

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
AREA CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**



**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ADOLESCENTES SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS, EN LA COMUNIDAD DE VILLA ROJAS DEL MUNICIPIO
DE PORVENIR, DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2019.**

POSTULANTE: ADRIANA MARIA ESCALANTE MENACHO

Porvenir – Pando – Bolivia

2019

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre presente en todo momento cuando mas lo necesitamos.

A mi querida familia y amigos por apoyarme siempre en la búsqueda de mis objetivos.

Este trabajo también va dedicado a todo el personal de salud quienes aportaron para poder realizar esta investigación, esperando que la misma pueda coadyuvar a mejorar las estrategias de control de embarazos no deseados y el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

AGRADECIMIENTO

Agradecer primeramente a Dios, sin el nada sería posible pues su guía e infinito amor nos da la fuerza espiritual para poder seguir adelante.

A mi querida familia quienes siempre están presentes en todo momento, gracias por su comprensión y cariño y por creer en mí y acompañarme hasta esta etapa de mi vida y poder conseguir mis objetivos.

A la universidad que nos permitió la oportunidad de podernos formar como profesionales de la salud y estar al servicio de los demás.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	7
1. JUSTIFICACIÓN	9
2. PROBLEMA A INVESTIGAR	11
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	11
2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	11
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4. MARCO TEORICO	14
4.1. ADOLESCENCIA	14
4.1.1. <i>Adolescencia Temprana (10 a 13 años)</i>	14
4.1.2. <i>Adolescencia Media (14 a 16 años)</i>	14
4.1.3. <i>Adolescencia Tardía (17 a 19 años).</i>	15
4.2. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	16
4.3. EMBARAZO ADOLESCENTE	16
4.3.1. <i>Embarazo en la Adolescente:</i>	17
4.4. DESARROLLO PSICOLÓGICO:	18
4.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS:	18
4.6. CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA:	19
4.6.1. <i>Cambios Intelectuales:</i>	19
4.6.2. <i>Cambios Emocionales:</i>	19
4.6.3. <i>Cambios Sociales:</i>	19
4.7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	20
4.7.1. <i>Método del calendario (de Ogino-Knauss)</i>	23
4.7.2. <i>Método de la temperatura basal</i>	24
4.7.3. <i>Método del moco cervical</i>	24
4.7.4. <i>Método de la lactancia y de la amenorrea (MELA)</i>	24
4.7.5. <i>Métodos de barrera</i>	24
4.7.6. <i>Esponja vaginal</i>	26
4.7.7. <i>Diafragma</i>	26
4.7.8. <i>Espermicidas</i>	27
4.7.9. <i>Anticoncepción hormonal</i>	27
4.8. CONTRAINDICACIONES DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL	28
4.8.1. <i>POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL</i>	28
4.8.2. <i>EFECTOS SECUNDARIOS BENEFICIOSOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA</i>	29
4.9. PÍLDORA	29
4.10. ANILLO VAGINAL	30
4.10.1. <i>IMPLANTES SUBCUTÁNEOS</i>	31

4.10.2.	INYECTABLES INTRAMUSCULARES	32
4.10.3.	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	32
4.10.4.	Métodos quirúrgicos (definitivos)	33
4.10.5.	Vasectomía	34
4.10.6.	Ligadura de trompas	34
4.10.7.	Anticoncepción de emergencia	34
4.11.	ETS (ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)	36
4.12.	PREVENCIÓN	37
5.	HIPOTESIS	38
5.1.	VARIABLES	38
6.	DISEÑO METODOLOGICO	39
6.1.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	40
7.	RESULTADOS	41
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
8.1.	CONCLUSIONES	48
8.2.	RECOMENDACIONES	49
	BIBLIOGRAFÍA	50

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1	ENCUESTA EN ADOLESCENTES CENTRO DE SALUD VILLA ROJAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2019	41
GRAFICO 2	NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES	42
GRAFICO 3	NIVEL DE EDUCACION DE LAS ENTREVISTADAS	42
GRAFICO 4	CONVIVE USTED CON SUS PADRES	43
GRAFICO 5	COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES	43
GRAFICO 6	TIENE USTED CONFIANZA CON SUS PADRES	44
GRAFICO 7	SUS PADRES LE ENSEÑAN TEMAS DE SEXUALIDAD	44
GRAFICO 8	SI USTED QUEDARIA EMBARAZADA CREE QUE TENDRIA EL APOYO DE SUS PADRES	45
GRAFICO 9	SI USTED QUEDARIA EMBARAZADA CREE QUE TENDRIA EL APOYO DE SU PAREJA	45
GRAFICO 10	USTED USA O USO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO	46
GRAFICO 11	USTED SABIA QUE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON GRATUITOS	46
GRAFICO 12	RECIBIO CHARLAS SOBRE EDUCACION SEXUAL	47
GRAFICO 13	TIENE USTED UNA RELACION ESTABLE DE PAREJA	47

RESUMEN

Los métodos anticonceptivos, contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, es decir, el número de hijos que se desean o no tener, la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.

La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen la utilización óptima de los métodos de anticoncepción.

Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual.

El presente estudio realizado en el Municipio de Porvenir ha permitido identificar de forma clara la cantidad de adolescentes que van al Centro de Salud Villa Rojas a buscar atención médica, lo que se encontró como debilidad es que el mismo no cuenta con un área específica o privada para la atención diferenciada a las y los adolescentes. Lo que de alguna forma influye para que las mismas no acudan al establecimiento de salud.

Un dato importante a analizar es también el hecho de que un alto porcentaje, casi el 60% de las madres embarazadas adolescentes son solteras y según al análisis teórico del tema esto repercute directamente en la calidad de vida de la madre y del futuro bebe. Pues las condiciones socioeconómicas de la región no es la mas aceptable.

De acuerdo a los datos obtenidos también pudimos evidenciar que si bien en el estudio varias de las madres adolescentes captadas estaban entre los 17 y 19 años de edad, las mismas ya se encuentran con uno o dos hijos, lo que aumenta la problemática en la región y ratifica la importancia del trabajo multidisciplinario e interinstitucional en la prevención del embarazo en las adolescentes.

Palabras Clave: Métodos anticonceptivos

ABSTRACT

Contraceptive methods contribute decisively in making decisions about birth control, that is, the number of children that are wanted or not, the prevention of pregnancies, as well as the decrease in the number of unwanted pregnancies and pregnancies. in teenagers

The generalization of family planning and sex education favor the optimal use of contraception methods.

Each method has its indications and one that is most suitable for each circumstance and allows for better sexual health should be sought.

The present study carried out in the Municipality of has made it possible to clearly identify the number of adolescents who go to the Villa Rojas Health Center to seek medical attention, what was found as weakness is that it does not have a specific area or private for differentiated attention to adolescents. What somehow influences so that they do not go to the health establishment.

