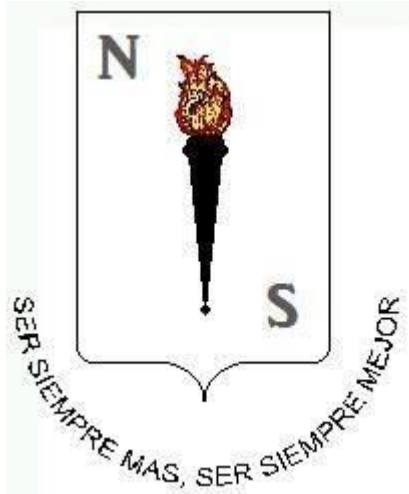


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722.



TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA
POBLACIÓN EN EDAD REPRODUCTIVA DE 15 A 45 AÑOS, DESDE LA
PERSPECTIVA DE JORGE PELÁEZ MENDOZA.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

AMANDA RUBIO HERREJÓN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por darme la vida, porque me ha permitido llegar a este momento.

A mis padres: Por darme la vida, su amor y cariño desde siempre, su apoyo incondicional y por creer en mi en cada instante, ya que, sin ellos no habría sido posible lograr cada una de mis metas, son mi motor para seguir adelante y, mis fuerzas de luchar cada día.

A mis abuelitos: Porque siempre están cuando más los necesito, siempre me han cuidado y brindado su amor y apoyo incondicional, por su paciencia, ya que, nunca dejaron de creer en mí.

A mis hermanos: Por brindarme su apoyo y sobre todo su alegría porque hasta en los días que parecían más grises ellos siempre hicieron que en mi rostro apareciera una sonrisa. Porque son las personitas por las que siempre estaré agradecida con la vida por hacernos una familia.

A mis maestros: Por su paciencia y rectitud en cada hora de clase que nos impartieron, por compartirnos sus conocimientos y experiencias y nos guiaron por el buen camino día con día para que llegáramos hasta donde estamos.

A mis compañeras de clase: Por sus infinitas risas, sus bromas y picardías en el salón de clases, porque juntas llegamos sin saber nada y nos vamos con una serie de conocimientos y experiencias que juntas compartimos a lo largo de la carrera, juntas compartimos alegrías, enojos, injusticias y tristezas. Un agradecimiento en especial a mi compañera y amiga Aimee López González por su apoyo incondicional en cada momento, ya que juntas compartimos muchos logros, por cada risa ya que ahora juntas logramos una meta más en nuestras vidas.

A mi institución: Por la tan forjada disciplina que hizo que llegáramos hasta donde estamos.

DEDICATORIA

A mi padre: Por siempre preocuparse en darme lo mejor y ver por mí en cada uno de los momentos, por su paciencia, su cariño y apoyo para la realización de esta meta, porque es uno de mis más grandes motores a seguir adelante.

A mi madre: Por siempre brindarme su apoyo incondicional en cada momento, porque nunca dejo de recordarme cuán importante era para ella y cuán orgullosa se sentía de mí, por su paciencia y su amor, ya que, nunca me ha dejado sola y es una de mis más grandes fuerzas para seguir adelante.

A mis abuelitos: Por amor y apoyo incondicional, porque nunca dejaron de creer en mí y siempre estar en los mejores y en los peores momentos de mi vida. Porque son las personas que me impulsan a seguir adelante día con día brindándome sus mejores consejos y su inmensa sabiduría.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 VIDA Y OBRAS	10
2.2 INFLUENCIAS.....	16
2.3 HIPÓTESIS.....	17
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	18
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
2.6 OBJETIVOS.....	22
2.6.1 GENERAL.....	22
2.6.2 ESPECÍFICOS	22
2.7 MÉTODOS.....	23
2.7.1 CUANTITATIVO.....	23
2.7.2 CUALITATIVO.....	23
2.7.3 CIENTÍFICO	24
2.8 VARIABLES.....	24
2.9 ENCUESTAS.....	25
2.10 GRAFICADO	27
3. GENERALIDADES.....	28
3.1 CONCEPTOS	28
3.2 CARACTERÍSTICAS	28
3.3 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?	30
3.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN.....	33
3.5 ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	33
3.6 LOS BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	34
3.7 TASAS DE EMBARAZO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.....	36
3.8 CÓMO ESTAR RAZONABLEMENTE SEGURO DE QUE UNA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA.....	36
4. ANTECEDENTES DE LA ANTICONCEPCIÓN.....	37
4.1 SEPARACIÓN DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.....	37

4.2 RELIGIÓN Y SEXUALIDAD.....	39
4.3 CONTROL DE LA REPRODUCCIÓN.....	41
4.4 PRESERVATIVO.....	43
4.5 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL.....	45
4.6 ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANTE SUBCUTÁNEO).....	46
4.7 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL VAGINAL.....	46
4.7.1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL).....	46
4.8 LOS MÉTODOS NATURALES.....	47
5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	47
5.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA.....	50
5.2 CLASIFICACIÓN.....	67
5.3 INTRAUTERINOS.....	67
5.4 NATURALES.....	81
5.5 PERMANENTES.....	98
5.6 DE EMERGENCIA.....	102
5.6 HORMONALES.....	105
5.7 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	128
5.8 IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	130
6. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	131
6.1 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	132
6.2 PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	134
6.3 COMPLICACIONES SOCIALES PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.	135
6.4 APOYO A LA MUJER EMBARAZADA EN UN CONTEXTO VULNERABLE.	136
6.5 APOYO A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLACIÓN.....	137
6.6 ANTICONCEPCIÓN DESPUÉS DE UN ABORTO.....	137
6.7 SÍNDROME POST-ABORTO.....	137
6.8 RUPTURA DE PAREJA.....	137

7. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	138
7.1 ACTITUD DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE.....	138
7.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENTE.	139
7.3 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENTE	140
7.4 VIVIR EL PROBLEMA EN SILENCIO Y SOLEDAD.	142
7.5 IDEAS IRRACIONALES.	142
7.6 BLOQUEOS EMOCIONALES Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.	143
7.7 AMBIVALENCIA ANTE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD:.....	143
7.8 PROBLEMAS CON LA PAREJA.	143
7.9 PROBLEMAS PARA EL BEBÉ.....	143
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	144
8.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS BARRERA.	146
8.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).....	147
8.3 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA.	148
8.4 TRANSDÉRMICA.....	150
8.5 VAGINAL.	151
8.6 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SÓLO GESTÁGENOS.....	152
8.7 SUBCUTÁNEO.	154
8.8 SUBCUTÁNEO.....	154
8.9 INTRAUTERINO.....	154
9. CONCLUSIÓN	156
10. BIBLIOGRAFÍA	159
10.1 BÁSICA.....	159
10.2 COMPLEMENTARIA.....	165
11. GLOSARIO.....	168

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tesis hablará acerca del conocimiento que las personas en edad reproductiva suelen tener acerca de los métodos anticonceptivos, o bien, la planificación familiar y de cuán importante es llevarla a cabo.

La planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. También se refiere a la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.

Los métodos anticonceptivos nos permiten:

- Vivir la sexualidad de una manera libre, plena y satisfactoria.
- Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo.
- Planificar el número de hijos/as y cuándo tenerlos, evitando embarazos no deseados.

No existe un método anticonceptivo perfecto que vaya bien a todas las personas. Tanto él como ella deben decidir y adecuar, a lo largo de su vida, cual es el anticonceptivo para utilizar, según edad, situación personal, frecuencia en las relaciones sexuales, salud, etc.

Todos los seres humanos tienen derecho a vivir su sexualidad de la manera más libre y placentera posible. También los jóvenes, que experimentan sus primeras sensaciones sexuales desde edades muy tempranas, tienen derecho a recibir la información y la educación necesarias, para tomar decisiones responsables y sentirse seguros, evitando riesgos como el embarazo no deseado.

Para planificar el momento más adecuado para tener hijos existen los métodos anticonceptivos, que consisten en una gran variedad de formas de evitar la fecundación de manera temporal y reversible. Cada pareja puede elegir el método

que más se adapte a sus necesidades y debe tener muy claro que las relaciones sexuales que se realizan sin un método anticonceptivo de por medio, representan un riesgo muy grande: una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual, puede quedar embarazada, aunque esté dando de mamar a un bebé y todavía no le haya vuelto el período, puede quedar embarazada, aunque se lave muy bien después de tener sexo.

Hoy en día, es uno de los temas a debatir de gran relevancia ya que existen diferentes puntos por los cuales no se es posible que una persona pueda llevar a cabo su vida sexual de manera plena y responsable, existen diferentes tabúes acerca de este tema, uno de ellos viene siendo la religión, ya que, hoy en día sigue tomando un papel importante dentro de la sociedad haciendo mentes conservadoras que no permitan ver más allá.

Otra de las cuestiones vendría siendo el vivir en comunidades donde no permitan tener acceso a módulos de información donde puedan proporcionar una orientación adecuada acerca de la planificación familiar, cabe mencionar que en este tipo de localidades es donde existe un mayor índice de embarazos múltiples debido a la falta de información a hombres y mujeres en edad reproductiva.

Se hablará sobre los diferentes métodos anticonceptivos, y como se utilizan ya que uno de los problemas en la planificación familiar se debe al desconocimiento de los métodos anticonceptivos porque no basta el conocerlos sino también saberlos utilizar.

Es importante no sólo enfocarse en las mujeres en edad reproductiva, ahora también es de gran importancia involucrar a la parte masculina ya que muchos de ellos no tienen conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y algunas veces no quieren ser partícipes de ellos, se cree que porque la mujer es quien recibe estos métodos es quien deba recibir la información, pero en este trabajo de investigación se mostrara acerca de la importancia de que la pareja que está recibéndolos tenga

el conocimiento adecuado para que tengan la misma eficacia, además de que por conocimiento propio el hombre conozca y sepa cómo funcionan los métodos anticonceptivos ya que, aunque no son muchos, algunos anticonceptivos son también para hombres y deben saber cuál es su función y eficacia de los mismos.

Un embarazo no deseado suele llevar a desordenes en diferentes factores como son psicológicos, sociales, económicos, etc. Es por ello que se insiste el conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que, cada uno puede desencadenar diferentes problemas que en un futuro pueden llegar a convertirse en grandes problemas sociales que no solo perjudicaría a ese núcleo familiar sino a la sociedad en general. Debido a la falta de ingresos económicos puede generar el robo u optar por algunas adicciones: drogadicción, alcoholismo, etc. Ya que esto proviene del stress o ansiedad del no tener con que mantener una familia o incluso de los mismos hijos.

El embarazo a temprana edad se ha vuelto también en uno de los más grandes problemas en nuestro país, se sabe que México es el primer lugar a nivel mundial en desarrollar embarazos en la adolescencia. La secretaria de salud, entre otras instituciones, se han encargado de difundir la información a las distintas escuelas, la información la hay, el problema destaca aun en cada uno de nuestros hogares donde muchas veces los padres no desean informar a sus hijos de manera oportuna acerca del tema y se escandalizan al momento de hablar de ello.

Un embarazo adolescente implica más daños en todos los factores ya mencionados debido a la edad tan temprana que la adolescente se está sometiendo, ya que no solo solo son factores sociales sino también físicos, ya que su cuerpo aun no es capaz de procrear un nuevo ser.

Se presentarán también algunas de las causas que origina esta problemática y sobre cómo podemos combatirlo y llevarlo a cabo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRAS

Métodos anticonceptivos. Es un libro del Dr. Jorge Peláez Mendoza, presidente de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto/Juvenil del Ministerio de Salud Pública en Cuba, que trata los conceptos más novedosos respecto a los métodos anticonceptivos. Brinda un perfil amplio que no sólo aborda los problemas biológicos de la anticoncepción, sino también temas tan candentes como los éticos y otros muchos vistos desde una óptica eminentemente social.

Es un excelente texto que aborda de forma integral, actualizada y con una óptica multidisciplinaria, los más novedosos conceptos respecto a los métodos anticonceptivos. Constituye una obra única de necesaria consulta para todos los profesionales y técnicos que trabajan en la esfera de la salud reproductiva y la planificación familiar, y muy en especial para los médicos de la familia. En su elaboración, su autor principal, el doctor Jorge Peláez Mendoza, logró nuclear a su alrededor a un excelente colectivo de profesionales del más alto nivel, quienes nos han entregado un material muy completo que desarrolla temas de gran interés.

Dada la trascendencia y actualidad de su contenido, la lectura de esta obra tiene un relevante valor social, y resulta de gran utilidad también para diversos sectores de la población, entre los que se destacan por su importancia los adolescentes y jóvenes.

Vida y obra del autor

Jorge Peláez Mendoza. Médico especialista de segundo grado y profesor auxiliar de Obstetricia y Ginecología.

Nació en el año 1955. Ha ocupado varios cargos como:

Presidente de la Comisión Nacional de Ginecología y de la Sección Infanto/Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia y delegado por Cuba a su Asamblea General.

Miembro correspondiente extranjero y asesor internacional de diversas sociedades científicas internacionales.

Miembro de la Comisión Nacional de Atención a la Salud Integral del Adolescente y del Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología.

Ha representado a Cuba en eventos internacionales y ha sido profesor principal de cursos y talleres nacionales sobre ginecología infanto/juvenil y salud reproductiva del adolescente.

Premios y distinciones

Diploma al mérito por haber obtenido la máxima calificación en todas las asignaturas del curso 77-78 del ISCM Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Graduado más destacado en Estudio Trabajo Hospital General Docente Enrique Cabrera ISCM de La Habana. Curso 78-79.

Sello Nacional Forjadores del Futuro por su aporte sobresaliente a la actividad colectiva científico-técnica BTJ mayo 1981 y 1982.

Evaluación Excelente con Felicitación por el resultado integral de su trabajo durante dos años en la República de Zambia, Diciembre 1989.

Carta de reconocimiento del director de Salud de North Western Province, República de Zambia, por la calidad de su trabajo al frente del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Solwezy General Hospital.

Medalla 30 Aniversario de los Comité de Defensa de la revolución, (CDR)

Vanguardia Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud en 1998.

Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia

Se hace un análisis de la problemática del embarazo en la adolescencia y de la anticoncepción como uno de los elementos que se deben tener en cuenta a la hora de enfrentar este problema de salud; se valoran ventajas y desventajas de la anticoncepción y se relacionan con los peligros médicos y sociales del embarazo, concluyéndose que si se acompaña de una adecuada educación sexual, las ventajas de la anticoncepción son mayores a sus riesgos; por lo tanto, deben considerarse como un pilar fundamental en la lucha por la reducción de la incidencia del embarazo en las adolescentes y sus negativas consecuencias(AU)

Cesárea en la Adolescente: Morbilidad Materna y Perinatal

Se realiza un estudio prospectivo, de caso-control que tiene como finalidad conocer la morbilidad materna y perinatal ocasionada por la operación cesárea en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Materno Infantil "10 de octubre" de Ciudad de La Habana durante el año 1992. Se tomó como grupo estudio (n=105) adolescentes sometidas a la operación cesárea, y se comparó con un grupo control conformado por el resto de las gestantes cesareadas (n=953). Esta información fue recogida de los expedientes clínicos y de las actas del Comité de Cesárea; se utilizó el estadígrafo (z) para comparación de medias muestrales. En las adolescentes cesareadas se contactó tendencia a la disminución de los nacimientos y menor índice de cesáreas, así como incremento de la multiparidad con diferencias significativas ($p < 0,01$). Los eventos referidos a la morbilidad materna y perinatal mantuvieron elevada incidencia en este grupo, donde también fue observado mayor índice de bajo peso y asfixia neonatal; se emiten conclusiones al respecto y se sugiere hacer extensivo este estudio al resto de las maternidades de Ciudad de La Habana(AU)

Adolescente embarazada: características y riesgos

Se realiza un extenso análisis sobre las características inherentes a las

adolescentes embarazadas, y se enfatiza en los riesgos del embarazo en esta etapa de la vida. Se destacan, entre otros, aspectos relacionados tanto con la morbilidad materna como con la perinatal. Se concluye que solo con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida, para mejorar así los resultados perinatales(AU)

En el marco de la actividad cultural, "La noche de los Libros" que se realizó el pasado 3 de julio de 2009, se hizo la presentación del libro Embarazo en la Adolescencia. Dos caras de una moneda en el área exterior del Banco de sangre situado en la calle 23 esquina a 2 en el Vedado.

Los autores de este libro de la Editorial Científico Técnica son los ginecobstetras Dr. Aldo Rodríguez Izquierdo y Dra. Omayda Safora Enríquez.

El prólogo de este libro fue realizado por el Dr. Jorge Peláez Mendoza, Presidente de la Sección de Ginecología Infanto Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología que ilustra con su opinión el contenido:

"La preocupación por la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes, ha sido un elemento fundamental de los especialistas dedicados a la atención Ginecológica Infanto Juvenil desde que se creara en nuestro país el primer grupo multidisciplinario para la atención ginecológica diferenciada a este sector de la población.

Es precisamente el embarazo precoz y sus dos aristas, convertirse en madre adolescente o someterse a un aborto, uno de los retos principales a enfrentar en el terreno de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

El presente texto, elaborado por dos destacados profesionales que integran la directiva de la Sección Infanto Juvenil de la Sociedad Cubana de Ginecología y

Obstetricia, aborda precisamente, con un lenguaje asequible y un enfoque novedoso, estas dos disyuntivas que se les presentan a la adolescentes cuando son sorprendidas por un embarazo no deseado ni buscado, el acudir al aborto o convertirse en madre adolescente, dilema este que puede constituir un elevado riesgo para el futuro reproductivo de la mujer.

Apoyar el derecho de las adolescentes a elegir la interrupción de una gestación no deseada de forma segura, es un elemento central de la misión de los servicios de Ginecología Infanto Juvenil. Este objetivo se ha ido materializando a través de la paulatina y sistemática implementación de la Atención Diferenciada al Aborto en las Adolescentes, servicio que se haya incluido en el Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente, constituyendo una importante herramienta para la preservación y promoción de la salud sexual y reproductiva de este sector de la población, así como al incremento de las opciones y oportunidades para la adolescente, por lo que promueve igualmente la equidad de género.

Según nuestro punto de vista, la decisión de cuántos hijos tener y cuándo y cómo tenerlos, constituye un derecho humano básico de la pareja, y muy en especial de la mujer, incluidas las adolescentes. Trabajar en aras de garantizar una adecuada calidad y proyecto de vida para las adolescentes mediante la promoción y la atención integral de la salud, es un compromiso y un deber. Dentro de este gran objetivo se incluyen entre otros tres elementos básicos: la educación sexual integral y el libre acceso a métodos anticonceptivos adecuados a sus características y necesidades. La reducción de los embarazos no deseados, dentro del cual obviamente el derecho y el acceso a servicios de aborto seguro juega un importante rol y la atención especializada y diferenciada a la adolescente que desea continuar su gestación.

Sin pretender elaborar un modelo normativo, el presente texto aborda con sencillez, pero a su vez profundidad, diversos aspectos relacionados con la ocurrencia de embarazos no deseados ni buscados en estas edades, así como

las opciones disponibles para las adolescentes ante esta disyuntiva y los múltiples elementos que se imbrican en cada una de estas posibilidades u opciones.

Resulta novedoso y de gran interés la inclusión dentro del mismo de las diversas opiniones de sus protagonistas, las adolescentes, que al narrar sus vivencias en torno al fenómeno embarazo no deseado. Nos brindan una información vital para trazar estrategias de enfrentamiento hacia esta problemática.

Es por todo ello que considero que este texto, elaborado por los colegas Aldo Rodríguez y Omayda Safora, resulta de gran interés y utilidad para el trabajo en la esfera de la salud sexual y reproductiva, siendo de particular interés para el médico de la familia y la atención primaria de salud, elemento fundamental y eslabón inicial dentro de la gran batalla nacional que venimos librando desde hace ya más de quince años en pro de una adolescencia y juventud sana y una garantía plena de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes.

Confiamos y esperamos pues que la presente obra cumpla sus objetivos y se convierta en un instrumento de valor para el trabajo comunitario con adolescentes y jóvenes, pueda traspasar estas fronteras, llegue incluso a resultar de mucha utilidad para la familia cubana, ya que como hemos comentado, a pesar de abordar estos temas con profundidad, utiliza al mismo tiempo un lenguaje ameno y asequible a amplios sectores de la sociedad, por lo que le auguramos una gran aceptación por parte de la población, aspecto este que constituiría una merecida recompensa a sus autores por tan ingente esfuerzo."

2.2 INFLUENCIAS

Médico especialista de segundo grado y profesor auxiliar de Obstetricia y Ginecología; presidente de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto/Juvenil y de la Sección Infanto/Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología; miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia y delegado por Cuba a su Asamblea General; miembro correspondiente extranjero y asesor internacional de diversas sociedades científicas internacionales; miembro de la Comisión Nacional de Atención a la Salud Integral de Atención a la Salud Integral del Adolescente y del Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Ha representado a Cuba en eventos internacionales y ha sido profesor principal de cursos y talleres nacionales sobre ginecología infanto/juvenil y salud reproductiva del adolescente. Siendo el de una población donde los embarazos en la adolescencia están a la orden del día, el decidió enfocarse a la planificación familiar en base a experiencias de sus propias pacientes ya que a cada una las ha afectado de diferente manera en diferentes ámbitos de su vida. Para él, la mujer es un ser muy valioso y es por eso que debe respetarse, cuidarse y valorarse por lo que ama su profesión que se encarga de la mujer misma en las diferentes etapas de su vida.

2.3 HIPÓTESIS

- El nivel de conocimiento de una población en edad reproductiva acerca de la protección que ofrecen los métodos anticonceptivos es muy bajo.
- El desconocimiento de los métodos anticonceptivos llevará a una mayor probabilidad de embarazos no deseados, ya que interesa no sólo el conocerlos, sino el saber utilizarlos.
- La falta de información lleva a que la población no conozca sobre los riesgos y complicaciones que implica un embarazo no deseado.
- Hacer consciencia en la población sobre lo que implica un embarazo no deseado ayudará a reducir el índice de mortalidad materna.

2.4 JUSTIFICACIÓN

El cuerpo de conocimientos sobre lo sexual ha crecido en forma asimétrica y en una menor proporción que otros frentes de las ciencias de la salud. Reconocer que es necesario, conveniente y justo indagar por la sexualidad de las personas y las poblaciones ha significado una ruptura paradigmática que, se espera, lleve a la reflexión en el personal de salud sobre sus carencias de conocimiento y capacitación. No obstante, también alude a la profunda necesidad de dar a conocer a la población el derecho a la salud sexual.

La atención sanitaria recibe personas con necesidades latentes o manifiestas en su sexualidad. Los ámbitos clásicos y vigentes de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados han venido albergando, cada vez más, a personas que vienen a consultar por disfunción eréctil o bajo deseo sexual, entre otras disfunciones.

En consecuencia, cuando se propone hablar de sexualidad y de salud sexual se alude a una realidad sustancial y visceral de nuestras sociedades. En tales circunstancias, la ética del cuidado puede convertirse en una estrategia que permita sensibilizar al personal de salud acerca de la realidad de las personas que acuden a solicitar sus servicios. Igualmente, ofrece la opción de enfrentamientos asertivos y empoderados en las personas que experimentan amenazas o daños en su salud sexual. Dicho acercamiento no está circunscrito necesariamente a una visión particular de género o a la instalación de una dicotomía entre una atención en salud basada en el paradigma de lo femenino o lo masculino.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años. Otros autores la definen como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, etapa caracterizada por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano. Tradicionalmente, se considera a la adolescencia como una etapa relativamente exenta de problemas de salud; sin embargo, es evidente que, aun cuando la morbilidad y la mortalidad son bajas en los adolescentes, están expuestos a factores de riesgo a la salud como el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, los accidentes, los homicidios y los suicidios; además, deben enfrentarse durante esta etapa a su sexualidad, y evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

La información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales proviene de censos, encuestas socio demográficas y epidemiológicas, principalmente.

Las encuestas realizadas se han focalizado hasta ahora primordialmente en el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos. Como por lo general los estudios se han centrado en una perspectiva de déficit los hombres deberían hacer o participar más o en desarrollar discursos para convencerlos de participar en programas prediseñados, se han preocupado poco por conocer los propios puntos de vista de los varones.

La idea subyacente es que la manera como construyen el concepto que tienen de la masculinidad tiene una influencia decisiva en sus relaciones con los demás; en el caso que nos ocupa particularmente, en sus relaciones sexuales con las mujeres y, por lo tanto, en la salud sexual y reproductiva.

Más de una quinta parte de los niños que nacen de madres adolescentes son producto de embarazos no deseados. La cobertura de métodos de anticoncepción posparto, aun entre adolescentes que se atendieron en centros médicos, no rebasa 45%. Las estrategias educativas en las que se promueve la deliberada planeación de una fecundidad postergada son intervenciones que prometen mayor efectividad que las desplegadas por los programas que promueven la abstinencia sexual o la postergación de su inicio.

La población de jóvenes entre 12 y 24 años que existe actualmente es la más grande de todos los tiempos, con un total de 1.5 billones. Esta generación se encuentra expuesta a problemas de salud propios de la edad y de la realidad social contemporánea como los trastornos alimentarios, alcoholismo, drogadicción, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo adolescente no planeado.

Actualmente, 45% de las nuevas infecciones de VIH ocurren en población de 15-24 años. Asimismo, si bien en los últimos años la tasa de embarazo adolescente ha decrecido, en países en desarrollo éste representa aún una proporción elevada. En 2007, en América Latina (AL) 18% de los nacidos vivos fue de madre de menos de 20 años.

La principal estrategia para la prevención de ITS/VIH y embarazo no planeado entre adolescentes han sido las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el no uso o uso inconsistente de anticonceptivos). En diversos países esta estrategia se ha centrado en intervenciones escolares dirigidas a los jóvenes, lo que muestra efectos mixtos.

Un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes es involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad. Ellos son agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir. Si se parte de la idea de que los padres son o debieran ser cuidadores

y motivadores de comportamientos saludables en sus hijos, el comportamiento sexual debería ser incluido.

La investigación planteada contribuirá a generar un modelo para identificar un nivel de conocimiento en un aspecto muy importante en la vida de las y los individuos en edad reproductiva. Así mismo, los resultados del estudio ayudaran a crear una mayor consciencia entre los jóvenes universitarios sobre la importancia de tener un buen nivel de conocimiento de la información clara y precisa de la protección que ofrecen los métodos anticonceptivos, podrán tomar la decisión de como planificar su vida, disminuir el número de embarazos no planeados y prevenir algunas enfermedades de transmisión sexual. Así mismo como estudiantes del área de la salud podrán transmitir su conocimiento a la población mediante información como método preventivo.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nivel de conocimientos sobre lo sexual ha crecido en forma asimétrica y en una menor proporción. Ya que el mayor porcentaje de conocimientos se ha demostrado que está en mujeres, sin embargo, el porcentaje sobre el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos es bajo.

El número de embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual se debe a la falta de conocimientos que tienen las mujeres y hombres de la actualidad. Y que han ido en aumento en los últimos años.

En consecuencia, cuando se propone hablar de sexualidad y de salud sexual se alude a una realidad sustancial y visceral de nuestras sociedades. Sin embargo, es importante omitir este tipo de situaciones y crear una consciencia en la sociedad, el tener como base la información preventiva para mejorar nuestra salud sexual y reproductiva.

Un factor importante es el conocimiento que tienen los jóvenes desde su hogar ya que los padres de familia son los que dan a conocer el tema de la sexualidad su protección y sus consecuencias. Ellos son agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender. Si se parte de la idea de que los padres son o debieran ser cuidadores y motivadores de comportamientos saludables en sus hijos, el comportamiento sexual debería ser incluido. De esta manera se vería reflejado de una manera diferente el comportamiento sexual de los jóvenes. Por ende, se concluye la falta de relación que tienen los jóvenes con sus padres acerca de este tema.

En la actualidad la mayoría de las jóvenes inicia su vida sexual a temprana edad, la falta de madurez y responsabilidad son factores importantes para no tener el criterio y la importancia conocimientos acerca de la importancia y protección que ofrecen los métodos anticonceptivos para poder planificar su vida y proteger su salud.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento de una población en edad reproductiva de 15 a 45 años de edad sobre la protección que ofrecen los métodos anticonceptivos.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- I. Dar a conocer a la población los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y en que consiste cada uno de ellos.
- II. Enseñar a la población el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.
- III. Informar a la población en edad reproductiva sobre los riesgos que implica un embarazo no deseado en el ámbito económico, social, físico y psicológico en la mujer embarazada.
- IV. Saber el nivel de conocimiento que se tiene acerca de los métodos anticonceptivos para así mismo identificar el problema.

2.7 MÉTODOS

El método que será utilizado en este trabajo de investigación será el cuantitativo y el cualitativo con enfoque científico porque se realizarán diferentes investigaciones en base a la investigación científica para conocer a cerca de los métodos anticonceptivos, su uso y que puede generar en una mujer en edad reproductiva, además de llevar a cabo distintas entrevistas a una población tanto hombres como mujeres en edad reproductiva de 15 a 45 años de edad.

2.7.1 CUANTITATIVO

Conocer la prevalencia de dicha situación, mediante la investigación para saber si se puede reducir el número de embarazos no deseados en nuestra población y tener una buena planificación familiar.

Investigar cifras acerca de cuantos hombres y mujeres conocen y saben utilizar de manera correcta los métodos anticonceptivos y las consecuencias que conlleva el no conocerlos, el nivel de importancia de las principales consecuencias de un embarazo no deseado desde la perspectiva física, social, emocional y psicológica, económica, para así mismo intentar demostrar la importancia de llevar a cabo conferencias acerca de ello y el mismo el personal de Enfermería sepa identificar y tratar esta situación de manera oportuna y correcta.

2.7.2 CUALITATIVO

Hacer llegar la información a toda la población a cerca de la planificación familiar. El personal de Enfermería deberá estar correcta y adecuadamente capacitado para brindar dichos conocimientos.

Reconocer los riesgos que implica un embarazo no deseado desde el ámbito social, psicológico, físico y económico.

2.7.3 CIENTÍFICO

Basarnos en entrevistas, investigaciones, artículos y libros para comprobar que la información brindada sea en base a la ciencia para así mismo crear confianza en que lo que se está aportando es de manera confidencial.

2.8 VARIABLES

Independientes

Menor desconocimiento

Mayor comunicación

Menor información

Mayor conciencia a los adolescentes

Menor importancia sobre este tema por parte del equipo de salud.

Dependientes

Mayor probabilidad de embarazos no deseados.

Menor índice de embarazos a temprana edad.

Mayores riesgos y complicaciones dentro de los embarazos a temprana edad.

Menor índice de embarazos en adolescentes.

Mayor inseguridad a los adolescentes para optar por la planificación familiar.

2.9 ENCUESTAS

“Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en una población en edad reproductiva de 15 a 45 años desde la perspectiva de Jorge Peláez Mendoza”.

Aplicada para la población en edad reproductiva de 15 a 45 años.

