

ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA. UNIDAD EDUCATIVA 6 DE JUNIO “B”. COMUNIDAD DE POTOLO. GESTIÓN 2015.

Contraception and pregnancy in teenagers of secondary. Educational unit on June 6 “B”. Community of Potolo. Management 2015.

- 1 Copa Condori RM
- 2 Mérida Figueroa CA
- 3 Serrano Rojas AM.

1,2,3 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Médico General. Servicio de Salud de Potolo. Internado Rotatorio de Salud Pública.

Recepción: 10 de septiembre de 2015
Aceptado: 30 de octubre de 2015

RESUMEN

Introducción: En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado en la actualidad como un serio problema de salud pública.

Este evento produce riesgos a nivel social con la familia, mayor número de hijos e incluso ilegítimos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados. Problemas en la salud de la madre, el recién nacido, incrementa el riesgo de morbimortalidad de ambos.

Material y Métodos: La investigación es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal y el universo fue finito. La recolección de datos se realizó de forma directa por medio de encuestas dirigido a estudiantes menores de 18 años de 2do a 6to de Secundaria del Colegio 6 de Junio “B” del cantón de Potolo.

Resultados: La desinformación todavía se ha podido determinar en este grupo de estudio, como también la falta de confianza para conversar con sus familiares de esta tema. Manifiestan que la gran responsabilidad de ser padres en la adolescencia conlleva a muchas dificultades tanto familiares como con su entorno social y de educación, siendo los varones más que las mujeres que ya han comenzado su vida sexual.

Conclusiones: Este grupo de estudio no tiene un ámbito de confianza en su entorno familiar, por lo que profundiza la mala información que tienen sobre el uso de anticonceptivos, y más aún si comprenden que es mucha responsabilidad el embarazo en la adolescencia por los riesgos que puede tener.

PALABRAS CLAVE:

Gestación, Adolescencia, desinformación, familia.

SUMMARY

Introduction: In recent years there has been an increase and a greater precocity of the onset of youth sexual activity, causing an increase in the incidence of adolescent pregnancy, considered at present as a serious public health problem.

This event produces social risks with the family, greater number of children and even illegitimate, higher school dropout, unemployment or low-paid jobs. Problems in the health of the mother, the newborn, increases the risk of morbimortality of both.

Material and Methods: The research is quantitative, observational, descriptive and transversal and the universe was finite. The data collection was carried out directly by means of surveys directed to students under 18 years of age from 2nd to 6th of Secondary School 6 of June “B” of the canton of Potolo.

Results: The disinformation has still been determined in this study group, as well as the lack of confidence to talk with family members about this topic. They point out that the great responsibility of being parents in adolescence leads to many difficulties both family and social and educational, with males being more than women who have already begun their sex life.

Conclusions: This study group does not have a trust in their family environment, so it deepens the bad information they have about contraceptive use, and even more if they understand that teen pregnancy is very responsible for the risks that may have.

KEYWORDS:

Gestation, Adolescence, disinformation, family.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que: “la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años”. En algunos casos la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven queda embarazada (1).

Las estadísticas muestran que de cada cinco mujeres en el mundo se tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes, y si nos referimos a las regiones más pobres del planeta una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia.

Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo la principal causa de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años de edad en los países con ingreso bajo y mediano.

En todas las regiones en desarrollo, entre 1990 y 2000 disminuyó la tasa específica de fecundidad entre los 15 a 19 años. Siendo en América Latina y el Caribe, la tasa de natalidad en la adolescencia todavía alta.

El embarazo en las adolescentes es un problema de reconocida trascendencia, son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces. También en algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva y no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población joven tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, el sexo como paga por dinero, y la falta de educación.

Los estudios actuales demuestran que, de una lista de ocho razones para tener relaciones sexuales, tener hijos es el motivo “menos frecuentemente mencionado” (Hill, 1997). Esto parece haber sido igual en todas las épocas.

Históricamente, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Y los métodos anticonceptivos han sido la elección los cuales de un modo u otro han sido utilizados a través de la historia humana.

De hecho, la planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “sean prolíferas y se multipliquen” — desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Benedicto XVI en la actuali-

dad — (Blundell, 1995; Himes, 1963; Pomeroy, 1975; Wills, 2000).

Por supuesto que los métodos utilizados antes del Siglo XX no eran siempre tan seguros o eficaces como los actuales. Hace siglos, las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte (Skuy, 1995). Durante la Edad Media en Europa, los magos les aconsejaban a las mujeres que lleven los testículos de una comadreja puestos sobre los muslos o que le amputaran una pata y la lleven colgada alrededor del cuello (Lieberman, 1973). Otros amuletos de la época eran las coronas de hierbas, el hígado de gato disecado o los fragmentos de huesos de gato (sólo de gatos completamente negros), hilachas de lino atadas a un paño y empapadas en sangre menstrual, o el ano de una liebre. También se creía que las mujeres podían evitar el embarazo si daban tres vueltas alrededor del lugar preciso en donde había orinado una loba preñada. En Nuevo Brunswick, Canadá, las mujeres bebían una poción que tenía en su composición testículos de castor disecados macerados en una solución alcohólica muy fuerte. Y, en una época tan reciente como la década de 1990, los adolescentes en Australia utilizaban envoltorios de golosinas como condón (Skuy, 1995).

Hay algo aún más sorprendente que estos métodos extraños y totalmente ineficaces, y es que la ciencia moderna ha descubierto que muchos otros métodos de la antigüedad, en especial ciertos tratamientos de hierbas, tienen en realidad algún grado de eficacia — a pesar de que no siempre son seguros o prácticos (Riddle, 1992).

Planned Parenthood, como institución, está muy orgullosa del rol histórico que viene cumpliendo desde hace años para lograr que la planificación familiar sea segura y eficaz y esté disponible para todas las mujeres y los hombres del mundo — en 1916, Margaret Sanger abrió la primera clínica de planificación familiar en Norteamérica; en 1950, Planned Parenthood financió la búsqueda inicial de un anticonceptivo oral de primera calidad; en 1965, Planned Parenthood de Connecticut salió favorecida por la Suprema Corte de Estados Unidos en el juicio Griswold contra Connecticut (1965), que finalmente y de una vez por todas hizo revertir las leyes estatales y locales que habían prohibido el uso de anticonceptivos por parte de parejas casadas; y hoy en día, esta institución continúa liderando el movimiento a favor de la planificación familiar defendiendo y ampliando positivamente los derechos reproductivos de las mujeres y sus opciones en contra de aquellos que se proponen limitarlos (Chesler, 1992).

Las personas que usan estos métodos son generalmente aquellas que no tienen muchas otras alternativas. Pero también hay personas que tienen acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos.

Durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones, el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados.

Estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar.

En general, en la Edad de Piedra no se sabía de dónde venían los bebés. Algunos pensaban que el espíritu de los niños vivía en ciertas frutas y que el embarazo era una consecuencia de comer esa fruta. Otros pensaban que los responsables de los embarazos eran el sol, el viento, la lluvia, la luna o las estrellas; muchos creían que la espuma del mar era especialmente potente (Jensen, 1982).

