método para, una vez que deje de utilizarse, permite recuperar la función reproductora.

Inocuidad: Es la ausencia de efectos secundarios derivados del uso de los métodos anticonceptivos. No obstante, hay que considerar que a veces los riesgos de cualquier método son menores los riesgos derivados de un embarazo no deseado.

Comodidad: Si resulta incómodo no se usara correctamente.

Facilidad: En cuanto a la práctica y su adecuación a las necesidades de las parejas. (Torrens; 2012: 329)

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

La clasificación varía según algunos autores:

- **Métodos Naturales:** Método del calendario o abstinencia periódica, moco cervical (Billings), temperatura basal, sitotérmico, coitos interruptus.
- **Métodos de Barrera:** Preservativos, Diafragmas, Espermicidas.
- **Métodos Anticonceptivos Hormonales.**
- **Concepción intrauterina (DIU)**
- **Esterilización Quirúrgica:** Vasectomía y ligamento de trompas.

Métodos anticonceptivos naturales

Los métodos naturales, también llamados métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, son aquellos que se basan en la observación de las variaciones que fisiológicamente se producen durante el ciclo menstrual de la mujer. Se programan así las relaciones en los días del ciclo en los que la probabilidad de gestación es muy baja.

Los métodos naturales requieren autocontrol y conocimiento del propio cuerpo y de su fisiología, pero esto no va unido a la abstinencia necesariamente. La contracepción natural tiene unas bases científicas relacionadas con la observación y el pleno conocimiento de la fisiología de la mujer y el ciclo menstrual. Las bases fisiológicas de estos métodos son:

- En los ciclos regulares de 28 días, la ovulación tiene lugar en los días 14 +/- dos en el 98% de los casos después de indicada la menstruación.
- El ovulo ofrece una capacidad de ser fecundado durante un periodo de 48 horas (ventana de fecundación).
- Tener en cuenta que la vida media del ovulo es de 24 horas, mientras que los espermatozoides tienen una vida media de cinco días en la vagina, con una capacidad del fecundar en tres días. El hombre no tiene periodos infértiles, ya que la producción de espermatozoides es continua. (Testa; 2011: 162)

Los métodos son:

- Método del ritmo o del calendario (Ogino-Knaus)
- Método del moco cervical (Billings)
- Método de la temperatura basal
- Método sitotérmico
- Coitos interruptus

1. Método del ritmo o del calendario Ogino-Knaus

Es la técnica más antigua para determinar el periodo fértil del ciclo menstrual. Se basa en la identificación de dicho periodo a partir de los 12 meses anteriores, lo que permite calcular el momento aproximado de la ovulación y a esto añadir el tiempo de posible supervivencia del espermatozoide.

El investigador Ogino fue el primero en establecer en 1932 que la ovulación acaecía normalmente entre 12 y 16 días antes de la menstruación siguiente. Así, considerando un ciclo medio menos de 28 días, el periodo fértil está situado entre los días 10 y 17, ambos inclusive. Es decir, comprende ocho días en cada ciclo.

Más tarde, el doctor Knaus, en 1956 corrigió el método Ogino al circunscribir el periodo fértil a cinco días del ciclo, desde el 11 al 15, ambos incluidos. Se calcula el periodo fértil según lo siguiente:

- Definir el ciclo más cortó y el más largo de los últimos 12 meses.
- El ciclo más cortó menos 19 días: primer día fértil.
- El ciclo más largo menos 11 días: último día fértil.

Este método resulta seguro para las mujeres cuyo ciclo menstrual no tiene variaciones de más de tres a cuatro días. (Torrens; 2012: 330)

Ventajas

- Inocuo y sin efectos secundarios.
- Tiene un buen margen de seguridad en ciclos muy regulares.
- Duración ilimitada: se puede usar en cualquier periodo de la vida.
- Autónomo.
- No requiere supervisión médica.
- Aumenta el conocimiento propio del organismo.
- La responsabilidad es compartida para ambos miembros de la pareja.
- Es tolerado por la moral religiosa.

Inconvenientes

- Alto porcentaje de embarazos.
- Ovulaciones no previstas provocadas por el estrés físico, emocional, disgustos, sobresaltos, orgasmos de gran intensidad, etc.
- Los viajes también pueden alterar el ciclo de la mujer.

Porcentaje de falla: Es del 20%, no es tan confiable ya que no se sabe con exactitud el día de la ovulación.

2. Método del moco cervical Billings

Los cambios en la filancia y cristalización del moco cervical fueron descubiertos por Ridber en 1948 y, aunque este método ya fue utilizado hacia la década de los cincuenta, no fue hasta 1964 cuando el matrimonio Billings, John y Evelyn, en Australia, lo recomendaron como método de planificación familiar.

Está basado en la ovulación y consiste en la observación de la filancia del moco cervical que se produce al ovular. El Billings toma en cuenta los cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la secreción mucosa del cérvix y los relaciona como distintos cambios hormonales que tienen lugar en el ciclo; en los días previos a la ovulación es claro y acuoso, durante la fase estrogenica aumenta en cantidad, se hace resbaloso y elástico; en la fase progestacional se vuelve escaso y seco, hasta el inicio de la siguiente menstruación. Los días ideales para el coito son los secos, es decir, después de la menstruación y hasta detectar el moco; a partir de este momento debe haber abstinencia hasta el cuarto día después.

La dificultad de este método es la imprecisión para detectar el momento exactamente de la ovulación y los cambios en el moco; existe también la posibilidad de confundir el moco con leucorrea o con restos de semen en la vagina.

Características del Moco Cervical

Consistencia: pegajosa, viscosa, resbaladiza, elástica, inelástica, filante.

Color: opaco, lechoso, turbio, transparente, amarillo.

Sensación: sequedad, humedad, lubricación.

Los Billings sistematizaron las características de la secreción cervical uterina en cuatro fases:

- Después de la menstruación hay cuatro o cinco días sin secreción vaginal aparente (días secos), debido a que los índices de progesterona y de estrógenos están bajos. El moco es pegajoso y opaco.
- Paulatinamente, durante unos tres o cuatro días, aparece una secreción lechosa y espesa.
- A continuación, durante dos o tres días, aparece un moco claro, transparente, fluido y lubricante, parecido físicamente a la clara de huevo cruda, que se considera el signo máximo o pico de una inmediata ovulación. Esta apariencia es debida al aumento de estrógenos.
- Después de la ovulación, el moco cervical uterino vuelve a disminuir su cantidad y se hace espeso y opaco.

El ciclo acaba con una nueva fase premenstrual y seca, debido a una caída brusca de estrógenos. Este es el periodo de infertilidad total.

Con esto se llega a las siguientes conclusiones:

- Los cinco primeros días de hemorragia son infértiles.
- Los días secos alternativos preovulatorios son infértiles.
- Desde el primer día de la humedad hasta el cuarto día del punto máximo de humedad son los días de máxima fertilidad.
- En la fase postovulatoria no puede haber embarazo; va desde la etapa anterior hasta el final. (Torrens; 2012: 332)

Ventajas

- Es un método inocuo y reversible.
- Es aceptado socialmente y por la moral religiosa.

- Es fácil de realizar.
- Es económico.
- Indica el periodo infértil absoluto.

Inconvenientes

- Tiene poca efectividad y muchos fallos.
- Depende de la subjetividad de quien lo realiza.
- Exige una cierta abstinencia sexual.
- Hay muchos factores que pueden modificar el moco y por tanto, obstaculizan su valoración.

Porcentaje de falla: es del 20%, no es tan confiable ya que es difícil determinar el flujo y establecer una relación con los días fértiles.

3. Método de la temperatura basal

Se define la temperatura basal como la temperatura del cuerpo en reposo mínimo de dos horas en cama al tomarla (por ello se sugiere hacerlo apenas se despierte). Consiste en tomarse la temperatura diariamente desde el quinto día de la regla, siempre en el mismo sitio (ano, vagina, boca, etc.) y más o menos a la misma hora, durante tres minutos como mínimo. Señala la fase estéril debido a que la progesterona tiene el efecto de incrementar la temperatura basal, indicativo de que el ovulo ha salido del ovario y que queda el cuerpo lúteo, que es encargado de la producción de la progesterona, con lo que se mantiene el aumento de la temperatura.

Las variaciones de la temperatura son del orden de decimas de grado. El incremento por efecto lúteo suele ser entre .2 y .5 °C. La TB aumenta .5 °C 24 h posovulación. El aumento de la temperatura indica que se ha producido la ovulación, pero permite predecir a prioridad cuándo ocurrirá esta. Es un método engorroso, dado que implica medir cada día la temperatura vaginal, anal u oral, siempre en condiciones basales, a la misma hora, y anotar la temperatura en un

gráfico (uno por cada ciclo). Por otra parte existen numerosas circunstancias que pueden modificar la TB, impidiendo el reconocimiento del momento ovulatorio (enfermedades, comidas copiosas, falta de sueño, alcohol, cambio de termómetro, etc).

Ventajas

- Es reversible.
- Es aceptado por la moral religiosa.
- No crea problemas físicos ni efectos secundarios.
- No es eficaz en determinadas parejas.
- Es económico

Inconvenientes

- Precisa buena información.
- A veces es difícil interpretar la curva.
- Constante medición.
- Restringe las relaciones sexuales o impone amor de calendario.

Porcentaje de falla: es alto ya que los cambios de temperatura pueden producirse por diferentes situaciones.

4. Método sitotérmico

Trata de combinar los síntomas de ovulación, que se denominan indicadores (cambios del moco, dolor abdominal, tensión mamaria goteo intermenstrual, con el registro de la temperatura basal y el método del calendario, para calcular los días de abstinencia. Así, el periodo fértil se inicia con la aparición de moco húmedo o la duración del ciclo más corto menos 19 y finaliza el 3º día posterior al aumento de la TB o el 4º día posterior al último día de moco filante o la duración del ciclo más largo menos 10.

La eficacia: el índice de Pearl relativo es del 2.7% año/mujer.

5. Coitos interruptus

Es una práctica muy difundida, no debe considerarse un verdadero método anticonceptivo. Consiste en interrumpir el coito un instante antes de la eyaculación. Registra un alto índice de fallo por preeyaculación, interrupciones tardías, y debe tenerse en cuenta que el líquido preeyaculado puede contener espermatozoides fecundantes y microorganismo patógenos.

La eficacia: es baja falla muchísimo ya que antes de la eyaculación existe una emisión de líquido de las glándulas de Cowper que puede contener espermatozoides, por lo que se podría producir un embarazo.