Conteste SI o NO según considere con X:

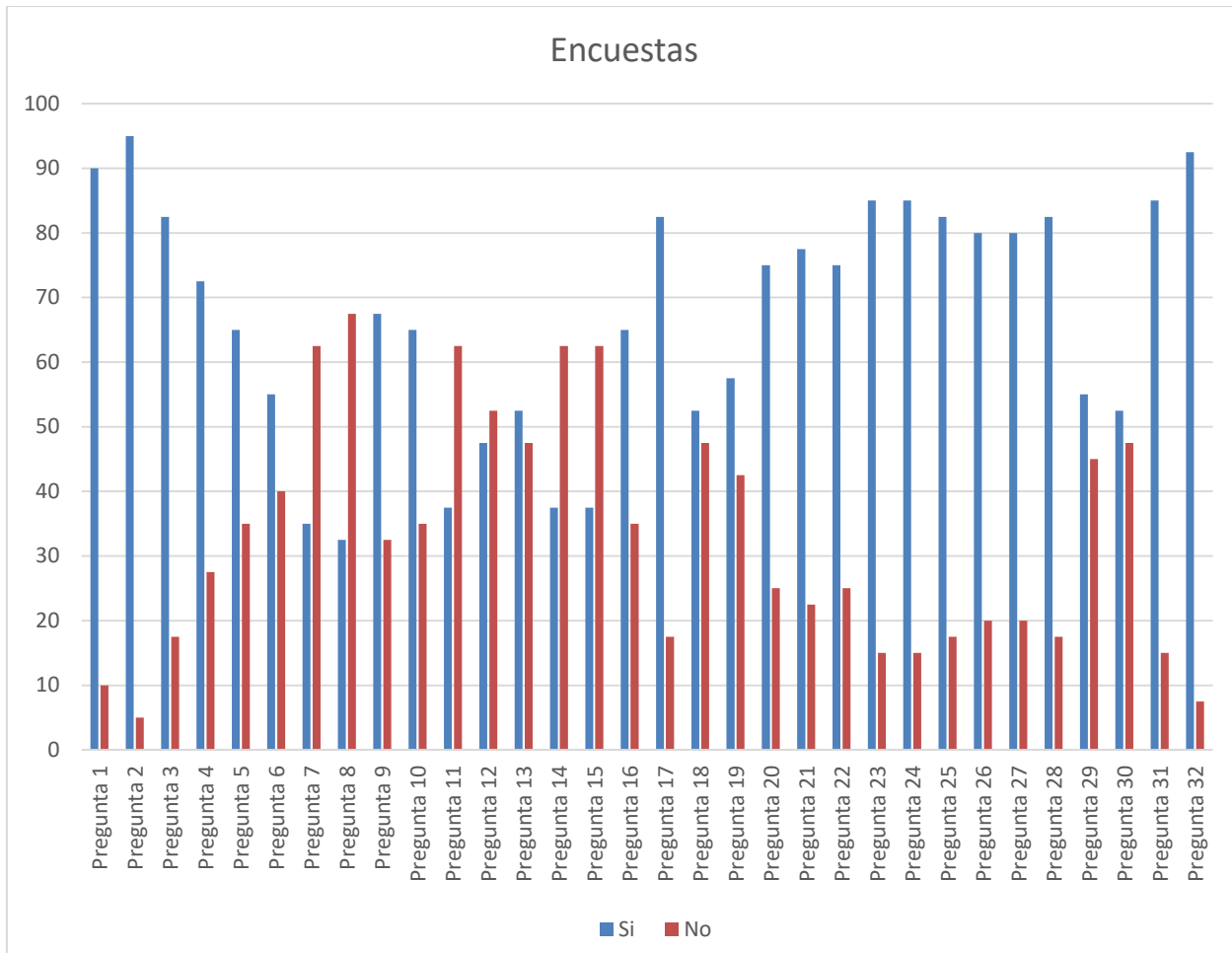
M () F ()

Edad: _____.

	SI	NO
1º ¿Conoces algún método anticonceptivo?	90%	10%
2º ¿Consideras importante la planificación familiar?	95%	5%
3º ¿Has recibido información acerca de los métodos anticonceptivos?	82.5%	17.5%
4º ¿Utilizarías algún método anticonceptivo?	72.5%	27.5%
5º ¿Has tenido relaciones sexuales?	65%	35%
6º ¿Conoces más de 5 tipos de métodos anticonceptivos para las mujeres?	55%	40%
7º ¿Consideras la lactancia materna como un método de planificación?	35%	65%
8º ¿El método natural (del ritmo) ofrece una protección eficaz para evitar un embarazo no planeado?	32.5%	67.5%
9º ¿Los antecedentes menstruales, reproductivos, ginecológicos y sexuales definen el método anticonceptivo que debe usarse?	67.5%	32.5%
10º ¿Todas las mujeres son candidatas para utilizar un método natural?	65%	35%
11º ¿El coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz?	37.5%	62.5%
12º ¿Sabías que los hombres pueden sufrir daños colaterales a este método?	47.5%	52.5%
13º ¿El empleo de anticonceptivos hormonales están contraindicados en mujeres fumadoras mayor de 35 años?	52.5%	47.5%
14º ¿La píldora del día siguiente, después de las 72 horas de la relación sexual tiene el mismo porcentaje de efectividad?	37.5%	62.5%
15º Se debe utilizar la píldora del día siguiente como un método anticonceptivo?	37.5%	62.5%

16° ¿Sabes cuántas veces por año debe ser tomada la píldora del día siguiente?	65%	35%
17° ¿Los preservativos ayudan a la prevención de enfermedades de transmisión sexual?	82.5%	17.5%
18° ¿Las cremas espermicidas se colocan en la vagina aproximadamente diez minutos antes del coito?	52.5%	47.5%
19° ¿Yo como persona considero que es seguro prescribirme algún método anticonceptivo, aun cuando este necesite prescripción de un profesional capacitado?	57.5%	42.5%
20° ¿Considero que es necesario acudir con un especialista para la prescripción de algún método anticonceptivo hormonal inyectable?	75%	25%
21° ¿Con el uso de métodos anticonceptivos existe el riesgo de provocar infertilidad en la mujer?	77.5%	22.5%
22° ¿Utilizaría algún método de planificación familiar al momento de iniciar mi vida sexual activa?	75%	25%
23° ¿Estás de acuerdo en que un hombre también deba participar en la utilización de los métodos anticonceptivos?	85%	15%
24° ¿Conoces más de 3 tipos de métodos anticonceptivos para los hombres?	85%	15%
25° ¿Crees que deberían existir más métodos anticonceptivos para los hombres?	82.5%	17.5%
26° ¿Sabes de alguna mujer esté o se haya embarazado en la adolescencia?	80%	20%
27° ¿Sabías que un embarazo en la adolescencia puede causar daños sociales y psicológicos?	80%	20%
28° ¿Crees que una adolescente pueda utilizar anticonceptivos hormonales?	82.5%	17.5%
29° ¿Una adolescente puede ser partícipe de la utilización del DIU?	55%	45%
30° En México existe un gran porcentaje de embarazos en la adolescencia. ¿Sabías de ese porcentaje?	52.5%	47.5%
31° ¿Alguna vez has recibido alguna capacitación acerca del correcto uso de los métodos anticonceptivos?	85%	15%
32° ¿Te gustaría saber más acerca del uso de los métodos anticonceptivos (pese si eres hombre y la mayoría de los métodos son para la mujer)?	92.5%	7.5%

2.10 GRAFICADO



3. GENERALIDADES

3.1 CONCEPTOS

Métodos anticonceptivos.

Son los métodos o 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.

Los anticonceptivos son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales, hormonales, orales o inyectados, para mujeres y hombres; incluso existen anticonceptivos de emergencia.

El método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales. Los seres humanos, nos reproducimos de forma natural mediante el acto sexual una vez que hemos logrado la capacidad biológica para engendrar hijos. Esta reproducción se controla mediante el uso de método anticonceptivo, lo cual permite decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que ha planificado.

3.2 CARACTERÍSTICAS

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida.

Eficacia: Representa el riesgo de que una mujer se embarace, aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante

averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante.

Seguridad: Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las píldoras anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Aceptabilidad: Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Facilidad de uso: Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Disponibilidad: Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los médicos y matronas. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere.

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo.

Costo: El costo de los anticonceptivos es importante para la gente joven que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan en forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras anticonceptivas varía hasta en 10 veces y, para la mayoría de las mujeres, las mejores son las más baratas (las que contienen estradiol y levonorgestrel).

3.3 ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

Son los métodos o 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.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA**

Son aquellos *métodos anticonceptivos* que impiden, a través de un método físico o una barrera, que el espermatozoide llegue al óvulo. Una de las grandes ventajas de este tipo de métodos (exceptuando los espermicidas) es que además impiden el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), tales como la gonorrea, sida y sífilis entre otras.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

Son *métodos anticonceptivos* basados en el uso de hormonas sexuales femeninas (estrógenos y/o progestágenos), cuyo objetivo final es impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer e impedir que se realice la fecundación. **Los métodos hormonales se clasifican en:**

Anticonceptivos Orales: tales como las pastillas o "mini pastillas." Son una combinación de estrógeno y/o progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos menstruales.

Inyectables: administración de estrógenos y/o progesterona que evitan la ovulación. Se administran generalmente una vez al mes.

Implantes subdérmicos: se colocan en ciertas zonas estratégicas debajo de la piel. Liberan una dosis continua de levonogestrel que inhibe la ovulación.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS**

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos que se colocan en la cavidad uterina para modificar su ambiente y así evitar el embarazo. Los métodos intrauterinos se clasifican en:

Inertes: actúan por su masa y su conformación como un cuerpo extraño sin mediar sustancia alguna.

Liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición los cuales inhiben la motilidad espermática.

Liberadores de hormonas: tienen incorporados al tallo hormonas como los progestágenos en forma de microgránulos que se liberan en la cavidad uterina.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES**

Los métodos anticonceptivos naturales de control de la fertilidad son técnicas que permiten a la pareja, mediante el conocimiento de los procesos asociados a la ovulación y la adaptación del ejercicio de la sexualidad, evitar la concepción.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES**

Los métodos permanentes son quirúrgicos y difícilmente reversibles. Se clasifican básicamente en dos tipos:

- Salpingoclasia: ligadura de las trompas de Falopio en forma bilateral.
- Vasectomía: sección y ligadura de los conductos seminales.

- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

Un método anticonceptivo de emergencia es un método para prevenir el embarazo en mujeres que hayan tenido sexo sin protección. Existen dos tipos:

Las píldoras anticonceptivas de emergencia: o píldora del día después. Generalmente son pastillas con una dosis más alta al de las píldoras anticonceptivas regulares.

Dispositivo intrauterino (DIU): puede ayudar a prevenir la concepción si se coloca dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual sin protección.

La anticoncepción es una responsabilidad compartida entre la pareja. Ambos deben ser igualmente responsables, pero como la mayoría de los métodos anticonceptivos son usados por las mujeres, la decisión final sobre el método específico a usar debe ser tomada por ellas.

Cuando se trata de anticoncepción puedes tomar la iniciativa – no tienes que esperar que nadie más dé el primer paso. Es útil hablar con un médico sobre qué método anticonceptivo es el más apropiado para ti, para asegurar que estés totalmente protegida contra embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual (ITS).

El sexo no es cosa de juego, sino una acción que puede tener diferentes consecuencias, ya sean positivas o negativas, en nuestra vida. Para una mejor elección del método anticonceptivo idóneo para ti, consulta a tu médico, te ayudará a elegir el que se adapte mejor a tu estilo de vida.

3.4 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN

En las civilizaciones más antiguas se han encontrado rastros de la regulación de la fertilidad. En el siglo XVI A.C., en el papiro egipcio de Ebers, está la descripción de una especie de tapón vaginal conteniendo goma arábiga, que por medio de fermentación producía ácido láctico, sustancia con cierto poder espermaticida que hasta la fecha se sigue utilizando.

Sin embargo, la no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue demasiado lejano a cero. Tampoco la migración pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas. La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general.

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, nuevas formas de regulación de la fertilidad llegaron a ser técnicamente accesibles y culturalmente aceptadas en muchos países. La anticoncepción hormonal se volvió una realidad práctica hacia finales de los años cincuenta, y en 1959 la publicación de resultados obtenidos durante décadas de experiencia silenciosa con dispositivos intrauterinos (DIU), abrió el campo a esta forma de anticoncepción.

3.5 ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Cada persona debe elegir su MAC de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas,

valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.).

El papel del/a profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de MAC si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento.

Recuerde que una buena información y orientación significan usuarias/os satisfechas/os y usando en forma adecuada un MAC.

3.6 LOS BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Cada año, medio millón de mujeres mueren a causa de problemas relacionados con el embarazo, el parto y los abortos hechos bajo condiciones peligrosas. Además de mejorar el acceso a la atención médica y el aborto seguro, muchas de las muertes se podrían evitar por medio de la planificación familiar. Por ejemplo, la planificación familiar puede evitar los peligros de los embarazos...

- **En mujeres demasiado jóvenes.** Las jóvenes menores de 18 años corren un mayor riesgo de morir durante el parto porque sus cuerpos no se han desarrollado completamente. Además, sus bebés corren un mayor riesgo de morir durante su primer año de vida.
- **En mujeres de edad demasiado avanzada.** Las mujeres ya mayores se enfrentan a más peligros durante el parto, sobre todo si tienen problemas médicos o si ya han tenido muchos hijos.

- **Demasiado frecuente.** El cuerpo de la mujer necesita por lo menos dos años para recuperarse después de cada embarazo.
- **Demasiado numerosos.** Una mujer con más de 4 hijos corre un mayor riesgo de morir después del parto debido a sangrado u otras causas.

Hay diferentes formas y métodos de planificación familiar, sin embargo, todos tienen un mismo fin. Cada método es diferente y su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar.

Los métodos anticonceptivos te protegen y permiten que disfrutes de las relaciones sexuales y es el método más efectivo para prevenir un embarazo no planificado. En la actualidad, hay una gran variedad de métodos anticonceptivos disponibles. Son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. 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, que se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener. Sin embargo, todos tienen un mismo fin. Cada método es diferente y su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada persona y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar.

3.7 TASAS DE EMBARAZO DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Cualquier método puede fallar en su función de anticonceptivo. La presente diapositiva presenta las tasas de embarazo relativas a diversos métodos anticonceptivos. Los rectángulos amarillos muestran las tasas relativas al uso “correcto y sistemático” e indican la frecuencia con la que un método anticonceptivo falla cuando se usa correcta y sistemáticamente. Los rectángulos rojos muestran las tasas de embarazo relativas al uso “típico” e indican la frecuencia con la que un método anticonceptivo falla en situaciones de la vida real, cuando tal vez no siempre se use correcta y sistemáticamente. Las tasas de uso típico varían en distintos entornos, según las características de los usuarios, el comportamiento de los usuarios, la suficiencia del asesoramiento y el acceso al resuministro.

Las diferencias entre las tasas de uso correcto y típico son mayores respecto a algunos métodos que respecto a otros. Los métodos controlados por el cliente pueden tener tasas de embarazo bajas con el uso correcto y sistemático, pero tasas más elevadas con el uso típico. Por ejemplo, los anticonceptivos orales combinados tienen una tasa de embarazo de 0,1 por ciento cuando se usan correcta y sistemáticamente, pero una tasa de 6 a 8 por ciento con el uso típico. Así mismo, los condones tienen una tasa de embarazo de 3 por ciento con el uso correcto y sistemático, pero una tasa de embarazo de 14 por ciento con el uso típico.

3.8 CÓMO ESTAR RAZONABLEMENTE SEGURO DE QUE UNA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA

La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden empezar a usarse en cualquier momento siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Existen algunas restricciones, que se examinarán más adelante, para las mujeres en el postparto o en el postaborto, o para las mujeres que amamantan.

Cuando no se dispone de pruebas para el embarazo, el proveedor puede estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada al determinar si ella

no tiene ningún signo o síntoma de embarazo. Entre estos figuran la ausencia de menstruaciones o algún cambio en éstas, a menudo acompañado por náuseas, cansancio persistente o sensibilidad mamaria anormal.

El proveedor puede estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada si ésta no tiene ninguno de estos síntomas de embarazo y si satisface los siguientes criterios:

No han transcurrido más de siete días desde el comienzo de una menstruación normal. No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación. Está usando correcta y sistemáticamente un método anticonceptivo fiable. No han transcurrido más de siete días desde un aborto. No han transcurrido más de cuatro semanas después del parto si no está amamantando. No han transcurrido más de seis meses después del parto, está amamantando plenamente y está amenorréica.

4. ANTECEDENTES DE LA ANTICONCEPCIÓN

La historia de la anticoncepción o historia de la contracepción es una de las disciplinas de la historia de la medicina que estudia la evolución de la anticoncepción a través del tiempo.



4.1 SEPARACIÓN DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

El origen del control de la natalidad y la anticoncepción debe remontarse al descubrimiento por nuestros antepasados de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo en el caso de mujeres fértiles. Aunque en general, la confirmación de la fertilidad era considerada de manera favorable hasta el punto de que la infertilidad se consideraba una maldición o castigo, se deseaba controlar la reproducción y en todo caso adecuarla al momento más favorable, facilitarla o impedirle dependiendo de muy variadas circunstancias socioeconómicas. En ese largo tránsito histórico se alumbraba la separación de sexualidad y reproducción que comenzó en el siglo XVIII con la práctica

del matrimonio por amor —en el que no contaba solamente la descendencia y la generalización de los métodos anticonceptivos.

SIGMUND FREUD ESCRIBIÓ EN 1898

Teóricamente, sería uno de los mayores triunfos de la humanidad si el acto responsable de la procreación pudiera ser elevado al nivel de una conducta voluntaria e intencional y, de esta manera, separarlo del imperativo de satisfacer un impulso natural.

El neomalthusianismo tuvo especial auge a finales del siglo XIX y principios del XX extendiendo su influencia durante la primera mitad del siglo XX. El neomalthusianismo es una actualización de la teoría demográfica, social y poblacional de Thomas Malthus que considera correcta la teoría de la población de Malthus -que señala que la población crece a ritmo geométrico y los recursos en progresión aritmética por lo que se llegaría a una catástrofe malthusiana o crecimiento demográfico desorbitado que habría que evitar pero discrepa en las medidas para controlar el crecimiento de la población.

Los neomalthusianos consideran la reproducción ilimitada como un problema que afecta de manera especial a las clases pobres con extensas familias numerosas, ya que las condena a la miseria. Proponen la toma de conciencia social e individual la limitación de la natalidad como necesaria para evitar la superpoblación de facto la separación entre sexualidad y reproducción y la defensa de la maternidad libre, la procreación consciente, la promoción de la planificación familiar, el uso y difusión de métodos anticonceptivos(principalmente preservativo y diafragma) así como la práctica del aborto considerando inadecuados los obstáculos represivos o destructivos tradicionales del malthusianismo: represión sexual, castidad, retraso del matrimonio, hambrunas, epidemias y guerras.

La difusión y generalización de los métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX ha consolidado la posibilidad real de la separación de prácticas sexuales y reproducción.

4.2 RELIGIÓN Y SEXUALIDAD

La relación entre religión y sexualidad es variada en las distintas religiones. Es clave la consideración que pueda darse de diferentes hechos: el matrimonio, las prácticas homosexuales, el adulterio, etc. Para algunos, como Michel Foucault, el control de la sexualidad es una forma más de control social.

La moral sexual católica ha sido restrictiva en el uso de la anticoncepción ya que defiende que los fines del matrimonio son dos: ayuda mutua y procreación. Sobre todo, se basa en que la relación sexual debe ser unitiva y procreativa, es decir, abierto a la vida (lo que no significa que en toda relación deba buscarse un hijo). Por esto la doctrina católica defiende y promueve los métodos naturales para la regulación de la fertilidad. Excepto en ramificaciones heréticas como el maniqueísmo y el catarismo, este principio ha sido reafirmado numerosas veces: encíclica *Arcanum Divinae Sapientiae* de León XIII; encíclica *Casti connubii* de 31 de diciembre de 1931 de Pío XI en la que se rechaza cualquier tipo de anticoncepción; encíclica de Pablo VI *Humanae vitae* de 1968 contra el aborto y el control de la natalidad.

La iglesia anglicana en la Conferencia de Lambeth de 1930, presidida por Cosmo Gordon Lang, declara legítimo recurrir a la anticoncepción no sólo mediante la continencia, sino también por otros medios, si bien de forma limitada. Otras declaraciones posteriores, como la de la Conferencia de Lambeth de 1958 y la de la National Council the Churches of Christ, de 1961 en Estados Unidos, corroboran y precisan esta posición que no pone ninguna restricción al uso, en aquel momento, de los últimos métodos anticonceptivos: la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU).

No sólo estaba prohibida la anticoncepción en la España católica, y en otros países católicos, sino que estaba prohibida en los EE. UU. A partir de 1873, con la ley Comstock (véase en: Comstock Law), se prohibió el uso del correo no sólo para objetos, sino para información sobre la anticoncepción. Se prohibió también la anticoncepción en muchos estados. La enfermera Margaret Sanger, fundadora de la American Birth Control League (hoy Planned Parenthood), tuvo que refugiarse en Inglaterra para no ser procesada por repartir información en forma escrita. Los soldados norteamericanos eran los únicos que durante la Primera Guerra Mundial no tenían acceso a condones. Incluso que un médico diera información oral sobre anticoncepción a su paciente estaba prohibido; tal prohibición continuó en el estado de Connecticut hasta 2001 para los casados (fecha del fallo Griswold v. Connecticut; véase en: Griswold v. Connecticut). Para la población entera, es decir casada o no, la prohibición duró hasta 1972 (el fallo Eisenstadt v. Baird).

Antes del uso masivo general de métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX se produjeron tanto avances científicos como sociales en defensa de la información y el acceso de métodos anticonceptivos -destacan desde comienzos del siglo XX las figuras de Margaret Sanger en Estados Unidos y de Marie Stopes en Reino Unido-. Entre los factores que han intervenido en la difusión del uso de los métodos anticonceptivos en prácticamente todo el mundo se encuentran: 913.

Éxito en la reproducción: durante el siglo XX se ha conseguido un éxito extraordinario en la reproducción humana, con una alta supervivencia de los hijos nacidos y un aumento extraordinario de la esperanza de vida. Gracias a la extensión de los servicios médicos ligados a la reproducción (ginecólogos, comadronas, pediatras...), hábitos higiénicos, mejora en la alimentación, generalización de antibióticos y otros medicamentos.

Desarrollo técnico y difusión de métodos anticonceptivos eficaces: la aparición de la píldora anticonceptiva, la accesibilidad del preservativo y la generalización del uso del dispositivo intrauterino, así como todos los demás métodos

anticonceptivos permitieron un amplio abanico de opciones con una alta eficacia anticonceptiva y un coste económico que puede considerarse relativamente bajo.

Reivindicación de la sexualidad femenina: la lucha por la igualdad del feminismo incluye una reivindicación dual: por una parte la posibilidad de disfrute integral de la sexualidad -salud sexual- y por otra la reivindicación del control de la reproducción con garantías sanitarias y socioeconómicas -salud reproductiva-. La planificación familiar ha ido de la mano de la difusión y educación sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

4.3 CONTROL DE LA REPRODUCCIÓN

Control de la reproducción por los progenitores: en las sociedades desarrolladas los posibles progenitores practican una fertilidad controlada por un doble motivo: por una parte los propios individuos reproductores desean disfrutar de todas las etapas de la vida sin obligarse a un esfuerzo reproductivo constante; por otra esos progenitores desean unas condiciones de seguridad económicas, educativas, sociales y psicológicas para sus descendientes que exigen unos ingresos suficientes, cierta estabilidad emocional y social y también un reducido número de descendientes.

Control de la reproducción institucional y social: El control de la reproducción puede fomentarse desde los gobiernos o instituciones mediante las políticas de natalidad (política de hijo único en China, promoción de la planificación familiar en India, fomento de ayudas a la natalidad, etc.). Además existen algunas asociaciones y grupos antinatalistas que defienden en unos casos la no reproducción radical (sin hijos por elección, movimiento por la extinción humana voluntaria) y en otros la promoción del control crecimiento desmesurado de la población -posiciones de corte maltusiano o neomaltusianas- (Optimum Population Trust)-. Enfrente están quienes defienden o promueven la natalidad o el natalismo; ya sea desde posiciones religiosas o nacionalistas -quienes usan el aumento de la población como un arma de interés estratégico.

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

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

Papiro de Ebers, se considera el segundo texto más importante; contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado: ...tritúrese con una medida de miel, humidézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer.

Talmud, libro de la tradición hebrea; se menciona la práctica del uso del moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón) para las relaciones sexuales, en el judaísmo se ha debatido extensamente acerca de la maneras y situaciones permitidas para el uso de este y otros anticonceptivos.

Historia Animalium (siglo V a. C.), libro de Aristóteles, es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un unguento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo.

Sun Ssu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: ...tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre.

Coitus interruptus, aparece en mencionado tanto en la Biblia como en la tradición musulmana:

Biblia, 38:9-38:10, génesis: Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano.

RELIGIÓN MUSULMANA

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

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas -supositorios vaginales que podían ser también abortivos- aparecen en papiros egipcios el año 1851 a.C.20 Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...) En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermatocidas.

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

4.4 PRESERVATIVO

Preservativo de ciego de animal (alrededor de 1900) de la farmacia londinense Bell & Croyden (1798), Museo de Ciencias de Londres.

El preservativo se utiliza tanto para prevenir "enfermedades de transmisión sexual" (o venéreas) como para prevenir embarazos no deseados, es decir como método anticonceptivo. Ya en 1880 adquirieron gran popularidad y durante el siglo XX se difunde su uso por todo el mundo. Su bajo coste, nulos efectos secundarios y doble protección (contagio de enfermedades y como anticonceptivo) han supuesto que sea posiblemente el método anticonceptivo más utilizado.

En Egipto, al menos desde 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela sobre el pene. La leyenda del rey Minos (1200 a. C.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen.

El preservativo masculino también tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas animales (de intestino y vejiga).

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

Aunque el nombre de condón se atribuye al médico y general del Rey Carlos II de Inglaterra no está respaldado por los historiadores. Es en el siglo XIX cuando aparece por primera vez la palabra "condón", en un libro dedicado a la sífilis, escrito por el Dr. Turner en 1760.

En 1872 comienza la fabricación con caucho indio en Gran Bretaña vendiéndose en farmacias. El primer diafragma femenino aparece en 1880. En 1993 comienza la comercialización del preservativo femenino.

En el 2000, el museo Británico de Londres expuso por primera vez los preservativos más antiguos del mundo que se conservan, de alrededor de 450 años, que fueron encontrados en excavaciones hechas en los ochenta en el Castillo de Dudley, en el centro de Inglaterra. Los ejemplares expuestos corresponden a los siglos XVI, XVII y XVIII. Llama la atención que estos ejemplares son tan finos como los que se fabrican actualmente de manera industrial con látex. Estos preservativos, fabricados con intestinos de animales, están cosidos cuidadosamente en una extremidad, mientras que la otra punta tiene una cinta que permite mantenerlos apretados una vez colocados. Según los expertos, esos preservativos estaban destinados a hombres que frecuentaban casas de prostitución. No se empleaban como anticonceptivos sino para evitar enfermedades venéreas, especialmente la sífilis. Se cree que antes de ser usados se sumergían en leche tibia para que se ablandaran.

En 2010, el papa Benedicto XVI admite el uso del preservativo en algunos casos como por ejemplo en las relaciones sexuales con prostitutas. Todo ello se recoge en el libro La luz del mundo. El Papa, la iglesia y las señales del tiempo. Una conversación con el Santo Padre, del escritor Peter Seewald.

4.5 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL

Se considera al mexicano Luis Ernesto Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral (sintetizó en 1951 la noretisterona), cuya patente obtuvo junto a Carl Djerassi y George Rosenkranz, de la compañía química mexicana Syntex S.A. También fueron fundamentales las aportaciones de Russel Marker y Gregory Goodwin Pincus. Margaret Sanger, a través de la Planned Parenthood consiguió financiación para apoyar el desarrollo de la píldora.

La píldora Enovid fue probada por primera vez en 1954 en 50 mujeres de Massachusetts. La prueba a gran escala se hizo 1956 en Puerto Rico, administrado por EE. UU., sobre un grupo de 225 mujeres pobres y poco instruidas; tuvo una elevada tasa de abandonos y efectos secundarios pese a lo que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó “Enovid” en 1957 como regulador de la menstruación. En 1960 la FDA permitió finalmente su venta como anticonceptivo, aunque el prospecto médico no incluiría información sobre los riesgos y efectos secundarios hasta 1978.

El 9 de mayo de 1960 la FDA realiza la propuesta de venta de la píldora anticonceptiva en Estados Unidos que finalmente será aprobada el 23 de junio de ese mismo año. Su comercialización y uso de se generalizó en ese mismo año y los siguientes considerándose uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres. La píldora, mejorada constantemente, sigue siendo considerada una de las alternativas más eficaces (99,5%) y seguras entre los métodos anticonceptivos.

Actualmente millones de mujeres los usan en todo el mundo, el 19 por ciento de las mujeres entre 15 y 44 años utilizan la píldora anticonceptiva y más del 60 por ciento de las mujeres entre 15 y 44 años utilizan algún método anticonceptivo. Su uso, sin embargo, es desigual según regiones o países, así, un 25% de mujeres en edad fértil en el Reino Unido lo toman, pero sólo un 1% en Japón. En España se legalizó la comercialización y el uso de la píldora anticonceptiva el 7 de octubre de 1978, más de 20 años después de otros países europeos.

El 9 de mayo de 2010 se celebró el 50º aniversario de la aparición de la Píldora anticonceptiva.

4.6 ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO HORMONAL (IMPLANTE SUBCUTÁNEO).

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos comienza en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto propusieron el uso de cápsulas subdérmicas de polímeros para la difusión lenta y prolongada de un principio activo anticonceptivo. Norplant, desarrollado en 1983 en Finlandia, es la primera marca de implante subcutáneo con levonorgestrel como principio activo anticonceptivo. Jadelle y Implanon son las marcas de los implantes de segunda generación.

4.7 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL VAGINAL

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

4.7.1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL)

La anticoncepción de emergencia tiene su inicio con la primera administración de estrógenos postcoitales se produce en 1960. A partir de 1975 se extiende el uso del denominado método de Yuzpe (Albert Yuzpe), tratamiento estándar durante 25

años que se ha ido sustituyendo desde finales del siglo XX por la denominada píldora del día después (levonorgestrel y mifepristona). En el año 2009 ha comenzado la comercialización del acetato de ulipristal (píldora de los cinco días después).