El embarazo era un hecho mágico. La abstinencia nunca fue utilizada como método de planificación familiar por parte de aquellos que pensaban que la reproducción era algo mágico.

En cambio, era un método muy importante sobre todo para las mujeres que entendían la conexión entre el coito vaginal y la reproducción. En muchas culturas se esperaba que las mujeres practiquen la abstinencia después de la menarca los primeros períodos menstruales — (Sherfley, 1966). De este modo, el futuro marido estaría seguro de que era el padre de los hijos.

A lo largo de la historia, la verdadera motivación de mantener virgen a la novia y fuera de la vida pública a la mujer fue asegurarles a los hombres que su paternidad era legítima (Fisher, 1992). Irónicamente, esta misma motivación es la que dio lugar al criterio moral sexual que favorece al hombre y a la proliferación de la prostitución en la mayoría de las culturas (Bullough & Bullough, 1987).

La abstinencia como método anticonceptivo en el matrimonio fue el estandarte del Movimiento de Maternidad Voluntaria que se llevó adelante en Norteamérica durante la década de 1870, encabezado por feministas como Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony (D' Emilio & Freedman, 1988). Las sufragistas creían que las parejas casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales para controlar el tamaño de sus

familias (Abbott, 2000; D' Emilio & Freedman, 1988; McLaren, 1990).

La abstinencia de las mujeres casadas como método anticonceptivo, no obstante, provocó que los hombres casados recurrieran más todavía a la prostitución, lo cual a su vez generó epidemias de infecciones de transmisión sexual hacia fines de siglo XX (Brandt, 1985; Bullough & Bullough, 1987).

En respuesta al aumento de la prostitución y las infecciones de transmisión sexual, en 1885, el Movimiento de Abstinencia Femenina, destinado a elevar los valores de los hombres al nivel de los y de las mujeres, por ejemplo, respecto de la abstinencia, lanzó la Campaña de la Cinta Blanca, que proponía que los hombres que decían ser puros lleven una cinta blanca en la solapa (D' Emilio & Freedman, 1988).

Al ir transcurriendo las décadas, uno de los principales motivos para que los adolescentes practiquen la abstinencia hoy en día es evitar embarazos no planificados. En el pasado, era común que las mujeres jóvenes pudieran explorar su sexualidad con juegos sexuales que incluían la penetración vaginal sin correr el riesgo de quedar embarazadas porque la menarca no les llegaba hasta más avanzada la adolescencia (San Filippo & Hertweck, 1998). Durante el siglo pasado, hubo una disminución radical en la edad promedio de la menarca, y esa es una de las razones del reciente aumento de embarazos adolescentes en occidente (Hrdy, 1999). En la Edad Media, la edad promedio de la menarca era posiblemente alrededor de los 20. En otras palabras, por más apasionados que fueran los jóvenes como Romeo y Julieta, era muy improbable que su conducta tuviera "serias consecuencias" (Aries, 1962).

Hacia 1840, la edad promedio de la menarca había descendido a los 17-18 años. Y hoy en día la edad promedio en la cual las jóvenes tienen su primer período es 12.5 años. Los fisiólogos creen que la anticipación de la menarca tiene que ver con una mejor nutrición y con factores de tipo genético y ambiental (San Filippo & Hertweck, 1998).

Siempre ha existido la actividad sexual entre adolescentes y preadolescentes, a pesar del tabú social. Las jóvenes de la actualidad tienen el mismo interés natural en explorar su sexualidad, pero es mucho más fácil que las "descubran" si tienen un embarazo no planificado por tener relaciones sexuales vaginales sin protección.

Anualmente, casi un millón de adolescentes (el 10% de todas las mujeres entre 15 y 19 años son todas aquellas que han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas. Una de las causas obvias consiste en tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos adecuados durante la adolescencia. Debido a que ningún método es 100% seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo

Las estadísticas muestran que el 24% de las chicas y el 27% de los chicos estadounidenses han tenido relaciones sexuales antes de la edad de los 15 años y el porcentaje aumenta a un 66% con respecto a los adolescentes solteros que, a la edad de 19 años ya tienen vida sexual activa.

En 1997, un estudio demostró que solo el 41% de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años terminan la escuela secundaria comparando con el 61% de las adolescentes con antecedentes sociales y económicos similares que no tienen hijos hasta tener 20 o 21 años de edad.

Todos los años 15 millones de mujeres de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos no todos son de forma voluntaria. Una selección de países de América Latina, un 20% a 60% de las mujeres de 20 años actualmente embarazadas, estos han sido no planeados o no deseados.

En el 2002, alrededor del 11% de todos los nacimientos en EEUU correspondió a madres adolescentes (entre los 15 y 19 años), la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes (alrededor del 67%) corresponden a mujeres de entre los 18 y 19 años.

Alrededor de 860,000 adolescentes quedan embarazadas cada año. Y alrededor 425,000 dan a luz. Una de cada 3 adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad (3).

En Bolivia, el embarazo en adolescentes tiende a convertirse en un problema de salud pública. Sólo en 2014, 1.549 adolescentes entre 11 y 18 años dieron a luz en el hospital materno Germán Urquidí. La maternidad precoz representa un cambio brusco en la vida de estas mujeres: muchas tienen que cambiar los cuadernos por pañales y al no tener el apoyo de su familia y pareja viven en la pobreza.

Al menos el 23 por ciento de la población en el país tiene entre 10 y 19 años. Se estima que el 18 por ciento de las mujeres entre los 15 y 18 años ha sido madre en Bolivia. Por lo menos, el 70 por ciento no

planificó su embarazo, según un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Las niñas y adolescentes no están biológicamente desarrolladas para afrontar el embarazo por lo que son vulnerables a sufrir complicaciones. Otra dificultad que afrontan es que forman hogares con pocos ingresos y muchas están nutricionalmente agotadas. Decenas de adolescentes mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y parto, según la Organización Mundial de la Salud.

La Organización de Naciones Unidas señaló que las tasas pueden reducirse en Bolivia con educación sexual, "acceso a métodos anticonceptivos" y servicios diferenciados.

En Cochabamba, las adolescentes recurren al Programa para Adolescentes del hospital materno. Éste fue diseñado para dar orientación e información; sin embargo, por la cantidad de embarazos que se registran se ha convertido en un lugar de control prenatal. El problema es la ingenuidad y la desinformación sobre métodos anticonceptivos y la sexualidad. Algunas buscan el aborto, pero se les recomienda la adopción (4).

La adolescencia como ha sido definida anteriormente: como un período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, es decir es una etapa de transición de la vida infantil a la adulta. A esta edad sus actividades sexuales son predominantemente auto eróticas y de intercambio de juegos sexuales, aunque algunos ya comienzan a realizar el acto sexual coital.