An important fact to analyze is also the fact that a high percentage, almost 60% of teenage pregnant mothers are single and according to the theoretical analysis of the subject this directly affects the quality of life of the mother and the future baby. Well, the socioeconomic conditions of the region is not the most acceptable.

According to the data obtained we could also show that although in the study several of the teenage mothers captured were between 17 and 19 years of age, they are already with one or two children, which increases the problem in the region and confirms the importance of multidisciplinary and inter-institutional work in the prevention of teenage pregnancy.

Keywords: Contraceptive methods

INTRODUCCION

Las orientaciones en Salud que se han dado últimamente y en especial en Salud Sexual y Reproductiva, nos lleva a preocuparnos por esta gran problemática que existe hoy en nuestra sociedad y en particular que afecta a las mujeres donde se presentan diversos obstáculos mencionaremos en este caso el cultural y el del género que no se logra cambiar y permanecen en la comunidad a pesar de todos los nuevos conocimientos; Para lograr mejorar la calidad de vida de las mujeres y promover mayor información sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva.

En América Latina y el Caribe los jóvenes de 10 a 24 años representan 30% de la población total y los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20%¹. De todos los embarazos en el mundo, 10% ocurren en mujeres adolescentes y cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo. El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño.

Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia presenta resistencia histórica a la disminución, lo cual ha convocado la atención de las autoridades y de la comunidad nacional e internacional.

Adicionalmente, se reconoce que existen diferencias en los resultados y en el proceso del embarazo según los grupos de edad, indicándose que hay mayores riesgos en las adolescentes menores de 15 años. El enfoque crono-biomédico coloca a la edad materna, por sí sola, como un determinante de los resultados adversos del embarazo temprano. Sin embargo, otros enfoques reconocen que el embarazo temprano debe entenderse como un problema de salud pública, en el que interactúan múltiples factores biológicos y sociales.

El embarazo en la adolescencia, ha adquirido relevancia para las políticas públicas orientadas al bienestar de la juventud y la adolescencia, debido a que se torna en una situación compleja que involucra tanto a mujeres como a hombres adolescentes, sus familiares y entorno social inmediato.

En Bolivia, la población adolescente de 10 a 19 años de edad, según los resultados oficiales del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, alcanza a poco más del 21 por ciento de la población total y la población femenina adolescente constituye el 49 por ciento. La fecundidad de la población femenina boliviana en general ha descendido notablemente desde

los años setenta. La tasa global de fecundidad disminuyó de 6.5 hijos por mujer en el periodo 1970 -1975 a 3.5 hijos por mujer en el periodo 2005-2010.

Sin embargo, en las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años no se registró un descenso sino un aumento, el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez ha aumentado en el país, de 14% en 1998 a 18% en 2008, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de esos dos periodos³ . Entre 2010 y 2011 el embarazo aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años, según datos del Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020.

1. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema social importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevaencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos.

Esta monografía se realizó pensando en las adolescentes de Villa Rojas para que ellas sean beneficiadas y para que tomen conciencia que la sexualidad es una etapa que hay que tomarla con responsabilidad y de una manera segura ,los jóvenes tiene que ser orientados para que no sean juzgados por el medio que los rodea y dar a conocer que hay muchas alternativas para no quedar embarazadas a temprana edad que es el uso de **métodos anticonceptivos y prevenir embarazos no deseados y muchas enfermedades de transmisión sexual.**

Estudiar este tema es importante ya que se encuentra muchas causas entre las falta de docentes en las unidades educativas en materia de sexualidad, el desempleo, la pobreza, desunión familiar, la soledad e incomprensión de una comunidad que mal entiende a los adolescentes, la tecnología que trae consigo una mal interpretación de libertad y en especial de las jóvenes que muchas veces asumen que lo que hacen es lo ellas cree que es lo correcto y luego las consecuencias son nefastas.

Para lograr realizar este aporte es necesario recurrir a una metodología que sea coherente en nuestra investigación. Una investigación que involucre los aspectos socio - cultural de la sexualidad implica una investigación cualitativa en donde el supuesto básico es que el sujeto construye su realidad y halla salidas a las problemáticas que los afectan y que tendrán repercusiones para el resto de sus vidas. Pensar en ella significa comprender su cuerpo, sexualidad en su complejidad y en su unidad, aplicando los valores que le inculcaron sus padres durante su vida de crecimiento, la libertad y la esencia del amor que le dieron sus familiares en todas las etapas de su vida.

Bolivia se ubica entre los siete países con las más altas tasas de embarazo adolescente a nivel de América Latina y el Caribe, con un promedio de fecundidad de 88 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años, bastante por encima del promedio regional de 50 embarazos por mil mujeres.

Según reportes del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA), en 2013 se registraron en el país 90 mil embarazos en adolescentes, lo que equivale a 246 por día o 10 embarazos cada hora.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se registran con mucha mayor frecuencia entre quienes tienen menor acceso a educación y viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza. Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre o se encuentra embarazada, frente a una de cada 10 del quintil superior. Otra diferencia se observa al considerar el acceso a educación, pues entre quienes no tienen educación primaria dicho porcentaje alcanza un 32 por ciento.

Las mujeres de 19 años que ya son madres constituyen 29,5%, embarazadas por primera vez 3,7%; las que tuvieron fracaso/aborto/o hijos nacidos muertos 0,8% del total de la muestra investigada.

Las anteriores ENDSA no incluyeron en el informe el porcentaje de adolescentes que sufrieron fracasos, abortos o nacimientos mortinatos (nacido muerto), estos datos fueron incluidos en el informe de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA 2016).

El nivel de educación produce la brecha más importante en el porcentaje de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas. Si bien, el número de adolescentes sin educación fue muy escaso, la diferencia entre las adolescentes con educación primaria y superior es acentuada. El porcentaje de adolescentes que estuvieron embarazadas alguna vez y que tiene educación primaria (42,5%), es seis veces más alto al de las mujeres con educación superior (6,8%).

2. PROBLEMA A INVESTIGAR

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En Bolivia, la población adolescente de 10 a 19 años de edad, según los resultados oficiales del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 , alcanza a poco más del 21 por ciento de la población total y la población femenina adolescente constituye el 49 por ciento.

En la adolescencia los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, pasando a constituir una preocupación creciente de la sociedad. Es por esto que es de mucha importancia indagar sobre los factores que se relacionan con las prácticas sexuales de los adolescentes; como son el inicio precoz de relaciones sexuales que pueden llevar a embarazos a temprana edad, situación familiar, dentro de los cuales se encuentran problemas económicos en el hogar, problemas psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo ausencia del padre, problemas socioculturales, creencias y conocimientos sobre planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual entre otros, problemas psicológicos o de personalidad tales como, inestabilidad emocional y baja autoestima.