Ventajas de los métodos naturales

Los métodos naturales se caracterizan por no producir efectos colaterales, ser gratuitos y completamente reversibles (ofrecen protección solo cuando se necesita). Sin embargo, la baja eficacia anticonceptiva que ofrecen hace que solo puedan ser elegidos cuando las parejas no tengan inconvenientes en el caso de que se produzca un embarazo. Por otra parte, desde el punto de vista práctico, las mayores desventajas son que requieren prologado tiempo de aprendizaje, largos periodos de abstinencia y no sirven para mujeres con ciclos irregulares. Además, situaciones como fiebre o infecciones vaginales pueden cambiar el moco o la temperatura basal, haciendo que sean métodos poco fiables.

Indicaciones

Pueden aplicarse a parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no desean usar otro método anticonceptivo con mayor eficacia.

Contraindicaciones

Los métodos naturales están contraindicados en aquellas situaciones en que se necesite asegurarla máxima protección contra el embarazo, en mujeres con ciclos

irregulares o cuando la comprensión o motivación de los usuarios no alcance para manejar la dinámica del método o la situación de embarazo. (Testa; 2011: 163)

Métodos Anticonceptivos de Barrera

Los métodos de barrera actúan como barrera mecánica o química impidiendo la entrada del semen hacia el aparato reproductor femenino. Son métodos de moderada eficacia, pero su gran ventaja es que ofrecen protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Ofrecen protección solo cuando es requerida y casi no tienen efectos colaterales. (Keit; 2009: 314)

Clasificación El clásico método de barrera es el preservativo. Los de uso femenino son el diafragma, el preservativo, los espermicidas (barrera química), las esponjas vaginales.

Preservativo masculino

Es el método más eficaz de barrera y el más utilizado, consiste en una película delgada de látex distensible, que se moldea en forma de vaina, se lubrica y se empaqueta dentro de un envase de aluminio. El preservativo tiene un extremo en forma de tetilla para recoger el eyaculado.

Indicaciones

- Recomendado para personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones post vasectomía.
- Prevención de riesgo de Infección de Transmisión Sexual.
- Conveniente el uso en la etapa de adolescencia independiente de la actividad sexual como método de prevención de embarazo y de ITS.

Forma de uso

Para el uso adecuado del condón o preservativo masculino es de suma importancia tomar en cuenta:

- Usar un condón en cada relación sexual desde el inicio del coito; si se tiene otra relación en un espacio corto de tiempo debe utilizarse otro preservativo.
- Cada condón puede utilizarse solo una vez.
- Todos los condones tienen en el empaque una fecha de manufactura o caducidad.
- El empaque debe estar integro, sin roturas, inflado o acojinado.
- No abrir con los dientes.
- Al sacarse del empaque deberá verificarse el lado de colocación.
- Posterior a la eyaculación deberá retirar el pene de la vagina antes de perder la erección para poder retirarlo y evitar que se quede dentro de la vagina.

Ventajas

Este método no requiere receta médica, se puede adquirir en cualquier unidad de salud, en farmacias o establecimientos comerciales; no tiene efectos colaterales, únicamente si existe alergia al material, es bien tolerado y eficaz usándolo adecuadamente, protege de Infecciones de transmisión sexual.

La eficacia es de 97-98 % con un uso cuidadoso, aunque la frecuencia de fallos con el típico puede alcanzar los 15 embarazos por 100 mujeres-años.

Desventajas

Las desventajas de este método incluyen que se tienen que colocar antes del coito y que reducen la sensibilidad de los varones. (Symonds; 2014: 293)

Efectos Secundarios

En algunos casos, puede ocasionar irritación por alergia al látex, que se manifiestan con síntomas como: ardor, comezón, etc. En este caso, una buena opción es el uso del condón femenino, o de condones masculinos de poliuretano o el uso de otra opción anticonceptiva.

Efectividad

Del 85 al 98% si se usa de manera correcta y en cada relación sexual.(MEXFAM)

Preservativo femenino

Los preservativos femeninos son menos utilizados que los masculinos, pero la frecuencia de fallos y la protección frente a la infección son similares a la obtenida de estos. Se trata de una funda de poliuretano que cubre la vagina, que presenta un anillo flexible en cada extremo: uno de ellos es cerrado, se introduce en la vagina y cubre el cérvix; el otro, de mayor diámetro es abierto y cubre los genitales externos. (Testa; 2011: 164).

Forma de uso

1. Antes de abrirlo, revisar la caducidad (CAD), que la fecha aún sea vigente para su uso y que el empaque esté bien cerrado y en buenas condiciones. Es preferible no usar un condón femenino con más de cinco años de fabricación.
2. Abrirlo con la yema de los dedos, porque las uñas, tijeras u otros objetos pueden dañarlo.
3. El arillo movable que está en el interior del condón, debe mantenerse en el fondo del condón.
4. Si se desea, se puede poner lubricante dentro y fuera del condón para obtener mayor sensibilidad y recuperar un poco de humedad.
5. Con las manos limpias y con los dedos, pulgar e índice, se presiona el arillo interno para que sea fácil introducirlo en el orificio vaginal.
6. Sostenerlo con una mano y usar la otra mano para separar los labios de la vulva y abrir el orificio vaginal, para introducir el condón hasta el fondo, fijando el arillo interno hasta el cuello del útero.
7. Una posición cómoda para colocar este condón es subiendo una pierna a una silla, estando de pie y con las piernas abiertas, o bien semi acostada con las piernas abiertas.

8. Asegurarse de que el arillo externo del condón quede por fuera y sin doblarse, cubriendo los labios mayores de la vulva.
9. Para facilitar la penetración, con la mano guiar el pene hacia el centro del condón, para evitar que el pene quede por fuera o lo empuje hacia dentro.
10. Al concluir la relación sexual y/o después de la eyaculación se toma el arillo externo, se gira ligeramente para no derramar el semen y se jala suavemente para sacarlo y desecharlo en la basura, envuelto en un papel de baño.
11. Se debe usar un condón femenino nuevo para cada relación sexual y nunca usarse junto con el condón masculino.

Ventajas

- No causa alergia y no requiere erección total del pene, ni retiro antes de que termine la erección.
- Permite a la mujer controlar la protección durante la relación sexual.
- Se puede colocar hasta ocho horas antes o momentos antes de la penetración.
- Protege de ITS, de VIH y Sida, además de embarazos no deseados.

Desventajas

- Su costo es relativamente alto.

Efectividad

- Del **79 al 98%**, si se usa de manera correcta y en cada relación sexual.

Efectos secundarios

- Intolerancia al poliuretano, manifestado por ardor o dolor al momento de la relación sexual o posterior a esta. (MEXFAM)

Diafragmas

La utilización generalizada del diafragma es mucho menos que la de los preservativos masculinos.

Consiste en un anillo de goma cubierto por una membrana de látex que se coloca en la vagina, anteponiéndose al cuello del útero. El borde anterior se aplica sobre la pared anterior de la vagina a uno o dos dedos de la sínfisis púbica y el diafragma cubre todo el cuello uterino. Debe colocarse previamente a la penetración (hasta 12 horas antes de la relación) y debe retirarse entre seis y ocho horas después del coito. Es un método que permite a la mujer el manejo de la anticoncepción con una alta eficacia, si su uso es consciente y con mínimos efectos colaterales. (Symonds; 2014: 293)

Para medir el diafragma que necesita la usuaria existen aros re-esterilizables de distintos diámetros que el profesional coloca en la vagina de la mujer; luego le pide que se levante y camine, para luego efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar, es decir que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis púbica. Un diafragma pequeño se deslizará hacia abajo y puede moverse libremente hacia los costados. Un diafragma grande no logrará desplegarse totalmente o no se sujetará por encima de la sínfisis púbica, sino que ese extremo tenderá a salir por la vulva. Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.

Ventajas

No provoca efectos secundarios sistémicos. Es de uso temporario. La mujer puede controlar el método, colocándolo antes del inicio del juego sexual, por lo que no interrumpe el mismo.

Desventajas

Requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación. Es necesaria una alta motivación para su uso eficaz.

Eficacia: Su eficacia es de 20 embarazos por cada 100 mujeres.

Espermicidas

Actúan como barrera química a la entrada de los espermatozoides. Se presenta en forma de óvulos, jaleas, cremas o esponjas vaginales. El nonoxinol-9 es el más usado. Su eficacia anticonceptiva es muy baja, por eso deben asociarse a métodos de barrera mecánica. El uso de espermicidas aumenta la eficacia anticonceptiva de estos últimos y otorga lubricación, aunque no disminuye el riesgo de ITS.

Métodos anticonceptivos hormonales

Los métodos hormonales de anticoncepción están elaborados a base de hormonas esteroides, que representan los métodos más confiables y seguros para el control de la fertilidad.

Los métodos anticonceptivos hormonales están clasificados por:

- **Vía de administración:** Oral, transdérmica, vaginal, inyectable.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales que actualmente se emplean consisten en una combinación de un estrógeno y un gestágeno. El estrógeno es el etinilestradiol, en dosis que oscilan entre 15 y 35 mg. Este estrógeno se asocia a diferentes gestágenos, en la mayoría de los casos en dosis fijas (monofásicos), realmente en dosis variables de acuerdo con las fases del ciclo (trifásico o bifásico). (Testa; 2011: 165)

Modo de uso

La dosis de estrógeno en la píldora anticonceptiva (monofásica) combinada oral varía de 15 a 50 mg; esta se ingiere durante 21 días seguidos por un descanso de siete días, lapso en el que ocurre el sangrado por privación. (Keit; 2009: 302)

Indicaciones

- Mujeres que requieren protección anticonceptiva temporal, de alta seguridad, reversible.

Mecanismo de Acción

Actúan principalmente inhibiendo la ovulación. Esto se produce por efecto del gestageno sobre el hipotálamo, dado que interfiere la pulsatilidad de la liberación de GnRH. De esta manera, la secreción de gonadotropinas a nivel hipofisario se ve afectada; no se estimula la foliculogénesis y quedan abolidos el pico de LH y la ovulación. El agregado de estrógeno el anticonceptivo tiene dos objetivos: actuar sinérgicamente con el gestageno en la inhibición de la ovulación (de esta manera se necesitan dosis menores de gestageno para lograr el mismo efecto) y estabilizar el endometrio, para evitar que se produzca sangrado irregular, característico del gestageno solo. El componente progestacional produce además espesamiento del moco cervical y genera un moco hostil al ingreso de los espermatozoides. (Testa; 2011: 166)

Beneficios de los Anticonceptivos orales

El principal beneficio para la salud de la mujer es eficaz para la prevención del embarazo no deseado. Además presentan una serie de beneficios adicionales como:

- Reducción del riesgo de anemia ferropénica: por lo que reducen la cantidad y la duración del sangrado menstrual entre un 50 y 60 % durante su uso.
- Regulación del ritmo menstrual, disminución de la incidencia de dismenorrea y síntomas premenstruales.
- Protección contra cáncer de ovario: con solo seis meses a un año de uso.
- Protección contra cáncer de endometrio: con dos a cinco años de uso.
- Prevención de la enfermedad pélvica inflamatoria: modifican las características del moco cervical, impidiendo el ascenso de los microorganismos de vagina de útero.