4.8 LOS MÉTODOS NATURALES

La idea de que existe un periodo estéril en la mujer procede de la antigüedad, cuando se pensaba que la época más favorable para la concepción eran los días inmediatos antes y después de la menstruación, teoría que hoy se sabe es incorrecta. En 1924, Kyusako Ogino y Hermann Knaus sostienen la teoría moderna del periodo fértil, según la cual el día de la ovulación corresponde al decimocuarto día anterior a la menstruación. Desde 1868 Squiere tomó en cuenta la temperatura basal y notificó de su descenso durante el periodo menstrual y su elevación antes del mismo. En 1926 Van der Velde estableció el método de la temperatura en Alemania, y el método basado en la secreción del mucus, desarrollado por Dorairaj, es una variante de la ovulación.

5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Es el derecho a una anticoncepción libre y gratuita, una interrupción voluntaria del embarazo sin limitaciones y el tratamiento de todas las formas de esterilidad o infertilidad también de modo gratuito, incluida la reproducción asistida. Así mismo quedan incluidos el control prenatal exhaustivo y la asistencia al parto en condiciones óptimas, pero también una medicina preventiva de las enfermedades de transmisión sexual.

La Organización Mundial de la Salud OMS en 1994 encargó a un grupo de expertos que elaboraran unos criterios para la administración de métodos anticonceptivos que se resumen así:

Clase I: No existen restricciones para el uso de un determinado método anticonceptivo.

Clase II: Las ventajas del uso de determinado método superan sus riesgos teóricos.

Clase III: Los riesgos teóricos y probados son inferiores a sus ventajas.

Clase IV: El método de cuestión no debe utilizarse por constituir un riesgo inaceptable para la salud.

Los anticonceptivos ayudan a apaliar la superpoblación, el hambre y las enfermedades, pero por encima de todo, deben ayudar a las parejas a reproducirse voluntariamente, y a mantener unas sexualidades gratificantes; en definitivas, a mantener la salud reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes.

ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

Cada persona debe elegir su MAC de acuerdo con su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.).

El papel del/a profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de MAC si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento.

Recuerde que una buena información y orientación significan usuarias/os satisfechas/os y usando en forma adecuada un MAC.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS?

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos. Esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida.

Eficacia: Representa el riesgo de que una mujer se embarace, aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante.

Seguridad: Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las píldoras anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Aceptabilidad: Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Facilidad de uso: Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Disponibilidad: Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud, y con distintos precios en las farmacias y en las consultas privadas de los médicos y matronas. Hay que pensar cuál alternativa conviene más según los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere.

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo.

Costo: El costo de los anticonceptivos es importante para la gente joven que suele tener recursos económicos limitados. En los servicios de salud se entregan en forma gratuita. Pero también hay diferencias entre las marcas. Por ejemplo, el costo de las píldoras anticonceptivas varía hasta en 10 veces y, para la mayoría de las mujeres, las mejores son las más baratas (las que contienen estradiol y levonorgestrel).

5.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA.

Los métodos anticonceptivos de barrera impiden que los espermatozoides accedan al útero. El uso de un espermicida junto con un método de barrera le ofrece la mejor protección posible en un método de barrera.

- El espermicida elimina la mayoría de los espermatozoides que acceden a la vagina.
- El método de barrera luego impide que los espermatozoides restantes pasen a través del cuello uterino para fertilizar un óvulo.

Los métodos de barrera incluyen el diafragma, el capuchón cervical, el condón masculino y el condón femenino, así como espumas, esponjas y películas espermicidas. A diferencia de otros métodos anticonceptivos, los métodos de barrera solo se utilizan cuando usted tiene relaciones sexuales. Asegúrese de leer las instrucciones antes de usar un método de barrera. Es muy importante que usted use el método de barrera correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales.

PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los condones masculinos o femeninos son los únicos métodos anticonceptivos que protegen contra las infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés), incluida la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Para ayudar a protegerse a sí mismo y proteger a su pareja contra una infección de transmisión sexual, asegúrese de usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales.

Ventajas de todos los métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera:

- No afectan la fertilidad futura del hombre ni de la mujer.
- Se usan solamente en el momento del coito.
- Son seguros para que la mujer los utilice mientras está amamantando.
- No repercuten en otras afecciones de salud, como la presión arterial alta o la diabetes.
- Son menos caros que los métodos anticonceptivos hormonales y algunos están disponibles sin receta médica.

Los condones y los diafragmas pueden reducir el riesgo de cáncer del cuello uterino, el cual es causado por un virus del papiloma humano de transmisión sexual. Los condones también son el mejor método de reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Desventajas de todos los métodos de barrera

Las tasas de fracaso de los métodos de barrera son más altas que las de la mayoría de los otros métodos anticonceptivos. Si usted está considerando usar un método anticonceptivo de barrera, reflexione sobre los costos emocionales y financieros de tener un embarazo no deseado si el método falla.

Para prevenir el embarazo con un método de barrera, usted y su pareja deben estar familiarizados con su uso y estar preparados para usarlo cada vez que tengan relaciones sexuales. Los métodos de barrera no son una buena opción para algunas parejas porque uno o ambos miembros de la pareja:

- Encuentran que su uso es embarazoso.
- No desean que un método de barrera interrumpa los juegos previos o el coito.

Algunas personas llegan a tener alergias a los espermicidas. Pero se aconseja usar un espermicida con los diafragmas o los capuchones cervicales. Así que, si usted no puede usar un espermicida, tendrá que encontrar un método anticonceptivo diferente.

Para las personas que tienen alergia al látex, están disponibles condones de poliuretano. Los condones de látex son un poco más confiables que los condones de poliuretano.

¿Qué esperar después del tratamiento?

Siga las instrucciones para el método de barrera que usted elija. Después de las relaciones sexuales:

- El condón masculino o femenino se retira rápidamente y se desecha.
- La esponja anticonceptiva debe dejarse colocada durante 6 horas o más, y entonces se retira y se desecha.
- El diafragma o el capuchón cervical debe dejarse colocado durante 6 horas o más, y entonces se lava y se guarda para su reutilización.

¿Por qué se hace?

Los condones son necesarios cuando usted necesita protegerse a sí mismo o proteger a su pareja de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) o cuando usted no sabe si ambos están libres de infección. Los condones masculinos de látex o poliuretano les proporcionan a usted y a su pareja la protección más eficaz posible contra las STI, incluida la infección por el VIH. Los condones de membrana natural (piel de oveja) no protegen contra todas las STI.

Los métodos anticonceptivos de barrera, como el diafragma, el capuchón cervical o el condón, son una buena opción si:

- Desea una opción que no requiera hormonas o la inserción de un dispositivo intrauterino.
- Desea una opción que no limite cuándo tiene relaciones sexuales, como la planificación familiar natural.
- Está planeando quedar embarazada pronto y prefiere un método que pueda dejar de usar en el momento que desee.
- Está amamantando.
- Tiene períodos menstruales abundantes. El diafragma se puede utilizar como método anticonceptivo durante el período menstrual y puede retener la sangre menstrual siempre y cuando no se deje colocado por más de 6 horas a la vez.
- A usted y a su pareja les resulta fácil utilizar el método cada vez que tienen relaciones sexuales.

Eficacia

Los métodos anticonceptivos de barrera varían en cuanto a su eficacia en la prevención del embarazo. También varían en cuanto a su eficacia para prevenir las STI.

CONDÓN MASCULINO

Un condón es una cubierta delgada usada en el pene durante el coito. El uso del condón ayudará a prevenir:

- Que la pareja quede embarazada.

Contraer una infección transmitida por contacto sexual o por contagiarle una a su pareja. Estas infecciones incluyen herpes, clamidia, gonorrea, VIH y verrugas.

Los condones femeninos también se pueden comprar.

Información

El condón masculino es una cubierta delgada que encaja sobre el pene erecto de un hombre. Los condones están hechos de:

- Piel animal (Este tipo de condón no protege contra la propagación de infecciones)
- Goma de látex
- Poliuretano

Los condones son el único método no permanente de control de natalidad para los hombres. Se pueden comprar en la mayoría de las farmacias, en máquinas dispensadoras ubicadas en algunos baños, ordenarlos por correo y en algunas clínicas de atención médica. Los condones no son muy costosos.

¿Cómo funciona un condón para evitar un embarazo?

Si los espermatozoides contenidos en el semen de un hombre llegan a la vagina de una mujer, el embarazo puede ocurrir. Los condones funcionan evitando que los espermatozoides entren en contacto con el interior de la vagina.

Si el condón se emplea correctamente cada vez que se tiene una relación sexual, el riesgo de embarazo es más o menos de 3 por cada 100 veces. Sin embargo, hay un riesgo mayor de embarazo si un condón:

- No se usa correctamente durante la relación sexual.
- Se rompe o se rasga durante el uso.

Los condones no funcionan tan bien para prevenir el embarazo como algunas otras formas de control de natalidad. Sin embargo, usar un condón es mucho mejor que no usar en absoluto otra forma de control natal.

Algunos condones contienen sustancias que matan los espermatozoides, llamadas espermicidas. Éstos pueden funcionar ligeramente mejor para evitar un embarazo.

Un condón también evita la propagación de ciertos virus y bacterias que causan enfermedades:

El herpes aún puede propagarse si hay contacto entre el pene y la parte externa de la vagina.

Los condones no protegen totalmente de la propagación de las verrugas.

Cómo utilizar un condón masculino:

- El condón debe colocarse antes de que el pene entre en contacto con la parte externa de la vagina o de que la penetre. De no hacerse así:
- Los fluidos que salen del pene antes del clímax son portadores de espermatozoides y pueden ocasionar un embarazo.
- Se pueden propagar infecciones.
- El condón debe colocarse cuando el pene está erecto, pero antes de que se produzca el contacto entre el pene y la vagina.
- Tenga cuidado de no romperlo o hacerle un agujero al abrir el empaque o al retirarlo.

- Si el condón tiene una punta pequeña (receptáculo) en el extremo (para recoger el semen), colóquelo contra la punta del pene y luego desenrolle cuidadosamente sus lados bajando por el cuerpo del pene.
- Si el condón no tiene una punta, asegúrese de dejar un pequeño espacio entre éste y la punta del pene. De lo contrario, el semen puede empujar los lados del condón y salir por la base antes de que el pene y el condón se retiren de la vagina.
- Verifique que no quede aire entre el pene y el condón. Esto puede producir su ruptura.
- Algunas personas creen conveniente desenrollar un poco el condón antes de colocarlo sobre el pene. Esto deja espacio suficiente para la recolección de semen y evita que el condón quede demasiado ajustado sobre el pene.
- Después de que se libere el semen durante el clímax, retire el condón de la vagina. La mejor manera de realizar este procedimiento es sujetar el condón en la base del pene y sostenerlo mientras el pene se retira. Evite que algo de semen se derrame dentro de la vagina.

Consejos importantes

- Asegúrese de que los condones estén cerca para cuando los necesite. Si no se tienen a la mano, puede sentirse tentado a tener relaciones sin condón. Utilice cada condón sólo una vez.
- Guarde los condones en un lugar fresco y seco, lejos de la luz del sol y del calor.
- No lleve condones en la billetera durante largos períodos. Reemplácelos periódicamente. El uso y el desgaste pueden hacer que se formen pequeños orificios en el condón. No obstante, es preferible usar un condón que ha estado mucho tiempo en su billetera que no usar ninguno en absoluto.

- No utilice condones que están frágiles, pegajosos o descoloridos. Estos son signos de que están envejecidos y los condones viejos tienen más probabilidades de romperse.
- Si el empaque de un condón está dañado, no lo utilice, ya que también puede estar averiado.
- No utilice lubricantes a base de petróleo como Vaseline. Estas sustancias rompen el látex, el material de algunos condones.
- Si siente que un condón se rompe durante la relación sexual, suspenda inmediatamente y póngase uno nuevo. Si el semen entra en la vagina cuando el condón se rompe:
- Introduzca una espuma o gelatina espermicida para ayudar a reducir el riesgo de embarazo o de contagio de una ETS.
- Póngase en contacto con el médico o el farmacéuta para preguntarle respecto al anticonceptivo de emergencia ("píldora del día después").

Problemas con el uso del condón

- Algunas quejas o problemas con el uso del condón abarcan:
- Las reacciones alérgicas a los condones de látex son poco comunes, pero pueden presentarse. (Cambiar a condones hechos con membranas de animales o poliuretano puede ayudar).
- La fricción del condón puede disminuir el goce sexual. (Los condones lubricados pueden reducir este problema.)
- La relación sexual puede ser igualmente menos placentera puesto que el hombre debe retirar su pene inmediatamente después de la eyaculación.
- La colocación del condón puede interrumpir la actividad sexual.
- La mujer no percibe el ingreso del líquido tibio en su cuerpo (importante para algunas mujeres, no para otras).

CONDÓN FEMENINO

El condón femenino es un dispositivo utilizado para el control natal. Al igual que el condón masculino, crea una barrera para impedir que el espermatozoide logre llegar al óvulo.

El condón femenino brinda protección contra el embarazo y también contra las infecciones que se propagan durante el contacto sexual, como el VIH. Sin embargo, se cree que no funciona tan bien como el condón masculino para proteger contra las infecciones de transmisión sexual.

El condón femenino está hecho de un plástico delgado y fuerte llamado poliuretano. Una nueva versión, que es más barata, está hecha de una sustancia llamada nitrilo.

Estos condones encajan dentro de la vagina. El condón tiene un anillo en cada extremo.

- El anillo que se ubica en el interior de la vagina se ajusta sobre el cuello uterino y lo cubre con el material de goma.
- El otro anillo, que está abierto, permanece por fuera de la vagina y cubre la vulva.

¿Qué tan efectivo es?

El condón femenino tiene una efectividad de entre el 75% y el 82% en el uso habitual. Cuando se utiliza correctamente todo el tiempo, el condón femenino tiene una efectividad del 95%.

Estos condones pueden fallar por las mismas razones que los condones masculinos, por ejemplo:

- Hay una ruptura en el condón (esto puede suceder antes o durante la relación sexual).
- El condón no está puesto antes de que el pene entre en contacto con la vagina.

- No usa el condón cada vez que tiene una relación sexual.
- Hay defectos de fabricación del condón (infrecuente).
- Los contenidos del condón se derraman a medida que éste se retira.

Datos útiles:

- Los condones están disponibles sin receta médica.
- Son muy económicos (aunque más costosos que los condones masculinos).
- Los condones femeninos se pueden comprar en la mayoría de las farmacias, clínicas para infecciones de transmisión sexual o clínicas de planificación familiar.
- Se necesita planeación para tener un condón a la mano en el momento de una relación sexual. Sin embargo, este se puede colocar hasta 8 horas antes de dicha relación sexual.

Ventajas:

- Se puede utilizar durante la menstruación, el embarazo o después de un parto reciente.
- Le permite a una mujer protegerse del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual sin depender del condón masculino.
- Protege del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual.

Desventajas:

- La fricción del condón puede disminuir la estimulación del clítoris y la lubricación. Esto puede hacer que se disfrute menos de la relación sexual o incluso que sea incómoda, aunque usar lubricante puede ayudar.
- Es posible que se presente irritación y reacciones alérgicas.

- El condón puede ser ruidoso (el uso del lubricante puede ayudar). La versión más nueva es mucho más silenciosa.
- No hay contacto directo entre el pene y la vagina.
- La mujer no percibe la entrada del fluido tibio en su cuerpo (importante para algunas mujeres, mas no para otras).

Cómo usar un condón femenino:

- Encuentre el anillo interno del condón y sosténgalo entre los dedos pulgar y medio.
- Apriete el anillo e insértelo lo más profundamente posible dentro de la vagina, asegurándose de que el anillo interior esté más allá del hueso púbico.
- Deje el anillo externo por fuera de la vagina.
- Asegúrese de que el condón no se haya torcido.
- Antes de la relación sexual, y durante esta si es necesario, aplique un par de gotas de lubricante a base de agua en el pene.
- Después de la relación sexual y antes de incorporarse, apriete y gire el anillo externo para asegurarse de que el semen permanezca en el interior.
- Retire el condón halando suavemente. Utilícelo sólo una vez.

Eliminación de los condones femeninos

Los condones se deben arrojar siempre a la basura. No deseche el condón femenino por el sanitario, ya que es probable que obstruya la tubería.

Consejos importantes

- Tenga precaución para no romper el condón con uñas afiladas o con joyas.

- NO use un condón femenino y uno masculino al mismo tiempo pues la fricción entre ellos puede hacer que se recojan o se rompan.
- NO utilice sustancias a base de petróleo como Vaseline con propósitos lubricantes, ya que estas rompen el látex.
- Si durante la relación sexual el condón se rasga o se rompe, el anillo exterior se introduce en la vagina o el condón se recoge dentro de ella, retírelo e introduzca otro inmediatamente.
- Asegúrese de que los condones estén disponibles y ubicados en un lugar conveniente. Esto le ayudará a evitar la tentación de tener relaciones sexuales sin el uso del condón.
- Retire los tampones antes de introducir el condón.
- Consulte con el médico o el farmacéutico en busca de información respecto al anticonceptivo de emergencia (Plan B) si el condón se rompe o los contenidos se derraman al retirarlo.
- Si usted utiliza condones de manera regular como anticonceptivo, pregúntele su proveedor o al farmacéutico acerca de tener Plan B a la mano para usarlo en caso de un accidente con un condón.
- Use cada condón sólo una vez.

DIAFRAGMA

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. Actualmente no está disponible en Chile.

¿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 rajadura
- 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 pub
- Introducir uno o dos dedos en la vagina para confirmar que el diafragma esté cubriendo totalmente el cuello del útero.

¿Cómo se retira el diafragma?

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.

¿Cuál es su eficacia?

La eficacia del diafragma depende de la manera en que es usado. Cuando el uso es correcto y consistente, pueden embarazarse alrededor de 6 de cada 100 mujeres durante un año. En el uso habitual pueden embarazarse 16 mujeres de 100.

Criterios médicos de elegibilidad para el diafragma

Los criterios para la iniciación de este método son:

Categoría 3 (los riesgos superan los beneficios)

- Alergia al látex
- Historia de síndrome de shock tóxico
- Personas con alto riesgo de contraer HIV/SIDA, portadores de VIH y / o con

SIDA. Esta categoría sólo se aplica al uso de diafragma con espermicidas.

Nota: No se recomienda el uso del diafragma cuando una mujer tiene una o más patologías severas en las que un nuevo embarazo puede exponer su salud a un riesgo, dado el elevado rango de las tasas de embarazo en quienes no lo usan en forma correcta y consistente.

¿Cuáles son los efectos colaterales?

Durante el uso del diafragma es poco frecuente la aparición de efectos colaterales, cuando ocurren pueden ser: alergia al látex y/o al espermicida, dolor en la vejiga y/o recto, infección urinaria, irritación cervical y/o vaginal y excepcionalmente lesión vaginal.

¿Cómo debe ser cuidado el diafragma?

Inmediatamente, después de retirarlo, el diafragma debe ser lavado con agua y jabón neutro (no usar jabones perfumados) y enjuagado. En seguida, secar suavemente y guardar en el estuche, en un lugar seco y no expuesto al calor. El diafragma bien cuidado, puede durar varios años.

¿El diafragma protege contra las infecciones de transmisión sexual?

El diafragma ofrece alguna protección contra las ITS bacterianas como la gonorrea y la clamidiasis. Sin embargo, no ofrece protección contra las ITS virales, ni contra el VIH/SIDA.

ESPERMICIDA Y ESPONJA VAGINAL.

Son dos métodos anticonceptivos de venta libre que se utilizan durante el acto sexual para evitar el embarazo. De venta libre significa que cualquier persona los puede comprar sin necesidad de una receta.

Los espermicidas y las esponjas vaginales no funcionan tan bien en la prevención del embarazo como algunas otras formas de anticonceptivos. Sin embargo, el uso de un espermicida o la esponja es mucho mejor en la prevención del embarazo que no utilizar ningún anticonceptivo en absoluto.

ESPERMICIDAS

Los espermicidas son químicos que impiden la movilización de los espermatozoides. Vienen como geles, espumas, cremas o supositorios. Se introducen en la vagina antes de la relación sexual. Se pueden comprar en la mayoría de las farmacias y tiendas de comestibles:

- Los espermicidas solos no funcionan muy bien. Se producen unos 15 embarazos por cada 100 mujeres que usan correctamente solo este método durante 1 año.
- Si los espermicidas no se utilizan correctamente, el riesgo de embarazo es de más de 25 por cada 100 mujeres todos los años.

- El uso de espermicidas junto con otros métodos, como el preservativo masculino o femenino o el diafragma, reducirá aún más la posibilidad de un embarazo.
- Sin embargo, incluso usando un espermicida solo, usted aún tiene mucha menos probabilidad de quedar embarazada que si no emplea ningún método anticonceptivo.

Cómo usar el espermicida:

- Usando los dedos de la mano o un aplicador, coloque el espermicida dentro de la vagina 10 minutos antes de tener relaciones sexuales. Su efecto debe continuar durante aproximadamente 60 minutos.
- Será necesario introducir más espermicida cada vez que tenga relaciones sexuales.
- NO se duche durante al menos 6 horas después de la relación sexual. (Las duchas nunca son recomendadas ya que pueden causar infección en el útero y en las trompas de Falopio.)

Los espermicidas no reducen la probabilidad de una infección. Pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

Los riesgos incluyen irritación y reacciones alérgicas.

ESPONJA VAGINAL

Las esponjas anticonceptivas vaginales son esponjas suaves cubiertas con un espermicida.

Una esponja se puede introducir en la vagina hasta 24 horas antes de la relación sexual.

- Siga las instrucciones específicas que vienen con el producto.

- Deslice la esponja lo más atrás posible dentro de la vagina y colóquela sobre el cuello uterino. Asegúrese de que la esponja cubra todo el cuello uterino.
- Después de la relación sexual, deje la esponja en la vagina durante 6 a 8 horas.

NO use la esponja si:

- Está teniendo su periodo menstrual o sangrado vaginal.
- Tiene alergia a las sulfamidas, al poliuretano o a los espermicidas.
- Tiene una infección en la vagina, el cuello uterino o el útero.
- Tuvo un aborto provocado, un aborto espontáneo o dio a luz.

¿Qué tan bien funciona la esponja?

- Se presentan aproximadamente de 9 a 12 embarazos por cada 100 mujeres que usan esponjas correctamente durante 1 año. Las esponjas son más eficaces en las mujeres que nunca han dado a luz.
- Si las esponjas no se utilizan correctamente, el riesgo de embarazo es de 20 a 25 por cada 100 mujeres todos los años.
- El uso de esponjas junto con preservativos masculinos reducirá aun más la probabilidad de embarazo.
- Incluso utilizando una esponja sola, usted aún tiene mucha menos probabilidad de quedar embarazada que si no empleara ningún anticonceptivo en absoluto.

Los riesgos de la esponja vaginal incluyen:

- Irritación vaginal
- Reacción alérgica
- Dificultad para retirar la esponja

- Síndrome de *shock* tóxico (en raras ocasiones).

5.2 CLASIFICACIÓN

Los métodos anticonceptivos pueden clasificarse de acuerdo a su naturaleza en:

- **De barrera.** Se emplea algún elemento para bloquear físicamente el contacto de los órganos genitales y sus secreciones.
- **Hormonales.** Consiste en fármacos o medicamentos para inhibir temporal y artificialmente la fertilidad femenina.
- **Conductuales.** Aquellos que consisten en prácticas sexuales que intentan impedir la fecundación.
- **Médicos.** Intervenciones más o menos invasivas, reversibles o no, que reducen la fertilidad del hombre o de la mujer.

5.3 INTRAUTERINOS.

Es un anticonceptivo seguro y muy efectivo. Su eficacia no depende de la forma en la que lo uses.

El dispositivo es un tubito delgado en forma de T con dos hilos de nylon al final. Debe ser insertado dentro de tu útero por un profesional de la salud.

Funciona evitando el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Hay dos tipos de dispositivos intrauterinos:

La T de cobre: Recubierta de cobre, que por su acción paralizante sobre los espermatozoides evita que se encuentren con el óvulo. Te protege del embarazo durante 10 años.

La T hormonal: Recubierta de una silicona que libera lentamente pequeñas cantidades de una hormona llamada Levonorgestrel, esta hace que el moco del cuello uterino sea tan espeso que los espermatozoides no lo puedan atravesar. En

Colombia están disponibles dos marcas comerciales Mirena® que te protege hasta 5 años y Jaydess® que dura hasta 3 años.

¿Qué beneficios tiene?

- Estás protegida por largo tiempo (3, 5 o 10 años).
- El método funciona por sí solo: no tienes que hacer ni recordar nada.
- Puedes usarlo mientras estas amamantando.
- Es muy discreto: nadie puede notar que lo usas.
- Con la T de hormonas tendrás menos cólicos menstruales y mucho menos sangrado.
- Los intrauterinos hormonales disminuyen el riesgo de cáncer uterino. La T de cobre no tiene efecto sobre el riesgo de cáncer.
- La T de cobre es el método más económico de todos y aunque Mirena® y Jaydess® tienen un costo inicial mayor, es muy económico teniendo en cuenta el tiempo que te protege.

¿Cómo y cuándo se inserta?

Por lo general se coloca durante la menstruación o hasta 15 días después.

También se puede colocar inmediatamente después de un parto o un aborto.

Se puede usar como método de emergencia hasta 7 días después de una relación sexual no protegida.

La inserción toma solo unos minutos y puedes sentir cólicos durante la misma.

¿Cómo y cuándo se retira el DUI?

Si después de los 3, 5 o 10 años aún no deseas un embarazo, puedes reemplazar el dispositivo por uno nuevo inmediatamente. No necesitas hacer pausas.

Si decides cambiar de método o deseas quedar embarazada antes de que se cumpla el tiempo de uso, tu prestador de servicios de salud puede remover el DIU.

Después de retirarlo recuperas tu fertilidad inmediatamente.

La mayoría de mujeres quedan embarazadas poco tiempo después del retiro

¿Qué cambios puedo sentir con su uso?

Con la T de cobre puedes tener más cólicos o sangrado menstrual de lo habitual:

Estos síntomas mejoran con el tiempo y no todas las mujeres los tienen.

Los analgésicos comunes como el ibuprofeno pueden ayudar.

La mayoría de mujeres que tienen estos cambios, se sienten cómodas con ellos.

Con la T hormonal tendrás menos cólicos y mucho menos sangrado menstrual del habitual.

Durante los primeros tres meses puedes tener manchado irregular o continuo que después desaparece.

Después tendrás menstruaciones muy escasas o incluso puedes no menstruar durante largos periodos.

Estos cambios no representan ningún riesgo para tu salud.

Aunque es de hormonas, el efecto está localizado por ser un método que está dentro del útero, por lo que rara vez genera efectos hormonales secundarios.

¿Qué cuidados debo tener?

Dos meses después de la inserción debes regresar al servicio de salud para revisar que todo esté bien.

Se recomienda tomar una cita de control anual para revisar que los hilos del DIU estén en su lugar.

Tu misma puedes tocar los hilos del DIU para asegurarte de que está en su lugar.

Te debes lavar bien las manos, ponerte en cuclillas e introducir uno o dos dedos en la vagina hasta sentirlos.

Si no los sientes o si sientes alguna parte sólida diferente a los hilos, solicítanos una consulta de revisión.

MIRENA.

Mirena es un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal que se puede usar para prevenir embarazos (anticoncepción) a largo plazo.

El dispositivo es una estructura de plástico en forma de T que se inserta en el útero, donde libera un tipo de la hormona progestina. Para prevenir el embarazo, Mirena:

- Hace más espesa la mucosidad del cuello del útero para impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo o lo fecunden
- Reduce el espesor de la membrana que recubre el útero e inhibe parcialmente la ovulación

El sistema Mirena previene el embarazo hasta por cinco años después de su colocación. Es uno de varios DIU hormonales aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

¿Por qué se realiza?

Mirena ofrece un método anticonceptivo eficaz a largo plazo. Se puede utilizar en mujeres premenopáusicas de todas las edades, incluso en adolescentes.

Estos son algunos de los beneficios de Mirena:

- Elimina la necesidad de interrumpir la actividad sexual para la anticoncepción
- No necesita la participación de la pareja
- Puede permanecer colocado por hasta cinco años
- Se puede extraer en cualquier momento, tras lo cual se recuperará la fertilidad normal rápidamente
- Se puede utilizar mientras estás amamantando, aunque es probable que el proveedor de atención médica te recomiende esperar entre seis y ocho

semanas luego de dar a luz, ya que colocarlo antes aumenta el riesgo de que sufras lesiones en el útero durante la colocación

- No tiene los riesgos de los efectos secundarios relacionados con los métodos anticonceptivos que contienen estrógeno

El dispositivo Mirena puede disminuir el sangrado menstrual después de tres o más meses de uso. Alrededor del 20 por ciento de las mujeres dejan de tener períodos menstruales luego de usarlo durante un año.

El dispositivo Mirena también puede disminuir lo siguiente:

- El dolor menstrual intenso y el dolor relacionado con el crecimiento anormal del tejido del revestimiento uterino fuera del útero (endometriosis)
- El riesgo de tener una infección pélvica
- El riesgo de padecer cáncer de endometrio

Debido a estos beneficios ajenos a la anticoncepción, a menudo se receta Mirena a mujeres que tienen alguno de estos problemas:

- Sangrado menstrual intenso
- Calambres o dolor durante el período menstrual
- Endometriosis
- Crecimiento anormal del revestimiento del útero (hiperplasia endometrial)
- Crecimiento anormal del tejido del revestimiento del útero en la pared muscular del útero (adenomiosis)
- Anemia
- Fibromas

Sin embargo, el dispositivo Mirena no es adecuado para todas las pacientes. El proveedor de atención médica puede desaconsejar el uso de Mirena si tienes alguna de estas afecciones:

- Cáncer de mama (o lo has tenido)
- Cáncer de útero o cáncer de cuello uterino
- Enfermedad hepática
- Anomalías uterinas, como fibromas, que interfieren en la colocación o la retención de Mirena
- Una infección pélvica o una enfermedad inflamatoria pélvica actual
- Sangrado vaginal sin causa aparente

Riesgos

Menos del 1 por ciento de las mujeres que usan el sistema Mirena quedan embarazadas en un año de uso típico.

Si quedas embarazada mientras usas este sistema, tienes mayor riesgo de tener un embarazo ectópico (cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, generalmente en una trompa de Falopio). Sin embargo, como el dispositivo Mirena previene la mayoría de los embarazos, las mujeres que lo usan tienen menos riesgo de presentar un embarazo ectópico que otras mujeres sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Por lo general, el dispositivo Mirena es seguro. Sin embargo, es importante recordar lo siguiente:

- El dispositivo Mirena no otorga protección contra las infecciones de transmisión sexual.

- En raras ocasiones, la inserción del dispositivo Mirena provoca la perforación del útero. El riesgo de perforación podría ser mayor cuando el dispositivo se inserta durante el período posparto.