También, cabe señalar que existe muy poca información sobre el nivel municipal, cayéndose, a veces, en el diseño de propuestas educativas o informativas dirigidas hacia los jóvenes basadas únicamente en la escasa información descriptiva recolectada en los servicios de salud. Por estas razones, se justifica adelantar estudios de tipo analítico para obtener elementos que permitan avanzar en la comprensión de este fenómeno y, en consecuencia, diseñar intervenciones mejor fundamentadas que contribuyan a impactar positivamente contextos con particularidades culturales y que permitan un acceso oportuno y adecuado al uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes.

2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Con la finalidad de poder tener un dato claro sobre lo que va aconteciendo con los y las adolescentes en el Municipio de Porvenir, se ha considerado para la presente investigación, determinar el Determinar el grado de conocimiento de las y los adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos en la comunidad de Villa Rojas del Municipio de Porvenir en el periodo de octubre a diciembre de 2019.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como sabemos la adolescencia ha sido definida como una etapa de transición de la vida infantil a la adulta. Su tarea principal es la consolidación de la propia identidad; esto es, el descubrir quien soy yo y quien soy yo en relación a la familia y la sociedad.

A esta edad sus actividades sexuales son predominantemente auto eróticas y de intercambio de juegos sexuales, aunque algunos ya comienzan a realizar el acto sexual coital. Una preocupación habitual del adolescente temprano es :

¿Qué influye en los adolescentes a iniciar una vida sexual activa?

¿ En qué medida influye el nivel de conocimiento, de los Métodos Anticonceptivos, sobre la actitud de su uso en los adolescentes?

La imagen que los jóvenes tienen de sí mismos y de sus relaciones con sus amigos y padres, se relaciona con su propia sexualidad. Durante la adolescencia la actividad sexual, desde los besos casuales hasta el coito, satisface una gran cantidad de necesidades importantes de las cuales la menos urgente es el placer físico.

Este tema nos interesa porque en la actualidad vemos en nuestros alrededores mujeres que a muy temprana edad quedan embarazadas, jóvenes de nuestra edad o menores que deben tomar la gran responsabilidad de ser padres, y dejar de estudiar y disfrutar la adolescencia; deben comenzar a comportarse como adultos para mantener una familia.

2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

Se realiza el presente estudio, para descubrir a las mujeres que cursan con este problema y acuden al centro de salud de Villa Rojas para posteriormente ver la forma o estrategia para poder ayudar en el control y prevención de embarazo en adolescentes. Para ello planteamos las siguientes preguntas de investigación científica.

¿Cuál será el grado de conocimiento de las adolescentes sobre uso de metodos anticonceptivos en la comunidad de Villa Rojas del Municipio de Porvenir en el periodo de Octubre a diciembre de 2019?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento de las adolescentes sobre uso de métodos anticonceptivos en la comunidad de Villa Rojas del Municipio de Porvenir en el periodo de Octubre a diciembre de 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si el adolescente conoce sobre educación sexual.
- Determinar si las y los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos.
- Determinar si las adolescentes acceden a métodos anticonceptivos.
- Identificar si cuentan con el apoyo de sus padres y reciben orientación en sexualidad.

4. MARCO TEORICO

4.1. Adolescencia

La adolescencia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano comprendida entre los 10 - 19 años, durante la cual el niño se transforma en adulto y está marcado para cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social. La OMS define como adolescencia al *"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"*. El adolescente tiene características propias de su etapa, que son expresiones normales de su edad.

4.1.1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

4.1.2. Adolescencia Media (14 a 16 años)

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

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

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

4.1.3. Adolescencia Tardía (17 a 19 años).

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

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*.

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992, p. 31). En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

4.2. Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).

4.3. Embarazo Adolescente

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorprendente. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p.29).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

"La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato." (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)..." (Castillo et al.,1992, p.21). Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos

médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

4.3.1. Embarazo en la Adolescente:

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media (p. 20-23).

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etáreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir así en relación que Tapia (1991), en un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. Igualmente la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

4.4. Desarrollo Psicológico:

En los adolescentes por el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluyen la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones con responsabilidad de un adulto.

4.5. Aspectos Psicológicos:

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo

adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional." (op cit.,p.26). Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período.

4.6. Cambios en la adolescencia:

4.6.1. Cambios Intelectuales:

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético - deductivo, pueden realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible.

4.6.2. Cambios Emocionales:

García (1992) refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

4.6.3. Cambios Sociales:

Crítica de las normas o valores familiares, especialmente aquellos provenientes de los padres. Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa.

El embarazo en adolescentes debe ser analizado con un enfoque integral, donde lo primero a considerar es el proceso de maduración sexual con todos los cambios que involucra la etapa

puberal, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial y que van a determinar algunos condicionantes que constituyen factores de riesgo en todos los aspectos que implica la salud reproductiva.

4.7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Como su nombre indica, son sistemas que evitan la fecundación del óvulo por el espermatozoide y por tanto los embarazos. Se han ido desarrollando a lo largo del último siglo, no sin cierta controversia entre los partidarios y los contrarios a su utilización. Se utilizan generalmente:

- Para realizar una planificación familiar responsable.
- Como medio para controlar la natalidad y la superpoblación mundial.
- Para evitar embarazos no deseados en los adolescentes.
- Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.


En las llamadas sociedades desarrolladas hemos pasado de una situación en el que el control de la natalidad y la planificación familiar era un objetivo prioritario a el extremo contrario, ya que gracias a dichas campañas se ha reducido tanto la natalidad que empezamos a experimentar el problema opuesto, la escasa tasa de nacimientos y por tanto campañas que promueven la natalidad.



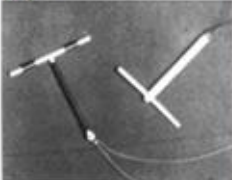
Otro de los problemas de las sociedades denominadas avanzadas o desarrolladas es el alto índice de embarazos no deseados entre los adolescentes, tema que ha suscitado campañas a favor y en contra del uso de métodos anticonceptivos y su difusión en las escuelas. Véase el último caso del Reino Unido, que promueve el reparto gratuito de métodos anticonceptivos en las escuelas.


Por último, y no por ello lo menos importante, la aparición de epidemias como el SIDA, plantea la necesidad de utilizar barreras contra la infección, que como es sabido se transmite, entre otras formas, por contacto sexual.

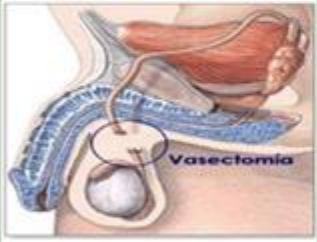
El objetivo de este apartado es describir los principales métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad. Los anticonceptivos podemos clasificarlos, según su forma de actuar, en:

- Métodos de abstinencia periódica.
- Métodos de barrera.
- Métodos químicos.
- Métodos de esterilización.