Contraindicaciones absolutas

- Embarazo
- Lactancia
- Puérpera no lactante, en las tres primeras semanas del puerperio
- Enfermedad cardiovascular arterial (enfermedad cardíaca isquémica, ataque cerebrovascular)
- Hipertensión arterial
- Hemorragias Uterinas no diagnosticadas
- Disfunción Hepática
- Cáncer

Complicaciones clínicas

- Enfermedad cardíaca isquémica
- Ataque cerebrovascular
- Trombo embolismo
- Enfermedad hepática- tumor hepático
- Hipertensión
- Alteración del metabolismo de los carbohidratos
- Cálculos vesiculares

Efectos secundarios

- Náuseas
- Vómitos
- Goteo intermenstrual
- Amenorrea
- Cefaleas
- Aumento de peso
- Mastalgia (Testa; 2011: 166)

Efectividad

Se estima que su efectividad es de alrededor del 99% si se usa de manera correcta. (MEXFAM)

Anticoncepción de emergencia

El término abarca una serie de métodos utilizados por las mujeres dentro de unas horas o escasos días después de haber tenido contacto sexual sin protección anticonceptiva con el fin de prevenir el embarazo. La mayoría de estos métodos han sido conocidos por la comunidad médica durante muchos años. (Monroy; 2002: 147)

La intercepción post coital tiene por objeto prevenir la implantación del blastocito en el útero en el caso de que se haya producido fecundación tras un coito no protegido. Se necesita un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo no deseado y se ha de procurar reducir el número de interrupción voluntarias del embarazo (IVE).

Las píldoras anticonceptivas de emergencia interrumpen el ciclo reproductivo de la mujer. Dependiendo del momento en el ciclo menstrual en el cual se tomen, pueden prevenir o retrasar la ovulación o, posiblemente, bloquear la implantación del ovulo en el útero. Las píldoras no producen ningún efecto una vez que ya ha comenzado el embarazo.

Solo con progesterona

Actualmente existen dos preparados con la dosis necesaria para un tratamiento de urgencia. Contienen 750 mg de levonorgestrel.

El mecanismo de acción puede inhibir o retrasar la ovulación. Así altera el transporte de los espermatozoides y del ovulo e impide implantación del blastocito en el endometrio. No es abortiva.

Indicaciones

- Coito sin protección
- Fallo de otro método
- Violación
- Olvido de la toma de la píldora anticonceptiva
- Expulsión de un DIU
- Relaciones sexuales bajo efecto de drogas.

Modo de empleo

El tratamiento consiste en la administración de dos comprimidos en un plazo de 12 horas. Su efectividad aumenta si se toman antes de transcurrir las 24 horas después de la relación sin riesgo de embarazo y va disminuyendo paulatinamente a medida que van pasando las horas.

Si la paciente vomitara dentro de las tres horas siguientes a la toma de cualquiera de los comprimidos, debe tomar otro comprimido inmediatamente.

Valorar si se administran 72 horas después del coito, puesto que, transcurrido este tiempo, su efectividad baja. (Torrens; 2012: 346)

Intrauterina

Consiste en la inserción de un dispositivo intrauterino en un plazo no superior a cinco días tras un coito sin protección y con riesgo de embarazo. Una de las ventajas es que puede continuarse su utilización como anticonceptivo habitual.

Su efectividad es de 99 %.

Vía Transdérmica

Parche anticonceptivo

El parche anticonceptivo es un parche adhesivo, de color piel, de uso semanal que contiene hormonas que son liberadas a través de la piel hacia el torrente

sanguíneo. Por esto, evita el efecto del primer paso hepático y proporciona niveles plasmáticos estables. Puede colocarse en la parte superior de los brazos o el torso, en glúteos o abdomen.

Indicaciones

Esta especialmente indicado en mujeres que presentan náuseas o vómitos con los anticonceptivos orales, o en aquellas mujeres que suelen olvidar la toma de los anticonceptivos orales diariamente.

Modo de empleo

1. La mujer que comienza a usar el parche por primera vez, debe esperar hasta el primer día de su periodo menstrual para colocárselo.
2. Cada parche sólo se usa durante siete días continuos y solo se debe aplicar un parche a la semana.
3. Cada nuevo parche se debe colocar el mismo día de la semana durante tres semanas continuas, uno cada siete días. No se debe colocar en el mismo sitio del cuerpo, debe alternarse la zona de colocación, para ayudar a evitar una potencial irritación.
4. La cuarta semana, será de descanso, la mujer no usará parche y es cuando se presenta el sangrado menstrual.
5. Para iniciar el siguiente ciclo (de cuatro semanas), la mujer debe colocarse, sin falta, un nuevo parche anticonceptivo un día después de haber finalizado los siete días de descanso, esto es, al octavo día, sin importar en qué momento comience o termine el sangrado menstrual.
6. Se debe colocar en la piel limpia, seca y sana de la nalga, del abdomen, en la parte exterior del brazo o del torso superior, donde no haya flexión y no vaya a ser frotado por ropa apretada. No debe colocarse sobre los pechos o sobre la piel que esté enrojecida, irritada o con lesiones.

7. Para evitar que se desprege, no debe aplicarse maquillaje, cremas, lociones, polvos ni otros productos en el área de la piel donde se coloca el parche.

Ventajas

- No interfiere con el acto sexual.
- Es más difícil que una mujer olvide su uso, ya que se trata de una aplicación semanal.
- Se coloca y se retira fácilmente.

Desventajas

- El costo es relativamente alto.
- Requiere de observarlo diariamente para corroborar su adecuada colocación.
- No protege de VIH y SIDA ni de cualquier otra ITS, por lo que se recomienda también usar condón.

Efectos secundarios

- Irritación cutánea.
- Cambios en el ritmo menstrual, tensión mamaria.
- Alteración del peso corporal, retención de líquidos.
- Se pueden presentar molestias como: náusea, dolor de cabeza, vómito, dolor abdominal o distensión.(MEXFAM)

Eficacia

La eficacia es de un 99%, puede reducirse entre mujeres con sobrepeso. (Keit; 2009: 302)

Implantes

Consisten en capsulas o varillas que se insertan por debajo de la piel y liberan un gestageno en forma continua durante tres a cinco años.

Existen diferentes tipos de implantes; se diferencian en el número de varillas, el tipo de gestageno que liberan y la duración de la acción. Los más modernos se caracterizan por tener un número de varillas menor (solo una o dos) mucho más sencillo de colocar y extraer. El gestageno utilizado en estos implantes clásicamente ha sido el levonorgestrel; actualmente existen implantes con etonogestrel. (Testa; 2011: 169)

Cómo actúa

- El implante libera una hormona sintética que modifica el ciclo ovulatorio, impidiendo la ovulación y así evitar un embarazo.
- Aumenta la consistencia del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Modo de empleo

Se colocan en cualquier momento durante los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. Antes de la inserción del implante se deberá descartar la posibilidad de un embarazo.

Ventajas

- No interfiere con el acto sexual.
- Al retirarlo se recupera fácilmente la fertilidad de la mujer.
- Disminuye los cólicos.
- La protección del implante subdérmico puede durar hasta tres años.

Desventajas

- La inserción y el retiro del implante debe ser realizado por personal capacitado.
- El costo es relativamente alto.
- No protege de VIH y SIDA ni de cualquier otra ITS, por lo que se recomienda también usar condón.

Efectos secundarios

Se pueden presentar molestias como: náusea, dolor de cabeza, cambios en el ritmo menstrual o dolor de pechos.

Efectividad: Su efectividad es de 99% durante el tiempo de protección anticonceptiva (tres años), después disminuye de manera significativa. (MEXFAM)

Vía Vaginal

Anillos vaginales

Son anillos blancos y flexibles que se colocan en el interior de la vagina y liberan gestagenos solo combinados con estrógenos, al torrente sanguíneo a través de las paredes vaginales. La liberación constante de la droga permite concentraciones séricas uniformes evitando el efecto de primer paso hepático. Se obtiene una así mayor biodisponibilidad de la droga (dosis más bajas) manteniendo la misma eficacia.

Pueden tener gestageno solamente (medroxiprogesterona, norgestrel, levonorgestrel, megestrol o progesterona). Pueden ser utilizados en la lactancia. Estos anillos pueden dejarse en la vagina entre tres y seis meses (día y noche). El efecto adverso más común es el trastorno del sangrado.

Modo de empleo

Es un anillo blando, flexible y transparente, que no requiere ubicación especial en la vagina, se deja colocado en vagina durante tres semanas; luego se retira; se descarta, y ocurre un sangrado pro deprivacion. Después de una semana se coloca un nuevo anillo. Puede retirarse temporalmente hasta tres horas, sin disminuir su eficacia. (Testa; 2011: 169)

Dispositivo intrauterino

Es un pequeño adminiculo que se ubica dentro de la cavidad uterina, es un método anticonceptivo, eficaz, duradero, desvinculado del coito y reversible.

Tipos de DIU: **inertes y medicados.**

Actualmente los inertes están en desuso, los medicados se clasifican en: DIU con oro, con plata, DIU con cobre, DIU liberador de hormonas.

Indicaciones

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.
- En el posaborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor a 6 cm.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de corioamnionitis.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorragíparos.

- Dismenorrea severa.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.

Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.

Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.

Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea. (Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. 24 abril, 2013.

Mecanismo de acción

El DIU con cobre ejerce su acción en el periodo previo a la fecundación y lo hace a través de múltiples mecanismos. La presencia del DIU produce una reacción inflamatoria estéril local, lo que produce un aumento de leucocitos, prostaglandinas y enzimas. Esta reacción inflamatoria junto con los productos de degradación tisular ejercen una acción toxica sobre los gametos, tanto como

óvulos como espermatozoides. El agregado de cobre aumenta la respuesta inflamatoria, con lo cual su eficacia es mayor. (Testa: 2011; 171)

Modo de empleo

1. Se coloca de preferencia durante el periodo menstrual, entre el segundo y tercer día de sangrado, también puede aplicarse después de un parto o aborto no complicado, durante la cesárea o entre hijo e hijo.
2. Su colocación y retiro requiere de personal capacitado.
3. La mujer debe acudir a su revisión al mes después de la inserción. Posteriormente una vez al año o cuando sea necesario. El tiempo de la eficacia anticonceptiva dependerá del tipo de DIU que se esté usando, éste varía de tres hasta 10 años.
4. La mujer puede revisar los hilos periódicamente, para asegurarse que el DIU está en su lugar.