Durante la adolescencia la actividad sexual, desde los besos casuales hasta el coito, satisface una gran cantidad de necesidades importantes de las cuales la menos importante es el placer físico.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es importante para cualquier edad, ya que es una manera segura de cuidarse y evitar enfermedades de transmisión sexual, así como para una buena planificación familiar; en el presente estudio se distinguen los diferentes métodos anticonceptivos y su uso adecuado.

Estudiar el presente tema se debe a que en la actualidad se observa a nuestro alrededor, mujeres que a muy temprana edad quedan embarazadas, jóvenes que a edades bastante tempranas cumplen la responsabilidad de ser padres; deben comportarse como adultos para mantener una familia. Además del hecho de que dejan de estudiar y peor aún ya no disfrutan el ser

adolescentes porque toman responsabilidades grandes a edades cortas.

Destacamos como una prioridad a estudiar la relación que tienen los métodos con los embarazos a temprana edad; que para nuestro estudio es un factor importante, intentando destacar de manera clara y comprensible algunas variables como: Adolescencia, Métodos anticonceptivos y embarazos a temprana edad y como se relacionan las mismas. De esta manera nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles serán las razones por las que los adolescentes menores de 18 años no conocen o no usan métodos anticonceptivos y como este influye en los embarazos a temprana edad en la unidad educativa 6 de Junio en la comunidad de Potolo en la gestión 2015?

Siendo uno de los temas más importantes y de mayor relevancia dentro de la comunidad de Potolo es necesario realizar una investigación sobre el conocimiento que tienen los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y educación sexual ya que hemos podido analizar durante nuestra permanencia en el cantón de Potolo que los embarazos a temprana edad son bastante comunes; por otra parte vemos que afecta muchas esferas en la vida de las adolescentes embarazadas tanto como en la vida del padre adolescente debido a que no se encuentran preparados para llevar a cabo el papel de madre y/o padre ya que "no son estables psicológicamente", por lo cual muchas veces los abuelos o familiares toman la responsabilidad de la crianza del niño. Así mismo muchas veces llegan a tomar decisiones extremas como el abandono de hogar, dejar de estudiar, abortos clandestinos, incluso el suicidio. Además del hecho de que las adolescentes tienden a tener un mayor número de hijos con periodos intergenésicos más cortos, lo cual genera más pobreza.

Cabe mencionar también el riesgo que corre el recién nacido de la madre adolescente, como el hecho de que tiene mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, desnutrición, retardo en el desarrollo físico y emocional, negligencia en el cuidado y maltrato, ya que los adolescentes ignoran toda la responsabilidad que significa ser padres idealizando el mismo.

Este trabajo está destinado a dar información confiable a la población adolescente, a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco Xavier, a las autoridades, y trabajadores en salud sobre el conocimiento que tienen los y las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y cómo éste

se encuentra relacionado con los embarazos a temprana edad, además de dar una breve mirada a las causas por las cuales estos adolescentes no saben o no conocen del tema y la manera en la que esta falta de conocimiento afecta a la población adolescente en esta comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adolescencia al "período 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 (1).

Además, 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. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años) (5)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

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.

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y

asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan 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 estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *“una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**”*.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes (6)

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a Sociedad Represiva:** Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b Sociedad Restrictiva:** Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c Sociedad Permisiva:** Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones

sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Es relevante también el poder referirse a los métodos anticonceptivos.

Que son los procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas (7 - 8).

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

Métodos de BARRERA

Son aquellos que actúan como un obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina.

Condón MASCULINO O PRESERVATIVO

Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. Los condones (masculinos y femeninos) son el único método anticonceptivo que además de evitar el embarazo protegen y por lo tanto disminuyen las posibilidades de contraer infecciones de transmisión sexual.

Descripción del método

Los preservativos, condones o profilácticos están hechos de una fina goma. Es una funda delgada de látex diseñada para cubrir el pene y evitar que el contenido seminal entre en contacto con el tracto reproductor femenino.

Efectividad/tasa de falla

Tal como se los utiliza comúnmente, hay alrededor de 15 embarazos por 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos no quedarán embarazadas, es decir tiene una efectividad de 98%.

Mecanismo de acción

El condón crea una barrera entre el pene y la vagina durante la relación coital, no permitiendo que los espermatozoides entren en contacto con la vagina y el cuello del útero, impidiendo así la fecundación.

Beneficios:

- ▶ Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, en cada acto sexual.
- ▶ Cuando se los usa correcta y consistentemente, los condones evitan 80% a 95% de la transmisión del VIH que hubiera tenido lugar sin ellos.
- ▶ No necesita prescripción médica.
- ▶ Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se los usa correcta y consistentemente.
- ▶ Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia.
- ▶ También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo de piel a piel, como es el caso del herpes y el papilomavirus humano.
- ▶ La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa premenopáusica.
- ▶ Sirve como protección adicional, cuando la mujer está tomando medicamentos que interfieren con la efectividad de los anticonceptivos orales.
- ▶ Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix.

Riesgos conocidos para la salud:

Extremadamente raro: reacción alérgica severa (entre los individuos que sufren de alergia al látex).

Qué no hay que hacer cuando se usa un condón

- ▶ Hay algunas prácticas que pueden aumentar el riesgo de que un condón se rompa, por lo que hay que evitarlas.
- ▶ No desenrolle el condón mucho antes de aplicarlo sobre el pene.

- ▶ No utilice lubricante con base oleosa, porque puede dañar el látex del condón.
- ▶ No utilice un condón decolorado, con color desparejo o con cambios de color.
- ▶ No utilice un condón que esté quebradizo, reseco o muy pegajoso.
- ▶ No use el condón más de una vez.

DIAFRAGMA

¿Qué es?

Es una membrana de látex con un borde en forma de anillo, flexible, que debe ser colocado en la vagina, cubriendo el cuello del útero.

¿Cómo evita el embarazo?

El diafragma impide la entrada de los espermatozoides dentro del útero.

¿Cómo se usa?

La mujer debe consultar con un profesional de salud capacitado para verificar la medida del diafragma que debe usar.

El diafragma debe ser colocado en todas las relaciones sexuales, antes de cualquier contacto entre el pene y la vagina. Puede ser colocado inmediatamente antes de la relación sexual, o algunas horas antes, o usarlo continuamente, retirándolo una vez por día para lavarlo.

El diafragma puede ser usado con o sin espermicida. Si es usado con espermicida, éste debe ser colocado dentro del diafragma en una cantidad equivalente a una cucharada de postre (aproximadamente 10 ml.). Si es usado sin espermicida, su uso debe ser continuo, o sea, el diafragma debe estar siempre dentro de la vagina y ser retirado una vez al día para lavarlo. Sin embargo, habiendo tenido una relación sexual es necesario esperar 6 horas para retirarlo, lavarlo y re-colocarlo.

La colocación del diafragma incluye los siguientes pasos:

- ▶ Verificar si el diafragma no presenta orificios o rajaduras.

- ▶ Con una mano apretar el anillo del diafragma hasta que los bordes se toquen, sujetándolo firme de una de las puntas.
- ▶ Con la otra mano, la mujer debe abrir los labios e introducir el diafragma en la vagina, debiendo quedar la parte cóncava siempre para arriba.
- ▶ Empujar el diafragma hasta el fondo de la vagina, y con un dedo, empujar el borde hasta el hueso del pubis.
- ▶ Introducir uno o dos dedos en la vagina para confirmar que el diafragma esté cubriendo totalmente el cuello del útero.