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA				
Método	Descripción	Eficacia	Ventajas	Inconvenientes
<p>Calendario o método Ogino. Moco cervical. Temperatura basal.</p> 	<p>Consiste en realizar el acto sexual solamente en los periodos en los que no haya óvulos fecundables. Se calcula teniendo en cuenta la anterior menstruación, la medición de la temperatura basal o analizando el flujo vaginal.</p>	<p>Baja. Método con alto índice de fracaso, los periodos fértiles son muy variables y es muy fácil cometer errores.</p>	<p>Sin efectos secundarios o contraindicaciones. Considerado por algunos autores como un método natural.</p>	<p>Necesidad de un seguimiento constante y de cálculos precisos que no siempre dan resultado. Produce inseguridad. No protege o evita las enfermedades de transmisión sexual.</p>

MÉTODOS DE BARRERA				
Método	Descripción	Eficacia	Ventajas	Inconvenientes
<p><i>Diafragma.</i></p> 	<p>Capuchón o dispositivo semiesférico de goma con anillo elástico. Se adapta al cuello del útero e impide el paso del espermatozoide. Su uso debe ser prescrito por un ginecólogo para evitar complicaciones.</p>	<p>Media. Depende de su correcta colocación. La eficacia aumenta en combinación con espermicidas.</p>	<p>Sin efectos secundarios o contraindicaciones.</p>	<p>Imprescindible la vista al ginecólogo. Puede ser causa de infecciones. No protege o evita las enfermedades de transmisión sexual.</p>
<p><i>Preservativo o condón.</i></p> 	<p>Funda de goma elástica que recubre el pene e impide la entrada de los espermatozoides en el útero.</p>	<p>Alta, cuando se utiliza correctamente y en combinación con espermicidas. Bajo número de fallos.</p>	<p>Sin efectos secundarios o contraindicaciones. Muy recomendable para evitar enfermedades de transmisión sexual. Se vende en farmacias.</p>	<p>Reduce la sensibilidad durante el coito.</p>
<p><i>Dispositivo intrauterino (DIU).</i></p> 	<p>Dispositivo que se coloca en el interior del útero, dificulta la fecundación e impide la anidación del embrión. Lleva un hilo en su extremo que sale por la vagina. Debe ser colocado por un ginecólogo.</p>	<p>20 Alta, aunque es más recomendable para mujeres que ya han tenido otros hijos.</p>	<p>Puede permanecer varios años siempre que se realicen revisiones periódicas.</p>	<p>Imprescindible la vista al ginecólogo. Puede ser causa de infecciones. No protege o evita las enfermedades de transmisión sexual. Puede ser causa de complicaciones en caso de embarazo.</p>

MÉTODOS QUÍMICOS				
Método	Descripción	Eficacia	Ventajas	Inconvenientes
<p><i>Píldora.</i></p> 	<p>Hormonas o compuestos sintéticos que impiden la ovulación. Se toman por vía oral.</p> <p>Debe ser recetada por un médico.</p>	Muy alta.	Son muy seguras para evitar embarazos.	<p>Imprescindible la vista al ginecólogo y controles periódicos.</p> <p>Efectos secundarios en el sistema circulatorio.</p> <p>No protege o evita las enfermedades de transmisión sexual.</p>

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN				
Método	Descripción	Eficacia	Ventajas	Inconvenientes
<p><i>Vasectomía.</i></p> 	<p>Consiste en cortar los conductos deferentes mediante intervención quirúrgica menor.</p>	Muy alta.	<p>No afecta al equilibrio hormonal.</p> <p>No afecta al deseo sexual.</p>	Prácticamente irreversible.
<p><i>Ligadura de trompas.</i></p> 	<p>Consiste en cauterizar o cerrar con grapas las Trompas de Falopio mediante intervención quirúrgica menor.</p>	Muy alta.	<p>No afecta al equilibrio hormonal.</p> <p>No afecta al deseo sexual.</p>	Prácticamente irreversible.

4.7.1. Método del calendario (de Ogino-Knauss)

Se basa en predecir la fertilidad futura analizando al menos 6 ciclos menstruales. El cálculo se realiza según la siguiente fórmula:

- Anotar el ciclo más corto y el más largo de los 6.
- Restar 18 del número de días que ha durado el ciclo más corto, con ello se obtendría el primer día del período fértil.
- Restar 11 del número de días que ha durado el ciclo más largo, lo que indicaría el día que termina el período fértil.

4.7.2. Método de la temperatura basal

Sistema basado en averiguar los días fértiles de la mujer y abstenerse de realizar el coito durante esos días. Se basa en que los días en que se produce la ovulación, la temperatura sube unas décimas, y baja unos tres días después de alcanzada la temperatura más alta. Según esto, la mujer, tomándose la temperatura cada mañana, podría saber cuándo está en periodo fértil. No es un método muy fiable, porque hay que tener en cuenta que la temperatura también puede alterarse por otros motivos (cambio emocional, resfriado, tensión, etc.) y provocar confusiones.

4.7.3. Método del moco cervical

Consiste en conocer y valorar las variaciones del moco cervical presente en el flujo vaginal para determinar que días son fértiles y cuales no: a medida que se acerca la ovulación, el flujo se hace más transparente y fluido, mientras que cuando la mujer no ovula es más pegajoso, espeso y a veces escaso.

Método sintotérmico

Es la combinación de los dos métodos anteriores.

Es un pequeño aparato electrónico que combina un analizador de orina y un ordenador. Con él la mujer puede identificar su fase fértil con mayor exactitud.

4.7.4. Método de la lactancia y de la amenorrea (MELA)

Mientras la mujer alimente a su hijo/a exclusivamente con leche materna, se mantenga la ausencia de sangrado y no pase de los 6 meses postparto, no tendrá ovulación.

4.7.5. Métodos de barrera

Se llaman así porque impiden el contacto entre el óvulo y los espermatozoides por medios físicos y/o químicos.

Preservativo masculino

- **¿Cómo se utiliza?**
- **¿Qué hacer si se rompe el preservativo?**

Es una funda fina y ajustada de látex o poliuretano, que se coloca en el pene cuando está erecto, de forma que lo cubre totalmente y evita que los espermatozoides entren en la vagina durante la penetración. Es recomendable combinarlo con agentes espermicidas para aumentar su eficacia.

Se debe colocar antes de cualquier aproximación a la vagina, y debe retirarse el pene de la vagina antes de que empiece a perder la erección, sujetando el preservativo por su base.

El preservativo debe retirarse antes de que empiece a perderse la erección, sujetándolo por su base, de forma que no salga el semen.