Ventajas

- Es un método que pueden utilizar mujeres que nunca han tenido embarazos, incluyendo a las mujeres jóvenes y adolescentes.
- Se puede retirar en cualquier momento que la mujer lo desee.
- Al retirarlo, se recupera, casi de manera inmediata, la capacidad fértil de la mujer.
- Se puede usar simultáneamente con condón.
- No interfiere en la relación sexual ni en la lactancia.

Desventajas

- La inserción y el retiro deben ser realizados por personal capacitado.
- No protege de VIH y SIDA ni de cualquier otra ITS, por lo que se recomienda también usar condón.

Efectos secundarios

En algunas mujeres se pueden presentar cólicos y un aumento de sangrado menstrual, estos síntomas se reducen conforme se adapta el organismo al uso del método.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda una protección anticonceptiva del **95 a 99%** si se acude a revisión periódica. (MEXFAM, 2004.)

Métodos quirúrgicos

Vasectomía

Consiste en impedir el paso de los espermatozoides desde su lugar de producción, en el interior de los testículos, al líquido seminal por medio de la sección y la ligadura de los conductos deferentes.

Indicaciones

- Varones fértiles
- Fecundidad satisfecha

Es un método permanente durante los primeros tres meses posteriores al procedimiento es recomendable utilizar otro método, con la finalidad de asegurar la eficacia de la esterilización. (Monroy; 2002: 149)

Contraindicaciones

Orgánicas

- Infecciones locales
- Hernia inguinal
- Orquideopexia
- Hidrocele
- Varicocele

- Lesiones escrotales persistentes
- Enfermedades sistémicas que comprometan la normal coagulación de la sangre
- La diabetes o hipertensión no son contraindicaciones.

Psicológicas

- Neurosis graves o desajustes sexuales
- Actitudes hipocondriacas
- Impotencia

Técnica de la vasectomía

Se hace anestesia local y existen varias técnicas, según el cirujano que la realice.

1. El primer paso es el rasurado parcial de los genitales y la desinfección cuidadosa con soluciones no irritantes.
2. Se procede a delimitar el conducto deferente por el tacto e infiltrar anestesia local en la zona.
3. Tras una pequeña incisión, se logra exponer de 3 a 5 cm del conducto deferente sin dificultad.
4. Se prosigue ligando el conducto deferente expuesto en sus extremos distal y proximal, y se extirpa la zona entre ambas ligaduras. Finalmente se doblan sobre si mismos los extremos y se vuelve a ligar.
5. La hemostasia debe ser cuidadosa, para evitar formación de hematomas en el postoperatorio.
6. Se cierra la herida con sutura por planos.
7. A continuación, se repite el procedimiento en el conducto deferente del lado opuesto.
8. Se cubre la herida con un pequeño apósito.

Se aconseja abstinencia por unos días para evitar rozamiento en las heridas.

Efectividad es del 99%.

Ventajas

- Inocuidad por ausencia de riesgo anestésico
- Bajo costo
- Irreversibilidad
- Efectividad alta pasando el periodo fértil tras la intervención.

Inconvenientes

- Irreversibilidad
- La vasectomía no es efectiva hasta 30 eyaculaciones y después de confirmar azoospermia con análisis del semen
- Problemas psicológicos: impotencia, sensación de castración.
- Dolores testiculares generalmente pasajeros.(Hacker; 2011: 312)

Ligadura de trompas

La mayor parte de las intervenciones tratan de interrumpir las trompas de Falopio, pero pueden ir desde la colocación de clips sobre las mismas a la histerectomía total. En términos generales, cuanto más radical sea la intervención menor será el riesgo de fallo.

Las técnicas más comunes son: **laparotomía, laparoscopia y culdoscopia.**

Laparotomía

Es la técnica que ofrece mayor seguridad. Consiste en llegar al interior de la cavidad peritoneal y a los órganos genitales internos mediante la apertura quirúrgica por planos; esto proporciona la visualización directa del campo operatorio y la facilidad de movimientos en la actuación.

Una vez abierta la cavidad peritoneal y expuesta el campo, se explora todo el aparato genital y a continuación se realiza la intervención elegida: una simple ligadura de ambas trompas, una sección y ligadura, una fimbriectomia o total salpingectomia. (Torrens; 2012: 353)

El uso de laparoscopio para las intervenciones de esterilización ha reducido mucho la duración del ingreso hospitalario. Este es el método de elección en la mayor parte de los países civilizados, pero un abordaje abierto mediante mini-laparotomía podría resultar más adecuado en otros países.

- **Clips tubaricos:** Se trata del método más empleado para la esterilización. Los clips están elaborados con plástico y metales inertes y se cierran sobre la trompa. Aportan la ventaja de producir una lesión mínima en la trompa, pero tienen como desventaja la frecuencia de fallos más alta. Estos fallos se pueden explicar porque se colocan en una estructura equivocada, por la extrusión del clip, por recanalización de la trompa o por fractura del clip con posterior separación de la trompa.
- **Coagulación y división tubarica:** la esterilización se realiza mediante diatermia unipolar o bipolar de las trompas a dos niveles separados 1-2 cm de la unión uterotubarica. Esta técnica destruye una importante cantidad de tejido tubarico. Se dice que la división de la trompa cauterizada reduce el riesgo de embarazo ectópico. La frecuencia de fallos depende de la longitud de la trompa destruida. Como existe riesgo de lesión térmica en el intestino con fuga posterior y peritonitis fecaloidea, la diatermia no debería ser el método de esterilización primaria, salvo que los métodos mecánicos de oclusión tubarica planteen dificultades técnicas o fracasen en el momento de la intervención. (Symonds; 2014: 302)

Laparoscópica

Esta técnica fue introducida en 1937 en Estados Unidos por Anderson. Se puede realizar con anestesia local o general, aunque se recomienda la segunda.

Técnica o intervención mediante laparoscopia:

- previo sondaje vesical y bajo anestesia general, con intubación, miorelajacion y preferiblemente monitorización cardíaca: se hace na pequeña incisión infraumbilical, de 1 cm aproximadamente, y a través de ella se introduce una aguja e dirección oblicua hacia la pelvis, por medio del cual se insufla gas; así se produce neumoperitoneo y el rechazo de los órganos vecinos hacia arriba. Posteriormente se introduce un trocar por la pequeña incisión infraumbilical, y por el trocar se introduce los aparatos ópticos (laparoscopia) y se coloca al paciente en posición trendelemburg.
- Una vez introducido el laparoscopio, se visualiza el aparato genital interno y, si bien esta realizado el neumoperitoneo y los órganos se ven bien, hacia la altura del monte de venus, por encima de la sínfisis del pubis, se introduce un segundo trocar, por donde se van introduciendo los aparatos que sean necesarios para la manipulación de las trompas.
- La laparoscopia debe realizarse en pacientes previamente seleccionadas, pues en mujeres con cicatrices abdominales. El trocar podría perforas las asas intestinales al no realizarse bien el rechazo de estas.
- Las técnicas de ligadura de trompas una vez introducidos los trocares, son variadas:
 1. Diatermia unipolar: quemadura eléctrica en ambas trompas.
 2. Diatermia bipolar: la corriente pasa a través de los garfios del instrumento y produce quemaduras en las trompas, pero no en otros órganos.
 3. Coagulación térmica: produce una coagulación, no una quemadura.

4. Anillos de Fallope o de Yoon: consiste en un aro de silicona elástica con un 5% de sulfato de bario. (Torrens; 2012: 354)

Culdoscopia

Es la ligadura de trompas por vía vaginal. Las técnicas son iguales que en el caso de la laparoscopia, lo que varía es el medio de penetración. Tiene la ventaja de que no se precisa abrir el abdomen, pero es necesaria una gran experiencia y puede suponer más complicaciones, infecciones, hemorragias, etc.

- Debe realizarse con anestesia general.
- La sección de las trompas es verdaderamente difícil.
- Se corre el riesgo de ligar otras estructuras que no sean las trompas (por ejemplo los ligamentos redondos). (Torrens; 2012: 35)

Ligadura de trompas posparto

El parto es, quizá, el momento idóneo para efectuar la ligadura de trompas.

- Debe llevarse a cabo a las 2-4 horas de parto, y no después de las 48 horas.
- Este método tiene la ventaja de que, al estar el útero distendido debido a la gestación y sin involucionar, mediante una abertura pequeña, semicircular e infraumbilical, hay acceso directo a las trompas, con lo cual su ligadura es sencilla.
- Tiene el inconveniente de que el campo está muy congestivo, por lo que sangra con facilidad y, dado el pequeño campo quirúrgico, a veces es preciso ampliar laparoscopia, por lo cual la hemostasia es difícil.

Ventajas

- Se puede hacer cuando se conocen con exactitud las estructuras genitales.
- Rápida ejecución.
- No deja cicatrices, o las deja muy pequeñas.
- Produce pocas molestias.
- Mortalidad reducida.
- Hospitalización corta.
- No precisa suspensión de relaciones sexuales.
- Incorporación rápida a la vida normal.

Inconvenientes

- Se necesita experiencia por parte del cirujano.
- Se debe realizar anestesia general.
- Precisa de un material especializado, específico y caro.
- La visión del campo operatorio es mucho más dificultosa que en la laparotomía.
- El manejo de los órganos genitales internos no es directo, si no que se realiza a través de aparatos.

Contraindicaciones

Absolutas

- Peritonitis aguda
- Alteraciones cardiorrespiratorias graves
- Trastornos graves de a coagulación
- Falta de experiencia del laparoscopia

Relativas

- Tumoraciones voluminosas
- Hemorragia diafragmática
- Antecedente de peritonitis
- Técnica de la ligadura(Torrens; 2012: 355)

CAPITULO II: LA ADOLESCENCIA

Definición

La OMS define a la adolescencia como al “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años. (Issler; 2001: 11)

Es el período del crecimiento y desarrollo humano, que se extiende desde la pubertad, en la que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica; cronológicamente está ubicada entre los 10 y 19 años de edad. Biológicamente la adolescencia es el inicio de la madurez sexual y finaliza socialmente con la independencia del núcleo familiar. (Issler; 2001: 12)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países los adolescentes llegan a representar del 20 al 25 % de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (Issler; 2001: 12)

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los

adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos. (Monroy; 2002: 135)

La etapa de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, cuyo inicio se sitúa a los 10-12 años en las niñas y entre los 12-14 años en los varones y se limita a los 18-20 años de edad.

La principal característica observada además del desarrollo acelerado de tipo somático, es el crecimiento y desarrollo importante del tejido gonadal y aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta llegar a la completa funcionalidad reproductiva, al regularizarse la menarquía-ovulación y la espermatogénesis eyaculación. (Rivea; 1999: 312)

Se entiende por crecimiento y desarrollo, en esta etapa la secuencia fenomenológica de un proceso madurativo que da término al crecimiento longitudinal, visceral y orgánico integral de acuerdo con las características antropológicas, regionales y familiares del individuo.