Cómo se retira: Para retirarlo, se debe introducir un dedo en la vagina, engancharlo por el borde del anillo del diafragma y empujarlo hacia abajo y hacia fuera.

El diafragma debe ser retirado 6 a 8 horas después de la última relación sexual, aunque puede quedar colocado hasta 24 horas, como máximo. En el caso de estar usando el diafragma con espermicida y la mujer vaya a tener una relación sexual se recomienda colocar más espermicida en la vagina, utilizando un aplicador, no siendo necesario retirar el diafragma.

Eficacia: Pueden embarazarse alrededor de 6 a 16 de cada 100 mujeres durante un año.

Anticonceptivos Hormonales

Eficacia usual. De 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso).

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Son píldoras que contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno) similares a las que se producen en el cuerpo de la mujer.

¿Cómo evitan el embarazo?

Impiden la ovulación, o sea, la salida del ovocito desde el ovario. Produce también alteración del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina hacia el útero.

Se clasifican en:

a) Combinados monofásicos:

- ▶ macrodosificados

- ▶ microdosificados

b) Combinados trifásicos.

c) Mensuales.

d) Minipíldora o anticonceptivos sólo de progesterona.

Tipos de píldoras combinadas:

La mayoría de las píldoras son de tipo **monofásico**: todas las píldoras del envase (o ciclo) contienen la misma dosis de estrógeno y progestágeno. Las más usadas y mejor evaluadas son las que contienen 30 mcg de etinil estradiol y 150 mcg de levonorgestrel. También hay píldoras bifásicas o trifásicas que tienen distintas cantidades de hormona en las diferentes semanas pero no hay evidencia de que sea mejor o más inocuo que los monofásicos y sus efectos clínicos son similares.

¿Cómo se usan las píldoras combinadas?

El primer comprimido debe ser tomado entre el primer y quinto día del ciclo menstrual. También se puede iniciar sin menstruación si se está segura/o de que la mujer no está embarazada, debiendo ella usar protección anticonceptiva adicional por 7 días en este caso.

Se debe tomar un comprimido todos los días, y el intervalo de descanso entre un envase o caja y otra depende del tipo de preparado (21, 22 o 28 píldoras):

Envase de 21 píldoras: después de tomar la última píldora del envase, la mujer no debe tomar ninguna píldora durante 7 días y debe iniciar el próximo envase en el octavo día.

Envase de 22 píldoras: después de tomar la última píldora del envase, la mujer no debe tomar ninguna píldora durante 6 días y debe iniciar el próximo envase en el séptimo día.

Envase de 28 píldoras: al terminar la última píldora del envase, la mujer debe tomar la primera píldora del próximo envase al día siguiente, sin intervalos.

Errores en la toma de los anticonceptivos hormonales orales:

Los errores más frecuentes son:

- ▶ Olvido de toma, modificar el intervalo de días indicado por el proveedor entre el último comprimido

de una caja y el primer comprimido de la siguiente, efectuar "descansos" en la toma (sin que el proveedor lo haya indicado por una circunstancia especial), abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

En el caso de haber olvidado la toma de un comprimido:

Si transcurrieron menos de 12 horas del horario habitual de toma: tomarlo en ese momento. No es necesario tomar otras medidas.

Si pasaron más de 12 horas del horario habitual de toma: Durante la primera y segunda semana de toma de comprimidos de la caja actual, se debe tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas (la olvidada el día anterior y la que corresponde al día actual). Además, se debe utilizar preservativo por siete días consecutivos contando desde el día en que se tomó el comprimido olvidado.

Durante la tercera semana de toma de comprimidos de la caja actual, se puede optar entre dos procedimientos:

1. Interrumpir la toma de pastillas y tirar el resto de la caja. No tomar pastillas por siete días, y al octavo día iniciar una nueva caja. La fecha menstrual se modificará (se adelantará) pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada cuando se trata del primer comprimido olvidado en el mes; es decir, si todos los anteriores fueron tomados correctamente.

2. Tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas (la olvidada el día anterior y la que corresponde al día presente). Continuar tomando los comprimidos hasta terminar la caja, y comenzar una caja nueva inmediatamente a continuación de la anterior, sin el intervalo habitual de siete días sin pastillas. La menstruación se presentará sólo al terminar esta segunda caja, pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada si se habían olvidado otros comprimidos durante el mes; es decir, si no fue el único olvido durante la toma de la presente caja.

Ventajas:

- ▶ Bajo riesgo de complicaciones.
- ▶ Muy efectivos cuando se usan correctamente.

- ▶ Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración, así como los cólicos menstruales.
- ▶ No necesitan períodos de descanso.
- ▶ Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia.
- ▶ Puede interrumpirse su uso en cualquier momento, recuperándose inmediatamente la fertilidad.
- ▶ Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro.
- ▶ Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas:

- ▶ Algunas usuarias refieren que la necesidad de toma diaria les incomoda.
- ▶ Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado intermenstrual, cefaleas sin trastornos de la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso (sólo el 20 % aumenta más de dos kilos en un año). Estos suelen desaparecer con la continuidad del tratamiento y no son una indicación para discontinuar el uso.

MENSUALES

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol). Produce frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

Ventajas: Su comodidad.

Desventajas: Alta frecuencia de efectos adversos.

¿Cómo se toman?

Se debe tomar el primer comprimido el día 23° del ciclo, y luego regularmente cada 30 días (la misma fecha calendario).

El efecto anticonceptivo comienza luego del sangrado que sigue a la primera toma.

Anticoncepción oral de emergencia (AOE)

PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 72 horas después del coito vaginal sin protección.

- ▶ Cuanto antes se tomen, mejor.
- ▶ No afectan un embarazo en curso.
- ▶ Son seguras para toda mujer, incluso para mujeres que no pueden utilizar los métodos anticonceptivos hormonales continuos.
- ▶ Son una oportunidad para que la mujer empiece a utilizar un método continuo de planificación familiar.

Hay muchas opciones que se pueden usar como píldoras anticonceptivas de emergencia. Los productos especialmente diseñados, las píldoras con progestina sola, y los anticonceptivos orales combinados, todos pueden actuar como anticonceptivos de emergencia.

Descripción del método

Las PAE contienen sólo progestina (levonorgestrel), o una progestina y un estrógeno juntos, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.

El levonorgestrel es un análogo de la progesterona y tiene los mismos efectos que esta hormona, entre ellos que es capaz de mantener el embarazo. Por eso se llama así a la progesterona, porque es progestacional, favorece la gestación; la otra acción que tiene la progesterona es convertir el endometrio proliferativo (por acción de los estrógenos) en un endometrio receptivo al embrión. Por último cuando se administran antes de la ovulación, suprimen la ovulación, eso lo hacen todas las progestinas, el levonorgestrel no es excepción.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos postcoitales.