- Luego sólo queda comprobar que no esté roto, hacerle un nudo y tirarlo a la basura, nunca al inodoro.
- Recuerda que el preservativo es de un solo uso y debes conservarlo en lugar fresco y seco.

QUÉ HACER SI SE ROMPE EL PRESERVATIVO

En este caso hay riesgo de embarazo (y, si la relación sexual era una práctica de riesgo, también hay peligro de contagio de enfermedades de transmisión sexual), por lo que debes acudir a un centro sanitario para recurrir a la anticoncepción de emergencia ("píldora del día siguiente").

Preservativo femenino

El preservativo femenino también proporciona una gran protección frente a los embarazos no deseados, la infección por el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

A diferencia de la mayoría de los preservativos, que son de látex, éste es de poliuretano y se introduce en la vagina. Está muy lubricado para facilitar su introducción, y tiene dos aros, uno de los cuales se introduce en la vagina estrechándolo con los dedos, mientras el otro queda en el exterior; es por este aro por donde se introduce el pene. Es un método muy eficaz tanto en la prevención de embarazos no deseados como de ETS. **Es especialmente útil para aquellas mujeres que se exponen al SIDA o a otras ETS debido a sus conductas o las de**

sus parejas, que a veces se niegan a tomar medidas de protección. Hoy por hoy, es el único método de protección contra el SIDA y las ETS disponible para ser usado por las propias mujeres.

4.7.6. Esponja vaginal

Es un tapón cilíndrico de esponja impregnado de espermicida. Se introduce en el fondo de la vagina (como un tampón) para que impida la entrada de espermatozoides en el útero. Se coloca antes de empezar las relaciones sexuales y debe permanecer en la vagina al menos seis horas después del coito, aunque puede mantenerse puesto incluso 24 horas. Es de usar y tirar.

Este método no sirve para prevenir el sida ni otras enfermedades de transmisión sexual.

4.7.7. Diafragma

Es un "capuchón" de látex o silicona que se introduce en la vagina y se coloca de forma que tapona el cuello del útero, impidiendo que los espermatozoides pasen al útero. Hay que usarlo siempre con cremas espermicidas, cuya función es la de matar los espermatozoides.

Para adquirirlo hay que ir a un centro sanitario o de Planificación Familiar para que te enseñen a colocarlo y para saber la medida que necesitas, pues los hay de varios tamaños.

CÓMO SE UTILIZA

- Se debe colocar un máximo de 2 horas antes del coito vaginal.
- Antes de introducirlo, se impregna de crema espermicida y se aprieta con los dedos para introducirlo en la vagina.
- No se puede retirar hasta que no hayan pasado 6 horas desde el coito vaginal.
- Si se hacen varios coitos, hay que aplicar espermicida antes de cada uno, y contar entre seis y ocho horas desde el último coito antes de retirarlo.
- Tras retirarlo, hay que lavarlo para su posterior uso.

El diafragma es reutilizable, y bien cuidado, puede durar en torno a un año los de látex y en torno a dos años los de silicona. Se lava con agua y jabón y se seca bien. De vez en cuando conviene revisarlo para comprobar que no se ha roto.

El diafragma es un método que se proporciona gratuitamente en algunos Centros de

Planificación Familiar, y **muy eficaz en lo que respecta a la prevención de embarazos no deseados (en torno a un 96 %), pero no sirve para prevenir ETS ni el VIH/SIDA.**

4.7.8. Espermicidas

Son métodos de barrera químicos. Se comercializan en forma de crema u óvulos que se introducen en la vagina. Contienen sustancias que anulan a los espermatozoides.

CÓMO SE UTILIZAN

Hay que introducirlos en el fondo de la vagina como máximo dos horas antes del coito y, en el caso de los óvulos al menos 10 minutos antes de la penetración. Debe aplicarse una nueva dosis de espermicida para cada eyaculación. Hay que dejarlos actuar hasta 6 horas después de la última eyaculación, evitando en ese tiempo los lavados genitales con jabón. Se venden en farmacias, y su precio es asequible.

Usados como método único no son demasiado eficaces, pero son muy adecuados para ser empleados junto con los condones o en el coito interrumpido. Pueden usarse solos cuando la fertilidad de la mujer está disminuida: lactancia materna y perimenopausia.

4.7.9. Anticoncepción hormonal

Son preparados o fármacos, en diversas presentaciones (pastilla, anillo vaginal, parche, inyección, implante subcutáneo) que contienen unas sustancias (estrógenos y/o progesterona) similares a las hormonas sexuales femeninas. Estas sustancias van a parar a la sangre e impiden la ovulación. Al no existir ovulación, no es posible la fecundación ni, por tanto, el embarazo.

Es obligatoria su prescripción por personal sanitario para valorar sus posibles contraindicaciones y explicar sus estrictas normas de uso.

Son métodos anticonceptivos muy eficaces, pero no sirven para prevenir ETS ni el VIH / SIDA.

Hay dos tipos fundamentales de anticonceptivos hormonales:

- Anticonceptivos **hormonales combinados**: compuestos de estrógenos y progesterona.

- Anticonceptivos **hormonales de progestágeno sólo**: compuestos de progesterona.

Su funcionamiento es similar. Lo que varía, fundamentalmente, es el modo de uso. Los anticonceptivos hormonales combinados se utilizan cíclicamente (tres semanas de uso y una de descanso). Los anticonceptivos sólo de progestágeno se usan continuamente, sin descansar. Otra diferencia es que, mientras que en los anticonceptivos hormonales combinados, durante el periodo de descanso se produce una hemorragia similar a la regla, en los anticonceptivos hormonales de sólo progestágeno los sangrados pueden ser regulares, irregulares o inexistentes (amenorrea), lo cual carece de importancia salvo si es incómodo para la mujer.

4.8. CONTRAINDICACIONES DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- En caso de padecer determinadas enfermedades cardio-circulatorias (trombosis venosa profunda, migraña, HTA grave, diabetes con complicaciones vasculares, infarto de miocardio...)
- En caso de padecer enfermedades hepáticas: hepatitis, cirrosis, tumores...
- En caso de padecer cáncer de mama.
- La anticoncepción hormonal combinada también está contraindicada en:
 - Mujeres mayores de 35 años y fumadoras.
 - Durante la lactancia materna.

4.8.1. POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- Náuseas, vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Tensión mamaria premenstrual.
- Sangrados intermenstruales.
- Falta de sangrado.
- Alteraciones del carácter.
- Disminución de la apetencia sexual.

- En la anticoncepción de progestágeno solo:
 - Sangrados impredecibles.
 - Ausencia de sangrado.