En el orden funcional y corporal orgánico, el desarrollo permite el perfeccionamiento de funciones antiguas y el desenvolvimiento de otras nuevas, mientras que en el orden psíquico, significa adaptación del individuo a su nueva dimensión orgánica y capacidades fisiológicas, integrando un ego personal, capaz de conocimiento y objetivización de su propia realidad existencial humana, cultural, ocupacional y moral (Martínez, 2005: 1119)

Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia

Los cambios observados en la adolescencia son producidos por hormonas que se secretan por primera vez o en mayor cantidad que antes; cada una de ellas actúa sobre un conjunto de objetivos o receptores, pero éstos no están siempre concentrados en un órgano o en un solo tipo de tejido.

Factores que afectan a la maduración del sexo gonadal Herencia: la edad de maduración se proyecta en la familia. Lo que fue la experiencia del padre, precoz o no, puede ser la del hijo.

Inteligencia: la aptitud que nos permite recoger información de nuestro interior y del mundo que nos circunda, con el objetivo de emitir la respuesta más adecuada a las demandas que el vivir cotidiano nos plantea". Vergara, inteligencia emocional disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/inteligencia-emocional/inteligenciaeemocional.shtml>)

Los niños de inteligencia superior maduran sexualmente un poco antes que aquellos cuyo índice intelectual corresponde al término medio o es inferior a éste.

Salud: la buena salud, debida a un adecuado cuidado prenatal y postnatal, deriva en una maduración más temprana.

Nutrición: una dieta en la que predominan las proteínas da por resultado una maduración precoz. Algunas investigaciones en curso encuentran una relación estrecha entre el desarrollo precoz y la ingestión de alimentos vegetales y animales estimulados con hormonas.

Nivel socioeconómico de la familia: cuanto mejor es el medio socioeconómico, mayores son las posibilidades de una maduración temprana. Como consecuencia de una atención médica deficiente y de una nutrición por debajo de lo normal, los niños criados en ambientes socioeconómicos deficitarios maduran a menudo más tarde.

Tamaño y conformación del cuerpo: los niños más altos y más obesos alcanzan antes la madurez sexual. Los niños con cuerpos de tipo femenino tienden también a una maduración precoz; a la inversa, los de conformación masculina tienden a la maduración tardía.

Promedio aproximado y secuencia de aparición de los caracteres sexuales en ambos sexos (Martínez, 2005: 1120)

Cambios físicos del desarrollo del adolescente

Edad en años	Hombre	Mujer
9 – 10		Crecimiento de los huesos pelvianos, brote de los pezones
10 – 11	Primer crecimiento de pene y testículos	Crecimiento de las mamas y vello pubiano
11 – 12	Actividad prostática	Cambios del epitelio vaginal frotis, crecimiento de genitales internos y externos
12 – 13	Vello pubiano	Pigmentación de los pezones
13 – 14	Crecimiento rápido de los testículos y pene, tumefacción subarolar de pezones	Vello axilar, menarquia (promedio 13 años), la menstruación puede ser anovulatoria.
14 – 15	Vello axilar, nace vello alrededor de los labios, sobre la barbilla y hacia las patillas y cambios de voz.	Embarazos normales mas precoces.
15 – 16	EspERMatozoides maduros	Acné, voz madura.
16 – 17	Vello facial y corporal, acné	Detención del crecimiento esquelético.
21	Detención del crecimiento esquelético	

(Martínez, 2005: 1121)

Una de las tareas evolutivas más difíciles para el adolescente es la aceptación de su cuerpo y de su figura, que ahora están cambiando significativamente. Casi

todos los niños aguardan con impaciencia el momento de su crecimiento, pero los cambios que se operan en sus cuerpos les causan más angustia que placer. En general, la insatisfacción respecto de la apariencia se agudiza poco después de 25 haberse alcanzado la madurez sexual, o sea en la edad en que se cursan estudios secundarios. A partir de entonces, los adolescentes bien equilibrados muestran una aceptación creciente de sí mismos y de su apariencia. Es interesante saber que los muchachos, en esta época de cambio, tienden a tener una opinión desfavorable de sus aptitudes (Crooks, 1999:308).

División de la adolescencia

Según la OMS

En el periodo de la adolescencia se distinguen dos etapas organizadas desde el punto de vista cronológico según la OMS: adolescencia temprana o primera fase y adolescencia tardía o segunda fase. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (Monroy; 2002: 83)

Adolescencia temprana

Es aquella comprendida desde los 10 - 13 años, considerada biológicamente como el periodo peri puberal, con cambios corporales y funcionales, donde se destaca la menarquía, en las adolescentes de sexo femenino.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La adolescencia temprana se inicia con los cambios anatómicos y fisiológicos característicos de la pubertad. Los adolescentes experimentan una sensación generalizada que genera gran preocupación por la aparición de características secundarias del sexo y la preocupación por los cambios corporales exteriores físicos, sobre todo en una sociedad como la muestra, en la cual los modelos ideales femeninos y masculinos comerciales que se publican constantemente a través de los medios de comunicación no son acordes con la tipología mexicana. También se despierta entre los y las adolescentes un sentido de competencia (en relación con su desarrollo físico).

Adolescencia tardía

Ubicada entre los 14 y 19 años de edad. Casi no se presenta cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de las etapas de la adolescencia para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes.

POR LA UNICEF

Según la UNICEF existe otra división: La pre-adolescencia: desde los 8 hasta los 11 años. Segunda etapa de la adolescencia: desde los 11 hasta los 15 años. Tercera etapa de la adolescencia: desde los 15 hasta los 18 años. (UNICEF; 2011: 28)

Embarazo en la adolescencia

Es definido como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.

En México, el 64% de las mujeres en edad reproductiva de 15 a 19 años con vida sexual activa no usan anticonceptivos.

- Seis de cada diez adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro.
- El 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual.
- Los índices de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 19 años de edad son el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años.

Las y los adolescentes tienen un inicio temprano en su vida sexual, reflejan carencia de conocimientos adecuados sobre salud sexual y anticoncepción, actitudes ambivalentes en el uso de anticonceptivos, así como falsas creencias de los mismos, que los conduce al riesgo de un embarazo no planificado o a posibles enfermedades de transmisión sexual.

Durante la adolescencia ocurren hechos trascendentales que marcan la pauta del comportamiento posterior, uno de estos sucesos es el iniciar la vida sexual activa, y una práctica importante durante este acontecimiento, es la utilización de algún método anticonceptivo. (Issler; 2001: 17).

Esta denominación encierra no solo el énfasis en la participación, y por ende, de la responsabilidad del adolescente en el hecho. También preserva el derecho del padre adolescente a vivir la hermosa experiencia de la paternidad, incluida la expresión del afecto y la ternura que ha muchos hombres les es negado expresar. Muchos de los embarazos que ocurren durante la adolescencia no han sido planificados y constituyen un evento que puede generar importantes impactos en la vida de la madre, el padre así como la de los hijos e hijas. Aunque existe el estereotipo de que el hombre que embaraza a su pareja comúnmente huye de la responsabilidad, las cosas no siempre suceden de esta manera. Muchos jóvenes

desean asumirla, sin embargo en algunas ocasiones encuentran obstáculos para ello en el contexto familiar. A la luz de la formación de una personalidad bien estructurada, los valores y las responsabilidades deben constituir elementos imprescindibles, por lo que debe forzarse una actitud responsable del varón frente a la paternidad en la adolescencia, amén de las necesidades de su presencia para la pareja y para el hijo. (Venezuela; 2012: 54)

Sexualidad

Conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender el mundo y vivirlo por medio de nuestro ser como hombres o mujeres. Es parte de la personalidad identidad y una de las necesidades humanas que se expresa mediante el cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros. La sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico la conducta en relación con el medio ambiente y con uno mismo. (Monroy; 2002: 78)

Salud y sexualidad

La organización mundial de la salud dice que la salud sexual es la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual, y lo social de conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar, y recibir amor. (Monroy; 2002: 81)

Desarrollo psicosexual del adolescente

La maduración sexual y reproductiva es el tópico más sensible en la transmisión de la niñez en la adolescencia y potencialmente la más problemática. Parece que los adultos no saben cómo comportarse ante la sexualidad de los adolescentes ni

menos aún los adolescentes saben cómo manejar su nueva sexualidad. Casi siempre se discute la sexualidad en la adolescencia desde su aspecto problemático, particularmente con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y actualmente el SIDA, sin embargo no se discuten los aspectos del desarrollo psicosocial y sexual compartidos por la mayoría de los adolescentes y que les son placenteros, gratificantes y positivos para el desarrollo integral. (Papalia; 2001: 611)

Ejercicio de la sexualidad

Influencia de los padres

El papel de los padres es la socialización sexual de sus hijos no se ha tomado en cuenta, tal vez debido a que hay poca comunicación en los temas sexuales.

Existe una gran relación entre la experiencia sexual de la madre cuando era adolescente con la de la hija adolescente. La influencia de una familia con un padre o madre soltera tiene que ver con la edad de la primera relación sexual también tiene que ver con lo aprendido en la familia por las y los adolescentes.

Influencia de los pares de edad

En relación con el inicio de las relaciones sexuales, la influencia de los conocimientos, actitudes y conductas de los compañeros de edad es importante según estudios realizados. La información dada por los compañeros de la misma edad es más confiable y creíble para los adolescentes en comparación que la brindada por los adultos.

Influencia de los medios de comunicación

La información sexual, tanto implícita como la más explícita, se encuentra al alcance de los adolescentes en materiales pornográficos, revista, videos, periódicos, radio, televisión, en paneles, mesas redondas y otro programas científicos, culturales e internet.

Influencia de la religión

Los valores sexuales están íntimamente ligados con a la filiación religiosa y generalmente atados al conservadurismo y a la restricción.

Otros factores

La educación, el empleo, la situación social y económica, las políticas gubernamentales, las características de personalidad (impulsividad, habilidad para posponer la gratificación), la coerción física psicológica el uso de fármacos, y alcohol son otros factores que influyen en el ejercicio de la sexualidad. (Monroy; 2002: 79)

Primera experiencia sexual

Se encontró que el pertenecer al sexo masculino y el conocer y saber cómo funcionan los métodos anticonceptivos aumentó la probabilidad de haber utilizado algún método anticonceptivo durante la primera experiencia sexual. Sin embargo, el vivir en unión libre disminuyó esa misma probabilidad. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia y el uso de los métodos anticonceptivos.

El usar o no métodos anticonceptivos durante la primera experiencia sexual depende de los rasgos psicológicos, sociales y culturales de los individuos.

Los adolescentes de comunidades pobres tendrán expectativas de educación, trabajo y vida de familia marcadamente diferentes, comparándolas con aquellos que habitan en áreas económicas y socialmente avanzadas.