Los efectos secundarios asociados con el sistema Mirena incluyen los siguientes:

- Dolor de cabeza
- Acné
- Sensibilidad en las mamas
- Sangrado irregular, que puede mejorar después de seis meses de uso
- Cambios de humor
- Dolores menstruales o en la zona pélvica

También existe la posibilidad de expulsar el dispositivo Mirena del útero. Puede que tengas más probabilidades de expulsarlo si:

- Nunca has estado embarazada
- Tienes períodos menstruales intensos o prolongados
- Tienes dolores menstruales fuertes
- Anteriormente has expulsado un DIU
- Tienes menos de 20 años
- Te colocaron el dispositivo Mirena inmediatamente después de un parto

Tu proveedor de atención médica puede recomendar la extracción del dispositivo Mirena si tienes:

- Una infección pélvica
- Inflamación del endometrio (endometritis)

- Cáncer de endometrio o de cuello uterino
- Dolor pélvico o durante las relaciones sexuales
- Migraña muy intensa
- Un aumento importante de la presión arterial, o un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco
- Posible exposición a una infección de transmisión sexual

El dispositivo Mirena puede colocarse:

- En cualquier momento del ciclo menstrual si no estás embarazada. Es posible que tengas que realizarte una prueba de embarazo para confirmar que no estés embarazada.
- Inmediatamente después de un embarazo.
- Inmediatamente después de dar a luz un bebé por vía vaginal o por cesárea, aunque la colocación inmediata después de un parto vaginal aumenta el riesgo de expulsar el dispositivo Mirena.

Si te colocan el dispositivo Mirena más de siete días después del comienzo de tu período menstrual, asegúrate de usar un anticonceptivo de refuerzo durante una semana.

Tomar un medicamento antiinflamatorio no esteroide, como el ibuprofeno (Advil, Motrin IB u otros), una a dos horas antes del procedimiento puede ayudar a disminuir los dolores.

Extracción

El sistema Mirena puede permanecer colocado hasta por cinco años. Para extraer el dispositivo Mirena, el proveedor de atención médica posiblemente utilice fórceps para sujetar los hilos del dispositivo y tirar con delicadeza. Los brazos del dispositivo se doblarán hacia arriba a medida que se retiran del útero.

Un sangrado leve y un poco de dolor son frecuentes durante la extracción. En raras ocasiones, la extracción puede ser más complicada.

Mirena es un dispositivo intrauterino (DIU) hormonal que se puede usar para prevenir embarazos (anticoncepción) a largo plazo.

El dispositivo es una estructura de plástico en forma de T que se inserta en el útero, donde libera un tipo de la hormona progestina. Para prevenir el embarazo, Mirena:

- Hace más espesa la mucosidad del cuello del útero para impedir que los espermatozoides lleguen al óvulo o lo fecunden
- Reduce el espesor de la membrana que recubre el útero e inhibe parcialmente la ovulación

El sistema Mirena previene el embarazo hasta por cinco años después de su colocación. Es uno de varios DIU hormonales aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

¿Por qué se realiza?

Mirena ofrece un método anticonceptivo eficaz a largo plazo. Se puede utilizar en mujeres premenopáusicas de todas las edades, incluso en adolescentes.

Estos son algunos de los beneficios de Mirena:

- Elimina la necesidad de interrumpir la actividad sexual para la anticoncepción
- No necesita la participación de la pareja
- Puede permanecer colocado por hasta cinco años
- Se puede extraer en cualquier momento, tras lo cual se recuperará la fertilidad normal rápidamente

- Se puede utilizar mientras estás amamantando, aunque es probable que el proveedor de atención médica te recomiende esperar entre seis y ocho semanas luego de dar a luz, ya que colocarlo antes aumenta el riesgo de que sufras lesiones en el útero durante la colocación.
- No tiene los riesgos de los efectos secundarios relacionados con los métodos anticonceptivos que contienen estrógeno.

El dispositivo Mirena puede disminuir el sangrado menstrual después de tres o más meses de uso. Alrededor del 20 por ciento de las mujeres dejan de tener períodos menstruales luego de usarlo durante un año.

El dispositivo Mirena también puede disminuir lo siguiente:

- El dolor menstrual intenso y el dolor relacionado con el crecimiento anormal del tejido del revestimiento uterino fuera del útero (endometriosis)
- El riesgo de tener una infección pélvica.
- El riesgo de padecer cáncer de endometrio.

Debido a estos beneficios ajenos a la anticoncepción, a menudo se receta Mirena a mujeres que tienen alguno de estos problemas:

- Sangrado menstrual intenso
- Calambres o dolor durante el período menstrual
- Endometriosis
- Crecimiento anormal del revestimiento del útero (hiperplasia endometrial)
- Crecimiento anormal del tejido del revestimiento del útero en la pared muscular del útero (adenomiosis)
- Anemia
- Fibromas

Sin embargo, el dispositivo Mirena no es adecuado para todas las pacientes. El proveedor de atención médica puede desaconsejar el uso de Mirena si tienes alguna de estas afecciones:

- Cáncer de mama (o lo has tenido)
- Cáncer de útero o cáncer de cuello uterino
- Enfermedad hepática
- Anomalías uterinas, como fibromas, que interfieren en la colocación o la retención de Mirena
- Una infección pélvica o una enfermedad inflamatoria pélvica actual
- Sangrado vaginal sin causa aparente

Informa al proveedor de atención médica si:

- Tomas medicamentos, incluso productos de hierbas y de venta sin receta
- Tienes diabetes o presión arterial alta
- Tienes una enfermedad cardíaca o has tenido un ataque cardíaco
- Tienes migrañas
- Tienes problemas de coagulación o has tenido un accidente cerebrovascular
- Diste a luz recientemente o estás amamantando

Riesgos

Menos del 1 por ciento de las mujeres que usan el sistema Mirena quedan embarazadas en un año de uso típico.

Si quedas embarazada mientras usas este sistema, tienes mayor riesgo de tener un embarazo ectópico (cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, generalmente en una trompa de Falopio). Sin embargo, como el dispositivo Mirena

previene la mayoría de los embarazos, las mujeres que lo usan tienen menos riesgo de presentar un embarazo ectópico que otras mujeres sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Por lo general, el dispositivo Mirena es seguro. Sin embargo, es importante recordar lo siguiente:

- El dispositivo Mirena no otorga protección contra las infecciones de transmisión sexual.
- En raras ocasiones, la inserción del dispositivo Mirena provoca la perforación del útero. El riesgo de perforación podría ser mayor cuando el dispositivo se inserta durante el período posparto.

Los efectos secundarios asociados con el sistema Mirena incluyen los siguientes:

- Dolor de cabeza
- Acné
- Sensibilidad en las mamas
- Sangrado irregular, que puede mejorar después de seis meses de uso
- Cambios de humor
- Dolores menstruales o en la zona pélvica

También existe la posibilidad de expulsar el dispositivo Mirena del útero. Puede que tengas más probabilidades de expulsarlo si:

- Nunca has estado embarazada
- Tienes períodos menstruales intensos o prolongados
- Tienes dolores menstruales fuertes
- Anteriormente has expulsado un DIU

- Tienes menos de 20 años
- Te colocaron el dispositivo Mirena inmediatamente después de un parto

Tu proveedor de atención médica puede recomendar la extracción del dispositivo Mirena si tienes:

- Una infección pélvica
- Inflamación del endometrio (endometritis)
- Cáncer de endometrio o de cuello uterino
- Dolor pélvico o durante las relaciones sexuales
- Migraña muy intensa
- Un aumento importante de la presión arterial, o un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco
- Posible exposición a una infección de transmisión sexual

El dispositivo Mirena puede colocarse:

- En cualquier momento del ciclo menstrual si no estás embarazada. Es posible que tengas que realizarte una prueba de embarazo para confirmar que no estés embarazada.
- Inmediatamente después de un embarazo.
- Inmediatamente después de dar a luz un bebé por vía vaginal o por cesárea, aunque la colocación inmediata después de un parto vaginal aumenta el riesgo de expulsar el dispositivo Mirena.

Si te colocan el dispositivo Mirena más de siete días después del comienzo de tu período menstrual, asegúrate de usar un anticonceptivo de refuerzo durante una semana.

Tomar un medicamento antiinflamatorio no esteroide, como el ibuprofeno (Advil, Motrin IB u otros), una a dos horas antes del procedimiento puede ayudar a disminuir los dolores.

Colocación de Mirena

El dispositivo Mirena habitualmente se coloca en el consultorio del proveedor de atención médica.

Una vez al mes, comprueba que los hilos del dispositivo Mirena pasen a través del cuello uterino. Ten cuidado de no tirar de los hilos.

Cerca de un mes después de la inserción del dispositivo Mirena, tu proveedor de atención médica podrá volver a examinarte para asegurarse de que el sistema Mirena no se haya desplazado y para verificar la presencia de signos y síntomas de infección.

Mientras utilices el sistema Mirena, comunícate con tu proveedor de atención médica inmediatamente en los siguientes casos:

- Si crees que estás embarazada
- Si tienes un sangrado vaginal persistente e inusualmente abundante
- Si tienes dolor abdominal o dolor durante las relaciones sexuales
- Si tienes fiebre sin causa aparente
- Si tienes una secreción vaginal inusual o con mal olor, lesiones o llagas
- Si padeces migrañas o dolores de cabeza muy intensos
- Si tienes un color amarillento en la piel o en los ojos
- Si estuviste expuesta a una infección de transmisión sexual
- Si ya no sientes los hilos del DIU o si de pronto parecen más largos

También es importante que te comuniques con tu proveedor de atención médica inmediatamente si crees que el dispositivo Mirena no se encuentra en su lugar. El profesional verificará la localización del dispositivo Mirena y, si se ha desplazado, tal vez deba retirarlo.

Extracción

El sistema Mirena puede permanecer colocado hasta por cinco años. Para extraer el dispositivo Mirena, el proveedor de atención médica posiblemente utilice fórceps para sujetar los hilos del dispositivo y tirar con delicadeza. Los brazos del dispositivo se doblarán hacia arriba a medida que se retiran del útero.

Un sangrado leve y un poco de dolor son frecuentes durante la extracción. En raras ocasiones, la extracción puede ser más complicada.

5.4 NATURALES.

Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo, por lo tanto, no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo.

Por ejemplo, en el caso de la mujer se tienen en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y hay mayor riesgo de embarazo. En el hombre el control de la eyaculación.

Estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo no sólo de un embarazo no deseado sino de infecciones.

COITO INTERRUMPIDO

El método de interrupción del coito, también denominado coitus interruptus, consiste en retirar el pene de la vagina y de los genitales externos de una mujer antes de la eyaculación para evitar el embarazo. El objetivo del método de interrupción del coito es evitar que el semen entre en la vagina.

Usar el método de interrupción del coito como anticonceptivo requiere autocontrol. Aun así, el método de interrupción del coito no es una forma especialmente eficaz de anticoncepción. El semen puede entrar en la vagina si el retiro no se hace a tiempo o si el líquido preseminal contiene espermatozoides. El método de interrupción del coito no ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado, al eyacular fuera de la vagina, se intenta evitar la fecundación de una forma gratuita y accesible en cualquier momento. Estos aspectos favorecen que el coito sin método de protección sea una alternativa atractiva y practicada. Pero en realidad, la actividad sexual no resulta tan satisfactoria, ya que justo en el momento de mayor excitación sexual, se tiene que interrumpir el coito con el fin de eyacular fuera de la vagina.

Desventajas

Esta acción además de no ser gratificante implica algunas repercusiones desfavorables tanto en la mujer como en el hombre:

- El hombre tiene que estar vigilante de su excitación, lo que significa que tiene que controlar las emociones y reacciones del organismo, reprimiendo en cierta medida la satisfacción plena de la relación sexual. Por otra parte, se requiere cierto grado de experiencia y conocimiento en la respuesta sexual y muchos hombres no tienen control de su eyaculación, bien porque no detectan el momento de eyacular, bien porque no pueden contener la eyaculación.

- La mujer depende del control y ejecución del hombre. Este hecho puede causar inseguridad, tensión y preocupación en la mujer, ya que está supeditada a la respuesta de su pareja.

Además de la falta de control, en muchas ocasiones el hombre retira el pene en el momento de intensa excitación de la pareja. Si la mujer no culmina con un orgasmo durante el coito o después de la eyaculación del hombre, puede producirse una congestión pélvica, lo que provoca daños en las paredes venosas de la pelvis. Este malestar físico suele ir acompañado de ciertos sentimientos de insatisfacción y frustración que deterioran más la experiencia sexual.

Riesgos

El contacto directo de los genitales es por una parte una práctica excitante pero muy arriesgada, ya que conlleva ciertos peligros y consecuencias:

- Retirar el pene de la vagina antes de eyacular es una práctica que no está libre de contraer cualquier Infección de transmisión sexual (ITS). Así pues, realizar el coito sin utilizar un método de barrera (preservativo), supone un gran riesgo de contagio de infecciones como el herpes genital, sífilis, gonorrea, sida, ladillas, etc. Los agentes patógenos, no solo los transporta el semen, provienen también de la descamación y el exudado uretral, como en el caso de la gonorrea y clamidias. Aunque se evite la eyaculación, no se está protegido del contagio de cualquier infección de transmisión sexual, por ello es necesario utilizar un método de protección, siendo el preservativo el más recomendable.
- Otro riesgo del método de retiro supone la expulsión de líquido preeyaculatorio. Antes de la salida del semen, se produce una secreción de gotitas de líquido que proceden de las glándulas de Cowper, situadas al comienzo de la uretra. Estas gotas lubrican y neutralizan la acidez de la uretra, dejándola preparada para la eyaculación. Durante la excitación, el hombre segrega las gotas que salen por el meato urinario y aparecen en la zona del glande. Esta pequeña

cantidad de fluido segregado puede contener espermatozoides y ser causante de un embarazo, aunque no se haya eyaculado en la vagina.

Pese a los riesgos considerables que conlleva realizar el coito interrumpido, es importante conocer algunas consideraciones que no hay que olvidar para aumentar la eficacia de esta práctica. Otros aspectos que no se deben olvidar:

- El coito interrumpido requiere un elevado autocontrol por parte del hombre, ya que se tiene que predecir el momento antes de eyacular para poder retirar el pene a tiempo. Por tanto, el hombre tiene que ser un experto de su respuesta sexual, resultando imprescindible la práctica, autodominio y habilidad.
- El hombre tiene que retirar a tiempo el pene de la vagina antes de eyacular y además no tiene que existir ningún contacto entre el semen y los genitales externos de la mujer, ya que las secreciones cervicales femeninas facilitan el transporte de los espermatozoides a la zona interior de la vagina, lo que puede provocar una fecundación.
- Cuando se lleva a cabo coitos consecutivos tras una reciente eyaculación, es necesario que el hombre lave sus genitales y micciones (orine) antes del coito, a fin de evitar cualquier semen residual que pueda ser depositado en la vagina al volver a introducir el pene.
- El uso del coito interrumpido requiere motivación, compromiso y disciplina por parte de la pareja, ya que se interrumpe una actividad placentera en el momento de mayor excitación. Por una parte, el hombre adquiere la responsabilidad de actuar en el momento oportuno, y la mujer deja su confianza en el control y dominio del hombre. Si no existe cierto grado de compromiso por ambos, la relación placentera puede convertirse en una actividad sexual cargada de tensión, miedo, así como generar posteriores sentimientos de malestar y frustración.

La Organización Mundial de la Salud no ha formulado recomendaciones acerca del uso de este método, principalmente debido a la falta de investigación en cuánto a la eficacia. Los estudios revelan que es un método poco efectivo, con un índice de fallos aproximadamente del 10 al 19%. No obstante, algunos estudios indican que

la tasa elevada de embarazos es debido al mal control por parte del varón y a la expulsión del líquido preeyaculatorio.

Es un método que necesita revisión y estudio, ya que, en contraste con lo dicho, algunas investigaciones señalan que el líquido preseminal no contiene esperma y los fallos radican en la falta de control por parte del hombre. En general, es importante concienciarse que los resultados hoy por hoy son bastante impredecibles, lo que no transmite tranquilidad y confianza en el método del coito interrumpido.

RITMO O CALENDARIO.

Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer.

- **¿Cómo identificar el período fértil?**

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:

Fórmula:

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^o y el 21^o día del ciclo.

¿Cómo se usa?

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

¿Cuál es su eficacia?

Existe una gran variabilidad en el índice de falla, varía entre el 9 y el 20%, esto significa que de cada 100 mujeres usando este método durante un año, de 9 a 20 tienen la posibilidad de embarazarse. Mientras mejor sea utilizado, menor será el índice de fracaso.

Para obtener una mayor eficacia es necesario:

Registrar en forma adecuada las menstruaciones el mismo día en que llegan (no confiar en la memoria).

Contar bien los días entre el primer día de la menstruación y el día que antecede al primer día de la menstruación siguiente, para tener un cálculo más correcto del ciclo.

Aplicar bien la fórmula.

De acuerdo al resultado obtenido mediante la fórmula, no tener relaciones sexuales vaginales durante el período fértil.

Cada 6 meses se debe recalcular el período fértil.

Criterios médicos de elegibilidad

A= Aceptar: No hay razón médica para negar el método a una mujer en esta circunstancia. La única restricción importante es la situación en que la mujer corre un riesgo inaceptable si se embaraza. En este caso es preciso advertirle que estos métodos no son recomendables por la elevada tasa de fracaso que se observa en

el uso habitual. Además, hay condiciones que hacen su uso más complejo en las que se recomienda:

C= Cuidado: En estos casos se requiere cautela y orientación especial para asegurarse que la pareja use el método en forma correcta.

R= Retrasar: El uso debe postergarse hasta que la condición se haya evaluado o corregido. En el intervalo se deben recomendar otros métodos anticonceptivos.

Condiciones que requieren cuidado:

- Edad: Después de la menarquia y en la peri-menopausia, el uso de estos métodos puede presentar más dificultades por la irregularidad de los ciclos menstruales.

Lactancia: La tasa de embarazo puede ser más alta en esta situación por la irregularidad de los ciclos y las dificultades para identificar los signos del período fértil.

Enfermedades crónicas: Pueden afectar la regularidad de los ciclos menstruales. Esto hace inapropiado el uso del calendario para identificar el período fértil.

- Condiciones que requieren retrasar el uso: En estas situaciones se deben recomendar otros métodos en el intervalo, buscando los que sean más apropiados para la condición.
- Lactancia en las primeras seis semanas: No hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. La mujer puede comenzar con el método del calendario después de tener al menos tres ciclos menstruales. La tasa de embarazo puede ser más alta en esta situación por la irregularidad de los ciclos.
- Postparto sin lactancia: En las primeras cuatro semanas no hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. Pueden comenzar con el método del calendario después de al menos tres ciclos menstruales.
- Postaborto: Las mujeres pueden comenzar con el método del calendario después de al menos tres ciclos menstruales.

- Sangrados irregulares: La irregularidad hace que estos métodos sean menos confiables. Hay que evaluar la causa y postergar el uso hasta que el desorden se corrija.
- Uso de drogas/medicamentos: Hay medicamentos que alteran la regularidad de los ciclos menstruales. Entre estos están los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos, el litio, ciertos antibióticos y ciertas drogas antiinflamatorias. Se deben recomendar otros métodos mientras se evalúa la condición o hasta que se interrumpa el uso del medicamento.

¿Cuáles son los efectos colaterales?

Ninguno.

IMPORTANTE: No protege contra infecciones de transmisión sexual.

TEMPERATURA CORPORAL O BASAL.

El método de la temperatura basal, un método basado en el conocimiento de la fertilidad es un tipo de planificación familiar natural. La temperatura basal es la temperatura cuando estás totalmente en reposo. La ovulación puede provocar un leve aumento de la temperatura basal.

Serás más fértil durante los dos o tres días anteriores al aumento de la temperatura. Al realizar un seguimiento de tu temperatura basal todos los días, podrás predecir cuándo ovularás. A su vez, esto puede ayudarte a determinar cuándo tienes más probabilidades de concebir.

Si deseas quedar embarazada, puedes usar el método de la temperatura basal para determinar cuáles son los mejores días para tener relaciones sexuales. De modo similar, si no deseas quedar embarazada, puedes usar el método de la temperatura basal para determinar en qué días no debes tener relaciones sexuales sin protección. Debido a que el método de la temperatura basal solo no brinda suficiente tiempo de advertencia para prevenir con eficacia el embarazo, generalmente se usa

junto con otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad si no deseas quedar embarazada.

La temperatura basal puede usarse como una forma para predecir la fertilidad o como parte de un método anticonceptivo, al ayudarte a determinar los días óptimos para tener relaciones sexuales sin protección o para evitarlas. Llevar un control de la temperatura basal para predecir la fertilidad o como método anticonceptivo es económico y no tiene efectos secundarios. Algunas mujeres pueden decidir usar el método de la temperatura basal por motivos religiosos.

El método de la temperatura basal también puede utilizarse para detectar el embarazo. Después de la ovulación, un aumento en la temperatura basal que dure 18 días o más puede ser un indicador temprano de embarazo.

El método de la temperatura basal a menudo se combina con otro método de planificación familiar natural, como el método del moco cervical. Esta combinación, en ocasiones, se conoce como «método sintotérmico».

Riesgos

Utilizar el método de la temperatura basal para promover la fertilidad no representa ningún riesgo.

Asimismo, utilizar el método de la temperatura basal como anticonceptivo no representa ningún riesgo directo; no obstante, no ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual y es uno de los métodos naturales de planificación familiar menos eficaces. Aproximadamente 24 de cada 100 mujeres que usan métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para evitar quedar embarazadas, como el método de la temperatura basal, durante un año quedarán embarazadas.

Usar el método de la temperatura basal junto con otro método basado en el conocimiento de la fertilidad como método anticonceptivo requiere motivación y

diligencia. Si no quieres concebir un hijo, tú y tu pareja deben evitar tener relaciones sexuales o deben usar un método anticonceptivo de barrera durante tus días fértiles de cada mes.

Ten en cuenta que la temperatura basal puede verse afectada por varios factores, incluidos los siguientes:

- Enfermedad o fiebre
- Estrés
- Trabajo por turnos
- Dormir en exceso o interrupción de los ciclos de sueño
- Alcohol
- Viajes y husos horarios diferentes
- Trastornos ginecológicos
- Determinados medicamentos
- Algunas mujeres también ovulan sin presentar un claro aumento en la temperatura basal.

Uso

Para hacer un seguimiento de la temperatura basal, no se necesita una preparación especial. Sin embargo, en caso de que desees utilizar la temperatura basal como método anticonceptivo, primero debes consultar con el proveedor de atención médica si:

- Hace poco diste a luz o suspendiste las píldoras anticonceptivas u otros anticonceptivos hormonales
- Estás amamantando
- Te estás acercando a la menopausia

Para usar el método de la temperatura basal:

- **Tómate la temperatura basal todas las mañanas antes de levantarte de la cama.** Usa un termómetro digital oral o uno diseñado específicamente para medir la temperatura basal. Asegúrate de dormir por lo menos tres horas seguidas todas las noches para garantizar que la lectura sea correcta.

Puedes tomar la temperatura por la vagina o el recto si tienes problemas para determinar un patrón o un cambio en tu temperatura basal. Para obtener resultados más precisos, tómate siempre la temperatura usando el mismo método.

- **Marca tu temperatura en una hoja cuadriculada.** Registra tu temperatura basal todos los días y busca un patrón. Es posible que la temperatura basal aumente levemente —en general, menos de 1/2 °F (0,3 °C)— cuando estás ovulando. Puedes suponer que estás ovulando cuando la temperatura levemente más alta es estable durante tres días o más.
- **Planifica cuidadosamente las relaciones sexuales durante los días fértiles.** El período más fértil es alrededor de dos días antes del aumento de la temperatura basal, pero los espermatozoides pueden vivir hasta por cinco días en el aparato reproductor. Si deseas quedar embarazada, este es el momento de tener relaciones sexuales. Si no deseas quedar embarazada, no debes tener nunca relaciones sexuales sin protección desde el comienzo del período menstrual hasta tres o cuatro días después del aumento de la temperatura basal.

VIGILANCIA DE MOCO CERVICAL O MÉTODO DE BILLINGS.

Es la identificación del período fértil (período en el cual la mujer se puede embarazar) y del período infértil (cuando no se puede embarazar), a través del moco cervical.

¿Qué es el moco cervical?

Es una secreción producida en el cuello del útero que cambia de características por la acción de hormonas (estrógeno y progesterona) a lo largo del ciclo menstrual. Este cambio le permite a la mujer conocer cuál es su período fértil y su período infértil.

Durante el período fértil esta secreción es parecida a la clara del huevo crudo.

¿Cómo se evita el embarazo?

La identificación del período fértil le permite a la mujer/pareja saber cuál es el período en que no deberá tener relaciones sexuales vaginales si quiere evitar un embarazo.

Para esto, la mujer debe observar la presencia y las características del moco cervical. En general, después del término de la menstruación comienza un período seco que dura entre 2 y 3 días. Después aparece un moco inicialmente blancuzco, turbio y pegajoso que se va haciendo cada vez más claro, transparente y elástico (al estirarse entre los dedos parece un hilo). El último día del moco con este aspecto se llama el día del ápice del moco. Esto significa que la ovulación ya ocurrió, o está ocurriendo dentro de más o menos 24 horas. En el 4º día, después del día del ápice, comienza el período infértil que dura hasta la menstruación siguiente.

¿Cómo se usa?

La mujer debe observar la presencia y las características del moco cervical cada vez que va al baño. Ella debe poner los dedos, o papel higiénico en la entrada de la vagina, colocar el moco entre los dedos pulgar e índice, separando y estirando el moco entre ellos.

Desde el día en que aparece el moco hasta el 4ª día después del ápice, la mujer no deberá tener relaciones sexuales vaginales, porque ese es su período fértil.

¿Cuál es su eficacia?

Es variable y depende mucho de la motivación de la pareja, de la calidad de las

instrucciones y de la capacidad de la mujer de reconocer las características del moco cervical.

El índice de fracaso varía entre un 3 y un 20%, esto significa que de cada 100 mujeres usando este método durante un año, de 3 a 20 tienen la posibilidad de embarazarse. Mientras mejor sea utilizado, menor es el índice de falla.

Condiciones que requieren cuidado:

Edad: Después de la menarquia y en la peri-menopausia, el uso de este método puede presentar más dificultades por la irregularidad de los ciclos menstruales.

Postaborto: Las mujeres pueden aprender a reconocer las características del moco cervical para usarlo después de recuperar los ciclos menstruales. Se deben recomendar otros métodos en el intervalo.

Enfermedades crónicas: Pueden afectar la regularidad de los ciclos menstruales. Esto hace inapropiado el uso de este método para identificar el período fértil.

Condiciones que requieren retrasar el uso:

En estas situaciones se deben recomendar otros métodos en el intervalo, buscando los que sean más apropiados para la condición.

- Lactancia en las primeras seis semanas: No hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. La tasa de embarazo puede ser más alta en esta situación por la irregularidad de los ciclos.
- Postparto sin lactancia: En las primeras cuatro semanas no hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad.
- Descarga vaginal: Puede ser un obstáculo para el reconocimiento del moco cervical. Hay que evaluar la causa y postergar el uso hasta que se trate y corrija.
- Uso de drogas/medicamentos: Hay medicamentos que alteran la regularidad de los ciclos menstruales o que afectan los signos de fertilidad. Entre estos están los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos, el litio, ciertos antibióticos y ciertas drogas antiinflamatorias. Se deben recomendar

otros métodos mientras se evalúa la condición o hasta que se interrumpa el uso del medicamento.

¿Cuáles son los efectos colaterales?

Ninguno.

OBSERVACIÓN: Existen también otros métodos de abstinencia como el de la temperatura basal, y el método sintotérmico que es la combinación de todos los métodos de abstinencia (calendario, moco cervical y temperatura basal).

IMPORTANTE: No protege contra infecciones de transmisión sexual.

LACTANCIA MATERNA.

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el post parto, durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un período de infertilidad.

ME = Método L = Lactancia = Amamantar A = Amenorrea = Falta de menstruación

¿Cómo evita el embarazo?

Las mujeres que lactan presentan un período de amenorrea e infertilidad que puede durar desde dos meses a dos o más años. Las bases fisiológicas de la infertilidad asociada a la lactancia son:

- **Inhibición de la ovulación y amenorrea:** La succión frecuente del pezón ejerce un efecto inhibitorio en la función del hipotálamo y la hipófisis y determina una alteración de la secreción pulsátil de la hormona luteinizante (LH) que es la encargada de desencadenar la ovulación. En estas condiciones, la mujer no ovula y no tiene menstruaciones, lo que se llama amenorrea postparto.
- **Alteración de los primeros ciclos menstruales:** Es muy raro que se produzca un embarazo durante la amenorrea de lactancia en los primeros seis meses postparto, incluso en las mujeres que ovulan antes de la primera menstruación, porque el primer ciclo menstrual está alterado. En la mayoría de los casos, la

primera ovulación es seguida por una fase lútea insuficiente que no alcanza para preparar el endometrio. Esta primera fase lútea es más corta y presenta niveles de progesterona en la sangre que son más bajos que en la fase lútea de mujeres que no están lactando.

¿Qué es lactancia exclusiva o casi exclusiva?

Cuando el bebé es alimentado solamente por pecho, o cuando toma además del pecho, jugo, té o agua, siempre y cuando no sustituyan ninguna mamada. Se ha demostrado que la succión frecuente (7 o más veces en 24 horas) contribuye eficazmente a mantener la lactancia y la amenorrea.

¿Cómo se usa?

Para usar el MELA, la mujer debe cumplir con tres condiciones:

- Amamantar exclusiva o casi exclusivamente (cuando el suplemento sea jugo, té o agua y no sustituyan alguna mamada);
- Estar en amenorrea (no haber presentado el primer sangrado postparto. Se considera primer sangrado postparto cualquier sangrado que tenga la mujer después de 10 o más días separado del sangrado puerperal y que sea al menos un día de sangrado normal o tres días consecutivos de goteo) y,
- El bebé debe tener hasta 6 meses de edad.

¿Cuál es su eficacia?

Cuando se cumplen las tres condiciones básicas, el índice de fracaso es de 0.5%, es decir, de 200 mujeres que usan el MELA durante 6 meses, una mujer puede embarazarse.

Criterios médicos de elegibilidad para el MELA

No hay condiciones médicas que restrinjan el uso de la amenorrea de lactancia como método anticonceptivo y no hay evidencia de que tenga un efecto negativo sobre la salud de la mujer. Sin embargo, ciertas condiciones que afectan la lactancia pueden afectar la duración de la amenorrea limitando su utilidad como anticonceptivo:

- Infección por VIH: las mujeres VIH positivas deben ser informadas del riesgo de transmisión al lactante y de las alternativas para alimentarlo, de modo que puedan hacer una elección informada.
- Uso de medicamentos: No se recomienda amamantar a las mujeres que están usando drogas como: antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, altas dosis de corticosteroides, ciclosporina, ergotamina, litio, drogas radioactivas, reserpina y drogas que modifiquen el ánimo.
- Condiciones del recién nacido: como deformaciones de la boca, mandíbula o paladar, prematuridad o requerimiento de cuidados neonatales intensivos, y ciertos trastornos metabólicos que pueden hacer difícil la lactancia.

¿Cuáles son los efectos colaterales?

Ninguno.