Efectividad/tasa de falla: Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales coitales vaginales una vez durante la segunda o tercer semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente ocho queden embarazadas.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen sólo progestina, probablemente una quede embarazada, es decir 99% de efectividad.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno (ACO's – YUZPE), probablemente dos queden embarazadas, es decir 98% de efectividad.

¿Cuándo tomarlas?

Lo antes posible después de una relación coital sin protección. Cuanto antes se tomen las PAE, más posibilidades existen de evitar el embarazo.

Pueden prevenir el embarazo cuando se las toma en cualquier momento dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo, porque el efecto de las hormonas administradas depende del día en que se usan, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre.

En la gran mayoría de los casos en riesgo, los espermatozoides permanecen 1 y 5 días en el tracto genital femenino. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que el anticonceptivo de emergencia interfiera con el transporte y la vitalidad de los espermatozoides y/o con el proceso ovulatorio, y que prevenga por estos mecanismos el encuentro del óvulo con un espermatozoide en la trompa de Falopio.

Si se usa antes de la ovulación, la anticoncepción de emergencia impide la liberación del óvulo.

La anticoncepción de emergencia no produce alteraciones del endometrio. Los estudios realizados en animales de experimentación demuestran que el levonorgestrel no impide la implantación. El levonorgestrel produce alteración del moco cervical y la anticoncepción de emergencia puede alterar el transporte y la vitalidad de los espermatozoides. Estos mecanismos impiden la fecundación. La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido ni causa un aborto.

Es apropiada en caso de:

- ▶ Uso incorrecto de un método anticonceptivo, falla y/u olvido del método.
- ▶ Accidente durante el uso (rotura o deslizamiento del condón).
- ▶ Relación sexual no protegida.
- ▶ Violación.

Anticonceptivos Inyectables

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Se los clasifica como:

- a) Mensuales de primera generación
- b) Mensuales de segunda generación
- c) Trimestrales

a) Mensuales de primera generación: Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enantato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihi-dro-xiprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno.

La alta dosis de estrógenos de liberación prolongada produce frecuentes alteraciones del ciclo como hipermenorrea y menometrorragia. Es por ello que habitualmente no se los recomienda.

b) Mensuales de segunda generación: Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enantato de Noretisterona teto de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente.

Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en

que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez).

La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario (por ejemplo: si su primer aplicación fue el 9 de noviembre, que realice las siguientes aplicaciones el 9 de cada mes: 9 de diciembre, 9 de enero, etc.).

Ventajas: Una sola aplicación mensual.

Desventajas: Son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.

c) Trimestrales: Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias. Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial.

La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas: Su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

Desventajas: Frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

Iniciación y seguimiento

Los **anovulatorios orales** comienzan a tomarse entre el 1° y el 5° día del ciclo, según las hormonas que contengan. Se deberá seguir las instrucciones de cada preparado en particular. Se administran diariamente durante 3 semanas, con una semana de intervalo entre cada ciclo.

La minipíldora comienza a tomarse el 1^{er} día del ciclo y se administra en forma ininterrumpida mientras se desee postergar el embarazo.

Los inyectables mensuales de última generación se administran el primer día del ciclo y luego una vez por mes en la misma fecha calendario.

Control de seguimiento

Control de tensión arterial y examen clínico completo previo. Luego, cada 6 meses.

Anualmente se practicará Papanicolau y examen ginecológico.

En pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular se evaluarán transaminasas, colesterol HDL y triglicéridos.

Indicaciones para interrumpir la administración de Anticonceptivos Hormonales

- ▶ Gestación.
- ▶ Trastornos tromboembólicos
- ▶ Tromboflebitis
- ▶ Embolia pulmonar
- ▶ Isquemia miocárdica
- ▶ Trastornos cerebrovasculares
- ▶ Trombosis mesentérica
- ▶ Trombosis retiniana
- ▶ Cefalea severa de origen desconocido
- ▶ Migraña severa o con síntomas neurológicos
- ▶ Epilepsia que se agrava
- ▶ Esclerosis en placas que se agrava
- ▶ Aparición de ictericia, hipertensión, depresión
- ▶ Intervención quirúrgica programada (cambiar de método por barrera o DIU, seis semanas antes; los de abstinencia periódica no serían confiables en estas circunstancias).

Dispositivos Intrauterinos

(DIU-T de Cobre)

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170).

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

- ▶ Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- ▶ Sistemas liberadores de hormonas.

Dispositivos intrauterinos con cobre; con cobre y plata o con cobre y oro.

Existen diferentes modelos de DIU medicados con metales: TCu-380 A, TCu-380 Slimline (más delgado); TCu-200; TCu-200B; TCu-220C; Nova-T; Multiload-250; Multiload-375.

El DIU más ampliamente disponible, llamado TCu-380 A, dura por lo menos 10 años.

Mecanismo de acción

Se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo. Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de las gametas.

Ventajas

- ▶ No interfiere con las relaciones sexuales.
- ▶ Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- ▶ No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- ▶ Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).

- ▶ Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

- ▶ Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como:
- ▶ cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
- ▶ Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
- ▶ Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
- ▶ Más cólicos o dolor durante los períodos.
- ▶ No protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- ▶ No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS.

Controles o seguimiento

El primer control se realizará 3 a 6 semanas después de la inserción.

Anualmente, realizar un examen clínico ginecológico y Papanicolau.

En cuanto al tiempo de duración o permanencia del DIU, se aconseja seguir las instrucciones del fabricante.

Indicaciones para su remoción

- ▶ Solicitud de la mujer.
- ▶ Cualquier efecto secundario que hace a la mujer solicitar su remoción, incluyendo el dolor.
- ▶ Indicaciones médicas:
- ▶ Embarazo.
- ▶ Enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
- ▶ Perforación del útero.
- ▶ DIU con expulsión parcial.
- ▶ Sangrado intermenstrual o muy abundante durante las menstruaciones.
- ▶ Cuando la vida útil del DIU ha terminado.

- ▶ Un año después de su último período premenopáusico.

Técnica de colocación apropiada del DIU en el post parto

- ▶ Masaje uterino hasta disminuir el sangrado.
- ▶ Insertar el DIU dentro de los 10 minutos posteriores al alumbramiento placentario.
- ▶ Administración ocitócica pero no analgésica y/o anestésica.
- ▶ Tomar el dispositivo con pinza de aro.
- ▶ Tomar el cérvix con una segunda pinza de aro.
- ▶ Colocar el DIU en la cavidad uterina.
- ▶ Mantener abdomen/útero con la mano libre.
- ▶ Asegurarse de que el dispositivo esté lo más cerca posible del fondo uterino.
- ▶ Soltar el DIU y rotar la pinza de aro 45°.
- ▶ Desplazar lateralmente la pinza, antes de retirarla suavemente.

Seguimiento

Control a las cuatro semanas, para comprobar la colocación correcta, visualizando los hilos del dispositivo. En caso de que éstos no se observen, realizar control ecográfico. Si se comprueba expulsión anterior, plantear una nueva inserción.