El nivel educativo de la madre se ha considerado como un indicador del nivel socioeconómico.

Durante la adolescencia se hace posible la conducta sexual adulta al llegar a la madurez biológica. Mientras que la mujer tal vez considere que su iniciación en el mundo sexual adulto es un suceso negativo, a causa de la hemorragia periódica y el temor de sus padres de la posibilidad del embarazo, los hombres tienden a considerar la capacidad de eyacular como un suceso placentero e intrínsecamente sexual. Al parecer desde muy jóvenes los adolescentes dan mucha atención, al final de la gama de conductas sexuales, a la cópula. Los adolescentes han confirmado que consideran que tienden a copular antes de que estén listos en lo emocional y que por lo regular no es satisfactorio en lo físico (Bethea, 2000:120)

En la última fase de la adolescencia, la actividad de los hombres suele caracterizarse por los intentos de ser macho y ganarse la aprobación de los jóvenes. Los hombres jóvenes muestran una necesidad de confirmar y establecer su masculinidad, necesidad que conduce a un enfoque egocéntrico en la sexualidad. La mujer por otra parte, descubre que se le imponen más restricciones en la última fase de la adolescencia. Debe seguir una delicada línea de conducta entre ser “sexí” y no obstante ser algo atractivo. Lo que lleva a que los padres quisieran que el mensaje fuera “miren pero no toquen” (William, 2000:438).

Anticoncepción en los adolescentes

El uso de métodos anticonceptivos es usado principalmente por mujeres casadas o unión estable es poca la existencia en relación con los adolescentes, al menos en nuestro país. El objetivo principal de las acciones de información, promoción, disponibilidad y entrega de métodos anticonceptivos con la finalidad de que la población pueda programar el número de hijos e intervalos adecuados en el número de hijos entre los nacimientos o evitar embarazos a una edad como la adolescencia.

En cuanto al estado civil en una encuesta del Consejo Nacional de Población de 1995, 32.99% de la población femenina en edad fértil declaro ser soltera y de

éstas 25 % tenía relaciones sexuales lo que equivales a 2 millones de mujeres solteras con actividad sexual.

El inicio de la actividad sexual en los adolescentes se ha venido dando en edades más tempranas y en nuestro país el promedio de edad es de 17 a 18 años, en tanto el promedio de edad al casamiento es de 20 años lo que demuestra un inicio premarital de las relaciones sexuales.

El uso de métodos anticonceptivos de estas mujeres es bajo y las principales razones aducidas son que se trata de un coito no planeado y que desconocían de los métodos anticonceptivos. Las jóvenes solteras utilizan métodos anticonceptivos en promedio un año después de haber iniciado las relaciones sexuales de donde resulta un número importante de embarazos no planeados. (Bethea, 2000:122)

MARCO CONTEXTUAL

San Felipe Tlalmimilolpan, es de origen náhuatl se compone de las raíces *tlalli* que significa tierras, *mimilco*, hacerse rueda o que se halla rodado: *lol*, que lleva secuencia de no termina y de *ipan*, que quiere decir sobre o en; lo que significa “En el lugar donde rueda a tierra” o “Donde rueda la tierra”.

Demografía

I Población

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) la población total de San Felipe es de 8103 personas, de las cuales 3940 son masculinos y 4163 femeninas, en el año 2015.

II Grupos Étnicos y lingüísticos

Con relación a los grupos étnicos existentes en el pueblo, tenemos, que la población de cinco años y más que hablaba alguna lengua indígena, en el año 2005 sumaba un total de 16 personas, los que hablaban también el español. La lengua indígena el Náhuatl.

III Natalidad

En el estado, la fecundidad presento niveles altos y constantes a principios del 2000 cuando las mujeres mexicanas teniendo un promedio de 4 hijos, a partir de entonces se inició un proceso de disminución, explicado en buen parte por los programas de planificación familiar, el avance de la urbanización, el mejor nivel educativo de la población, y el aumento de la proporción de las mujeres en empleos remunerados.

En consecuencia, el promedio actual de los hijos por mujer ha disminuido a poco menos de 3 (2.9). cabe mencionar que la familias grandes pasaron a segundo término, ahora los grupos familiares son pequeños.

Ib. Morbilidad

Según los datos registrados por el centro de salud de la comunidad y los pacientes atendidos por el Medico Eduardo García Mejía, las principales enfermedades características se San Felipe Tlalmimilolpan durante 2005 fueron las siguientes:

- Dermatitis
- Infecciones de vías urinarias
- Conjuntivitis
- Obesidad
- Hipertensión Arterial
- Lumbalgia
- Menopausia
- Contusión de cráneo
- Anemias
- Varices
- Diabetes
- Insuficiencia renal

Religión

Las religiones que se profesan en el pueblo son cuatro: la católica que es la de mayor número de adeptos, evangélica o protestante, testigos de jehová y cristianos, estas tres no cuentan con un lugar específico para su culto, a pesar de que aparecieron a finales de 1980.

La religión católica cuenta con una iglesia ubicada en el centro de la delegación y dos capillas, una a un costado de la parroquia, en la cual se venera al señor del Prendimiento y la otra localizada a la entrada del pueblo y dedicada a la virgen de Guadalupe. La parroquia de San Felipe Apóstol se erigió como tal en 1955 por el obispo de Toluca.

El sacerdote de oficial de oficiar las misas en la parroquia es el párroco José Rojo Rosas, que habita en la casa cural y oficina más de lunes a viernes a las siete de

la mañana y los domingos a las siete y once de la mañana y la última a las 7 de la noche.

La administración y organización de la parroquia eta a cargo de los fiscales, topiles y mayordomos en turno.

Escuela secundaria Oficial No 0135 Lic. Juan Fernández Albarrán, localidad San Felipe Tlalmimilolpan, Toluca, México

La escuela secundaria Oficial No 0135 Lic. Juan Fernández Albarrán cuenta con una matrícula general que está compuesta por 646 alumnos. Del turno matutino corresponden 424 alumnos (65.6%), y a turno vespertino 222 alumnos (34.4%).

La escuela está conformada por un total del 9 aulas de las cuales el turno matutino ocupa un 100%; cada una de las aulas está integrada por 47 alumnos, y el turno vespertino un 66.6 %, cada una de ellas está integrada por 37 alumnos; además cuenta con un laboratorio, 6 baños, un salón de usos múltiples, una cocina y 3 cubículos de orientación.

La plantilla de profesores la integran 40, de los cuales 21 (52.5 %) imparten clases en el turno matutino, y 19 (47.5 %) en el turno vespertino.

METODOLOGÍA

El enfoque del estudio es cuantitativo.

El tipo de estudio es descriptivo-transversal ya que se recopilaban datos en un momento y fecha determinados.

Universo: 646 estudiantes de la escuela secundaria Juan Fernández Albarrán.

Muestreo: no probabilístico a criterio del investigador.

Muestra: 222 alumnos del turno vespertino

Criterios de inclusión: Los alumnos que contaron con consentimiento informado firmado por sus padres y asentimiento firmado por los ellos mismos.

Técnica de recolección de datos: Encuesta.

Instrumento: Se aplicó un cuestionario con 27 ítems que fue validado por expertos en el área. Está diseñado por preguntas cerradas; la primera parte abarca las características sociodemográficas de los alumnos, y en la segunda parte se formularon preguntas en relación al conocimiento de los anticonceptivos como el tipo y uso.

Procedimiento de la investigación

Fase teórica: corresponde a la investigación documental, se consultaron artículos científicos de la base de datos Scielo, Redalyc, además de google académico, así como libros de la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Fase empírica: Se turnó el instrumento a los expertos en el área para uso validación. Se solicitaron la gestión de los oficios a las autoridades de la facultad para ser enviados a las autoridades de la secundaria. Se envió la información y autorización a los padres de familia de los jóvenes donde firmaron el

consentimiento informado; se les solicito a los jóvenes que firmaran el asentimiento informado.

Posteriormente se aplicaron los cuestionarios grupo por grupo, de manera auto dirigido donde el tiempo total por aula fue de 20 minutos.

Fase analítica: posteriormente se capturaron los datos en el programa spss versión 22 para obtener medidas de tendencia central (moda, media, mediana) para después realizar el análisis.

Aspecto bioético: de acuerdo a la Ley General de Salud, en sus artículos.

El estudio se realizara de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud (SSA., 1987), en materia de investigación para la salud considerando el criterio del respeto al anonimato, dignidad, bienestar y protección de derechos de los alumnos, así como ajustarse a los principios científicos y éticos que lo justifiquen. Se consideró una investigación sin riesgo porque no se realizará ninguna intervención que afecte la integridad y privacidad de los alumnos, de acuerdo con el título segundo cap. I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Art. 13, 14, 16,17, frac i, 18, 20, 21,22 y cap. lii de la investigación en menores de edad o incapaces, art.34, 35 y 36.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

De los alumnos encuestados el sexo que predomina es el masculino con un 51.8%, mientras el sexo femenino corresponde al 48.2%. La mayoría de alumnos encuestados se encuentra en 3º de secundaria con 45.9 %, de los alumnos de 2º participo un 38.2% mientras que del 1º solo participo un 15.9%. Con respecto al tipo de familia en su mayoría tienen una familia nuclear con el 68.8%, monoparental madre con un 19.4%, y con un 5.9% monoparental padre y familia extensa. En relación con la escolaridad del padre un 46.5% estudio hasta la secundaria, mientras que un 23.5% estudio hasta la preparatoria y solo un 14.1% cuenta con un nivel superior. Con respecto a la escolaridad de la madre un 44.1% tiene estudios de secundaria, un 30% estudio hasta la preparatoria y solo un 7.6% estudio un nivel superior.

TABLA N° 1. Datos sociodemográficos de los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán.

N= 170

		Frec.	%
Genero	Masculino	88	51.8
	Femenino	82	48.2
Grado	Primero	27	15.9
	Segundo	65	38.2
	Tercero	78	45.9
Tipo de familia	Nuclear	117	68.8
	Monoparental padre	10	5.9
	Monoparental madre	33	19.4
	Extensa	10	5.9
Escolaridad padre	Primaria	27	15.9
	Secundaria	79	46.5
	Preparatoria	40	23.5
	Nivel superior	24	14.1
Escolaridad madre	Primaria	31	18.2
	Secundaria	75	44.1
	Preparatoria	51	30.0
	Nivel superior	13	7.6

Fuente: cuestionario aplicado

En relación al **conocimiento de conceptos** acerca de métodos anticonceptivos se encontró que en su mayoría los alumnos tienen conocimientos generales de los conceptos, teniendo que de las 9 preguntas los alumnos tuvieron como máximo 9 puntos y como mínimo 1, teniendo como media 5.7 y con ± 1.44 .