IMPORTANTE:

- Si la menstruación vuelve, o
- Si él bebe recibe algún suplemento alimenticio que substituya una mamada o
- Si el bebé cumple 6 meses de vida:

La mujer debe recurrir a un Servicio de Planificación Familiar para elegir otro método anticonceptivo, porque en estos casos el riesgo de embarazo aumenta. Sin embargo, la madre puede seguir amamantando para proteger la salud de su hijo.

ABSTINENCIA.

La abstinencia sexual consiste en no mantener relaciones sexuales. Una persona que decide practicar la abstinencia sexual ha decidido no mantener relaciones sexuales o ningún tipo de contacto sexual íntimo.

¿En qué consiste exactamente?

Si dos personas no mantienen relaciones sexuales, el esperma no puede fecundar el óvulo y es imposible que la chica se quede embarazada. Algunas formas de anticoncepción dependen de barreras que impiden que el esperma alcance el

óvulo (como los condones y los diafragmas). Otras interfieren en el ciclo menstrual (como los anticonceptivos orales). Con la abstinencia, no se necesitan barreras ni comprimidos porque la persona no mantiene relaciones sexuales íntimas con otras personas.

No hace falta ser virgen para practicar la abstinencia sexual. A veces personas que ya han mantenido relaciones sexuales deciden dejarlas de mantener. Por lo tanto, personas que han mantenido relaciones sexuales pueden optar por la abstinencia sexual para evitar tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el futuro.

Eficacia.

La abstinencia sexual es eficaz al 100% para la prevención del embarazo. Aunque muchos métodos anticonceptivos pueden tener tasas de éxito elevadas si se utilizan correctamente, pueden fallar en algunas ocasiones. Practicar la abstinencia sexual asegura que una chica no se quede embarazada porque no se existe ninguna oportunidad de que el esperma fecunde su óvulo.

Protección contra las ETS

La abstinencia sexual protege a la gente de las ETS. Algunas ETS se transmiten a través del sexo oral, el sexo anal y hasta el contacto íntimo piel con piel no asociado a penetración (las genitales y el herpes se pueden transmitir de esta forma). Por lo tanto, *evitando cualquier tipo* de contacto genital íntimo (incluyendo el sexo anal y el oral) se pueden prevenir las ETS. Esto se llama **abstinencia sexual completa**.

La **abstinencia constante** implica que la persona practica la abstinencia sexual constantemente, es decir, durante *todo el tiempo*. Mantener relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, implica que la persona se expone a contraer una infección.

Solo la **abstinencia sexual completa y constante** puede prevenir por completo el embarazo y proteger de las ETS. Puesto que la persona no tiene ningún tipo de

contacto sexual íntimo cuando practica la abstinencia sexual completa y constante, no existe riesgo alguno de que se contagie de ninguna infección de transmisión sexual.

La abstinencia sexual no previene las infecciones por SIDA, hepatitis B o hepatitis C que se contraen por actividades no sexuales, como usar agujas contaminadas para inyectarse drogas, tatuarse o inyectarse esteroides.

¿Cómo se hace?

No mantener relaciones puede parecer fácil porque implica *no hacer nada*. Pero la presión de los amigos y las cosas que ves en la televisión y en las películas te pueden dificultar la práctica de la abstinencia.

Puesto que parece que todo el mundo mantiene relaciones sexuales, algunas personas pueden sentir que también las deberían mantener solo para sentirse aceptadas. No permitas que las bromas o la presión de tus amigos, de una novia o de un novio, o incluso el influjo de los medios de comunicación te lleven a hacer algo que no quieres hacer. La verdad es que la mayoría de los adolescentes no mantienen relaciones sexuales.

Una pareja puede mantener una relación sin mantener relaciones sexuales. Si has tomado la decisión de no mantener relaciones sexuales, se trata de una decisión personal importante que las personas a quienes les importas deberían respetar.

5.5 PERMANENTES.

Son aquellos métodos que mediante cirugía (operación) pueden impedir de manera definitiva la reproducción, tanto femenina como masculina. Estos métodos se recomiendan en las personas que han alcanzado el número máximo de hijos que desean tener. Antes de hacer una esterilización (o método definitivo) se debe estar absolutamente convencido de no querer hijos en un futuro. La esterilización

definitiva siempre es un método quirúrgico, que consiste en la sección o sellado de los conductos que llevan los espermatozoides o los óvulos.

VASECTOMÍA O ESTERILIZACIÓN MASCULINA.

Es una operación sencilla para el hombre que ya no desea tener hijos; por medio de la cual se corta el paso de los espermatozoides hacia el exterior, es decir que el semen eyaculado estará libre de espermatozoides. La vasectomía consiste en la obturación de los conductos deferentes, que son los conductos que llevan los espermatozoides a las vesículas seminales para ser expulsados durante la eyaculación. La intervención se realiza con anestesia local, realizando una pequeña incisión en la piel del escroto y cauterizando y cortando los conductos deferentes. La duración de la intervención es de unos 15 minutos aproximadamente y se remite al paciente a domicilio sin precisar ingreso en el hospital. Se recomienda utilizar después ropa interior ajustada o un suspensorio unos días para evitar molestias.

Protección

Es importante dar a conocer a los usuarios que este método no brinda protección contra el embarazo hasta que se observe que no hay espermatozoides en una muestra de semen sometida a un examen microscópico, lo cual ocurre aproximadamente hasta que el usuario haya eyaculado 20 veces o hasta que hayan transcurrido 12 semanas después de la operación. El hombre debe usar condón durante este tiempo.

¿Quién lo puede usar?

- Hombres de cualquier edad reproductiva.
- Hombres que ya tienen el número de hijos deseados.
- Hombres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente.
- Hombres cuyas parejas aún están en edad de tener hijos y corren un alto riesgo de salud en caso de quedar embarazadas.

- Hombres que comprendan y voluntariamente consientan a que se realice el procedimiento; deben leer y firmar la hoja de consentimiento informado.

Beneficios:

- Es el método más eficaz para el hombre.
- Es permanente
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Implica menor riesgo quirúrgico y menos gastos que la operación de la mujer
- Buen método en el caso de usuarios para los que el embarazo de su pareja encierre un alto riesgo para la salud
- Cirugía sencilla, que se realiza bajo anestesia local y no requiere hospitalización
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual; no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los testículos

LIGADURAS DE TROMPAS DE FALOPIO O ESTERILIZACIÓN FEMENINA.

Es una cirugía para la mujer que ya no desea tener más hijos. La ligadura de trompas consiste en la sección o sellado de las trompas de Falopio de forma que se impide la llegada de los espermatozoides al óvulo. Se requiere una anestesia general, y lo más frecuente actualmente es realizarla por laparoscopia, es decir, insuflando aire en la cavidad abdominal para una correcta visualización de los órganos internos, colocando una pequeña cámara a través de una incisión debajo del ombligo y una o dos pinzas a través de sendos orificios un poco por encima del pubis. Con estos instrumentos pueden colocarse unas pequeñas grapas que colapsen la trompa de Falopio o bien realizar una pequeña quemadura y posterior sección de las trompas que también las inutiliza. La intervención dura aproximadamente entre 15 y 30 minutos y suele requerir 12-24 horas de ingreso

hospitalario más 5-7 días de recuperación domiciliaria. En ocasiones se realiza en el momento de una cesárea aprovechando la intervención quirúrgica o más raramente en un postparto.

¿Quién lo puede usar?

- Mujeres que estén conscientes que es un método irreversible
- Mujeres que hayan recibido consejería completa, que acepten el procedimiento voluntariamente y firmen el consentimiento informado
- Mujeres para las cuales el embarazo representa un riesgo alto
- Mujeres de cualquier paridad, incluso que no tengan hijos.
- Mujeres que estén o no casadas
- Mujeres en el posparto inmediato (en los últimos 7 días) o después de 6 semanas del parto
- Mujeres que estén amamantando
- Mujeres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente.
- Durante el procedimiento de cesárea, si así lo desean
- Mujeres que vivan con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral
- Mujeres que comprendan y voluntariamente consientan a que se realice el procedimiento; deben leer y firmar la hoja de consentimiento informado.

Beneficios:

- Eficacia inmediata y elevada
- Método permanente y difícilmente reversible
- No interfiere con la lactancia materna
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Buen método en el caso de usuarias para quienes el embarazo tenga un alto riesgo para su salud
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios, ni sobre la menstruación

- No necesita suministros ni visitas repetidas
- Recuerda las mujeres NO necesitan la autorización de ninguna persona para optar por este método

5.6 DE EMERGENCIA.

El anticonceptivo de emergencia es un método de control natal para prevenir el embarazo en mujeres. Se puede usar:

- Después de un ataque o violación sexual.
- Cuando un condón se rompe o un diafragma se sale de su lugar.
- Cuando una mujer olvida tomar las píldoras anticonceptivas.
- Cuando usted tiene una relación sexual y no utiliza ningún método anticonceptivo.
- Cuando algún método de control natal no se usa correctamente.

Información

El anticonceptivo de emergencia muy probablemente previene el embarazo de la misma manera como lo hacen las pastillas anticonceptivas regulares:

- Al impedir o demorar la liberación de un óvulo de los ovarios de una mujer.
- Al impedir que el espermatozoide fertilice al óvulo.
- Las dos formas como usted pueden recibir el anticonceptivo de emergencia son:
 - Usando pastillas que contengan una forma artificial (sintética) de la hormona progesterona llamada progestágeno. Este es el método más común.
 - Teniendo un DIU puesto dentro del útero.

Opciones para el anticonceptivo de emergencia

Dos píldoras (pastillas) anticonceptivas de emergencia se pueden comprar sin receta:

- El Plan B One-Step es un solo comprimido.
- Next Choice se toma en 2 dosis. Ambas píldoras se pueden tomar al mismo tiempo o como 2 dosis separadas con un intervalo de 12 horas.
- Cualquiera de las dos se puede tomar hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.
- El acetato de ulipristal (Ella) es un nuevo tipo de píldora anticonceptiva de emergencia. Requiere la receta de un proveedor de atención médica.
- Se toma un solo comprimido de ulipristal.
- Se puede tomar hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Las pastillas anticonceptivas también se pueden usar:
 - Hable con el proveedor sobre la dosis correcta.
 - En general, usted debe tomar de 2 a 5 píldoras anticonceptivas al mismo tiempo para tener la misma protección.

La colocación de un DIU es otra opción:

Lo debe insertar el proveedor dentro de los 5 días posteriores a una relación sexual sin protección. El DIU que se utiliza contiene una pequeña cantidad de cobre.

El médico puede retirarlo después del siguiente periodo. Puede optar por dejarlo puesto para brindar un control natal continuo.

Más acerca de las píldoras anticonceptivas de emergencia

Las mujeres de cualquier edad pueden comprar Plan B One-Step y Next Choice en una farmacia sin necesidad de receta ni consulta con el médico.

Los anticonceptivos de emergencia funcionan mejor cuando se toman dentro de las 24 horas después de la relación sexual. Sin embargo, todavía pueden prevenir el embarazo hasta 5 días después de haber tenido una relación sexual.

El anticonceptivo de emergencia no debe usarse si:

- Usted cree que ha estado embarazada durante algunos días.
- Tiene sangrado vaginal sin una razón conocida (primero hable con el proveedor).
- El anticonceptivo de emergencia puede causar efectos secundarios. La mayoría de ellos son leves. Ellos pueden incluir:
 - Cambios en el sangrado menstrual
 - Fatiga
 - Dolor de cabeza
 - Náuseas y vómitos

Después de usar el anticonceptivo de emergencia, su siguiente ciclo menstrual puede empezar antes o después de lo esperado. El flujo menstrual puede ser más ligero o más abundante de lo normal.

- La mayoría de las mujeres empezará su próximo periodo dentro de los 7 días de la fecha esperada.
- Si no le llega el periodo dentro de las 3 semanas después de tomar el anticonceptivo de emergencia, usted podría estar embarazada. Debe ponerse en contacto con el proveedor.

Algunas veces, los anticonceptivos de emergencia no funcionan. Sin embargo, las investigaciones sugieren que estos anticonceptivos no tienen ningún efecto a largo plazo en el embarazo o el feto.

Otros datos importantes

Usted puede usar el anticonceptivo de emergencia incluso si no puede tomar regularmente pastillas anticonceptivas. Hable con el proveedor sobre sus opciones.

El anticonceptivo de emergencia no debe usarse como un método rutinario de control de natalidad. No funciona tan bien como la mayoría de los tipos de anticonceptivos.

5.6 HORMONALES

Los métodos hormonales de control de la natalidad usan hormonas para regular o detener la ovulación y evitar el embarazo. La ovulación es el proceso biológico en el cual los ovarios liberan un óvulo, que queda disponible para la fecundación. Se pueden introducir hormonas en el cuerpo de varias maneras, como píldoras, inyecciones, parches cutáneos, geles transdérmicos, anillos vaginales, sistemas intrauterinos y varillas implantables. Según los tipos de hormonas que se usan, estas píldoras pueden evitar la ovulación; engrosar el moco cervical, lo que ayuda a impedir que el espermatozoides llegue al óvulo; o afinar el tejido que recubre el útero. Los profesionales de la salud recetan, controlan y administran anticonceptivos hormonales.

ANTICONCEPTIVOS ORALES.

Los anticonceptivos orales (ACO) imitan a las hormonas ováricas. Una vez ingeridos, inhiben la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) por el hipotálamo, inhibiendo así la liberación de las hormonas hipofisarias que estimulan

la ovulación. Los ACO también afectan el revestimiento del útero y hacen que el moco cervical se espese, haciéndolo impermeable a los espermatozoides. Si se usan sistemática y correctamente, los anticonceptivos orales son un método efectivo de anticoncepción.

Los anticonceptivos orales pueden ser una combinación hormonal de estrógeno y progestágeno o un progestágeno solo.

Para la mayoría de **los anticonceptivos orales combinados**, una píldora activa (estrógeno más progestágeno) se toma diariamente durante 21 a 24 días. Luego se toma una píldora inactiva (placebo) diariamente durante 4 a 7 días para permitir la hemorragia por privación. En algunos productos, la píldora de placebo contiene hierro y folato (ácido fólico); en otros, esta píldora no es verdaderamente inactiva, pero contiene 10 mcg de etinil estradiol.

La mayoría de los anticonceptivos orales combinados contienen de 10 a 35 mcg de etinil estradiol. Esta dosis se considera baja. Los ACO de bajas dosis en general son preferibles a las de altas dosis (50 mcg de estrógenos), porque los de bajas dosis parecen igualmente efectivos y tienen menos efectos adversos, excepto por la mayor incidencia de sangrado vaginal irregular durante los primeros meses de uso. Un nuevo producto utiliza valerato de estradiol en lugar de etinil estradiol. Las dosis de estrógeno y progestágeno son las mismas durante todo el mes en algunos anticonceptivos orales combinados (píldoras monofásicas); en otros cambian a lo largo del mes (píldoras multifásicas).

Todos los ACO combinados tienen eficacia similar; la tasa de embarazos después de 1 año es de 0,3% con uso perfecto y de aproximadamente 9% con el uso típico (o sea, inconstante).

Para ser eficaces, **los anticonceptivos orales sólo de progestágeno** deben ser tomados en la misma hora del día, todos los días. No incluye píldoras inactivas. Los ACO solo de progestágeno proporcionan una anticoncepción eficaz principalmente espesando el moco cervical y evitando que los espermatozoides pasen a través del

canal cervical y la cavidad endometrial para fertilizar el óvulo. En algunos ciclos, estos anticonceptivos orales también suprimen la ovulación, pero este efecto no es el principal mecanismo de acción. Los efectos secundarios comunes incluyen sangrado irregular. Los anticonceptivos orales solo de progestágeno son comúnmente prescritos cuando las mujeres desean tomar anticonceptivos orales, pero el estrógeno está contraindicado. Las tasas de embarazo con el uso perfecto y típico de los anticonceptivos orales solo de progestágeno son similares a los de los anticonceptivos orales combinados.

Los anticonceptivos orales pueden iniciarse en cualquier momento en la vida de una mujer hasta la menopausia. Sin embargo, los anticonceptivos orales combinados se deben utilizar con precaución en algunas mujeres (para obtener más información, consulte los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en los Estados Unidos, disponible en [US Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010](#)). El uso de anticonceptivos orales combinados está contraindicado por lo siguiente:

- < 21 días después del parto o < 42 días después del parto si el riesgo de tromboembolismo venoso es alto
- Consumo de > 15 cigarrillos/día en mujeres > 35
- Cáncer de mama actual o pasado
- Cirrosis descompensada grave, adenoma hepatocelular o cáncer de hígado
- Tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar), mutación trombogénica, o LES con estado de anticuerpos antifosfolípidos desconocido o positivo
- La migraña con aura o migraña de cualquier tipo en mujeres > 35
- Hipertensión
- Cardiopatía isquémica
- Miocardiopatía periparto
- Diabetes de > 20 años o con enfermedad vascular (p. ej., neuropatía, nefropatía, retinopatía)
- Antecedente de cirugía bariátrica de malabsorción

- Enfermedad de las válvulas cardíacas con complicaciones
- Trasplante de órganos sólidos con complicaciones
- Enfermedad de la vesícula actual o tratada médicamente o antecedentes de colestasis relacionada con los anticonceptivos
- Hipertrigliceridemia
- Hepatitis aguda viral

Efectos adversos

Aunque los anticonceptivos orales pueden tener algunos efectos adversos, el riesgo general de estos eventos es pequeño.

Los anticonceptivos orales pueden causar sangrado intermenstrual (posible de resolverse con el tiempo o si se aumenta la dosis de estrógenos) o amenorrea, que, si no resulta aceptable, se puede resolver cuando se reduce la dosis de progestágeno. En algunas mujeres, la ovulación sigue inhibida algunos meses después de interrumpir los anticonceptivos orales. Los anticonceptivos no afectan de manera adversa el progreso del embarazo cuando ocurre la concepción a pesar de su uso.

Los estrógenos aumentan la producción de aldosterona y provocan retención de sodio (Na), que puede causar una elevación reversible de la tensión arterial (TA) relacionada con la dosis y del peso (de hasta unos 2 kg). El aumento de peso puede ir acompañado de hinchazón, edema y sensibilidad mamaria. La mayoría de los progestágenos utilizados en los anticonceptivos orales están relacionados a la 19-nortestosterona y son androgénicos. El norgestimato, el etonogestrel y el desogestrel son menos androgénicos que el levonorgestrel, la noretindrona, el acetato de noretindrona y el diacetato de etinodiol. Los efectos androgénicos pueden incluir acné, nerviosismo y efectos anabólicos que producen incremento de peso. Si una mujer aumenta > 4,5 kg/año, debe usarse un anticonceptivo oral menos androgénico. Los nuevos progestágenos antiandrogénicos de cuarta generación incluyen al dienogest y la drospirenona (relacionada con la espironolactona, un diurético).

La incidencia de trombosis venosa profunda y tromboembolismo (p. ej., embolia pulmonar) aumenta a medida que se incrementa la dosis de estrógeno. Con los anticonceptivos orales que contienen de 10 a 35 mcg de estrógeno, el riesgo es de 2 a 4 veces el riesgo basal. Sin embargo, este aumento del riesgo sigue siendo mucho menor que el riesgo asociado con el embarazo. Una amplia variedad de progestágenos en los anticonceptivos orales combinados también puede afectar este riesgo. Los anticonceptivos orales que contienen levonorgestrel parecen reducir este riesgo, y los anticonceptivos orales que contienen desogestrel o drospirenona pueden aumentarlo. El riesgo se incrementa probablemente porque la producción de factores de coagulación en el hígado y la adhesión plaquetaria se incrementan. Si se sospecha una trombosis venosa profunda o una embolia pulmonar en una mujer que está tomando ACO, éstos deben interrumpirse inmediatamente hasta que los resultados de los estudios diagnósticos puedan confirmar o excluir el diagnóstico. Además, los anticonceptivos orales deben detenerse tan pronto como sea posible antes de cualquier cirugía mayor que requiera inmovilización durante mucho tiempo. Las mujeres con antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica venosa idiopática no deben usar anticonceptivos orales que contienen estrógenos.

El uso actual de anticonceptivos orales no aumenta el riesgo de cáncer de mama, tampoco la utilización previa en mujeres de 35 a 65 años. Además, el riesgo no está aumentado en los grupos de alto riesgo (p. ej., mujeres con ciertos trastornos mamarios benignos o antecedentes familiares de cáncer de mama).

El riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta ligeramente en mujeres que usan anticonceptivos orales por > 5 años, pero este riesgo disminuye a los niveles basales 10 años después de suspender los ACO. No está claro si este riesgo está relacionado con un efecto hormonal o con comportamientos (es decir, no usar anticonceptivos de barrera).

Aunque se ha atribuido un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular a los anticonceptivos orales, las combinaciones de bajas dosis no parecen incrementar

el riesgo de accidente cerebrovascular en mujeres sanas, normotensas, no fumadoras. Sin embargo, si aparecen síntomas neurológicos focales, afasia u otros signos de accidentes cerebrovasculares, los anticonceptivos deben interrumpirse.

Los efectos sobre el SNC incluyen náuseas, vómitos, cefaleas, depresión y trastornos del sueño.

Aunque los progestágenos pueden producir una resistencia a la insulina reversible y relacionada con la dosis, el uso de anticonceptivos orales con dosis bajas de progestágenos rara vez produce hiperglucemia. Los niveles de lipoproteína de alta densidad (HDL) pueden disminuir cuando se usan anticonceptivos orales con altas dosis de progestágenos, pero en general sólo aumentan con los anticonceptivos de bajas dosis de progestágenos y estrógenos. Los estrógenos en los anticonceptivos orales aumentan los niveles de triglicéridos y pueden exacerbar la hipertrigliceridemia preexistente. La mayoría de las alteraciones en los niveles séricos de otros metabolitos no son clínicamente significativas. La capacidad de la globulina de unión a tiroxina puede aumentar en usuarias de ACO; no obstante, los niveles de tiroxina libre y de hormona tirotrópica y la función tiroidea no están afectados.

Los niveles de piridoxina, folato, vitaminas del complejo B, el ácido ascórbico, el calcio, el manganeso y el cinc disminuyen en usuarias de ACO; los niveles de vitamina A aumentan. Ninguno de estos efectos es clínicamente significativo, y los suplementos de vitaminas no están recomendados como un complemento del uso de anticonceptivos orales.

La evidencia reciente indica que los anticonceptivos orales de baja dosis no aumentan el riesgo de desarrollar cálculos biliares. Sin embargo, las mujeres que previamente desarrollaron colestasis cuando estaban usando anticonceptivos orales no deben tomarlos de nuevo. Las mujeres que han tenido colestasis del embarazo (ictericia recurrente idiopática del embarazo) puede llegar a tener ictericia si toman anticonceptivos orales, y los ACO se deben utilizar con precaución en estas mujeres.

Rara vez, aparecen adenomas hepáticos benignos, los cuales puede romperse espontáneamente. La incidencia aumenta con la prolongación del uso de anticonceptivos y el incremento de la dosis; en general, los adenomas involucionan una vez que se interrumpen los anticonceptivos.

El melasma aparece en algunas pacientes; se acentúa con la luz solar y desaparece lentamente una vez que se han interrumpido los anticonceptivos. Como el tratamiento es difícil (ver Melasma (cloasma)), los anticonceptivos deben interrumpirse ante los primeros signos de melasma. Estos fármacos no aumentan el riesgo de melanoma.

Beneficios

Los anticonceptivos orales tienen algunos beneficios de salud importantes. Los anticonceptivos orales combinados de altas y bajas dosis disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario en alrededor del 50% durante al menos 20 años después de que se han interrumpido. También reducen el riesgo de tumores benignos de ovario, sangrado vaginal anormal, dismenorrea, osteoporosis, trastorno disfórico premenstrual, anemia por deficiencia de hierro, trastornos benignos de la mama y quistes funcionales de ovario. El embarazo ectópico y la salpingitis, que pueden deteriorar la fertilidad, se presentan con menor frecuencia en usuarias de anticonceptivos orales.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Aunque los anticonceptivos orales pueden disminuir la metabolización de ciertos fármacos (p. ej., meperidina), estos efectos no son clínicamente importantes.

Algunos fármacos pueden inducir las enzimas hepáticas (p. ej., enzimas del citocromo P-450) que aceleran la transformación de los anticonceptivos orales en metabolitos con menor actividad biológica. Las mujeres que toman estos medicamentos no deben recibir anticonceptivos orales simultáneamente a menos que otros métodos anticonceptivos no estén disponibles o sean inaceptables. Estos medicamentos incluyen ciertos anticonvulsivos (más comúnmente fenitoína,

carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato y oxcarbazepina), inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, rifampicina y rifabutina. La lamotrigina no debe usarse con los anticonceptivos orales porque los anticonceptivos orales pueden disminuir los niveles de lamotrigina y afectar el control de las convulsiones.

INICIO

Antes de comenzar con los anticonceptivos orales, los clínicos deben indagar minuciosamente los antecedentes médicos, sociales y familiares para comprobar si hay posibles contraindicaciones para su uso. Se mide la presión arterial, y se realiza una prueba de embarazo en orina. Los anticonceptivos orales no se deben prescribir a menos que la TA sea normal y los resultados de la prueba de embarazo en orina sean negativos. No es necesario un examen físico, aunque a menudo se hace cuando se inician los anticonceptivos orales. Sin embargo, se recomienda un examen físico dentro del año de iniciación de ACO. Una visita de seguimiento en 3 meses puede ser útil para analizar posibles efectos adversos y para volver a comprobar la presión arterial. Los ACO pueden ser recetados para 13 meses por vez.

Los anticonceptivos orales pueden iniciarse en el mismo día de la visita al consultorio de anticoncepción (a menudo llamado método de inicio rápido). El día de la semana y el momento del ciclo menstrual no son importantes cuando se inician los anticonceptivos orales. Sin embargo, si los anticonceptivos orales se inician > 5 días después del primer día de la menstruación, las mujeres deben usar un método anticonceptivo de respaldo (p. ej., preservativos) durante los primeros 7 días de uso.

Los anticonceptivos orales sólo de progestágeno deben tomarse todos los días, a la misma hora. Si transcurrieron > 27 horas entre las dosis de ACO de progestágeno solo, las mujeres deben usar un método anticonceptivo de respaldo durante 7 días además de tomar el ACO diariamente. Para los ACO combinados, el horario no es tan estricto. Sin embargo, si las usuarias de anticonceptivos orales combinados olvidan tomar una pastilla, se les aconseja tomar 2 pastillas al día siguiente. Si se

olvida de tomar una píldora durante 2 días, se debe volver a tomar el ACO cada día y deben usar un método anticonceptivo de respaldo durante 7 días.

Después de un aborto espontáneo o inducido en el primer trimestre, los anticonceptivos orales combinados se pueden iniciar de inmediato. Cuando el embarazo finaliza entre las 12 y 28 semanas de gestación, los anticonceptivos orales se pueden comenzar en 1 semana. Después de un parto > 28 semanas, los anticonceptivos orales combinados no deben iniciarse hasta > 21 días después del parto porque el riesgo de tromboembolismo se incrementa adicionalmente durante el puerperio. Si las mujeres están en período de lactancia exclusiva (amamantan a libre demanda incluyendo alimentaciones por la noche y no se complementa con otros alimentos) o si se incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso (p. ej., a causa de un parto por cesárea reciente), el uso de anticonceptivos orales combinados se debe retrasar 42 días. En el 98% de las mujeres que están amamantando exclusivamente y en las que la menstruación no se reanuda, el embarazo no se produce hasta los 6 meses después del parto, incluso cuando no se utiliza ningún método anticonceptivo. Sin embargo, en estas mujeres a menudo se aconseja comenzar a usar la anticoncepción dentro de 3 meses después del parto.

Los anticonceptivos orales de progestágeno solo pueden usarse inmediatamente después del parto.

Si las mujeres tienen antecedentes de hepatopatías, deben hacerse estudios para confirmar el funcionamiento hepático normal antes de indicar los anticonceptivos. Las mujeres en riesgo de diabetes (p. ej., las que tienen antecedentes familiares o que han tenido diabetes gestacional, bebés de alto peso o tienen signos físicos de resistencia a la insulina, tales como acantosis nigricans) requieren un control de la glucosa y un perfil lipídico completo anualmente. El uso de anticonceptivos en bajas dosis no está contraindicado si se encuentran valores anormales de glucosa o de lípidos, excepto en el caso de los triglicéridos > 250 mg/dL. La mayoría de las mujeres con diabetes mellitus pueden tomar anticonceptivos orales combinados;

son excepciones las que tienen complicaciones vasculares (p. ej., neuropatía, retinopatía nefropatía) y aquellas que han tenido diabetes por > 20 años.

PARCHE ANTICONCEPTIVO.

El parche anticonceptivo para mujeres es un tipo de método anticonceptivo que contiene las hormonas estrógeno y progestina. Debes colocarte el pequeño parche sobre la piel una vez por semana durante tres semanas, es decir que usarás un parche por un total de 21 días. Durante la cuarta semana, no debes usar el parche (esto permite que se produzca el sangrado menstrual).

El parche anticonceptivo funciona de manera similar a las píldoras anticonceptivas combinadas. El parche anticonceptivo impide el embarazo mediante la liberación de hormonas en el torrente sanguíneo que evitan que los ovarios liberen un óvulo (ovulación). Además, el parche anticonceptivo espesa el moco cervical y así evita que los espermatozoides lleguen al óvulo.

Necesitarás una receta del profesional de salud para usar el parche anticonceptivo. El parche no sirve como protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Función:

El parche anticonceptivo se utiliza para prevenir el embarazo y tiene algunas ventajas en comparación con otros tipos de anticonceptivos:

- Elimina la necesidad de interrumpir el sexo para la anticoncepción
- No necesitas la cooperación de tu pareja para utilizarlo
- No es necesario cuidarlo diariamente o tener que recordar tomar una píldora cada día
- Suministra una dosis constante de hormonas

- Es más fácil de usar para las mujeres que tienen problemas para tragar píldoras
- Se puede extraer en cualquier momento, lo que permite recuperar la fertilidad rápidamente

Sin embargo, el parche anticonceptivo no es adecuado para todas las pacientes. El profesional de salud podrá desaconsejar el uso del parche si ocurre lo siguiente:

- Tienes 35 años o más y fumas
- Sufres dolores de pecho o tienes antecedentes de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares o presión arterial muy alta
- Tienes antecedentes de coágulos sanguíneos
- Tienes antecedentes de cáncer de mama, útero o hígado
- Pesas más de 198 libras (90 kilogramos)
- Tienes una enfermedad hepática o migrañas con aura
- Tienes complicaciones relacionadas con la diabetes en los riñones, los ojos, los nervios o los vasos sanguíneos
- Tienes sangrado vaginal sin causa aparente
- Tuviste color amarillento en la parte blanca de los ojos o la piel (ictericia) durante el embarazo o mientras tomabas anticonceptivos hormonales anteriormente
- Estás por someterte a una cirugía importante y no podrás moverte como siempre
- Estás tomando medicamentos o suplementos de hierbas
- Eres sensible a alguna parte del parche anticonceptivo

Además, informa a tu profesional de salud si ocurre lo siguiente:

- Estás amamantando o diste a luz recientemente, o tuviste un aborto espontáneo o programado
- Estás preocupada por un nuevo bulto en la mama o un cambio en el autoexamen de mamas
- Tomas medicamentos para la epilepsia
- Tienes diabetes o una enfermedad en la vesícula, el hígado, el corazón o los riñones
- Tienes niveles altos de colesterol o triglicéridos
- Tienes menstruaciones irregulares
- Tienes depresión
- Tienes enfermedades de la piel, como psoriasis o eczema

Riesgos

En comparación con los anticonceptivos orales, se estima que menos de una de cada 100 mujeres quedarán embarazadas durante el primer año de uso habitual del parche anticonceptivo.