Contraceptivos Químicos

Eficacia: Los fracasos en el uso no combinado oscilan entre el 6 y el 26 %. Mejoran la eficacia de los métodos de barrera.

Espermicidas

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos.

Los espermicidas más utilizados en nuestro país son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio y con menor frecuencia el Octoxynol o el Mefengol.

Deben introducirse en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito –ya que pierden su actividad espermicida con el transcurso del tiempo– y no menor de 10 a 15 minutos antes –para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas–. Debe recomendarse no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas luego del coito.

Debido a su alta tasa de fallas, se recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo o el diafragma.

Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.

Esponjas Vaginales

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

Ventajas: Son de uso temporario. No presentan efectos secundarios sistémicos.

Desventajas: Su baja eficacia. Puede inducir reacciones alérgicas en cualquiera de los miembros de la pareja. Dificultades en la extracción.

Métodos Anticonceptivos Temporales

Métodos Naturales

Método de la Lactancia-Amenorrea (MELA)

Descripción del método: Basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad (“lactancia” significa que está relacionado amamantar; “amenorrea” significa no tener menstruación).

El método de la lactancia y amenorrea (MELA) requiere cumplir tres condiciones, estas son:

1. Que la madre no haya vuelto a menstruar durante los primeros seis meses después del parto.
2. Que el bebé esté siendo alimentado con lactancia materna exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche.

3. Que el bebé tenga menos de seis meses de edad.

Cuando la usuaria no cumple con los tres criterios o no desea continuar con el método, puede elegir otro método anticonceptivo.

“Pecho o lactancia exclusiva: Alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna). El niño o niña debe recibir seno materno inmediatamente después de nacer (dentro la primera hora de nacido), darle el pecho las veces que quiera por lo menos 10 veces durante las 24 horas” (AIEPINUT).

Efectividad/tasa de falla

La efectividad es de 98%, siempre y cuando se cumplan los tres criterios arriba mencionados.

La tasa de falla es de dos embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses posparto.

Mecanismo de acción

La estimulación frecuente del pezón materno (mediante la succión) produce una mayor liberación de hormona prolactina, esto suprime la ovulación.

Al dar de lactar se reduce la descarga pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual a su vez suprime la liberación de hormona luteinizante(LH), indispensable para la actividad ovárica y la ovulación. La succión del recién nacido provoca dos reflejos: la secreción de oxitocina y prolactina, esenciales para mantener la producción de leche (que también depende de la frecuencia y duración de la lactancia). La prolactina compite con la hormona folículo estimulante (FSH), hormona también importante para la ovulación.

Características

Es apropiado para mujeres que cumplen los criterios arriba mencionados.

Beneficios

- ▶ Efectividad elevada e inmediata.
- ▶ No tiene efectos secundarios.
- ▶ No necesita supervisión médica.
- ▶ No requiere de insumos.

- ▶ No implica costo alguno.
- ▶ Disminuye el sangrado posparto.
- ▶ Mejora la salud del recién nacido

Limitantes:

- ▶ Efectividad elevada sólo hasta que se reanuda la menstruación o hasta los seis meses posparto.
- ▶ No protege contra las ITS-VIH/SIDA.
- ▶ Si la madre tiene el VIH, existe la posibilidad de que éste pase al bebé a través de la leche materna.

Efectos secundarios:

- ▶ No existen efectos secundarios ni complicaciones atribuibles al método.

Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la mujer

Métodos de Abstinencia Periódica

Tipos de métodos:

- ▶ Entre los métodos de abstinencia periódica están:
- ▶ El método del calendario o método del ritmo (OginoKnaus).
- ▶ El método de la temperatura basal corporal (TBC).
- ▶ El método del moco cervical o método de la ovulación (Billings).
- ▶ El método sintotérmico.
- ▶ El método de días fijos o días estándar

Efectividad/tasa de falla: Con el uso correcto y consistente, la efectividad es de 91 a 99%. Se registran de 1 a 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

El retorno de la fertilidad, después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, se da sin demora.

No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Mecanismo de acción

Se previene el embarazo al evitar voluntariamente el coito vaginal durante el período fértil del ciclo menstrual. Si no hay coito vaginal los espermatozoides no entran en contacto con el óvulo de la mujer y por lo tanto no hay fecundación.

Características

- **Efectos colaterales:** Ninguno.
- **Riesgos conocidos para la salud:** Ninguno.
- **Beneficios de los métodos de abstinencia periódica**
 - ▶ Promueven el conocimiento del aparato reproductor femenino (puede servir para evitar un embarazo o para conseguirlo).
 - ▶ No interfieren con la lactancia materna.
 - ▶ No hay riesgos para la salud relacionados con estos métodos.
 - ▶ No tienen efectos secundarios.
 - ▶ Promueven la participación y la responsabilidad del varón en la anticoncepción.

Método del Calendario o del Ritmo

(OginoKnaus)

Descripción del método

Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer. Para identificar el período fértil se debe:

- ▶ Registrar en un calendario los días de las menstruaciones (desde el inicio hasta su término) durante 6 ciclos.
- ▶ Identificar el ciclo menstrual más corto y más largo.
- ▶ Recordando que el ciclo menstrual es el período comprendido entre el primer día de la menstruación y el día que antecede el primer día de la siguiente menstruación.
- ▶ Aplicar la siguiente fórmula para calcular el período fértil:

Restar 18 al ciclo más corto para obtener el primer día del período fértil.

Restar 11 al ciclo más largo para obtener el último día del período fértil.

Ejemplo: si una mujer tuvo 6 ciclos como los que siguen: 29 días, 30 días, 28 días, 31 días, 32 días y 31 días. Tomar el ciclo más corto, de 28 días, y restar 18, el resultado es 10. Tomar el ciclo más largo, de 32 días, y restar 11, el resultado es 21. En este caso, el período fértil está comprendido entre el 10° y el 21° día del ciclo.

¿Cómo se usa?

Siguiendo el ejemplo anterior, la mujer/pareja tendrá que evitar las relaciones sexuales vaginales desde el 10° día del ciclo (no del mes) hasta el 21° día del ciclo (incluyendo estos días).

Atención: Si la diferencia entre el ciclo más corto y el más largo es de 10 días o más, este método NO puede ser utilizado.

Método de la Temperatura Basal Corporal (TBC)

Importante: Si la mujer presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, puede que sea difícil utilizar el método TBC.

Descripción del método: Se basa en el aumento de la temperatura corporal justo después de la ovulación; este aumento está asociado a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.

¿Qué es?

Esta técnica considera que hay un alza térmica post-ovulatoria de aproximadamente 0.5° C por sobre el promedio de fase folicular, la que se produce entre 2 y 3 días después del pico plasmático de LH mientras que la ovulación se produce dentro de las 24 horas que siguen al pico de LH en plasma.

¿Cómo se usa?

El alza térmica debe ser observada por 3 días consecutivos y se debe mantener la abstinencia desde el comienzo del ciclo hasta el cuarto día del alza térmica.