4.8.2. EFECTOS SECUNDARIOS BENEFICIOSOS DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

- Alivia el dolor menstrual.
- Disminuye la cantidad del sangrado cíclico.
- "Regula" el ciclo menstrual.
- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades benignas de la mama, quistes en el ovario, embarazo extrauterino, enfermedad inflamatoria pélvica, anemia.
- Protege de forma importante del cáncer de endometrio y de ovario.

FALSAS CREENCIAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- No es efectiva al comienzo y en la semana de descanso.
- Hay que descansar después de un tiempo tomando anticoncepción hormonal.
- Hay que estar un tiempo sin anticoncepción hormonal antes de buscar un embarazo.
- Provoca malformaciones fetales.
- Aumenta la fertilidad y la posibilidad de embarazo de gemelos.
- Provoca aumento de peso y varices.
- Cada mujer tiene indicada una píldora.
- Es necesaria una analítica para comenzar con la anticoncepción hormonal.
- Hay que hacer revisiones ginecológicas para tomar la pastilla.

Anticoncepción hormonal

4.9. PÍLDORA

Como se ha dicho antes la píldora anticonceptiva puede ser combinada o sólo de progestágeno. La combinada se toma diariamente durante 21 días seguidos de un período de descanso de 7 días, durante los cuales aparece un sangrado parecido al de la regla. La de progestágeno solo se toma todos los días sin período de descanso, y el patrón de sangrado puede ser variable, como ya se explicó con anterioridad.

Durante este proceso puede ocurrir alguna incidencia (por ejemplo, que te olvides la pastilla, que empieces a tomar medicamentos que interfieran con ella, que sufras vómitos, diarreas, etc.) que pueden disminuir la eficacia anticonceptiva de la píldora. Es importante que tengas claro qué hacer en estos casos. De todos modos, si tienes dudas, no olvides que puedes consultar a un experto.

- Píldoras combinadas:
 - Si te das cuenta del olvido antes de que hayan pasado 24 horas, tómate de todas formas la píldora "olvidada", y continúa con el resto del envase como siempre. No te preocupes, porque ese mes estarás protegida. Si te olvidas una sola píldora, estás protegida. Si te olvidas dos o más, acude a tu centro de salud o al Centro de Orientación Familiar más cercano, donde te indicarán lo que debes hacer para evitar un embarazo; y mientras tanto si tienes relaciones con penetración vaginal utiliza también el condón.
- Píldora solo de progesterona:
 - Si te das cuenta del olvido antes de que hayan pasado 12 horas, tómate de todas formas la píldora "olvidada", y continúa con el resto del envase como siempre. No te preocupes, porque ese mes estarás protegida. Si el olvido es mayor de 12 horas, puede haber riesgo de embarazo; acude a tu centro de salud o al Centro de Orientación Familiar más cercano, donde te indicarán lo que debes hacer para evitar un embarazo; y mientras tanto, si tienes relaciones con penetración vaginal, utiliza también el condón.

4.10. ANILLO VAGINAL

El anillo mensual es un método anticonceptivo hormonal que consiste en un anillo de plástico flexible y transparente. Dentro del anillo se encuentran las hormonas anticonceptivas que se van liberando mientras el anillo está en la vagina. El cuerpo va absorbiendo las hormonas que impiden la ovulación. Aunque las hormonas son las mismas, la dosis liberada en el cuerpo es más baja que en la píldora.

El anillo vaginal se usa durante 3 semanas ininterrumpidamente, sin retirarlo. Al cabo de 3 semanas se retira el anillo, el mismo día de la semana y aproximadamente a la misma hora

que se colocó. Después de retirar el anillo, hay que hacer una semana de descanso, sin anillo. Durante esa semana se produce un sangrado parecido a la regla. Debe empezar a usarse un nuevo anillo exactamente después de una semana, el mismo día y aproximadamente a la misma hora que la vez anterior, incluso si el sangrado no ha terminado.

CÓMO SE COLOCA EL ANILLO VAGINAL

La colocación es muy sencilla. Después de lavarte las manos, extrae el anillo del sobre, y presiónalo entre los dedos, para estrecharlo. Luego escoge una posición que te sea cómoda (por ejemplo, la misma que utilices para ponerte el tampón) e introduce el anillo en la vagina, empujándolo hacia al fondo hasta que estés cómoda y no lo notes. Es muy difícil "ponerse mal" el anillo, porque no importa la posición que éste adopte dentro de la vagina, siempre es eficaz. Retirar el anillo aún es más fácil: basta introducir el dedo en la vagina, sujetar el anillo y tirar hacia fuera.

El anillo vaginal:

- Es un anticonceptivo muy eficaz.
- Es bastante cómodo: no se nota y sólo te tienes que acordar de él una vez al mes.
- Tiene una dosis hormonal muy baja, que además se va liberando de forma continua.
- Como el uso del anillo es vaginal y las hormonas no se tienen que absorber a nivel gastrointestinal, si vomitas o tienes diarrea el anillo sigue siendo igual de eficaz.

4.10.1. IMPLANTES SUBCUTÁNEOS

El implante subcutáneo es otro tipo de anticonceptivo hormonal de acción prolongada que consiste en una o dos varillas muy flexibles de un material sintético impregnado de progesterona, que se coloca debajo de la piel en la cara interna del brazo. Miden cada una unos 4 cms. de longitud y unos 2 mm. de diámetro. Van liberando la hormona de manera constante, durante un periodo de 3 o 5 años, inhibiendo la ovulación. Se nota al tacto, pero no a la vista. Sus principales ventajas son la comodidad y su máxima eficacia. Se coloca en los Centros de Planificación Familiar.

4.10.2. INYECTABLES INTRAMUSCULARES

Hay dos tipos: los que contienen progesterona, que se administran trimestralmente, y los que combinan estrógenos y progesterona, de aplicación mensual. Son más seguros que las pastillas ya que evitan algunas causas de fallo de estas y son los métodos anticonceptivos más baratos.

4.10.3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino (DIU) es un pequeño aparato de plástico que se introduce en el útero para evitar el embarazo.

Hay varios tipos de DIUs:

- **DIUs con cobre:** su acción más importante es impedir la fecundación por su acción espermicida.
- **DIUs liberadores de progesterona:** en vez de cobre llevan un depósito de progesterona, que se libera de forma continua a lo largo de 5 años.

El DIU ha de colocarlo un ginecólogo o un médico de familia, que se encargará de hacer una valoración para ver en qué medida este método es adecuado a las necesidades y fisiología de la mujer. Mantienen su máxima eficacia entre los 5 y los 10 años, según la carga de cobre de los distintos modelos.

El DIU es muy eficaz para evitar embarazos no deseados, pero no para evitar el contagio del VIH/SIDA o de otras enfermedades de transmisión sexual.

Es un método muy eficaz, cómodo, y no hay que estar pendiente de él, porque no necesita toma diaria ni cambio frecuente. Además, es gratuito en la Seguridad Social. No presenta ninguna acción sobre el sistema endocrino y no produce efectos secundarios generales. No interactúa con ninguna medicación que pueda estar tomando la mujer.