El parche anticonceptivo no sirve como protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Los efectos secundarios del parche anticonceptivo podrían incluir:

- Aumento en el riesgo de problemas de coagulación, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, cáncer de hígado, enfermedad de la vesícula y presión arterial alta
- Sangrado leve o manchado intermenstrual
- Irritación de la piel
- Sensibilidad o dolor en la mama

- Dolor menstrual
- Dolores de cabeza
- Náuseas o vómitos
- Dolor abdominal
- Cambios de humor
- Aumento de peso
- Mareos
- Acné
- Diarrea
- Espasmos musculares
- Infecciones y secreciones vaginales
- Cansancio
- Retención de líquidos

La investigación muestra que el parche anticonceptivo podría aumentar los niveles de estrógeno en el cuerpo en comparación con las píldoras anticonceptivas combinadas que se toman por vía oral. Es posible que tengas un riesgo ligeramente mayor de sufrir efectos adversos relacionados con el estrógeno, como coágulos sanguíneos, mientras usas el parche que si tomas píldoras anticonceptivas combinadas.

Para usar un parche anticonceptivo:

- **Habla con tu proveedor de atención médica acerca de la fecha de comienzo.** Si es la primera vez que utilizas un parche anticonceptivo, espera hasta el día en que comience tu período menstrual. Si eliges comenzar en el primer día de menstruación, debes aplicarte el primer parche el primer día de

tu próximo período menstrual. No se necesitan métodos anticonceptivos de refuerzo adicionales. Si eliges comenzar un domingo, debes aplicarte el primer parche el primer domingo posterior al comienzo de tu período menstrual. Durante la primera semana, utiliza un método anticonceptivo de refuerzo.

- **Elige dónde te aplicarás el parche.** Puedes colocarte el parche en los glúteos, en la parte externa superior del brazo, en la parte baja del abdomen o en la parte superior del cuerpo. No lo coloques sobre los senos o en algún lugar con roce, por ejemplo, debajo del bretel del sostén. Aplícalo sobre la piel limpia y seca. Evita las zonas de la piel que están enrojecidas, irritadas o con cortes. No te apliques lociones, cremas, polvos ni maquillaje en la zona de la piel destinada al parche. Si presentas irritación de la piel, quita el parche y aplica uno nuevo en un sitio diferente.
- **Aplica el parche.** Abre con cuidado la bolsa laminada. Utiliza las uñas para levantar una esquina del parche anticonceptivo. Despega el parche, junto con el revestimiento plástico, de la bolsa y después despega la mitad del revestimiento protector transparente. Ten cuidado de no cortar, alterar o dañar el parche. Aplica la superficie adhesiva del parche sobre la piel y quita el resto del revestimiento protector. Presiona el parche firmemente con la palma de la mano durante unos 10 segundos. Alisa el parche, asegurándote de que los bordes queden bien adheridos. Déjate puesto el parche durante siete días. No te lo quites para bañarte, ducharte, nadar ni para hacer ejercicio.
- **Cambia el parche una vez a la semana durante tres semanas.** Aplica un nuevo parche anticonceptivo sobre el cuerpo todas las semanas, el mismo día de la semana, durante tres semanas consecutivas. Aplica cada parche nuevo sobre un lugar diferente de la piel para evitar la irritación. Después de quitar el parche, dóblalo por la mitad con las caras adhesivas enfrentadas, colócalo en un recipiente resistente y tíralo a la basura. No lo arrojes por el inodoro. Elimina el pegamento que quedó sobre la piel con una loción o aceite para bebé.
- **Comprueba el estado del parche regularmente para asegurarte de que siga en su sitio.** Si el parche se despega en forma parcial o completa y no se

puede volver a aplicar, reemplázalo por un nuevo parche de inmediato. No vuelvas a aplicar un parche que ya no se adhiere, que se adhirió sobre sí mismo o sobre otra superficie, o que tiene adherido algún otro material. No utilices otros adhesivos ni envoltorios para mantener el parche en su lugar. Si el parche se despega, en forma parcial o completa, durante más de 24 horas, aplica un nuevo parche y utiliza un método anticonceptivo de refuerzo durante una semana.

- **No utilices el parche durante la cuarta semana.** No apliques un nuevo parche durante la cuarta semana, en el momento del período menstrual. Una vez que termine la cuarta semana, utiliza un nuevo parche y aplícalo el mismo día de la semana que aplicaste el parche en las semanas anteriores.
- **Si te demoraste en aplicar un nuevo parche, utiliza un anticonceptivo de refuerzo.** Si te demoraste en aplicar el parche anticonceptivo durante la primera semana, o lo aplicaste con una demora de más de dos días en la segunda o en la tercera semana, aplica un nuevo parche de inmediato y utiliza un método anticonceptivo de refuerzo durante una semana.

Consulta con tu proveedor de atención médica lo antes posible si presentas alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor intenso en el pecho, falta de aire repentina o tos con sangre, que pueden ser signos de un coágulo sanguíneo
- Dolor persistente en la pantorrilla u otros signos de un coágulo sanguíneo en la pierna
- Ceguera repentina, parcial o completa, u otros signos de un coágulo sanguíneo en el ojo
- Dolor opresivo en el pecho u otros signos de ataque cardíaco

- Dolor de cabeza intenso y repentino, problemas de visión o habla, entumecimiento en un brazo o en una pierna, u otros signos de accidente cerebrovascular
- Color amarillento de la piel o en la parte blanca de los ojos, que puede estar acompañado de fiebre, fatiga, falta de apetito, orina oscura o evacuaciones intestinales de color claro
- Trastornos importantes del sueño, fatiga o sensación de tristeza
- Dolor abdominal intenso o sensibilidad al tacto
- Un bulto en las mamas que persiste entre uno y dos ciclos menstruales o que aumenta de tamaño
- Ausencia de dos períodos menstruales u otros signos de embarazo.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.

La inyección anticonceptiva es una inyección que se administra a una chica una vez cada tres meses para protegerla de posibles embarazos. La inyección anticonceptiva contiene una forma de larga duración de la hormona progestina.

¿Cómo funciona la inyección anticonceptiva?

En la inyección anticonceptiva, la progestina funciona impidiendo la ovulación (la liberación de un óvulo en cada ciclo mensual). Si una chica no ovula, no se podrá quedar embarazada porque no dispondrá de ningún óvulo que pueda ser fecundado.

La progestina también aumenta la densidad de las mucosidades alrededor del cuello del útero. Esto dificulta que los espermatozoides entren en el útero y alcancen cualquier óvulo que pueda haber sido liberado. La progestina también disminuye el

recubrimiento interno del útero para que al óvulo fecundado le resulte más difícil anidar en sus paredes.

¿Cuál es su grado de eficacia como método anticonceptivo?

La inyección anticonceptiva es un método anticonceptivo eficaz. En el curso de un año, aproximadamente 6 de cada 100 parejas típicas que usan estas inyecciones tendrán un embarazo no deseado. Las probabilidades de que una chica se quede embarazada aumentan cuando tarda más de tres meses entre inyecciones consecutivas.

Por lo general, lo bien que funciona un método anticonceptivo depende de muchas cosas. Entre ellas, se incluye que la persona que lo utiliza tenga alguna afección médica o esté tomando algún medicamento que puedan interferir en la eficacia del método anticonceptivo. También depende de que el método sea aconsejable en cada caso en particular y de que la persona se acuerde de utilizarlo correctamente y en todas las ocasiones.

¿La inyección anticonceptiva protege contra las enfermedades de transmisión sexual?

No. La inyección anticonceptiva no protege contra las enfermedades de transmisión sexual (o ETS). De hecho, algunos estudios sugieren que la inyección anticonceptiva es posible que incremente el riesgo de contraer algunas ETS, aunque los científicos desconocen la causa.

Las parejas que mantengan relaciones sexuales deben utilizar siempre condones (o preservativos), junto con la inyección anticonceptiva, para protegerse de las ETS.

¿La inyección anticonceptiva se asocia a algún efecto secundario?

Muchas chicas que utilizan inyecciones anticonceptivas perciben cambios en sus menstruaciones. Entre estos efectos secundarios, podemos mencionar los siguientes:

- Menstruaciones irregulares o ausencia de menstruación
- Ganancia de peso, dolores de cabeza y molestias en los senos
- Depresión

La administración de alimentos y medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés) ha emitido un aviso de alerta sobre el uso de la inyección anticonceptiva. Los estudios han detectado una asociación entre esta inyección y las pérdidas de densidad ósea en las mujeres que la usan, aunque esta densidad ósea se puede recuperar cuando dejen de usar la inyección. La pérdida de densidad ósea parece ser mayor cuando la inyección se usa durante períodos de tiempo prolongados.

De todos modos, los médicos no están seguros de cómo puede afectar esta inyección a la futura densidad ósea de la mujer cuando se utiliza durante la adolescencia. Las chicas que estén considerando la posibilidad de utilizar estas inyecciones como método anticonceptivo deberían hablar con sus médicos antes de utilizarlas y asegurarse de tomar una cantidad suficiente de calcio cada día. Las chicas que sean fumadoras se deben asegurar de informar a sus médicos al respecto, porque el hábito de fumar puede favorecer la pérdida de densidad ósea.

Las mujeres pueden tener un descenso en su fertilidad durante un período de tiempo que se puede alargar hasta un año después de dejar de usar la inyección anticonceptiva. De todos modos, la inyección anticonceptiva no causa pérdidas permanentes en la fertilidad, y la mayoría de las mujeres se pueden quedar embarazadas cuando dejan de utilizarla.

¿Quién puede utilizar la inyección anticonceptiva?

A las chicas a quienes les resulta difícil acordarse de tomar una píldora anticonceptiva cada día y que quieren estar muy bien protegidas contra el embarazo, les puede interesar este tipo de inyecciones. También las pueden utilizar las madres que están amamantando a sus hijos.

No todas las mujeres pueden, o deben, utilizar inyecciones anticonceptivas. Hay algunas afecciones médicas que hacen que este método sea menos eficaz y más arriesgado. Por ejemplo, no es recomendable en aquellas mujeres que tengan coágulos de sangre, ciertos tipos de cánceres o una enfermedad hepática (del hígado). Aquellas chicas que hayan tenido hemorragias vaginales inexplicables (fuera del período menstrual) o que sospechen que podrían estar embarazadas no se deben poner esta inyección y deben hablar con sus médicos.

¿Dónde se puede adquirir la inyección anticonceptiva?

La inyección anticonceptiva la debe recetar un médico, y se administra cada tres meses en su consulta o en un centro de planificación familiar.

¿Cuánto cuesta la inyección anticonceptiva?

En EE.UU., cada inyección (3 meses de anticoncepción) cuesta entre cero y 150 dólares. Muchas pólizas de muchos seguros médicos cubren el precio de estas inyecciones, así como el de las visitas médicas. Los centros de planificación familiar (como los de la organización estadounidense "Planned Parenthood") pueden cobrar menos.

Si utilizas la inyección anticonceptiva, llama a tu médico si:

- Podrías estar embarazada
- El flujo vaginal te huele distinto o te cambia de color
- Tienes fiebre o escalofríos inexplicables
- Tienes dolor de vientre o de pelvis
- Sientes dolor cuando mantienes relaciones sexuales
- Tienes hemorragias vaginales copiosas o prolongadas
- Tienes la piel o los ojos de color amarillento
- Tienes fuertes dolores de cabeza
- Te sientes deprimida

- Presentas signos de tener un coágulo de sangre, tales como dolor en la parte baja de las piernas, dolor de pecho, dificultades para respirar, debilidad, hormigueo, problemas para hablar o problemas en la vista.

ANILLO VAGINAL.

¿Qué es el anillo vaginal anticonceptivo?

Es un anillo flexible de plástico transparente (acetato de vinil etileno) de aproximadamente 5.5 centímetros de diámetro y un espesor de unos 4 milímetros, que contiene estrógenos y progestágenos que son liberados lentamente a lo largo de los 21 días en que está insertado en la vagina.

Es uno de los métodos anticonceptivos novedosos que existen en el mercado para prevenir un embarazo, sin embargo, no se encuentra disponible en el sector salud.

¿Cómo funciona el anillo vaginal anticonceptivo?

La combinación de hormonas que tiene el anillo se liberan gradualmente y son fácilmente absorbidas por la vagina pasando fácilmente a la sangre para mandar la señal al cerebro e inhibir la ovulación. También aumenta la viscosidad del moco cervical, convirtiéndose en una barrera para los espermatozoides, impidiéndoles llegar al útero y trompas de Falopio para fecundar un óvulo.

¿Cómo se usa correctamente el anillo vaginal anticonceptivo?

La usuaria puede colocar fácilmente el anillo en la vagina, gracias a su flexibilidad y suavidad.

- El anillo vaginal anticonceptivo debe ser insertado durante los primeros 5 días de la menstruación.
- La posición más adecuada para introducirlo suele ser de pie con una pierna levantada y apoyada sobre una silla, aunque habrá quien prefiera en cuclillas, o acostada boca arriba con las rodillas separadas y flexionadas.
- Una vez fuera de su envoltura, el anillo es comprimido entre los dedos índice y pulgar para empujarlo suavemente dentro de la vagina, hasta situarlo en

una posición en la que la mujer se sienta totalmente cómoda, cualquiera que sea la posición en la que quede el anillo dentro de la vagina no afectará la liberación adecuada de las hormonas para lograr el efecto anticonceptivo.

- Tras la inserción, el anillo anticonceptivo se mantiene colocado durante 3 semanas seguidas, al cabo de las cuales debe ser retirado para descansar una semana, en la cual se presentará la regla.
- Para continuar con el uso de este método se deberá colocar un nuevo anillo.
- Retirarlo es muy sencillo, pues basta con curvar el dedo índice sobre el borde del anillo y tirar suavemente hacia afuera.

¿Cuándo empieza a ser efectivo el anillo vaginal anticonceptivo?

La protección anticonceptiva se alcanza a los 7 días de comenzar a usar el anillo, por lo que es recomendable usar un método de barrera complementario durante este periodo, para reducir la posibilidad de un embarazo.

¿Cuánto tiempo después de usar anillo vaginal anticonceptivo se recupera la fertilidad?

Una vez que se retira el anillo, el ciclo menstrual se restablece en pocos días y la fertilidad se recupera entre uno y tres meses más tarde.

¿Qué protección ofrece el anillo vaginal anticonceptivo?

Si se usa correctamente, la protección anticonceptiva es de 95% a 99% de efectividad para prevenir un embarazo, sin embargo, NO protege contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH que causa el sida.

¿Quiénes pueden usar el anillo vaginal anticonceptivo?

Mujeres que tienen vida sexual activa, que hayan estado bajo un régimen de anticonceptivo hormonal combinado anteriormente o cualquier otro método y que se vean beneficiadas por la comodidad de su aplicación.

¿Quiénes NO pueden usar el anillo vaginal anticonceptivo?

Hay mujeres que no pueden usar el anillo anticonceptivo vaginal debido a los riesgos que puede causar a su salud. Algunas de ellas son:

- Las mujeres mayores de 35 años que fuman
- Con historial de ataques al corazón o que hayan padecido embolia
- Dolor de pecho
- Coágulos sanguíneos
- Sangrado vaginal sin explicación
- Alta presión sanguínea severa
- Diabetes con complicaciones del sistema nervioso, ojos, o riñones
- Cáncer conocido o sospechado
- Embarazo conocido o sospechado
- Enfermedad o tumor en el hígado
- Dolor de cabeza con síntomas neurológicos
- Ictericia (coloración amarillenta de los ojos)
- Enfermedad de las válvulas del corazón con complicaciones
- Prolapso uterino o del recto (que se hayan desplazado de su lugar hacia la vagina)
- Si están amamantando
- Vejiga caída
- Reacción alérgica al anillo vaginal anticonceptivo
- Estreñimiento severo

Es posible que tampoco puedan usar el anillo vaginal las mujeres con dolores de cabeza, epilepsia, depresión, vagina que se irrita fácilmente o si requiere reposo prolongado después de una cirugía.

¿Qué se debe hacer si es expulsado el anillo vaginal anticonceptivo?

Debe enjuagarse sólo con agua fría o tibia (evitar el agua caliente) e insertarse nuevamente antes de que pasen 3 horas, para asegurar que la mujer continúe protegida.

Si permanece fuera de la vagina por más de 3 horas debe usarse un método anticonceptivo no hormonal adicional, por ejemplo, el condón masculino, hasta que el anillo haya pasado siete días consecutivos en la vagina de la mujer.

¿Es notorio el anillo vaginal anticonceptivo durante las relaciones sexuales?

Pocas mujeres notan la presencia del anillo vaginal anticonceptivo durante las relaciones sexuales mientras que una tercera parte los compañeros sexuales de usuarias del anillo informan que notan su presencia. Sin embargo, para efectos del coito, el anillo puede retirarse de la vagina por no más de tres horas.

Para proteger contra las ITS, se puede usar el condón.

¿Qué efectos puede producir el anillo vaginal anticonceptivo?

Mientras el cuerpo se va ajustando a los cambios hormonales que el anillo vaginal produce, algunas mujeres podrán experimentar algunos de los siguientes síntomas:

- Aumento en el flujo vaginal (leucorrea)
- Inflamación de la vagina
- Amenorrea
- Dolor de cabeza
- Náusea
- Sangrado leve irregular
- Senos adoloridos

¿Qué cuidados especiales se deben tener con el anillo vaginal anticonceptivo antes de ser utilizado?

- La usuaria deberá anotar la fecha en que fue adquirido.
- El anillo debe conservarse en el envase original y puede permanecer por 4 meses a temperatura ambiente.
- Pasados 4 meses desde la fecha de adquisición o después de la fecha de vencimiento (caducidad), cualquiera que ocurra primero, el anillo no debe ser insertado.

¿Cuándo se tiene que ir a revisión con el médico si se usa el anillo vaginal anticonceptivo?

- Cuando el médico lo indique
- Si hay sospecha de embarazo
- Para realizarse el papanicolau cada año y prevenir el cáncer cérvico uterino

¿En qué casos se debe acudir al médico de forma inmediata, si se usa el anillo vaginal anticonceptivo?

Si llegara a presentarse alguna de las siguientes situaciones por el uso de este método y se prolongan por más de 3 meses, como:

- Reacción alérgica a los componentes del anillo vaginal anticonceptivo
- Dolor abdominal intenso (severo)
- Dolor intenso en el pecho, tos y dificultad al respirar
- Dolor de cabeza intenso, mareos, debilidad, adormecimiento de partes del cuerpo
- Problemas de la vista repentinos, pérdida de la vista, vista borrosa

¿Dónde se consigue el anillo vaginal anticonceptivo?

Este método por ser nuevo, se sólo se puede conseguir en farmacias y consultorios médicos privados.

5.7 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha

comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un **riesgo** mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA.

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

PODER DE DECISIÓN Y UNA MEJOR EDUCACIÓN

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTES

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan

tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

MENOR CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

5.8 IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Cuando hablamos de métodos anticonceptivos nos referimos a algo que, en muchas ocasiones, se desvirtúa y se confunde con otras cosas. Cuando los utilizamos, estamos hablando de una decisión pensada, desde un punto de vista personal, en la que una mujer o un hombre toman libremente la opción de no querer tener descendencia o de evitar tenerla hasta que la persona quiera.

Esto es muy importante tenerlo en cuenta ya que, en muchas ocasiones, se identifican los métodos anticonceptivos con otra serie de conceptos que no son lo que esto quiere decir. Métodos anticonceptivos no tiene que ver ni con interrupción del embarazo, no con aborto, ni con otra serie de terminología. De lo que estamos hablando es que una persona, sea la que sea, de una manera consciente, toma una serie de precauciones para evitar dejar o quedarse embarazada o evitar transmitir algún tipo de enfermedad a través de relaciones sexuales.

Una vez que tenemos este concepto claro, pasamos a otro. Actualmente existen muchos tipos de métodos anticonceptivos, para el hombre y para la mujer, con un muy alto grado de efectividad, que ayudan a estos a ser conscientes de su sexualidad y de las consecuencias de la misma.

Si bien es cierto que los métodos anticonceptivos son importantes, no menos

importante es toda la información que se pueda dar a la persona de los mismos, ya sea a través de la educación sexual o el conocimiento, la utilización de métodos anticonceptivos, los pros y los contras, la efectividad, etc., de estos mismos métodos. En cuanto la persona es consciente de su sexualidad y de la información necesaria alrededor de ella, así como todos los elementos que están a disposición de esta persona para decidir si utilizarlos o no, estamos ante una sexualidad bien dirigida.

Es importante tener claro que los métodos anticonceptivos no son de obligado uso. Los métodos anticonceptivos están para quien quiera utilizarlos en los momentos que quiera hacerlo. Pero lo importante es que, de usarlos, hay que tener el conocimiento necesario para evitar cualquier tipo de complicación.

Los más conocidos para las mujeres y los hombres son el preservativo, la píldora, el diu, el anillo, etc. Existen otros menos conocidos igual de efectivos que pueden ser muy positivos para las mujeres y para los hombres. Los hay temporales y los hay definitivos, como la vasectomía de los hombres o la ligadura de trompas en las mujeres.

Lo que es importante es que todas las personas que quieran utilizarlos se ocupen y se preocupe de buscar toda la información necesaria y, sobre todo, consultar con los orientadores en sexología que tengamos cerca de nosotros, ya sea en un hospital, asociación o a nivel privado. Nos darán un enfoque profesional de lo que queremos

6. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 se queda un embarazo. Y es que, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta a una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia.

Su importancia radica en el hecho de que el impacto de los embarazos en adolescentes comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando, debido a las condiciones sociales y económicas, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. Se ha señalado que los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, y con menor autoestima y asertividad tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a utilizar menos los anticonceptivos y, en el caso de las jóvenes, a quedarse embarazadas, con el riesgo de llegar al aborto por la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una decisión mejor. Por ello es imprescindible tener en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender de forma preventiva la situación de la adolescente con riesgo de embarazo.

6.1 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente

aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas, así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional).

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluye:

- Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
- El uso temprano del alcohol y / u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez le han dado a luz antes de los 19 años.

6.2 PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes.

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado.

Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo.

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia.

Por tanto, ésta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Quizá la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes.

6.3 COMPLICACIONES SOCIALES PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por las que pasan las mamás adolescentes:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.
- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.
- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.

- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.

En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada.

La comunicación en la familia es esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance.

6.4 APOYO A LA MUJER EMBARAZADA EN UN CONTEXTO VULNERABLE.

Un monitoreo constante para el desarrollo del proyecto de vida personal; un servicio de cuidado del menor mientras la mujer estudia o trabaja; y el asesoramiento para fortalecer el vínculo materno-filial y las redes de apoyo.

- * Explorar tanto los síntomas y signos del problema, como la vivencia que la mujer tiene de su situación.
- * Considerar al paciente como una persona única, con sus emociones, su historia personal y su entorno sociocultural, también único.
- * Deliberar con la persona y su familia cuando corresponda, tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- * Incorporar la promoción de la salud, introduciendo la educación en el ámbito sanitario, el auto cuidado y la prevención como una preocupación por la persona y una forma explícita de mejorar la participación de la persona en el cuidado de su salud.

- * Reforzar la relación clínica de la persona con el equipo de salud, retroalimentándose mutuamente.
- * Usar de manera eficaz y eficiente el tiempo y los recursos.

6.5 APOYO A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLACIÓN

Las mujeres violadas están en una situación especial se le debe brindar un cuidado y apoyo especial que incluya un equipo interdisciplinario que trabaje en el acompañamiento y seguimiento personalizado de cada mujer, en el ámbito de la salud física, psicológica, psiquiátrica y legal.

6.6 ANTICONCEPCIÓN DESPUÉS DE UN ABORTO

La entrega de información, consejería y la adhesión a control de regulación de fecundidad, es fundamental para una mujer que ha sufrido una pérdida reproductiva y no desea una nueva gestación. Es importante que sea informada que la ovulación puede reiniciarse dos semanas después de la pérdida reproductiva, poniéndola en riesgo de un nuevo embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo y reciba información suficiente, comprensible y apropiada para que decida el método anticonceptivo que desea utilizar, conociendo su uso correcto, su efectividad y sus posibles efectos adversos.

6.7 SÍNDROME POST-ABORTO

Incluye una cantidad diversa de problemas psicológicos como los ya descritos. La diferencia de esta consecuencia del aborto es que agrupa una cantidad elevada de dichos síntomas.

6.8 RUPTURA DE PAREJA

Según varias investigaciones, se ha visto que después de un aborto, más de la mitad de las parejas acaban separándose o divorciándose (exactamente en torno al 60 o 70%).

El fuerte impacto que vive cada uno junto con la posibilidad de que haya sido una decisión no consensuada del todo, puede hacer que el manejo de la relación sea insostenible después de este acontecimiento.

7. FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está asociado con otras conductas antisociales, como el uso excesivo de drogas y alcohol, así como actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas conductuales de la sociedad. Respecto al estado anímico y el ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y, en otros casos, aparentemente en relación con una pérdida (real o percibida) o la enfermedad crónica de un ser querido.

7.1 ACTITUD DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo. También en este aspecto las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta. Algunos estudios han mostrado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos del desarrollo infantil, sus expectativas son menos realistas en cuanto a la conducta infantil, con actitudes más punitivas y menor sensibilidad a las necesidades del niño. Al parecer, estas diferencias son menores en los primeros meses posparto y en el caso de las adolescentes que reciben apoyo por parte de su familia, comparadas con las adolescentes que son rechazadas en su núcleo familiar.

7.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENTE.

La adolescente soltera que se queda embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia que, por ser un período lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos, modifica sustancialmente la calidad y las expectativas de vida. Además, se ha señalado que el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse quedado embarazada de soltera, la adolescente pudiera estar sujeta al rechazo de la sociedad, así como al de las personas más cercanas a ella.

Los trastornos sociales y económicos que esto pudiera provocar, en algunos casos, propicia inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida.

La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo cual se asocia con sentimientos de depresión especialmente notable en la adolescente soltera. También es de gran relevancia la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe en particular de la familia de origen y la pareja. Se ha comprobado que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, en especial durante el embarazo y el comienzo de la adaptación como madre. El hecho de iniciar una relación conyugal o no a raíz del embarazo es otro factor importante ya que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, pues el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado.

7.3 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENTE

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo que está unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tiene la adolescente de sí misma o autoconcepto no es algo heredado o aprendido del entorno, mediante la valoración que el ser humano hace de su propio comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás.

La importancia de la autoestima radica en el hecho de que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante y la motiva a buscar sus objetivos. Se ha encontrado que la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática social actual; entre ellos se ha demostrado que los embarazos adolescentes son, en gran parte, producto de una autoestima baja, por lo que nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no sólo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad se intensifica con la pubertad, ocupa un lugar central en el desarrollo de la adolescente y su orientación tiene a la autoestima como uno de sus pilares fundamentales. Por ejemplo, se ha demostrado que los adolescentes sin actividad sexual o que se inician más tarde en ella tienden a formar niveles de autoestima más altos que sus pares sexualmente activos o que aquellos que se inician en ella tempranamente. Según la encuesta poblacional realizada por Profamilia en el año 2005, el inicio de las relaciones sexuales no necesariamente tiene que coincidir con la edad de la primera unión y ésta es, aproximadamente, a los 18.4 años. El 11% del total de mujeres tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y el 44%, antes de los 18 años. Sin embargo, la edad de la mujer en la primera unión representa el comienzo de la exposición al riesgo de embarazo y al inicio de la vida reproductiva; por tanto, tiene un efecto importante sobre la fecundidad, en el sentido que cuanto más joven forme pareja la mujer, mayor será su tiempo de exposición y mayor su potencial de hijos a lo largo de su vida reproductiva.

La prolongación de la soltería y el celibato reducen este potencial e influyen en la disminución de los niveles de fecundidad en la población. La importancia de esto

radica en el impacto de los embarazos en adolescentes, que comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo; estos riesgos son mayores a medida que la edad de la gestante es menor y en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal. Además, también se pone en riesgo el desarrollo social educativo y económico de la joven madre, por lo que su hijo nace con grandes desventajas.

El porcentaje de mujeres de 13 a 19 años que ya fueron madres en 2005 alcanzó el 24.5% y es sorprendente que, entre las mujeres de 19 años, el 63% eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. El uso de métodos de planificación familiar se ha reportado hasta el 79.1%, pese que casi el 100% de la población de mujeres adolescentes tiene conocimiento sobre la existencia de estos métodos. La falta de información ni el desconocimiento de los métodos de planificación se han planteado como el principal factor en la generación de la elevada tasa de embarazos a temprana edad, sino otros factores mucho más profundos, sobre los cuales hay que intervenir.

Son múltiples los factores conductuales que incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes; a menudo, los jóvenes tienen ideas vagas y distorsionadas acerca de la sexualidad y no esperan que una relación coital termine en un embarazo; son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen de forma planeada, como los adultos, y que acudan a los servicios de salud posteriormente. Buscar y obtener asesoría, consejo y servicios en materia de salud sexual y reproductiva se torna muy difícil para una adolescente sin experiencia. Se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, la base de toda esta problemática es de orden psicológico, por lo que la baja autoestima es sin duda el factor más señalado y comprobado como agente fundamental y de éste nace la inseguridad, el temor al rechazo, las bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel del control de emociones. A partir de estas circunstancias deriva la mayoría de conductas de riesgo para un embarazo temprano y por ello es necesaria la intervención a nivel profundo en la autoestima de las adolescentes.

7.4 VIVIR EL PROBLEMA EN SILENCIO Y SOLEDAD.

La vergüenza, la culpa, la falta de confianza y el hecho de que este tema sea tabú dentro de una familia y de la sociedad, puede ocasionar que se vivan los problemas en silencio y en soledad; desde una infección hasta una duda recurrente sobre algún aspecto sexual como la propia identidad sexual, puede llevar a vivir estas experiencias con mucho miedo, estrés, ansiedad, angustia, sentimientos de culpa, tristeza... por lo que puede ser más fácil que se produzcan pensamientos, emociones y sensaciones que acaben ocasionando otros problemas físicos, psicológicos y psiquiátricos más graves.