Algunas parejas usan el cálculo del ritmo calendario para determinar el primer día fértil y poder utilizar el

período infértil pre-ovulatorio para la actividad sexual. Sin embargo, esto no se recomienda ya que puede aumentar el riesgo de embarazo.

Método del Moco Cervical (Billings)

Importante: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco o secreción cervical, es posible que este método sea difícil de utilizar.

Descripción del método

Se basa en el reconocimiento e interpretación de cambios cíclicos en el moco o secreción cervical. Estos cambios ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógeno.

Durante un ciclo menstrual la mujer puede tener diferentes sensaciones en la entrada de la vagina y cambios en las características del moco cervical. Las parejas que practican este método pueden tener coitos vaginales durante la fase pre-ovulatoria y durante la fase post-ovulatoria, ya que es posible identificar la fase infértil en ambas partes del ciclo, si se monitorea el patrón del moco cervical.

El pico ovulatorio se calcula a partir de la observación de los cambios en el moco cervical a lo largo del ciclo ovulatorio. Cuando el moco se hace abundante, claro y filante, se suspenden las relaciones sexuales.

Métodos de Esterilización

Por considerarlos métodos definitivos, no son de elección en planificación familiar salvo en situaciones especiales.

Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres y, por lo tanto, consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor. Es necesario también, capacitación especial del proveedor.

Vasectomía

Eficacia: 99,9 %

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

Ventajas:

▶ Es permanente.

- ▶ No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- ▶ Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- ▶ Es un procedimiento simple y seguro.
- ▶ Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
- ▶ Requiere consejería y consentimiento informado que sea a propósito.

Desventajas:

- ▶ Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- ▶ Requiere cirugía por parte de médico capacitado.
- ▶ No es efectivo en forma inmediata.
- ▶ No protege contra ETS/SIDA

Interrupción Quirúrgica Tubaria

Eficacia: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento.

En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas.

La interrupción quirúrgica tubaria es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2000 mujeres). En los siguientes 10 años después del procedimiento asciende a 0,75 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 133).

Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos.

Ventajas

- ▶ No necesita suministros ni controles periódicos.
- ▶ No interfiere con las relaciones sexuales.

- ▶ No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

- ▶ Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.
- ▶ En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
- ▶ Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
- ▶ No provee protección contra ETS/SIDA.

La investigación se realizó en el distrito 8, ubicado al norte del departamento de Chuquisaca, provincia Oropeza, municipio Sucre. Agrupa 37 comunidades reconocidas con personalidad jurídica como Organizaciones Territoriales de Base. Siendo el cantón de Potolo la población más importante.

Organizaciones Territoriales de Base (OTB) y Asociaciones Comunitarias

La población del Distrito 8, está estructurada a través de Organizaciones Territoriales de Base, expresadas en las comunidades campesinas establecidas según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias.

Cuentan con Juntas Escolares, las cuales están conformadas por cinco personas de la comunidad, elegida en asamblea comunal, cuyo mandato dura un año, es la encargada de organizar y coordinar actividades con los profesores de las escuelas en las diversas comunidades. Principalmente supervisa la asistencia de profesores y alumnos y las actividades relacionadas con el desayuno escolar.

Prácticamente, estas juntas están en todas las comunidades donde existen escuelas.

Hipótesis

Si los adolescentes reciben educación sobre métodos anticonceptivos entonces se evitarán los embarazos no deseados a temprana edad.

Material y Métodos

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal y el universo fue finito. La recolección de datos se realizó de forma directa por medio de encuestas dirigido a estudiantes

menores de 18 años de 2do a 6to de Secundaria del Colegio 6 de Junio "B" del cantón de Potolo.

La población de estudio fueron 222 alumnos del Colegio 6 de junio "B" de segundo a sexto de secundaria menores de 18 años del cantón de Potolo.

Selección y tamaño de muestra:

- ▶ Se obtuvo el tamaño muestral utilizando la fórmula para poblaciones finitas con un 95% de confiabilidad y un $\alpha=0,05$, teniendo como resultado una participación de 141 individuos para encuestar:
- ▶ Para la técnica de muestro se utilizó el Muestreo Aleatorio Simple.
- ▶ Los criterios de inclusión fueron:
- ▶ Estudiantes de segundo a sexto de secundaria del Colegio 6 de Junio "B" del cantón de Potolo. Gestión 2015
- ▶ Criterios de exclusión
- ▶ Estudiantes que no pertenezcan al colegio 6 de Junio "B".
- ▶ Estudiantes que no pertenezcan a los cursos de segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto de secundaria.
- ▶ Estudiantes mayores de 18 años.
- ▶ Estudiantes de otros establecimientos educativos.

Técnicas e instrumentos para la recolección de información de datos

Se recogió la información mediante una encuesta estructurada donde se utilizó un cuestionario con preguntas referidas al tema en forma directa a los alumnos de segundo a sexto de secundaria del Colegio 6 de Junio "B".

Procedimientos que garantizan aspectos éticos en la investigación

La presente investigación fue desarrollada tomando en cuenta los diferentes aspectos éticos que se requiere para una adecuada y conveniente recolección de datos; al ser nuestro tema uno de los más frecuentes y de mayor cuidado dentro del cantón de Potolo.

Dentro de los aspectos tomados en cuenta en nuestra investigación se encuentran las formalidades que se tuvieron desde el acceso a la unidad educativa por medio de cartas formales a la directora del establecimiento con las correspondientes respaldos del Centro de Salud Cristo Rey; hasta la instrucción previa que se da a los alumnos acerca del objetivo de la encuesta a llenar y la confidencialidad de la misma.

Posteriormente y para la culminación de la recolección de datos se brindó una charla educativa respecto al tema en cuestión; con el objetivo de que los alumnos de dicha unidad educativa tengan un mayor conocimiento de cuáles son los métodos que pueden emplear al iniciar o mantener la actividad sexual para así poder evitar o disminuir los embarazos a corta edad.

Para el procesamiento de la información se utilizaron el paquete estadístico Microsoft Excel v. 10 y Epidat v. 3.1

RESULTADOS

El grupo de estudio conformado por 141 individuos estaba compuesto por 78 varones y 63 mujeres, de los varones 33 (42.31%) eran de 13 a 15 años y 45 (57.69%) correspondían a la edad de 16 a 18 años. En las mujeres el 49,12% (31) tenían la edad entre 13 a 15 años y el 50,79% (32) eran de 16 a 18 años respectivamente.

Del total de alumnos encuestados el 53% de los alumnos del sexo masculino no hablaron con sus padres sobre educación sexual, mientras que el 59% de las mujeres si alguna vez habían conversado con sus padres sobre educación sexual.

El 67% de los varones encuestados no tiene la confianza de hablar con sus padres, y el 68% de las adolescentes mujeres del estudio tampoco tiene a confianza de hablar con sus padres.

Los estudiantes varones manifestaron en un 50% que no tienen la confianza de hablar con sus padres sobre educación sexual y métodos anticonceptivos; el motivo es el miedo y en el caso de las mujeres en un 63% manifiestan los mismos motivos y también la vergüenza como motivo de la falta de confianza en ambos grupos.