FALSAS CREENCIAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

- Provoca infecciones ginecológicas.
- No se debe emplear en mujeres sin embarazos previos.
- Con un DIU no se puede utilizar tampones.

- Es urgente la extracción del DIU cuando ha cumplido el tiempo de uso recomendado.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS DIU CON COBRE

- Leve aumento de la cantidad y/o la duración de la regla, salvo excepciones.
- Dolor con la regla. No es habitual.
- Puede aparecer un mínimo sangrado a mitad de ciclo, sin ninguna relevancia.
- Aumento del flujo vaginal, de características normales.
- Es un método ideal para las mujeres que tengan contraindicados los anticonceptivos (la píldora), y por eso se recomienda para las mujeres fumadoras mayores de 35 años.

POSIBLES COMPLICACIONES DEL DIU

- Perforación al ponerlo: muy improbable. Sólo se produce perforación de la pared uterina por un DIU en aproximadamente 1 de cada 1.000 o 2.000 inserciones.
- Descenso o expulsión del DIU: es poco frecuente. El principal problema que plantea la expulsión es que la mujer no se dé cuenta de su pérdida y se arriesgue a un posible embarazo no deseado. Es conveniente por ello, que las portadoras de DIU se acostumbren a comprobar si permanece puesto después de cada regla, con una simple exploración de los hilos-guía por parte de la usuaria.
- Las prácticas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual en usuarias de DIU aumentan las posibilidades de enfermedad inflamatoria pélvica.

4.10.4. Métodos quirúrgicos (definitivos)

La ligadura de trompas en la mujer y la vasectomía en el hombre son métodos anticonceptivos que implican realizar una operación quirúrgica y que deben plantearse como definitivos, aunque en algunos casos pueden hacerse reversibles.

La esterilización no afecta al comportamiento sexual, pero pueden producirse problemas psicológicos si no existe una buena información o si la decisión de no querer tener más hijos no fue clara y meditada.

Estos métodos no alteran la función hormonal, y no afectan a las relaciones sexuales ni al deseo. Su eficacia anticonceptiva es altísima, pero tampoco protegen del SIDA ni de otras

ETS.

Estos métodos se indican, normalmente, para personas que ya han tenido hijos y que no quieren tener más.

4.10.5. Vasectomía

La vasectomía consiste en seccionar los conductos deferentes, de manera que se interrumpa la trayectoria de los espermatozoides. La intervención es muy sencilla: dura sólo unos minutos y se hace con anestesia local. No hay postoperatorio; como mucho, puede haber un hematoma y ciertas molestias durante unos días, y hay que seguir algunos cuidados durante un par de semanas para asegurarse de que la recuperación es completa. No tiene efecto inmediato, sino que hay que esperar a que los canales queden completamente limpios de espermatozoides. No afecta a ningún otro aspecto de la vida del hombre, que sigue produciendo semen y mantiene su deseo y respuesta sexual sin cambios.

4.10.6. Ligadura de trompas

Consiste en seccionar o ligar las trompas de falopio, impidiendo así que se encuentre el óvulo con los espermatozoides. Se trata de una intervención quirúrgica en toda regla, que necesita anestesia y un postoperatorio. No tiene ninguna consecuencia paralela en el funcionamiento del cuerpo de la mujer: se sigue ovulando, y se sigue teniendo la regla, sólo que los óvulos, al no tener su camino abierto, son reabsorbidos por el organismo.

4.10.7. Anticoncepción de emergencia

- **La pastilla del día siguiente**
- **DIU**

Consiste en la utilización de un preparado hormonal o de un DIU después de una relación coital con riesgo de embarazo, bien porque no hayamos utilizado método anticonceptivo o bien porque nos haya fallado el método (rotura de condón, olvidos de píldora

LA PASTILLA DEL DÍA SIGUIENTE O PÍLDORA POSTCOITAL

Esta es la medida de urgencia más utilizada. Consiste en un preparado hormonal que **se tiene que tomar en las 72 horas siguientes al coito efectuado sin protección**, y lo que hace es impedir que el óvulo anide, en el caso de que haya sido fecundado.

EFICACIA TIENE

Es muy eficaz, y tanto más cuanto antes la tomes. La máxima eficacia se alcanza tomándola en las 24 primeras horas.

CÓMO ACTÚA

Altera la capa interna del útero (endometrio), impidiendo la progresión de los espermatozoides e impidiendo la fecundación. Este método no sirve para interrumpir el embarazo, es decir, para abortar.

Aunque se hable de "pastilla del día siguiente", en singular, en realidad no es una sola pastilla, sino varias, que han de tomarse tal y como indique el personal sanitario. No se puede conseguir sin receta médica, y este es el motivo por el que hay que acudir a un centro de salud, o a un centro de planificación familiar. Si necesitáis usarla, acudid lo antes posible (aunque recuerda que tienes 72 horas de plazo) y contad exactamente lo que os ha ocurrido, sin miedo ni vergüenza. El profesional se encargará de hacer una valoración y os la recetará, si así lo considera oportuno. No siempre es necesario tomarla. Si os la recetan, es importante que sigáis la pauta médica al pie de la letra.

LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE NO ES UN ANTICONCEPTIVO MÁS. ES UN MÉTODO DE EMERGENCIA, QUE DEBES EMPLEAR SÓLO EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES.

No se debe confundir la píldora del día siguiente con la píldora abortiva. Son cosas totalmente distintas:

- La pastilla del día después actúa antes de que se produzca el embarazo, alterando las condiciones del útero precisamente para evitar que el embarazo llegue a producirse.
- La píldora abortiva, en cambio, es un preparado que se administra a mujeres embarazadas y que desean abortar. Hablaremos de ella al tratar del aborto.

EL DIU

Una vez que han pasado 72 horas, y hasta las primeras 120, hay otra posibilidad de anticoncepción de emergencia, que es la inserción de un DIU.

4.11. ETS (ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

Son enfermedades infecciosas que se transmiten o contagian en las relaciones sexuales. Unas son graves, como el V.I.H. (SIDA), y otras llegarán a serlo si no se consulta cuanto antes, como la sífilis o el V.P.H. (Virus del Papiloma Humano). **Tómatelas en serio y toma precauciones (usa el preservativo). Olvídate del "a mí no me puede pasar", porque una sola práctica de riesgo es suficiente para el contagio.**

Las ETS más importantes:

- VIH-SIDA
- GONOCOCCIA O GONORREA
- SÍFILIS
- INFECCIÓN POR CLAMIDIA
- VPH-CONDILOMAS
- HERPES GENITAL
- TRICOMONIASIS
- HEPATITIS B

Otras enfermedades no catalogadas como E.T.S. y que pueden tener origen sexual:

- Virosis, como el Moluscum Contagiosum, Moluscum Pendulum y el Herpes simple.
- Parasitosis que pueden contagiarse por contacto o por ropa, como ladillas o sarna.
- Micosis, como vulvo-vaginitis, balano-postitis o tiñas.