7.5 IDEAS IRRACIONALES.

Al no haber reflexionado sobre el tema de forma responsable y madura algunas personas tienen ideas irracionales como: “No puedo decir que no a mi pareja si esta excitada” “Si digo que no, va a pensar que no le quiero” “Soy inferior que mis amigos/as si no tengo relaciones sexuales” “Tomar la pastilla del día después es igual que abortar” “Tengo que hacer lo que mi pareja me pida para tener su aprobación” “Si le digo que usemos preservativos va a pensar que no confió en el o en ella” “Voy a ser castigado/a por la vida” “Nadie me va a querer” “No voy a poder superarlo nunca”.

Conductas alternativas y con alto riesgo para su propia salud mental y física: Cuando una persona se encuentra sin apoyo ante la decisión de un embarazo no deseado o un aborto puede llevar a cabo conductas como auto golpearse la barriga, autolesionarse, tomar pastillas que puedan ocasionar el aborto pero además de otras consecuencias en el sistema nervioso, impulsos suicidas, escaparse de casa para tener el hijo y luego darlo en adopción e incluso alguna vez comentaron el habito de introducirse cosas como perejil en la vagina para autoinducirse al aborto.

7.6 BLOQUEOS EMOCIONALES Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Algunos artículos científicos hablan del “Síndrome postaborto” aunque se puede concluir que los síntomas suelen coincidir con el trastorno de estrés posttraumático como pesadillas, ansiedad, imágenes, pensamientos y recuerdos recurrentes, irritabilidad, ataques de ira, hipervigilancia, sobresaltos, incapacidad para concentrarse, angustia, alto remordimiento durante bastante tiempo, desasosiego y siguen sintiendo la pérdida del hijo a pesar de que no haya nacido. También si se tiene un embarazo no deseado, los padres pueden sufrir estos síntomas.

7.7 AMBIVALENCIA ANTE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD:

Los padres especialmente si se encuentran en una situación social, personal o familiar complicada o se perciben con una clara incapacidad de poder hacerse responsables de un bebé suelen percibir un profundo conflicto interno respecto a la idea de ser o no padres, adentrándose en una especie de círculo vicioso que les atrapa el pensamiento. Por lo que en esta fase considero especialmente elemental el apoyo social y profesional que les ayude a clarificar su situación concreta y les pueda facilitar los recursos y posibilidades que les pueda ofrecer la sociedad.

7.8 PROBLEMAS CON LA PAREJA.

Ante la situación del aborto o el embarazo no deseado es muy común que aumente el nivel de maltrato y violencia en la pareja, en forma de chantajes emocionales, insultos, celos, reproches, discusiones, rencores, dificultades para mantener relaciones sexuales además de la ruptura o separación.

7.9 PROBLEMAS PARA EL BEBÉ.

Los bebés que nacen en familias en las que no son deseados pueden sufrir diferentes enfermedades, dificultades y traumas tanto si son dados en adopción como si no y corren riesgo de ser abandonados y maltratados por sus propios padres. Si son de padres muy jóvenes pueden nacer con alguna deficiencia mental o física, dado que las células sexuales podrían ser inmaduras, además podrían

nacer prematuramente, con bajo peso o con enfermedades infecciosas. Sabemos que la madre transmite también sus emociones al feto, por lo que hay estudios que determinan que una madre que no desea a su hijo puede transmitir problemas a su hijo desde antes de nacer. Por otra parte, al nacer puede sufrir otro tipo de maltratos y abandonos como el descuido intencional o inconsciente de sus padres, indiferencia o frialdad, mensajes como “por tu culpa, si tú no hubieras nacido...” Lo que puede ocasionar trastornos emocionales y de la personalidad del niño.

Con este artículo me gustaría invitar a la sociedad a reflexionar sobre posibles soluciones para dar apoyo profesional a las personas que se encuentran en la situación de decidir el aborto o el no aborto y a tratar de empatizar con su problemática real. Creo que es responsabilidad de todos y todas buscar soluciones más adaptadas a la multicausalidad de estas situaciones, en lugar de juzgar desde un único prisma ético o religioso; al fin y al cabo, los jóvenes son el reflejo del adulto y es que desde mi punto de vista, creo que en muchas ocasiones, seguimos tratando de forma muy infantil el tema de la sexualidad, escondiéndolo o haciendo como que estas cosas no pasan en lugar de apoyando una educación sexual madura y responsable a la población y después nos escandalizamos cuando ciertos sucesos salen a la luz. La conciliación familiar queda todavía como tarea pendiente en nuestro país, así como la adecuada educación de género y educación sexual y lo cierto es que más allá del dilema ético, la realidad demuestra una alta carencia de valores sociales como el apoyo, la dignidad, la cooperación o la integridad humana.

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los métodos anticonceptivos han ido evolucionando según las necesidades de la población, por lo que es necesario que la enfermera posea conocimientos actualizados que potencien su capacidad de actuación ante la población susceptible, ya que el asesoramiento anticonceptivo es la piedra angular de la

elección libre del método por parte del usuario/a, lo que determina su posterior grado de implicación.

La demanda anticonceptiva, especialmente por parte de la mujer, unido a la amplia variedad de métodos anticonceptivos y a la necesidad de promoción de la salud sexual y reproductiva en la pareja y en la comunidad, hacen necesario un abordaje específico por parte de Enfermería.

Los avances tanto en la composición como en las vías de administración de los diferentes anticonceptivos requieren actualización de conocimientos, por ello, el objetivo es conocer los métodos anticonceptivos disponibles, sus indicaciones y promover el asesoramiento anticonceptivo de la Enfermera Familiar y Comunitaria, mediante una revisión de los principales métodos como son los métodos barrera, la anticoncepción hormonal combinada, la anticoncepción hormonal sólo gestágeno y la anticoncepción de urgencia.

Objetivos docentes

- Conocer los métodos anticonceptivos disponibles y sus indicaciones.
- Promover orientación anticonceptiva por parte de enfermería.
- Diseñar programas educativos para elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre el tema Planificación Familiar, Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos.
- Utilizar los escenarios de reuniones de la comunidad para presentar el tema vinculado a la familia.
- Concientizar a la pareja en la planificación del embarazo con el equipo básico de salud (EBS).
- Realizar actividades educativas con los clubes de adolescentes llevando el tema a la reflexión de los mimos.
- Aplicar técnicas de educación para la salud en la realización de actividades grupales con las mujeres en edad fértil que permita lograr cambios de actitudes y comportamientos relacionados con el control del riesgo preconcepcional.

8.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS BARRERA.

Anticonceptivo de primera elección para adolescentes y/o relaciones de riesgo (relaciones esporádicas, pareja Preservativo masculino y femenino: Compuestos de látex, tienen un 98% de eficacia anticonceptiva. Entre sus ventajas, son los únicos métodos que previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ofrecen la posibilidad de añadir espermicida y en el caso de personas alérgicas al látex se pueden utilizar preservativos de poliuretano.

Dadas sus características, es un método no estable, desconocimiento del estado de salud de la pareja...), por lo que ocupan un importante lugar en la educación para la salud (EPS)

Orientaciones al usuario por parte de la enfermera:

- Advertir que el preservativo es de un solo uso.
Explicar su correcta colocación:
- Colocar el preservativo masculino con el pene en erección, apretando el extremo mientras se desliza hasta la base del pene y retirar al finalizar la relación sexual mientras el pene está todavía erecto.
- El preservativo femenino es una funda que debe colocarse en el interior de la vagina antes de la penetración, sosteniendo el anillo interno con los dedos pulgar y medio e insertándolo en la vagina.
- El anillo del otro extremo del preservativo debe de dejarse por fuera de la vagina cubriendo la vulva. Para retirarlo, apretar, girar y deslizar lentamente el anillo externo, asegurándose de que el semen quede en su interior.
- Explicar ventajas frente a otros métodos anticonceptivos.

8.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

Dispositivo de cobre que provoca una reacción inflamatoria de cuerpo extraño a nivel uterino y que impide la implantación del óvulo en el endometrio. La eficacia anticonceptiva de este dispositivo es de 5 años.

EL dispositivo intrauterino puede tener diversas formas, pero todos tienen en el extremo inferior dos hilos para su extracción. El DIU es un método anticonceptivo válido para todas las mujeres, aunque es utilizado preferiblemente en mujeres que han tenido un parto vaginal pues presentan una mayor dilatación del cuello uterino.

Su colocación debe de realizarse en los siguientes momentos:

- Durante la menstruación. - Hasta 48 horas tras el parto vaginal, inclusive inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.
- Tras el alumbramiento en caso de parto por cesárea.
- En la 6ª semana de postparto o pasadas 6 semanas de un aborto de segundo o tercer trimestre.
- Inmediatamente después de abortos de primer trimestre, ya sean espontáneos o inducidos.

Orientaciones a la mujer por parte de la enfermera:

- Explicar qué es el dispositivo intrauterino y cuál es su mecanismo de acción.
- Evitar relaciones sexuales y tampones los 3 días tras inserción.
- Observar las compresas para descartar expulsión en menstruación.
- Realizar autocontrol de los hilos tras menstruación.
- Acudir a consulta si: retraso menstrual mayor a 15 días, menorragia, dolor en hipogastrio y/o dispareunia, fiebre de foco desconocido, hilos demasiado largos o no palpación de los mismos.
- Posibles efectos secundarios: menorragia, sangrado pre/ inter y/o post menstrual, dolor menstrual.

- En el caso de que la inserción del DIU se realice con más de 40 años, el dispositivo puede retirarse en la menopausia.

8.3 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA.

Método compuesto por estrógenos y gestágenos que inhibe la ovulación controlando el eje hipotálamo- hipofisario- gonadal. Una de sus ventajas es que ofrece diversas vías de administración.

Este tipo de anticoncepción no está indicado en todas las mujeres, por lo que a continuación se exponen, según criterios de elección de la OMS, las contraindicaciones absolutas y relativas de la anticoncepción hormonal combinada:

Vías de administración de la Anticoncepción Hormonal Combinada

Oral Píldora de pauta diaria durante 21 días con 7 días de descanso (en algún preparado se presentan píldoras placebo a administrar en los días de descanso). Está especialmente indicado en metrorragias ya que disminuye el sangrado menstrual al haber menor proliferación endometrial.

Requisitos previos antes de prescribir anticoncepción hormonal oral (AHO):

- Detección de factores de riesgo cardiovascular mediante anamnesis.
- Toma de tensión arterial.
- Citología según protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Determinación analítica de triglicéridos.

Diferentes combinaciones:

- Clásica/monofásica: Estrógenos y gestágenos en la misma proporción durante todo el ciclo.
- Bifásica: los estrógenos mantienen una dosificación constante a lo largo del ciclo mientras que los gestágenos incrementan su dosis en la segunda mitad del ciclo.

- Trifásica: Distinta dosificación de estrógenos y gestágenos según comprimido ajustándose al momento del ciclo: la dosis de estrógenos va en aumento hasta mitad del ciclo, cuando empieza a disminuir y la de gestágenos aumenta a lo largo del ciclo siendo en su inicio escasa.

Orientaciones a la usuaria por parte de la enfermera:

- Explicar el correcto uso de la anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO): El inicio de la toma del anticonceptivo debe de ser el primer día de menstruación, utilizando además un método barrera durante los 7 primeros días (excepto si se toma estradiol valerato que se debe de usar preservativo 9 días). Es importante recalcar a la mujer que debe de elegir el mismo momento del día para la toma de la píldora.
- Explicar los efectos adversos que pueden aparecer, ya que son la primera causa de abandono de este tipo de anticoncepción. Entre ellos están la cefalea, tensión mamaria, mareo, náuseas y sangrado intermenstrual. Normalmente, aparecen dentro de los 3 primeros meses de la toma y luego suelen desaparecer. Pese a la creencia extendida, la anticoncepción hormonal combinada oral no produce aumento significativo del peso.
- Interacción medicamentosa con anticonvulsivantes, antibióticos y antirretrovirales. En este caso debe de utilizarse un método barrera durante el tratamiento y hasta 7 días después de haber finalizado el mismo. □ Pautas de actuación ante las siguientes situaciones: - Si olvido menor a 12 horas, tomar el comprimido del día.
- Si olvido mayor a 12 horas, tomar el comprimido del día siguiente y utilizar método barrera durante 7 días.
- Si diarrea o vómitos en las 3 horas posteriores a la administración, nueva toma del comprimido.
- No está evidenciado científicamente la realización de descansos periódicos en la toma de anticoncepción hormonal combinada oral ni en caso de deseo por parte de la mujer de quedarse embarazada.

Control y seguimiento:

En mujeres menores de 35 años, el primer control debe de realizarse entre los 3-6 primeros meses de la toma de anticoncepción hormonal combinada oral. El control incluye valoración de los efectos secundarios, medición de la tensión arterial y resolución de posibles dudas.

Anualmente, se debe de actualizar la anamnesis, tensión arterial, peso y citología según protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Cada 3-5 años, realizar control analítico de colesterol, triglicéridos y glucosa, junto con una exploración abdominal y genital.

En mujeres mayores de 35 años, se realiza el mismo protocolo de seguimiento, exceptuando la medida analítica de glucosa, colesterol y triglicéridos, que debe de realizarse anualmente.

8.4 TRANSDÉRMICA.

Consiste en un parche cuadrado, flexible e impermeable, que libera estrógenos y gestágenos diariamente a la circulación sistémica. Entre sus beneficios está el buen control del ciclo menstrual.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

- Correcto uso del método: Inicio de este anticonceptivo el primer día de menstruación, colocando el parche en abdomen, glúteo, parte exterior del brazo o parte superior de la espalda, presionando sobre la piel sana, limpia y seca.
- En cada ciclo deben utilizarse 3 parches (uno cada 7 días), siendo la cuarta semana de descanso (en la que se produce el sangrado menstrual). Tras esto, se inicia un nuevo ciclo con la colocación de nuevo parche.
- Es importante explicar a la mujer que la colocación y retirada del parche debe de coincidir el mismo día de la semana.

- Consideraciones a tener en cuenta: El parche transdérmico presenta 2 días de seguridad anticonceptiva siempre que su olvido o caída se produzca a partir de la segunda semana del ciclo.
- La usuaria puede prolongar el uso del parche hasta 6 semanas enlazando un ciclo con otro sin necesidad de realizar descanso.
- Efectos adversos de este método: Reacciones cutáneas, aumento de la dismenorrea, mastalgia y cefaleas.

Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:

- Pérdida del parche: Menor o igual a 24 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 24 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método barrera durante 7 días. Retraso en cambio de parche:
- Menor o igual a 48 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 48 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método barrera durante 7 días.

8.5 VAGINAL.

Anillo flexible que libera constantemente a nivel local estrógenos y gestágenos. Entre sus ventajas se encuentran que se evita la absorción intestinal y el primer paso hepático, siendo también las menstruaciones cortas y menos dolorosas, además de no requerir una colocación diaria al llevarlo todo el ciclo en el interior de la vagina.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

- Correcto uso del método: Colocación del anillo en la vagina con un uso continuado de 21 días, tras los cuales se retira y se mantienen 7 días de descanso, produciéndose entonces la menstruación por privación hormonal.

- El inicio de uso de este método debe de ser el primer día de menstruación, escogiendo el mismo momento y día de la semana para su colocación y retirada.
- Consideraciones a tener en cuenta: Existe la posibilidad de mantener el anillo 5 semanas seguidas conservando la eficacia anticonceptiva.
- El anillo puede retirarse durante 3 horas sin que suponga una pérdida de eficacia anticonceptiva, (por ejemplo, para mantener relaciones sexuales) y posteriormente volver a colocarse.
- Además, al evitar la absorción intestinal, no es necesario el uso de método barrera en caso de seguir tratamiento antibiótico.
- Posibles efectos secundarios: Sangrado intermenstrual.

Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:

- Si la retirada del anillo se retrasa menos de 7 días, la mujer debe de realizar los 7 días de descanso y posteriormente colocarse nuevo anillo iniciando así un nuevo ciclo.
- Si la retirada del anillo se retrasa más de 7 días, debe de colocarse un anillo nuevo y usar método barrera durante 7 días.

8.6 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL SÓLO GESTÁGENOS.

Método hormonal que inhibe la ovulación suprimiendo la hormona luteinizante (LH) además de producir espesamiento del moco cervical e impedir la implantación del óvulo en el endometrio.

Está especialmente indicado en postparto, puerperio, lactancia o si la anticoncepción con estrógenos está contraindicada debido a migraña, tensión mamaria, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, lupus o hábito tabáquico de más de 15 cigarrillos al día. Este método es también utilizado como tratamiento de menorragia, dismenorrea y anemia. No existen evidencias que contraindiquen su uso por debajo de las 6 semanas post-parto, a pesar de la baja probabilidad de embarazo en este tiempo.

Las contraindicaciones absolutas y relativas según criterios de la OMS son las siguientes:

Vías de administración de la Anticoncepción Hormonal.

Solo gestágenos. Al igual que en la anticoncepción hormonal combinada, los anticonceptivos de solo gestágenos también presentan diferentes vías de administración:

Oral

Toma diaria, presentando el envase 28 comprimidos activos de toma continua y sin realizar descansos.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

Correcto uso del método:

- La toma debe de ser diaria eligiendo para ello el mismo momento del día. Para iniciar este método se debe esperar al primer día de menstruación.
- Conserva eficacia anticonceptiva durante 12 horas.

Posibles efectos secundarios: Menstruación inexistente o variable, cefalea, náuseas, tensión mamaria, acné, hirsutismo, alteración del carácter.

Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:

- Si se produce un olvido de la toma mayor a 12 horas, se debe de tomar la píldora olvidada y usar un método anticonceptivo de barrera durante 7 días.
- Ante vómito producido dentro de la primera hora tras la toma, se debe de administrar una nueva píldora.
- En el caso de diarrea y vómitos severos, debe de suspender la anticoncepción oral y utilizar método barrera hasta pasados 7 días de la reanudación de la toma de gestágeno oral.

8.7 SUBCUTÁNEO.

Es un dispositivo insertado con anestesia local en cara interna de brazo no dominante. Es el método más eficaz para prevenir el embarazo.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

- Modo de colocación: Inserción entre el primer y quinto día de menstruación por el ginecólogo o por un médico de familia entrenado.
- Posibles efectos secundarios: amenorrea, mal control del ciclo sobre todo durante el primer año de uso, mastitis, metrorragia.
- Este dispositivo tiene una eficacia anticonceptiva de 3 o 5 años según marca comercial.

8.8 SUBCUTÁNEO.

Es un dispositivo insertado con anestesia local en cara interna de brazo no dominante. Es el método más eficaz para prevenir el embarazo.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

- Modo de colocación. Inserción entre el primer y quinto día de menstruación por el ginecólogo o por un médico de familia entrenado.
- Posibles efectos secundarios: amenorrea, mal control del ciclo sobre todo durante el primer año de uso, mastitis, metrorragia.
- Este dispositivo tiene una eficacia anticonceptiva de 3 o 5 años según marca comercial.

8.9 INTRAUTERINO

Dispositivo de acción local liberador de levonorgestrel (LNG), que además produce un mecanismo de reacción por cuerpo extraño y tiene una eficacia anticonceptiva de 5 años.

Orientaciones a la usuaria por parte de enfermería:

Modo de colocación: Inserción.

- Entre el primer y tercer día de menstruación.
- Hasta 48 h post parto vaginal o inmediatamente después de la expulsión de la placenta.
- En el caso de parto por cesárea, insertar tras alumbramiento de la placenta, antes de cerrar el útero.

Efectos secundarios: sangrado irregular, con disminución progresiva del periodo que incluso puede llegar a la desaparición, cefalea, mastodinia.

Consideraciones a tener en cuenta: En el caso de lactancia materna, se puede colocar pasadas 6 semanas del parto.

9. CONCLUSIÓN

Una vez concluida la investigación de esta de tesis se puede hacer mención una vez más acerca de la importancia la planificación familiar debido a que cada día a pesar de la información que las distintas instituciones se ha encargado de difundir, aún sigue habiendo embarazos no deseados en las distintas edades de la vida reproductiva. En muchas de las ocasiones la información está ahí, el problema radica en que no se sabe el dar a información de una manera más profunda, o en su mayoría, existen diferentes causas; la religión, ya que hoy en día es uno de los factores que aún no permiten el uso de los métodos anticonceptivos debido a sus creencias ni siquiera en personas casadas y solo hacen recomendación de los métodos naturales que son los menos eficaces.

Las y los jóvenes inician las relaciones sexuales en un escenario de riesgo, abonado por estereotipos de género, ampliamente difundidos a lo largo de culturas y contextos sociales específicos; los cuales están imbricados a normas y valores transmitidos por los diferentes agentes de socialización que se encargan de reproducir y perpetuar una visión desigual de los géneros, basada en una relación jerárquica y de poder, donde el hombre- lo masculino es definido como lo dominante y la mujer-lo femenino pasa a ser lo dominado, ocupando una posición de subordinación con respecto al varón.

El inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, en los diversos contextos socio culturales, suele darse en un escenario no planificado, donde prima la espontaneidad; y el factor “enamoramamiento” tiene un efecto impulsor en la medida que condiciona la necesidad de dar y recibir placer (aunque de manera desigual para hombres y mujeres), lo cual se expresa en el ámbito de la sexualidad y específicamente a través de las relaciones íntimas.

La sexualidad es asumida en los diferentes contextos socioculturales como tema oculto y prohibido, asociado a la perversión y promiscuidad. Al negarles el acceso

a información sobre salud sexual y salud reproductiva a los y las adolescentes, se promueven prácticas de riesgo.

Los patrones de crianza que reproducen las diferencias de género, la limitada información sobre salud sexual y salud reproductiva, la deficiente comunicación en la familia y la violencia, entre otros factores; aparecen en la población estudiada como factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales en condiciones de riesgo para la ocurrencia de embarazos no planificados.

En el caso de los embarazos adolescentes los padres de familia deben ser partícipes de dar información a sus hijos y sobre todo no escandalizar cuando se toquen estos temas ya que el adolescente necesita ver que puede contar con sus padres al momento de iniciar vida sexual activa para que puedan recibir de su orientación y optar por la anticoncepción que mejor les convenga.

La adolescente se ve sometida a diferentes cambios desde la parte psicológica como la parte social. Dentro de lo social sentirá que es vista y criticada por todos los que la rodean, además de que será señalada por tener un hijo antes de tiempo lo que conlleva a lo psicológico ya que sentirá el desprecio de sus amistades e incluso de su familia, además de que emocionalmente aún no está lo suficientemente preparada porque da por concluida su etapa de adolescencia para tomar el papel de una persona adulta. En la parte económica generalmente no contará con el apoyo de sus padres, solo el de su pareja, y en algunas ocasiones ni siquiera del ya que puede ser madre soltera por lo que no tendrá los recursos económicos para solventar los gastos necesarios para ella y su bebé. Físicamente su cuerpo aún no está desarrollado lo suficientemente para engendrar a un nuevo ser ya que el de ella aún se encuentra en desarrollo, lo que desencadena una serie de enfermedades del embarazo.

En las encuestas que se realizaron a la población entre 15 y 45 años, pudimos destacar que la mayoría de las personas no conocen del todo los métodos anticonceptivos, o podría decirse que solo a grandes rasgos y lo más importantes es lo que hacemos a un lado. Se debe informar a la población acerca de su correcto

uso y lo que conlleva cada uno de ellos, y que no todos pueden aplicarse de la misma manera a cualquier mujer ya que cada organismo es diferente y puede causar distintas reacciones en cualquier mujer. También el hacer partícipe a los hombres para que también los conozcan y puedan llevarlos en pareja para una mayor eficacia.

Un embarazo no deseado puede desencadenar una serie de problemas no solo en el núcleo familiar en que la persona se encuentre sino también para la sociedad ya que, el hecho de no planear un embarazo puede generar un desorden económico en la familia por lo que el padre o la madre se vea obligado a robar e incluso adquirir adicciones como: drogadicción, alcoholismo, etc. O incluso llegar a perjudicar a los hijos con la sobreexplotación o hasta la prostitución. Es una gran problemática social que puede generar la llegada de un hijo sin ser planeado, es por eso que se hace un gran énfasis acerca de la planificación familiar ya que este problema puede perjudicar a la misma sociedad.

La crianza de las niñas y adolescentes mujeres, en los diferentes contextos socioculturales, va orientada a la pérdida o no-construcción de su autonomía, en la medida que se les orienta respecto a que su persona, su cuerpo y su sexo debe ser conservado y preparado para ser entregado al varón que será su dueño (mito de la virginidad). En el caso de niños y adolescentes varones, la crianza apunta en sentido contrario, promueve las relaciones sexuales precoces, estando posicionada como un rito asociado a la condición de “ser hombre”. A partir de los resultados obtenidos, se plantea que el “mito de la virginidad” contribuye a la ocurrencia de los embarazos en adolescentes, en la medida que el inicio de las relaciones sexuales esta mediado por la lógica del “enamoramamiento” e identifican a su pareja como el “tipo ideal” destinatario de su cuerpo.

Es importante llevar una vida sexual responsable y orientar a las personas dando la información suficiente, al igual a nuestros adolescentes y padres de familia porque en la familia es donde se inicia la verdadera educación sexual. Debemos dejar a un lado esos tabúes y acercarnos un poco más a la realidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA.

- Secretaría de salud. "Introducción a los métodos anticonceptivos: información general". Segunda edición.. Dirección general de salud reproductiva Herrero No. 213, 7º piso Col. Chapultepec Morales. Delegación Miguel Hidalgo., Secretaría de salud. 2016
- Díaz Soledad., Schiappacasse Verónica. "¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?". Primera edición.. Santiago- Chile., ICMER., 2017
- Peláez Mendoza J. "Los regímenes extendidos, una opción válida para conocer y promover". Rev Cubana Obstet Ginecol., 2014
- Díaz, G. Noé, H.B. Croxatto. Anticoncepción de Emergencia. En: Ginecología, 4ta Edición. (ed.) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. 2014. pp. 827-839.
- Schiappacasse, T. Bascuñan, K. Frez, I. Cortés. Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 79:378-383, 2014.
- Jesam C, Cochon L, Salvatierra AM, Williams A, Kapp N, Levy-Gompel D, Brache V. Un estudio prospectivo, abierto, multicéntrico para evaluar la farmacodinámica y la seguridad del uso repetido de 30 mg de acetato de ulipristal. 2016 Abr; 93 (4): 310-6 doi: 10.1016 / j.contraception.2015.12.015. Epub 2016 4 de enero. PMID: 26764121
- Schiappacasse, S. Díaz. "Chile: un paso adelante, un paso atrás". En: Anticoncepción De Emergencia. La historia de una tecnología de salud reproductiva global, capítulo 7 (eds) A.M. Foster, L.L. Wynn. Palgrave Macmillan. Nueva York, NY, EE. UU. 107-122, 2015.
- Hermanny, A., M. V. Bahamondes, F. Fasano, N.M. Marchi, M.E. Ortiz, M.H. RR. Genghimi, H.B. Croxatto y L. Bahamondes. "Evaluación in vitro de alguna función espermática después de la exposición al levonorgestrel en trompas de Falopio humanas". Biología reproductiva y endocrinología 2016.

- F. Vargas, A.A. Tapia-Pizarro, S.P. Henríquez, M. Quezada, A.M. Salvatierra, G. Noé, D.J. Munroe, L.A. Velásquez, H.B. Croxatto. Efecto de la administración post-ovulatoria única de levonorgestrel en el perfil de expresión génica durante el período receptivo del endometrio humano J. Mol. Endocrinol 48: 25-36, 2014.
- Noé, H.B. Croxatto, A.M. Salvatierra, V. Reyes, C. Villarroel, C. Muñoz, G. Morales, A. Retamales. Eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel administrado antes o después de la ovulación. Contracepción 84: 486-492, 2016.
- Macarena F. Vargas, Alejandro A Tapia-Pizarro, Soledad P. Henríquez, Marisol Quezada, Ana María Salvatierra, Gabriela Noé, David J. Munroe, Luis A. Velásquez, Horacio B Croxatto. Efecto de la administración única post-ovulatoria de levonorgestrel en el perfil de expresión génica durante el período receptivo del endometrio humano. J Mol Endocrinol / JME-11-0094. 2015.
- Jesam, A.M. Salvatierra, J.L. Schwartz, H.B. Croxatto. Supresión de la ruptura folicular con meloxicam, un inhibidor de la ciclooxigenasa-2: potencial de anticoncepción de emergencia. Tararear. Reprod. 25: 368-373, 2017.
- Díaz y V. Schiappacasse. Derechos sexuales y reproductivos en el Gobierno de Michelle Bachelet. En: ¿Género en el Poder? El chile de michelle bachelet. (ed) T. Valdés. Editorial CEDEM, Santiago, Chile, 2016. pp. 19-41.
- Noé, H.B. Croxatto, A.M. Salvatierra, V. Reyes, C. Villarroel, C. Muñoz, G. Morales, A. Retamales. Eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel administrado antes o después de la ovulación. Contracepción 81: 414-420, 2015.
- Brache, L. Cochón, C. Jesam, R. Maldonado, A.M. Salvatierra, D.P. Levy, E. Gainer, H.B. Croxatto. La administración inmediata preovulatoria de 30 mg de acetato de ulipristal retrasa significativamente la ruptura folicular. Tararear. Reprod. 25: 2256-2263, 2015.

- B. Croxatto. "La ciencia y la píldora anticonceptiva de emergencia. Boletín Informativo No. 1. Programa Género y Equidad. FLACSO Chile. Junio 2014.
- Croxatto, M.E. Ortiz. "Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel". En: Selección de Temas en Ginecoobstetricia, Tomo II.(ed) E. Guzmán. Ediciones Publimpacto. Santiago, Chile, 2014. pp. 827-844.
- Novikova, E. Weisberg, F.Z. Stanczyk, H.B. Croxatto, I.S. Fraser. "Efectividad de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel administrada antes o después de la ovulación, un estudio piloto". *Contracepción* 75: 112-118, 2016.
- R. Massai, M.L. Forcelledo, V. Brache, A.S. Tejada, A.M. Salvatierra, M.V. Reyes, F. Alvarez, A. Faúndes, H.B. Croxatto. "¿Meloxicam aumenta la incidencia de anovulación inducida por la administración única de levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia? Un estudio piloto". *Tararear. Reprod.* 22: 434-439, 2016.
- Díaz, V. Schiappacasse. Acceso a la anticoncepción de emergencia ". *IPPF Med. Toro.* 41 (2): 4. 2007. Página 4 del pdf. 2015.
- B. Croxatto, V. Brache, R. Massai, F. Alvarez, M.L. Forcelledo, M. Pavez, L. Cochón, A.M. Salvatierra, A. Faúndes. Estudio de viabilidad del anillo anticonceptivo vaginal Nestorone®-etinilestradiol para la anticoncepción de emergencia. *Contracepción* 73: 46-52, 2016.
- Schiappacasse, S. Díaz. "Acceso a la anticoncepción de emergencia". En t. *J. Gynecol. Obstet.* 94: 301-309, 2014.
- B. Croxatto, S.Díaz. "La anticoncepción de emergencia: una cuestión de derechos humanos", *Best Pract. Res. Clinica Obstet. Ginecol* 20: 311-322, 2015.
- Horacio Croxatto y María Elena Ortiz. La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel no es abortiva porque previene el embarazo solamente cuando se evita la ovulación. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Santiago de Chile, 27 de agosto de 2017.
- De la Cuesta Benjumea R, Franco Tejada C, Iglesias Goy E. Actualización en anticoncepción hormonal. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2014, 35: 75-87.