Tabla N° 2. **Conocimiento de conceptos acerca de métodos anticonceptivos de los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán.**

N= 170

	Conocen		Desconocen	
	Frec.	%	Frec.	%
Conoces o has escuchado hablar acerca de algún método anticonceptivo.	167	98.2	3	1.8
Sabes que es un método anticonceptivo.	161	94.7	9	5.3
Consideras que tus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad humana pueden ser aplicados para evitar un embarazo.	136	80	34	20
Los métodos anticonceptivos son aquellos que ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmisión sexual.	142	83.5	28	16.5
El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer.	48	28.2	122	71.8
Conoces los métodos anticonceptivos para regular la fertilidad.	46	27.1	124	72.9
Creer que en la primera relación sexual una mujer puede quedar embarazada.	98	57.6	72	42.4
Consideras que la educación y apoyo que brinda tu colegio en cuanto a métodos anticonceptivos te será útil para aplicarlos en tu vida y evitar embarazos.	125	73.5	45	26.5
Creer que la píldora de emergencia no se recomienda usar de manera continua debido a su baja efectividad y la frecuencia de efectos secundarios.	57	33.5	113	66.5

Fuente: cuestionario aplicado

Respecto al **conocimiento del tipo** de métodos anticonceptivos se encontró que de las preguntas los alumnos tuvieron como máximo 6 puntos y como mínimo 0, teniendo como media 2.07 y con ± 1.58 , donde se obtiene que los alumnos desconozcan en su mayoría los tipos de métodos anticonceptivos.

Tabla N° 3. Conocimiento del tipo de métodos anticonceptivos de los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán.

N= 170

	Conocen		Desconocen	
	Frec.	%	Frec.	%
Consideras que el método anticonceptivo salpingoplastia es permanente	33	19.4	137	80.6
Consideras que el DIU (dispositivo intrauterino) es permanente.	41	24.1	129	75.9
Conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan	80	47.1	90	52.9
Crees que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente en el cual se ligan y cortan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides.	61	35.9	109	64.1
Consideras que la salpingoplastia es método de anticoncepción permanente o definitiva donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo.	62	36.5	108	63.5
Consideras que los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes.	76	44.7	94	55.3

Fuente: cuestionario aplicado

En relación al **conocimiento del uso** de métodos anticonceptivos se encontró que de las 12 preguntas los alumnos tuvieron como máximo 12 puntos y como mínimo 0, teniendo como media 5.04 y con ± 2.34 , con esto se observa que los alumnos desconocen la forma de uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Tabla N° 4. **Conocimiento del uso de métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán.**

N= 170

	Conocen		Desconocen	
	Frec.	%	Frec.	%
Sabes cuál es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo.	27	15.9	143	84.1
Consideras que el condón es un método que puede utilizarse solo una vez.	90	52.9	80	47.1
Conoces las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales.	71	41.8	99	58.2
Consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo.	118	69.4	52	30.6
Crees que el condón femenino es un tubo de plástico con un anillo flexible en cada extremo para ayudarlo a permanecer en su lugar en la vagina. Está cubierto con lubricante por dentro y por fuera.	75	44.1	95	55.9
Piensas que el diafragma es una copa flexible de caucho que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino y que además se usa con espermicida.	39	22.9	131	77.1
Crees que el espermicida es un químico que mata el esperma, que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad.	45	26.5	125	73.5
Consideras que los métodos anticonceptivos	68	40	102	60

hormonales funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estas hormonas impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides.				
Creer que el parche como método anticonceptivo se pega a la piel, este que libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero.	79	46.5	91	53.5
Consideras que el implante hormonal subdérmico se aplica de forma subdérmica (debajo de la dermis) en la cara interna del brazo, después de una aplicación de anestesia local.	51	30	119	70
Sabes si las píldoras anticonceptivas se emplean con la primera pastilla tomándose el primer día de la menstruación, al terminar de tomar las pastillas del paquete, se deja un período de 7 días sin tomar pastillas, durante los cuales se presenta la menstruación.	53	31.2	117	68.8
Consideras que los métodos anticonceptivos previenen el embarazo.	109	64.1%	61	35.9

Fuente: cuestionario aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario a los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán se encontró que un 64.7% cuenta con un conocimiento medio acerca del tema, mientras que un 25.9 % bajo y solo un 9.4% cuenta con un nivel de conocimiento alto. Con los resultados de los porcentajes podemos decir que los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán tienen conocimientos deficientes acerca de métodos anticonceptivos.

TABLA N° 5. Nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán.

N= 170		
	Frec.	%
Bajo	44	25.9
Medio	110	64.7
Alto	16	9.4

Fuente: cuestionario aplicado

DISCUSIÓN

El problema de salud sexual en los adolescentes es el inicio de la vida sexual a una edad temprana, debido a la carencia de orientación y conocimiento adecuado para una conducta sexual responsable. (Guerrero; 2008: 434)

En México la población adolescente en 2015, residían 30.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años, que representan el 25.7% de la población total. (INEGI; 2015:1) esto constituye un porcentaje considerable de la población total, siendo un grupo vulnerable a factores de riesgo como los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre otros, debido a la falta o inadecuada información sobre sexualidad humana; como reflejan los resultados obtenidos en esta investigación donde la mayoría cuenta con un conocimiento medio acerca del tema de métodos anticonceptivos, mientras que en segundo lugar representa un conocimiento bajo y solo una minoría cuenta con un nivel de conocimiento alto.

En esta investigación en relación al conocimiento de los métodos anticonceptivos, los resultados revelan que la mayoría, casi en su totalidad si los conoce o ha escuchado hablar del tema y sólo una mínima parte dice no conocerlos. Comparado con un estudio realizado en Tabasco a una población de 98 personas de entre 15 y 19 años de edad donde se encontraron resultados similares a los de este estudio, ya que sí conoce o ha escuchado hablar del tema, y una mínima parte dijo no conocerlos; con los resultados obtenidos en Tabasco se observa que casi la totalidad de la población conoce al menos un método anticonceptivo, a diferencia de esta investigación solo tres cuartos de la población conoce algún métodos anticonceptivos.(Vázquez; 2005: 16)

Otro estudio realizado a 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud de la ciudad de México durante los meses septiembre y octubre de 2014, describe que los métodos más conocidos fueron el preservativo masculino como método de barrera más conocido, en segundo lugar

los anticonceptivos orales y en tercer lugar el Dispositivo Intrauterino, en comparación con nuestro estudio el método que más conocen es el condón masculino, de igual manera en segundo los anticonceptivos orales, y en tercer lugar el parche.

Sin duda, si bien se han incrementado en los últimos años de manera importante la información sobre diferentes métodos de regulación natal dirigida a los jóvenes de nuestro país, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes todavía se ve obstaculizado por diferentes factores sociales y culturales. Únicamente la tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad manifestó un claro conocimiento del uso del condón y el resto desconoce de su uso. (Menkes; 2003:14), esto se asemeja con este estudio pues en los resultados se obtuvo que la mayoría de los alumnos el condón y su funcionamiento y la minoría desconoce del tema y funcionamiento del mismo.

CONCLUSIONES

- De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que en cuanto al género de los estudiantes en su mayoría fueron del género masculino.
- La mayoría de los alumnos encuestados pertenecen al tercer grado de secundaria, en segundo lugar del segundo grado y en tercer lugar el primer grado.
- Con respecto al tipo de familia en su mayoría tienen una familia nuclear siendo, seguida de monoparental madre y en tercer lugar de familia extensa.
- En relación con la escolaridad de los padres en su mayoría solo concluyeron hasta la secundaria para ambos casos.
- De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que en su mayoría los alumnos tienen un nivel de conocimiento medio, en segundo lugar un conocimiento bajo y una minoría cuenta con un nivel de conocimiento alto.

Las variables se encuentran divididas en tres: conocimiento de conceptos, tipo y uso de métodos anticonceptivos.

En relación al **conocimiento** la mayoría sabe que es un método anticonceptivo, mientras que la minoría no lo sabe.

- Otro dato relevante nos muestra que una gran parte de la población estudiada considera que sus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad humana pueden ser aplicados para evitar un embarazo, mientras que una mínima parte refiere que no son suficientes sus conocimientos.
- Respecto a la clasificación de los métodos anticonceptivos un poco más de la mitad no sabe cómo se clasifican.

Tipo: En relación al conocimiento del tipo de métodos anticonceptivos se obtuvo que un poco más de la mitad de la población conocen los métodos de barrera, mientras que menos de la mitad no conoce, es un dato preocupante ya que este tipo de métodos son los más comunes y accesibles para toda la población, teniendo un índice de falla mínimo, bajo costo y fácil uso.

- Otro dato relevante es si consideran que el DIU es permanente la mayoría menciona que sí, mientras que la minoría dice o contrario, con esto podemos decir que el conocimiento respecto a la clasificación es deficiente.

Uso: en relación al uso se obtuvieron conocimientos deficientes ya que al preguntarles si consideraban que el condón es un método que puede utilizarse solo una vez más de la mitad que sí, mientras el resto dijo lo contrario, con lo que podemos decir que no tienen la información del uso correcto acerca de este método.

- Respecto a las complicaciones de los métodos anticonceptivos hormonales la mayoría no conoce las complicaciones, por otro lado la minoría dijo que si conoce las complicaciones. En relación a las píldoras anticonceptivas en su mayoría no saben cómo se usa este método, mientras que la minoría si sabe cómo se emplea, lo que nos hace pensar que pueden utilizar este método anticonceptivo sin saber el uso y las complicaciones que puede traer.

Con estos resultados se evidencia que la población adolescente requiere de mayor información sobre métodos anticonceptivos, si bien, un gran porcentaje los conoce la mayoría desconoce de los tipo y uso. Estos resultados señalan la necesidad de estrategias de intervención en escuelas, dirigidas a reducir los comportamientos de riesgo entre los adolescentes con un uso consciente y correcto de los métodos anticonceptivos.

SUGERENCIAS

- Dar a conocer a las autoridades de la institución educativa donde se realizó el estudio los resultados de la investigación para que identifique la situación actual del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes de la secundaria.
- Talleres en el uso de métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en las implicaciones del uso o mal uso de los mismos.
- Brindar consejería individual y grupal en materia de salud sexual y reproductiva, a través de personal capacitado (enfermeras o investigadoras) libre de prejuicios y con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su sexualidad (consejo de tutoría).