De los 141 alumnos encuestados; el sexo masculino piensa que la edad apropiada de inicio de relaciones sexuales es de 20 a 23 años en un 41%; al igual que las mujeres del estudio en un 46%.

Del total de alumnos encuestados; los varones refie-

ren haber iniciado su vida sexual en un 52%; y las mujeres no iniciaron su vida sexual en un 57%.

Más de la mitad (55%) de los varones no tiene conocimiento sobre lo que son y para qué sirven los métodos anticonceptivos, al igual que las mujeres en un 51%.

El 38% de las mujeres dice obtener información sobre métodos anticonceptivos de amigos, los hombres refieren recibir información del mismo medio en un 32%. En segundo lugar están los medios como la TV, el internet y el colegio.

Los varones sí dicen usar método anticonceptivo en un 54%; mientras que las mujeres refieren no protegerse en sus relaciones sexuales en un 56%.

El método anticonceptivo más usado en el grupo de alumnos encuestados es el condón, en los varones en un 100% y en las mujeres en un 67%.

Del total de alumnos encuestados, los varones refieren que no usarían métodos anticonceptivos en un 63% al igual que las mujeres en un 53%.

La mayor parte del grupo de estudio, no conoce las responsabilidades que conlleva el ser padre/madre adolescente; los varones en un 68% y las mujeres en un 64%. Los que sí conocen las responsabilidades de ser padre/madre adolescente; las mujeres dicen que son satisfacer necesidades económicas en un 57%; al igual que los hombres en un 40%.

Las mujeres dicen que la actitud que tomarían al ser madres adolescentes es trabajar en un 49%; al igual que los varones en un 40%. En segundo lugar pedirían ayuda a familiares en ambos grupos.

Los varones encuestados dicen que la edad apropiada para que una mujer sea madre es >24 años en un 62%, lo mismo refieren las mujeres en un 57%.

Del total de alumnos encuestados se puede observar que la mayoría de los mismos, tanto hombres como mujeres manifiestan que la responsabilidad de ser padres o madres conllevarían una serie de dificultades tanto económicas y familiares, como sociales y psicológicas correspondientemente; en tanto que un 11% de las mujeres y un 22% de los varones expresan que ninguno de los anteriores se concebiría como un problema al tiempo de asumir la responsabilidad de ser padres o madres adolescentes.

La mayoría de los alumnos encuestados no tienen algún familiar que esté embarazada o fue madre adolescente los varones en un 54% y las mujeres en un

52%, sin embargo los que presentan familiares que son madres adolescentes en los varones un 48% y las mujeres 46%.

Del 100% de la población de estudio el 58% y 63% responde que tiene familiares con embarazos adolescentes es decir dentro los 16 a 18 años de edad; dichas respuestas fueron dadas tanto por varones como mujeres respectivamente.

Por otra parte el 42% (varones) y 37% (mujeres) manifiestan que los familiares con embarazos adolescentes que tuvieron dentro del seno familiar oscilaban entre los 13 y 15 años de edad.

CONCLUSIONES

Los adolescentes que reciben información sobre el uso de métodos anticonceptivos, tienen menor probabilidad de ser padres a temprana edad; sin embargo un gran porcentaje no tuvieron acceso a esta información por lo tanto no conocen su uso o prefieren no usar ningún tipo de método anticonceptivo debido a que la sociedad trata este tema como tabú.

El factor comunicación en el seno familiar del grupo de estudio es deficiente ya que muchos de ellos prefieren no hablar con sus padres y/o familiares, siendo las principales causas el miedo y la vergüenza.

Dentro de los adolescentes que recibieron información sobre métodos anticonceptivos se observa que los varones no hablan con sus padres de este tema siendo quizás éstos los que tienen más libertad dentro de nuestra sociedad, observamos por otro lado que las mujeres hablan con mayor frecuencia con sus padres.

Los adolescentes que no hablan con sus padres o que tienen dudas sobre el tema en cuestión generalmente obtienen información de sus amigos, siendo éste un tema bastante preocupante ya que ellos no son una fuente confiable debido a que presentan las mismas dudas.

Un gran porcentaje de los adolescentes del estudio ya comenzaron su vida sexual, siendo el condón el método más usado, aunque muchos prefieren no usar ningún método por la falta de conocimiento.

Podemos determinar que el conocimiento de métodos anticonceptivos es bastante importante, observamos que la mayor parte de los adolescentes no conocen que son los métodos anticonceptivos y mucho menos saben para que sean útiles, por lo tanto esto predis-

pone a una mayor cantidad de embarazos adolescentes en esta región.

Se pudo observar que casi la totalidad de los adolescentes no conoce las responsabilidades que conlleva el ser padres, es mas muchos de ellos al ser cuestionados sobre este tema no responden al mismo.

RECOMENDACIONES

Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. Por ello consideramos importante la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema.

Formar grupos de apoyo para madres y padres adolescentes en colaboración con el personal de salud; siendo como objetivo principal el resolver las diferentes inquietudes que presentan antes, durante y después del embarazo, así como terapias psicológicas para ambos, de esta manera ayudarlos a ser buenos padres.

Fomentar a los padres de familia a la comunicación con sus hijos, mediante charlas que promuevan que la información sobre métodos anticonceptivos y educación sexual no conlleva ningún riesgo para los adolescentes, al contrario son beneficiosos para llevar una vida sexual responsable.

Entendemos que el embarazo de las adolescentes es producto de la carencia de información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al sexo y los roles, ya que es necesario para que éste se pueda adaptar a su ambiente y a los individuos que lo rodean, para que comprenda las responsabilidades y deberes que va a tener, y también para poder desempeñar esa función sexual “aprobada por la sociedad”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Naciones Unidas, Informe sobre los ODM, [Internet]. 2012. Disponible desde: <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente>.
- 2 UNFPA, Embarazo en adolescentes [Internet]. 2010. Disponible desde: <http://bolivia.unfpa.org/content/el-embarazo-en-adolescentes-limita-tu-proyecto-de-vida>

- 3 Planned Parenthood, Historia Métodos Anticonceptivos [Internet]. 2012. Disponible en: www.plannedparenthood.org
- 4 Amurrio Montes, L. Periódico Los Tiempos, 18 de febrero 2015. Disponible desde: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20150218/hay-1500-embarazos-en-adolescentes-al-ano_291708_643524.html
- 5 Issler, JR. Embarazo en la adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107, Agosto 2014: pp. 11 – 23.
6. Bachmann G, Leiblum S, Kemman E, Butler RN, Lewia MI, Hoffman E. Sexualidad humana. Investigación En Salud (Internet). 2010 (citado el 15 de mayo de 2015) 6: pp.19-29. Disponible desde: <http://www.scielo.com/dx.doi.org/>
- 7 Guía de métodos anticonceptivos (Internet). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación (citado el 15 de abril de 2015). Disponible desde: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/anticonceptivos>
- 8 Guía de métodos anticonceptivos (Internet). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación (citado el 15 de abril de 2014). Disponible desde: <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/anticonceptivos>