- Del Cura González I, Arribas Mir L. Anticoncepción. Actualización en medicina de familia 2014; 6 (10):567-574.
- Pérez Campos E, Lete Lasa I. (editores) Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas y manejo clínico. Madrid; 2016.
- 6. Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada el 29 de noviembre de 2014; acceso 16 de septiembre de 2018].
- Halpern V, Raymond EG, López LM. Uso repetido de la anticoncepción hormonal pre y poscoital para la prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducción de The Cochrane Library, 2014 Número 1 Art. CD007595. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Vademecum Internacional 2015. Madrid: UBM Medica; 2011. Anticonceptivos de emergencia: levonorgestrel; p. 301.
- Canelo MJ. Diferentes pautas de administración (ritmo de uso): diario, semanal, mensual, trimestral. En: Libro de Ponencias: Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Aranjuez. Sociedad Española de Contracepción, 2015. p. 217-225. (actualizado el 10 de septiembre de 2015, acceso el 6 de octubre de 2016).
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2015.
- Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS. 2009. Consultado el 14 de octubre de 2016.
- Bernal-Delgado E, J Latour-Pérez, Pradas-Arnal F, et al. La asociación entre la vasectomía y el cáncer de próstata: una revisión sistemática de la literatura. Fértil Steril 2016; 70 (2): 191-200.

- Enfermedades cardiovasculares y anticonceptivos a base de hormonas esteroideas. *Prog Human Reproduc Res* 2015; (46): 1-12.
- Enfermedad cardiovascular y uso de anticonceptivos orales e inyectables de progestágeno solo y anticonceptivos inyectables combinados, resultados de un estudio internacional, multicéntrico, de casos y controles, estudio colaborativo de la Organización Mundial de la Salud sobre la enfermedad cardiovascular y la anticoncepción con hormonas esteroides. *Contraception* 2016; 57 (5): 315-24.
- Cáncer y estudio de hormonas esteroideas (CASH) de los Centros de Control de Enfermedades y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. El uso combinado de anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de endometrio. *JAMA* 2014; 257: 796-800.
- Chi I-c, Farr G. Los efectos no anticonceptivos del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel. *Adv Contracept* 2014; 10 (4): 271-85.
- Grupo de Colaboración sobre Factores Hormonales en el Cáncer de Mama. Cáncer de mama y anticonceptivos hormonales: reanálisis colaborativo de datos individuales en 53,297 mujeres con cáncer de mama y 100,239 mujeres sin cáncer de mama de 54 estudios epidemiológicos. *Lancet* 2014; 347 (9017): 1713-27.
- Método anticonceptivo Mix: la importancia de asegurar la elección del cliente. *Perspectiva de mayo de 2015*; 10 (1). Cundy T, Cornish J, Roberts H, et al. Densidad de la médula espinal en mujeres que utilizan anticonceptivos de medroxiprogesterona de depósito. *Obstet Gynecol* 1998; 92 (4): 569-73.
- Cundy T, Evans M, Roberts H, y col. Densidad ósea en mujeres que reciben acetato de medroxiprogesterona de depósito para la anticoncepción. *BMJ* 2015; 303
- Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, y col. Dispositivos intrauterinos y enfermedad inflamatoria pélvica: una perspectiva internacional. *Lancet* 2015; 339 (8796): 785-88.
- Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, et al. Aumento de la protección contra las enfermedades de transmisión sexual al darles a las trabajadoras del sexo

comerciales en Tailandia la opción de usar el condón masculino o femenino: un ensayo controlado aleatorio. *AIDS* 2016; 12: 1851-59.

- P francés, Latka M, Gollub EL, et al. Los condones femeninos son tan efectivos como los condones masculinos en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Resumen de la 12a Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra, julio de 2017.
- Introducción a los métodos anticonceptivos 2, Grupo de Trabajo de Orientación Técnica. Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas en el Uso de Anticonceptivos: Resultados de una Reunión Técnica, Volumen I. Washington: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2018.
- Grupo de Trabajo de Orientación Técnica. Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas en el Uso de Anticonceptivos: Resultados de una Reunión Técnica, Volumen II. Washington: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2017.
- Guillebaud J. *Contraception: Your Questions Answered*, segunda edición. Londres: Churchill Livingstone, 2015.
- Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. *Tecnología anticonceptiva*, decimoséptima edición. (Nueva York: Ardent Media, Inc., 2015): 800-801.
- Labbok M, Krasovec K. Hacia la consistencia en las definiciones de lactancia materna. *Stud Fam Plann* 2016; 21 (4): 226-230.
- Lesko SM, Louik C, Vezina R, et al. Vasectomía y cáncer de próstata: *J Urol* 2016; 162 (3, Pt. 1): 809.
- Meirik O. Seguridad cardiovascular y anticonceptivos orales combinados. *Contraception* 2016; 57 (3): 135-36.
- Organización Mundial de la Salud. *Mejorando el acceso a la calidad de la atención en la planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.

10.2 COMPLEMENTARIA.

- Trussell J, Vaughan B. Proyecciones de uso de anticonceptivos: 1990 a 2012. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 167: 1160-I 164.
- Tyrer LB. Obstáculos para el uso de la anticoncepción hormonal. *Soy J Obstet Gynecol* 2015; 170: 1495-1498.
- Nafo F, Wollast E, Serniclaes W, Vekemans M. Ignorances et préjugés dans l'utilisation de méthodes anticonceptivos *Rev Med Brux* 2016; 14: 216. 220.
- Oddens BJ, Visser AP, Vemer HM, Everaerd WTAM. Uso de anticonceptivos y actitudes en la reunificación. Alemania. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 57: 201-20s.
- Forrest JD, Frost JJ. Las actitudes de planificación familiar y experiencias de mujeres de bajos ingresos. *Fam Plann Perspect* 2016; 28: 246-255.
- Adán Gil FM, Guillén Antón MV, Moral Serrano S, Fondeviia Frutos MJ. Perfil de usuaria y tolerancia de los principales métodos anticonceptivos. 2018
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. La eficacia de dispositivos intrauterinos para la anticoncepción de emergencia: un Revisión sistemática de 35 años de experiencia. *Hum Reprod.* 2014; 27 (7): 1994-2000. doi: 10.1093 / humrep / des140.
- Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C y otros. Dispositivo intrauterino de cobre T380A para anticoncepción de emergencia: Un ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, de cohorte. *BJOG.* 2015; 117 (10): 1205-10. doi: 10.1111 / j.1471-0528.2010.02652.x.
- Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Dispositivo intrauterino de cobre T380 para emergencias. anticoncepción: altamente eficaz en cualquier momento de la menstruación. ciclo. *Hum Reprod.* 2013; 28 (10): 2672–6. doi: 10.1093 /humrep / det330.
- Zhou L, Xiao B. Anticoncepción de emergencia con Multiload Cu-375 SL DIU: un ensayo clínico multicéntrico. *Anticoncepción.* 2001; 64 (2): 107–12.

- Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D et al. ¿Podemos identificar a las mujeres en riesgo de embarazo a pesar de ¿Usando anticoncepción de emergencia? Datos de aleatorios Ensayos de acetato de ulipristal y levonorgestrel. *Anticoncepción*. 2017; 84 (4): 363–7. doi: 10.1016 / j.contraception.2011.02.009.
- Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Estimaciones actualizadas. De la efectividad del régimen de Yuzpe de emergencia. *anticoncepción*. *Anticoncepción*. 2017; 59 (3): 147–51.
- Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Efecto de la hormonal combinada perdida anticonceptivos sobre la efectividad anticonceptiva: una sistemática revisión. *Anticoncepción*. 2013; 87 (5): 685–700. Doi: 10.1016 / j. anticoncepción.2015.08.035.
- Dragoman M, Petrie K, Torgal A, Thomas T, Cremers S, Westhoff CL. Efecto del anillo vaginal anticonceptivo. Se mantiene durante 6 semanas de uso: un prospectivo. Estudio del IMC normal y mujeres obesas. *Anticoncepción*. 2015; 87 (4): 432–6. doi: 10.1016 / j.contraception.2012.12.001.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks P, Curtis KM Seguimiento adecuado para detectar posibles efectos adversos eventos después del inicio de métodos anticonceptivos seleccionados: Una revisión sistemática. *Anticoncepción*. 2015; 87 (5): 611–24. doi: 10.1016 / j.contraception.2012.09.017.
- Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. El efecto de las visitas de seguimiento o contactos posteriores. Iniciación anticonceptiva en la continuación del método y uso correcto *Anticoncepción*. 2016; 87 (5): 625–30. Doi: 10.1016 / j. anticoncepción.2012.09.018.
- Nisenbaum MG, Melo NR, Giribela CR, Morais TL, Guerra GM, de Angelis K et al. Efectos de un anticonceptivo que contiene Drospirenona y etinilestradiol en la presión arterial y tono autonómico: un prospectivo clínico controlado. *juicio. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 175: 62–6. doi: 10.1016 / j.ejogrb.2014.01.006.

- Berenson AB, Rahman M. Un control aleatorio, Estudio de dos intervenciones educativas sobre adherencia. Con anticonceptivos orales y condones. *Anticoncepción*. 2015; 86 (6): 716–24. doi: 10.1016 / j.contraception.2012.06.007
- Kumar V, Kaza RM. Una combinación de control de tirón y fascial. Interposición con vasectomía sin bisturí. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017; 27 (2): 100.
- Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Eficacia y complicaciones asociadas a 2. Técnicas de oclusión vasectomía. *J Urol*. 2014; 168 (6): 2495–8. doi: 10.1097 / 01.ju.0000032801.68305.3f.
- Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy Con inyección de rivanol y control de fertilidad mediante tinción vital. con eosina. *Int Urol Nephrol*. 2017; 19: 419–22.
- Lee C, Paterson es. Revisión de la práctica actual para establece. Éxito después de la vasectomía. *Br J Surg* 2016; 88: 1267–8.
- Lehtonen T. Efecto del riego de los conductos deferentes sobre Análisis de espermatozoides después de la vasectomía. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. 2015; 64: 224–6.
- Lehtonen T. Vasectomía para la esterilización masculina voluntaria. *Scand J Urol Nephrol*. 2016; 9: 174–6.
- Lemack GE, Goldstein M. Presencia de esperma en elReversa pre-vasectomía análisis de semen: incidencia y trascendencia. *J Urol*. 2016; 155 (1): 167–9.
- Leungwattanakij S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigación del conducto deferente distal durante la vasectomía: ¿Acelera la tasa de esperma libre después de la vasectomía? *Int J Androl*. 2017; 24 (4): 241–5.
- Lewis EL, Brasil CK, Overstreet JW. Función del esperma humano en. La eyaculación después de la vasectomía. *Fertil Steril*. 2014; 42: 895-8.

11. GLOSARIO

A

- **Aborto:** Es la expulsión del producto de la concepción de 21 semanas cumplidas o menos de gestación, o de menos de 500 gramos de peso. Hay dos clases de abortos, los naturales o espontáneos y los deliberadamente inducidos o provocados.
- **Abuso sexual:** Por abuso sexual se entiende toda actividad realizada sin consentimiento, con o sin violencia, de una persona (generalmente mayor) hacia otra de cualquier edad, con el propósito de obtener placer. El abuso sexual es un delito que está tipificado por la ley mexicana, que señala: Al que sin consentimiento de una persona y sin propósito de llegar a la cópula (coito) ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutar dicho acto, se le impondrá prisión. Si se hace uso de violencia física o moral la penalidad será mayor.
- **Acto sexual:** También es conocido como coito o relación sexual. Se tiene con otra persona y generalmente empieza con besos y caricias para lograr la excitación. Puede darse la penetración del pene o algún otro objeto en el cuerpo de una de las personas y comúnmente finaliza cuando se presenta el orgasmo, considerado como la máxima expresión del placer sexual. En los hombres puede darse un orgasmo sin eyacular necesariamente.
- **Amenorrea:** Ausencia temporal de la menstruación. Puede ser primaria o secundaria. La amenorrea primaria se da cuando una mujer de más 16 no ha presentado su primera menstruación. La secundaria se da cuando no se presenta la menstruación durante tres ciclos o seis meses, sin que la causa de ello sea un embarazo.
- **Anorexia:** Trastorno de la conducta alimentaria que lleva a una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. Se caracteriza por el temor a aumentar de peso y por una percepción distorsionada del propio cuerpo, que hace que el enfermo se vea gordo aún cuando su peso se encuentre por debajo de lo recomendado. Por esta razón,

inicia una disminución progresiva del peso mediante ayunos y la reducción de la ingesta de alimentos.

- **Anticoncepción:** Control de la fecundidad para evitar el embarazo.
- **Anticonceptivos:** Son objetos, sustancias, procedimientos cuyo fin es impedir de forma temporal y reversible la fecundación y se dividen en naturales, mecánicos, químicos y hormonales. Existen también anticonceptivos quirúrgicos que impiden de forma definitiva el embarazo y se conocen como oclusión tubaria bilateral (mujeres) y vasectomía (hombres).
- **Asintomática:** Situación donde la salud se ve amenazada, pero no hay dolor, ni cambios en el cuerpo que permitan a la persona identificar que su salud está en riesgo. Que no presenta dolor, cambio o manifestación detectable por la persona.

B

- **Bisexualidad:** Orientación sexual no definida hacia un solo sexo, sino dirigida a cualquiera de los dos. Una persona bisexual se puede sentir atraída tanto por alguien de su propio sexo como del contrario.
- **Bajo peso al nacer:** Peso inferior a 5.5 lb (2.5 kg) al nacer. Aproximadamente 1 de cada 12 bebés nacen con bajo peso. Los bebés que nacen con poco peso corren mayor riesgo de sufrir muchos problemas de salud.
- **Balanitis:** Una inflamación del glande y del prepucio del pene que puede ser causada por infecciones (incluyendo ETS), jabones fuertes, falta de higiene, etc. Es más común en los penes no circuncidados.
- **Barrera de látex bucal:** Una pieza cuadrada y delgada de látex que ayuda a prevenir la transmisión de las ETS durante el sexo oral en vulva o ano.
- **Barrera de látex bucal:** Trozo cuadrado de látex delgado que ayuda a evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS) durante el sexo oral si se lo coloca sobre la vulva o el ano.
- **Benigno:** No peligroso.
- **Bifobia:** Miedo, odio o desconfianza respecto de las personas bisexuales.

- **Bigénero:** Tener dos géneros. Por ejemplo, reconocerse como hombre y como mujer al mismo tiempo.
- **Binarismo de género:** La idea de que existen solo 2 categorías de género (masculino y femenino) que son mutuamente excluyentes y distintas entre sí.
- **Biopsia:** Cuando un médico o una enfermera toman una pequeña muestra de tejido para examinar en un laboratorio y realizar un diagnóstico.

C

- **Cérvix:** Es el nombre que se le da al pequeño canal que comunica la vagina con el útero.
- **Ciclo Menstrual:** Período transcurrido entre una y otra menstruación durante el cual se llevan a cabo la regeneración del endometrio, la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo. Puede tener una duración que varía entre 26 y 34 días.
- **Circuncisión:** Extirpación de todo el prepucio o parte de él.
- **Citología:** Parte de la biología que estudia a la célula.
- **Clamidia:** Es una enfermedad que regularmente se transmite por vía sexual y es originada por una bacteria. Es muy común y en muchos casos, no presenta ningún síntoma. Por ello es recomendable realizarse un examen anual, sobre todo para las personas sexualmente activas que tengan más de una pareja.
- **Clítoris:** Pequeño órgano femenino situado por arriba del meato urinario, en el ángulo superior de la vulva, que tiene la característica de ponerse erecto durante la fase de excitación en la relación sexual y causa placer.
- **Coito:** Relación sexual (el término deriva de la palabra latina que significa reunirse).
- **Cóitales/ Relaciones cóitales:** Se refiere al acto sexual que implica la penetración del pene en la vagina.

- **Concepción:** Se da cuando un óvulo fecundado por un espermatozoide se implanta en el endometrio. Esto sucede aproximadamente entre los cinco y siete días después de la fecundación.
- **Condón o preservativo:** Método anticonceptivo temporal y de barrera. Lo utilizan generalmente los hombres, aunque también hay para mujeres.
- **Consanguíneos:** Se refiere a la relación entre familiares que comparten lazos sanguíneos, por ejemplo, entre padres e hijos biológicos.
- **Contracciones uterinas:** Movimientos musculares involuntarios en el interior del útero. Estos pueden suceder por diversos estímulos, por ejemplo, la presencia de un objeto ajeno al organismo, como el dispositivo intrauterino.

D

- **Deseo:** Es la primera fase de la respuesta sexual humana, es cuando se tienen ganas de experimentar y compartir placer sexual. Generalmente se inicia en la búsqueda y acercamiento a una pareja sexualmente atractiva o se decide encontrar satisfacción por medio de la masturbación. El deseo sexual puede ser estimulado por la vista, el olfato, el oído, el tacto, el gusto e incluso la imaginación y el recuerdo.
- **Diferencia entre poliuretano y látex (condón):** El látex está fabricado con caucho, una resina vegetal, caracterizada por su elasticidad y que es resistente al agua. El poliuretano es también una resina, pero sintética (creada por el hombre) y que tiene propiedades muy similares al látex. Estos condones son recomendados para quienes son alérgicos al látex.
- **Discriminación:** Discriminar significa diferenciar, distinguir, separar una cosa de otra. También hace referencia a una situación en la que una persona o grupo es tratada de forma desfavorable a causa de prejuicios, generalmente por pertenecer a una categoría social distinta, o porque se perciba que pertenece, a un grupo particular. Entre otras categorías se encuentran la raza, la orientación sexual, la religión, el rango

socioeconómico, la edad, la condición de habla de lengua indígena y la discapacidad.

- **Dispareunia** Es el dolor en los genitales o en la parte baja del vientre experimentado durante la relación sexual. Es más común en mujeres que en hombres.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** Dispositivo mecánico que se introduce en el útero para impedir el embarazo.

E

- **Espermatozoide:** Célula reproductora masculina que producen los testículos a partir de la pubertad. Los varones sanos pueden producir estas células hasta la muerte, aunque al envejecer se producen en menor cantidad y con menor energía y potencia.
- **Espermicida:** Sustancia química que se utiliza para limitar la movilidad de los espermatozoides. Se coloca antes de la relación sexual y es necesario esperar algunos minutos para que haga efecto.
- **Esterilidad:** Incapacidad del hombre o de la mujer para engendrar.
- **Excitación:** Segunda fase de la respuesta sexual humana durante la cual se da una aceleración del corazón y la respiración, se pueden enrojecer algunas partes del cuerpo y sentir calor. Los órganos sexuales crecen de tamaño por una acumulación de sangre (vaso congestión). En las mujeres se presenta crecimiento del clítoris, engrosamiento de la vagina, se humedece la vulva y los pezones se erectan o se “paran”. En los hombres lo más notorio es la erección del pene, es decir, “se le para”.
- **Eyacuación:** Emisión de semen a través del pene en el momento del orgasmo, generalmente durante el coito o la masturbación.

F

- **Fecundación:** Es la unión del óvulo con el espermatozoide lo que origina una célula llamada cigoto. Este proceso dura aproximadamente entre 24 y 36 horas.

- **Fecundidad:** Capacidad reproductora de un ser viviente.
- **Femineidad:** Actitudes, rasgos de apariencia y comportamiento culturalmente aceptados y socialmente aprendidos para las mujeres.
- **Fértil:** Se dice del ser vivo capaz de reproducirse.
- **Fertilidad:** Es la capacidad que tienen los hombres y las mujeres de tener hijos. Las mujeres son fértiles alrededor de 35 años de su vida, entre la pubertad y la menopausia (desde la primera menstruación hasta la última) y en esta etapa de su vida son fértiles sólo durante ciertos días cada mes, cuando el óvulo maduro sale del ovario. La calidad de los óvulos va disminuyendo conforme se acerca a la menopausia. El hombre, es fértil la mayor parte de su vida, lo que significa que puede embarazar a la mujer en cualquier relación coital que tenga, si coincide con los días fértiles de ella. La producción de espermatozoides empieza a disminuir a partir de la quinta década de la vida de los hombres.
- **Feto:** Embrión que presenta las características de la especie adulta.

G

- **Genitales:** Órganos reproductores, especialmente los externos.
- **Gestación:** Periodo que va desde la concepción hasta el nacimiento.
- **Glande:** Cabeza del pene.

H

- **Hormonas:** Son sustancias producidas por las glándulas endocrinas o de secreción interna, llamadas así porque vierten su producto directamente al torrente sanguíneo e influyen y regulan importantes funciones biológicas.
- **Hormona del embarazo:** Es una hormona que sólo se produce durante el embarazo, su nombre científico es gonadotropina coriónica humana (HCG).
- **Hormonas sexuales femeninas:** Sustancias químicas producidas principalmente por los ovarios que se vierten directamente al torrente sanguíneo, tienen que ver con la aparición de los caracteres sexuales

secundarios y la capacidad reproductiva. Las más importantes son los estrógenos y la progesterona.

- **Hormonas sexuales masculinas:** Sustancias químicas producidas por los testículos, se vierten directamente al torrente sanguíneo y tienen que ver con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva. Las hormonas masculinas se llaman andrógenos y la más importante es la testosterona.
- **Hormonas sintéticas:** Son hormonas que se producen en un laboratorio y reproducen los efectos de las hormonas naturales del cuerpo. Son utilizadas en medicamentos y anticonceptivos.
- **Hostigamiento sexual:** Delito sexual. Se dice que comete hostigamiento sexual al que asedie, acose o solicite favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero con la amenaza de causar a la víctima un mal relacionado con las expectativas que puede tener en el ámbito de una relación, bien sea entre superior e inferior jerárquico, entre iguales o en cualquier circunstancia que los relacione en el campo laboral, docente, doméstico o cualquier otro. Se castiga con prisión.

L

- **Leucorrea:** Es el líquido o flujo blanquecino proveniente de la vagina.
- **Levonogestrel:** Es una hormona sintética que controla la actividad del ovario y del endometrio.

M

- **Matriz o útero:** Es la cavidad situada en el interior de la pelvis de la mujer, ahí se desarrolla el feto hasta el momento del parto. Está conectada en el extremo superior con las trompas de Falopio y en el inferior con la vagina.
- **Menopausia:** Es un evento natural en la vida de las mujeres. Ocurre entre los 45 y 55 años de edad, cuando los ovarios dejan de producir óvulos y el cuerpo menos hormonas. La menstruación se vuelve menos frecuente hasta

que desaparece, deben transcurrir 12 meses sin que la mujer tenga su menstruación para considerar que ha llegado a la menopausia. Esto depende del organismo de cada mujer. Con la menopausia la etapa reproductiva en la mujer termina pero no así la vida sexual y productiva.

- **Menstruación:** Una de las fases del ciclo menstrual que consiste en la salida de sangre y del endometrio del útero cuando no hay embarazo, su duración oscila entre tres y siete días, en la mayoría de las mujeres. La primera menstruación o menarca ocurre generalmente entre los 10 y los 13 años de edad.
- **Métodos anticonceptivos:** Son sustancias, objetos o procedimientos que se utilizan para evitar un embarazo. Ayudan a las personas a regular el número de hijos que desean, en el momento más propicio y a dejar de tenerlos cuando así lo decidan.
- **Métodos de barrera:** Son aquellos métodos anticonceptivos que evitan la unión del óvulo y el espermatozoide al interponer un obstáculo físico, como es el condón o el DIU.
- **Método sintotérmico:** Es un método natural anticonceptivo en el que se combina la observación de los cambios en el moco cervical y la medición de la temperatura basal (en reposo) del cuerpo, así como otros síntomas que pueden asociarse con la liberación de un óvulo, como un ligero dolor en el bajo vientre.
- **Moco cervical:** Es una sustancia de consistencia espesa que se encuentra en el cérvix, que es el pequeño canal que conecta la vagina con el útero.
- **Moco cervical (Billings):** El moco cervical sale de la vagina en forma de fluido, si la mujer analiza diariamente la consistencia de este moco, puede notar algunas variaciones que se dan durante su periodo fértil y de esta manera evitar las relaciones sexuales, este método, ideado por Billings, es una forma de anticoncepción natural.
- **Mito:** Representación deformada o idealizada de alguien o algo que se forja en la conciencia colectiva. Posee valor como elemento cultural cohesionante

de un grupo o sociedad y por su contenido simbólico. Cosa inventada por alguien, que intenta hacerla pasar por verdad.

O

- **Orgasmo:** Es el momento culminante de la respuesta sexual humana, dura escasos segundos, durante los cuales la congestión y las contracciones musculares desarrolladas por el estímulo sexual se descargan en forma explosiva. Esta situación involuntaria se alcanza en un nivel que representa la liberación del máximo de tensión sexual alcanzada.
- **Ovario:** Glándula sexual femenina encargada de la producción de hormonas (estrógenos y progesterona) que en su interior contiene los óvulos.
- **Óvulo:** Células reproductivas femeninas. Las niñas nacen con aproximadamente 400 mil óvulos en los ovarios, los cuales empiezan a madurar y liberarse uno cada mes, a partir de la pubertad.

P

- **Papanicolau:** Es un examen que consiste en tomar una muestra de células del cuello de la matriz, para detectar a tiempo cáncer cérvico-uterino.
- **Parto:** Proceso mediante el cual el recién nacido sale del útero al mundo exterior. El parto normalmente tiene lugar entre las 38 y las 42 semanas de embarazo, contadas desde el último periodo menstrual de la madre.
- **Pene:** Órgano sexual masculino a través del cual pasan la orina y el semen.
- **Planificación familiar:** Se define como "la decisión consciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que se desea y el espaciamiento entre ellos". Para que la definición se cumpla a cabalidad es necesario que la población tenga acceso a información; educación; servicios para el manejo de la infertilidad; y métodos de abstinencia periódica ("neutrales") y modernos para regular su fecundidad (OPS y OMS, Organización Mundial de la Salud.)

- **Poder:** Expresa la ausencia de obstáculos o inconvenientes para realizar algo o la capacidad o facilidad para hacerlo. Es la fuerza para dominar a otros o ejercer dominio o influencia sobre otros.
- **Prejuicio:** Es un juicio anticipado basado en una idea errónea que se tiene como verdadera. Genera emociones o sentimientos desfavorables respecto de una persona o grupo que pueden ocasionar acciones negativas y discriminación. Muchos prejuicios prevalecen aunque se demuestre que se trata de un error, porque así conviene a los deseos personales y los intereses de quienes los tienen.
- **Preservativo o condón masculino:** Método anticonceptivo utilizado por el varón; consiste en un capuchón de hule (caucho) que se pone en el pene erecto antes de la penetración. Es necesario que se mantenga bien colocado durante la relación sexual y que se use consistentemente para lograr su efectividad.
- **Presión arterial:** Presión que ejerce la sangre en su paso por las arterias y venas. Se puede medir y de acuerdo al valor se determina si existe algún problema de salud.
- **Progesterona:** Hormona sexual femenina fundamental para el funcionamiento normal y saludable del aparato reproductor de la mujer. La progesterona se produce en los ovarios durante la segunda mitad del ciclo menstrual.

R

- **Responsabilidad:** Es una obligación y deber.

S

- **Servicio:** Es la acción de servir. Es el uso que se hace con algo. Es el conjunto de personas que realizan el trabajo domestico de un lugar. Es el estado de alguien que sirve a algo a lo que esta obligado. Es el favor o ayuda que se brinda a alguien.

- **Sexual:** Es algo relativo al sexo de los seres humanos.
- **Sexualidad:** Es la diferenciación genética, morfológica y funcional de una especie en dos tipos sexuales (en los organismos inferiores son a veces más de dos) y, sus relaciones funcionales recíprocas referidas a la procreación. Además es un conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital.
- **Sexo:** Es la condición orgánica entre los sujetos que distingue al macho de la hembra. Es un conjunto de individuos que poseen idénticas características genitales.
- **Sífilis:** Es una infección venérea, producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintos estadios o efectos en un periodo de años. Puede afectarse cualquier órgano o sistema. La espiroqueta es capaz de atravesar la placenta humana provocando sífilis congénita.
- **Sociedad:** Es una reunión permanente de personas, pueblos o naciones que conviven bajo unas leyes comunes. Es un grupo organizado de seres humanos que se agrupan para realizar una tarea o para cumplir un fin.
- **Soledad:** Es la carencia de compañía.

T

- **Tabúes:** Designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida, moralmente inaceptable, impuesta por una sociedad, grupo humano o religión. Prohibición religiosa impuesta por el ser humano sobre ciertos objetos, personas o cualquier otra realidad, por considerarlos sagrados. Palabra o conjunto de palabras cuyo uso por parte del hablante se evita por motivos de índole religiosa, supersticiosa, social o cultural, y es sustituida por un eufemismo, una metáfora o una deformación de la misma palabra.
- **Tasa de Abortos:** Distribución porcentual del número de abortos realizados según cada tipo de centro. Es el número de Centros que han notificado abortos o el número de abortos realizados. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción.

- **Tecnología:** Es el estudio de los medios, de las técnicas de los procesos empleados en las diferentes ramas de la industria y que han ido avanzando al pasar los años.
- **Testículos:** Es la parte del aparato reproductor masculino encargado de segregar espermatozoides.

U

- **Útero:** Es un órgano hueco, simétrico, de gruesas paredes musculares y forma de pera de unos 7 a 8 cm de longitud. Alcanza el tamaño adulto a los 15 años y disminuye tras la menopausia.

V

- **Vagina:** Es una cavidad hueca, rugosa y ligeramente húmedo, de color rosado subido de paredes tan elásticas que durante el embarazo se estira para permitir el paso del bebé.
- **Vasectomía:** Es una pequeña operación en el hombre en donde se bloquean los conductos seminales evitando que la pareja quede embarazada. En este caso que el hombre pase sus espermatozoides a la vagina para que exista una procreación.
- **Venérea:** O venéreo es relativo al acto sexual y producido por él.
- **Vida:** Es un estado o actividad metabólica de los seres vivos organizados.
- **Vida sexual:** Es la parte en la vida de un ser humano desde que empieza a tener relaciones sexuales hasta que deja de tenerlas.
- **VIH:** Conocido mundialmente como SIDA síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Proceso infecto inmunitario producido por el virus de la inmunodeficiencia humana, caracterizado por la aparición de una inmunodepresión progresivamente grave que ocasiona infecciones oportunistas, neoplasias malignas y alteraciones neurológicas. El contagio requiere la transmisión de sustancias corporales que contengan células infectadas por medio de la sangre o plasma, semen y secreciones vaginales.

Z

- **Zona educativa:** Son el conjunto de instituciones creadas para brindar servicios en el área de educación en cada región o estado.
- **Zona erógena:** Cualquier área del cuerpo sensible al contacto físico sensual o que se siente sexual.