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Alarcón R., Coello J., Cabrera J., MonierG. "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia". *Rev. Cubana de Enf.* 2009; (5): 1-3. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/repercusion-embarazo-adolescencia/6/>
- Aller, Juan. Métodos anticonceptivos. Editorial McGrall Hill interamericana, México 1998.
- Bethea. Doris C. Enfermería Materno Infantil. Edit. Interamericana.
- Colomer Revuelta, J.; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia,; (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, Julio-Septiembre, 261-269.
- Crooks Robert. Baur Karla. Nuestra sexualidad. 7ª. ed Edit, interamericana Thomson. México. 1999.
- Dirección general de salud pública. Salud sexual: Guía de métodos anticonceptivos. 2008. Páginas 34. Disponible en: http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/guia_anticonceptivos.pdf
- Gutiérrez JP, Rivera- Domarco J, Shamah- Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
- Hacker, Neville, Ginecología y Obstetricia, Editorial Manual Moderno, Estados Unidos 2011.
- Issler, Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado. Agosto 2011, pág. 11-23.
- Keit, Edmond, Ginecología y obstetricia de Dewhurst, Editorial McGrall Hill, México, 2009
- Martínez Martínez R..Salud del niño y del adolescente. 5 ed. Edit.JGH editores Mexico. 2005

Monroy, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud, editorial Pax, México, 2002.

Mora Espinoza, Bárbara de las Mercedes; Posada Morales, María Neyfeth; (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. *Enfermería Actual en Costa Rica*, Enero-Junio, 1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44833022004>

[NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.](#)

[Planificación Familiar Un Manual Para Los Proveedores Actualización Modificada En 2001. Organización Mundial de la Salud. Pautas Médicas y de Prestación de Servicios de la IPPF Para Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Tercera Edición 2004](#)

[Papalia, Diane, Psicología del desarrollo, Editorial Mc Graw Hill, España 2001.](#)

[Rivea G. Arango MC, Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cuaderno de Trabajo no. 3 Parhfinder, México, 1999.](#)

[Tamayo y Tamayo Mario .Metodología de la investigación científica. Ed. Limusa, 2 ed, México, 200](#)

[Testa, Roberto, Ginecología fundamental para la práctica clínica, Editorial medico panamericana, México, 2011.](#)

[Torrens, Rosa M, Enfermería Obstétrica y Ginecología, Editorial Lexus, España 2012.](#)

[Symonds, Malcom, Ginecología y obstetricia esencial, Editorial El servier, España 2014.](#)

Zegarra Tula, Mitos y Métodos Anticonceptivos (2011), primera edición Perú, UNFPA, p. 52.

ANEXO 1: CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

CARTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Dra. Gloria Ángeles Ávila, con número de cedula: 10119218, por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente a la tesis con título: *nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene los alumnos de una secundaria mexiquense*, presentado por las pasantes en enfermería Dalia Itzel Jiménez Monroy con número de cuenta 0813232 y Erika Vilchis Dávila con número de cuenta 1120489, para obtener el grado de licenciado en enfermería, el cual apruebo el calidad de validador.

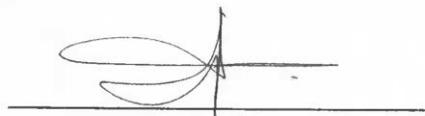


Firma

Fecha: 19 Octubre 2016

CARTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Dra. Margarita Calderón Miranda, con número de cédula Trámite, por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente a la tesis con título: **Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense**, presentado por las Pasantes en Enfermería **Dalia Itzel Jiménez Monroy** con número de cuenta **0813232** y **Erika Vilchis Dávila** con número de cuenta **1120489**, para obtener el grado de **Licenciado en Enfermería**, el cual apruebo en calidad de validador.



Firma

Fecha: 19 - Octubre - 2016

CARTA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, Mtra Teresita de Jesús Escobar Chávez, con número de cédula tramite, por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente a la tesis con título: **Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense**, presentado por las Pasantes en Enfermería **Dalia Itzel Jiménez Monroy** con número de cuenta **0813232** y **Erika Vilchis Dávila** con número de cuenta **1120489**, para obtener el grado de **Licenciado en Enfermería**, el cual apruebo en calidad de validador.


Firma

Fecha: 19 octubre 2016

ANEXO 2: CUESTIONARIO



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Licenciatura en Enfermería



Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense.

Instrucciones: Marca con una X para cada respuesta.

Edad: _____ años Sexo: F M Grado que cursa: _____

Vives con: Padre, madre y hermanos

Padre Madre Otros

Escolaridad: Padre: primaria secundaria preparatoria nivel superior

Madre: primaria secundaria preparatoria nivel superior

	Si	no	No se
1. Conoces o has escuchado hablar acerca de algún método anticonceptivo.			
2. Sabes que es un método anticonceptivo.			
3. Consideras que tus conocimientos acerca de reproducción y sexualidad humana pueden ser aplicados para evitar un embarazo.			
4. Los métodos anticonceptivos son aquellos que ayudan a prevenir embarazos y algunos evitan enfermedades de transmisión sexual.			
5. El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer.			

6. Conoces los métodos anticonceptivos para regular la fertilidad.			
7. Crees que en la primera relación sexual una mujer puede quedar embarazada.			
8. Consideras que la educación y apoyo que brinda tu colegio en cuanto a métodos anticonceptivos te será útil para aplicarlos en tu vida y evitar embarazos.			
9. Crees que la píldora de emergencia no se recomienda usar de manera continua debido a su baja efectividad y la frecuencia de efectos secundarios.			
10. Consideras que el método anticonceptivo salpingoplastia es permanente			
11. Consideras que el DIU (dispositivo intrauterino) es permanente.			
12. Conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan			
13. Crees que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente en el cual se ligan y cortan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides.			
14. Consideras que la salpingoplastia es método de anticoncepción permanente o definitiva donde las trompas uterinas se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo.			
15. Consideras que los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes.			
16. Consideras que los métodos anticonceptivos			

previenen el embarazo.			
17. Sabes cuál es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo.			
18. Consideras que el condón es un método que puede utilizarse solo una vez.			
19. Conoces las complicaciones del uso de métodos anticonceptivos hormonales.			
20. Consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo.			
21. Crees que el condón femenino es un tubo de plástico con un anillo flexible en cada extremo para ayudarlo a permanecer en su lugar en la vagina. Está cubierto con lubricante por dentro y por fuera.			
22. Piensas que el diafragma es una copa flexible de caucho que se coloca dentro de la vagina y cubre el cuello uterino y que además se usa con espermicida.			
23. Crees que el espermicida es un químico que mata el esperma, que puede utilizarse solo o en combinación con otro método anticonceptivo para mayor efectividad.			
24. Consideras que los métodos anticonceptivos hormonales funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estas hormonas impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides.			
25. Crees que el parche como método anticonceptivo se			

<p>pega a la piel, este que libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero.</p>			
<p>26. Consideras que el implante hormonal subdérmico se aplica de forma subdérmica (debajo de la dermis) en la cara interna del brazo, después de una aplicación de anestesia local.</p>			
<p>27. Sabes si las píldoras anticonceptivas se emplean con la primera pastilla tomándose el primer día de la menstruación, al terminar de tomar las pastillas del paquete, se deja un período de 7 días sin tomar pastillas, durante los cuales se presenta la menstruación.</p>			

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ padre o tutor
hago constar por medio de la presente que mi hijo (a)
_____ participe en la
investigación titulada *“Nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense”*, llevada a cabo por las
Pasantes de Licenciatura en Enfermería Dalia Itzel Jiménez Monroy y Erika Vichis
Dávila, las cuales me han explicado detalladamente cual es el objeto de trabajo, la
colaboración que esperan de mi hijo (a), al formar parte de la muestra de estudio,
me han garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que mi hijo (a)
está proporcionando. En tal sentido, por medio de la presente le estoy dando mi
consentimiento para participar en el estudio, en la secundaria Lic. Juan Fernández
Albarrán, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Firma del padre o tutor

ANEXO 4: ASENTIMIENTO INFORMADO

Vamos a realizar un estudio para saber que tanto conocen de métodos anticonceptivos. Te pedimos que nos ayudes.

Si aceptas estar en nuestro estudio, responderás un cuestionario de 27 preguntas acerca del tema de métodos anticonceptivos. Queremos saber si conoces sobre acerca de este tema, si conoces su clasificación, forma de uso y cómo actúan.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del estudio. Además, si decides que no quieres terminar el estudio, puedes parar cuando quieras. Recuerda, que estas preguntas tratan sobre lo que tú sabes.

Si firmas este papel quiere decir que lo leíste y que quieres estar en el estudio. Si no quieres estar en el estudio, no lo firmes. Recuerda que tú decides estar en el estudio y nadie se puede enojar contigo si no firmas el papel o si cambias de idea y después de empezar el estudio, te quieres retirar.

Firma del participante del estudio

ANEXO 5: OFICIO DIRIGIDO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA


UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Departamento de Evaluación Profesional

Toluca, Méx., 14 de octubre 2016

*PROF. VICENTE ELENO VALDEZ
DIRECTOR DE LA SECUNDARIA OFICIAL No. 135
LIC. JUAN FERNÁNDEZ ALBARRÁN
P R E S E N T E*

Quien suscribe *Dra. en Tanat. Yesenia García Zepeda, Jefe del Departamento de Evaluación Profesional de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México*, por este medio me permito presentar a usted a las C:

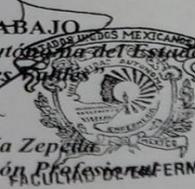
<i>Nombre</i>	<i>No. de cuenta</i>	<i>Semestre</i>
<i>Dalia Itzel Jiménez Monroy</i>	<i>0813232</i>	<i>Pasante</i>
<i>Erika Vilchis Dávila</i>	<i>1120489</i>	<i>Pasante</i>

Alumnos de este Organismo Académico *de la Licenciatura en Enfermería*; con el propósito de solicitar su autorización para aplicar la prueba piloto e instrumentos de investigación a fin de llevar a cabo el trabajo de investigación titulado: *"Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una Secundaria Mexiquense"*, siendo su asesora la *Dra. en S. C. María Dolores Martínez Garduño*.

En espera de una respuesta favorable, hago propicia la ocasión para manifestar mi agradecimiento por la atención prestada, sin otro particular por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2016, Año del 60 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"
"2016, Año de Leopoldo Flores Flores"

Dra. en Tanat. Yesenia García Zepeda
Jefe del Departamento de Evaluación Profesional


FACULTAD DE ENFERMERIA

*c.c.p. Minutario
YGZ/gloria*




Paseo Tollocan s/n Esq. Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México
Tel. 270-62-70, 270-23-57 F



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Dalia Itzel Jiménez Monroy Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene los alumnos de una secundaria mexiquense, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México, para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México a los 10 días del mes de Noviembre de 2016.

Dalia Itzel Jiménez Monroy
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Erika Vilchis Dávila Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tiene los alumnos de una secundaria mexiquense, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México, para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México a los 10 días del mes de Noviembre de 2016.


Erika Vilchis Dávila
Nombre y firma de conformidad