Es importante conocer los primeros síntomas de estas enfermedades para poder acudir al médico inmediatamente.

4.12. PREVENCIÓN

Primaria: A realizarse antes de la actividad sexual.

Secundaria: Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

Terciaria: Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones.

Actualmente existen varios modelos de prevención del embarazo en la adolescencia. Los programas tienden a enfocarse en un procedimiento particular al tema del embarazo en la adolescencia o utilizan una combinación de varios de ellos. La gran mayoría de estos programas de prevención del embarazo durante la adolescencia utilizan métodos que se ajustan en diferentes categorías: programas de educación para la abstinencia que estimulan a los jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta que estén lo suficientemente maduros y preparados para manejar la actividad sexual en una forma responsable y hasta que se sientan capaces de manejar con responsabilidad un posible embarazo, programas dirigidos a enseñar a los adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales y suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos, programas con enfoque clínico que brindan un acceso más fácil a la información, asesoramiento médico y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas funcionan a través de clínicas ubicadas en las escuelas que ofrecen una gama completa de servicios de salud ambulatorios. Programas de asesoramiento que generalmente involucran adolescentes mayores, conocidos y respetados dentro de su comunidad con el fin de promover discusiones que exploren los sentimientos y actitudes acerca del manejo de las urgencias físicas confrontadas en las relaciones sentimentales. Así pueden luego animar a otros adolescentes a resistirse a las presiones impuestas por sus compañeros y por la sociedad para iniciar su vida sexual.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

5. HIPOTESIS

Lograr la captación adecuada de embarazo en adolescentes que permitirá un manejo adecuado de las mismas. Además, podemos determinar la influencia de diferentes factores culturales, socioeconómicos.

- Hipótesis: El aspecto socioeconómico bajo se relacionan con los embarazos en adolescentes entre 12 y 18 años y el acceso a métodos anticonceptivos.

5.1. VARIABLES

Variable independiente.

- Factores de riesgo: Factores socioeconómicos e culturales.

Variable dependiente.

- Embarazo en adolescentes y acceso a métodos anticonceptivos

6. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y analítico.

Cuantitativo: se toma en consideración a todos los y las adolescentes encuestados sobre el tema de investigación.

Cualitativo: ya que los datos fueron recogidos mediante la entrevista

Descriptivo: ya que se hace una descripción de los hechos en base a los datos encontrados en el presente estudio en la comunidad de Villa Rojas.

Corte transversal: esto por que hacemos un corte en el tiempo tomando en cuenta para el estudio los meses de octubre a diciembre de 2019

Analítico: por que en base a los datos obtenidos de la recolección de información mediante las encuestas, se hace un análisis de los mismos de acuerdo a la percepción de los y las adolescentes en el periodo de estudio.

Área de estudio: se considera para el mismo la comunidad de Villa Rojas del Municipio de Porvenir en el periodo de octubre a diciembre de 2019.

Universo: se considera como universo de estudio a toda la población de adolescentes de la comunidad de Villa Rojas, siendo un total de 214 adolescentes, según la población del SNIS para la gestión 2019.

Muestra: se considero como muestra a un total de 18 adolescentes encuestados y entrevistados de la localidad objeto del estudio.

Criterios de inclusión: varones y mujeres adolescentes de 12 a 18 años de edad que participaron de las encuestas.

Criterios de exclusión: quedan excluidos del presente estudio los menores de 12 años, mayores de 18 años y los que no participaron de las encuestas.

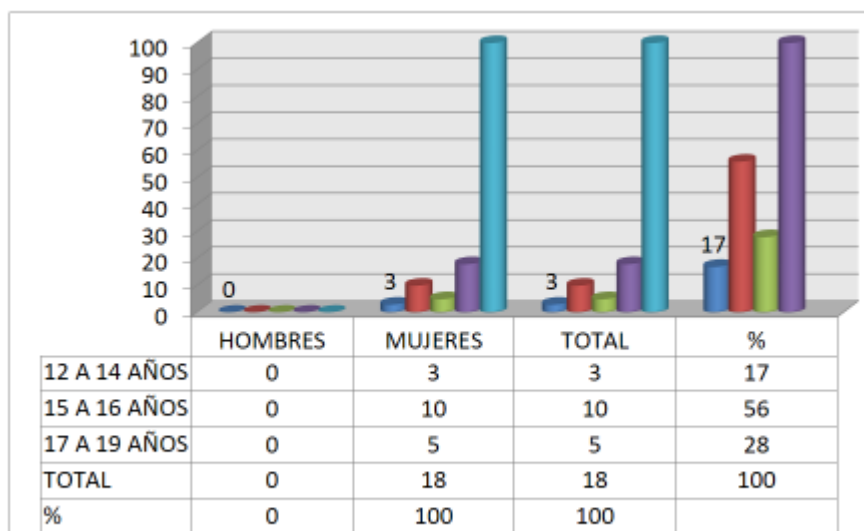
6.1.TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Estadísticas del Centro de Salud de Villa Rojas y los formularios de registro de prenatal, parto, puerperio y planificación familiar.
- Encuesta anónima, a la población en general sobre el conocimiento del uso de métodos anticonceptivos.

7. RESULTADOS

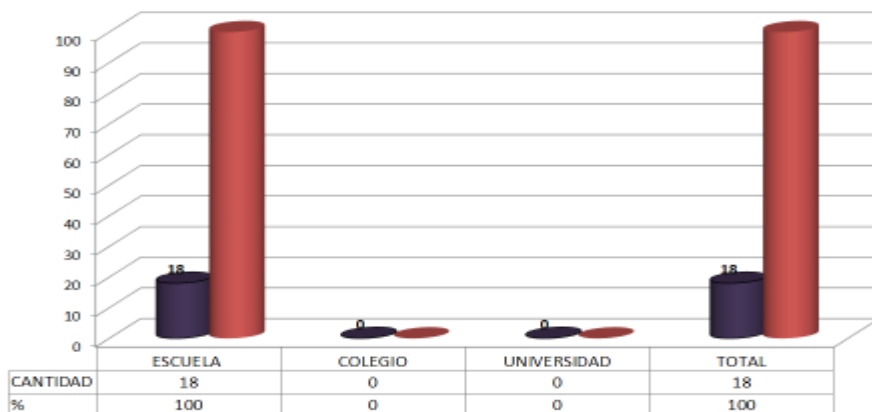
De las encuestas realizadas sobre el uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazo en adolescentes tenemos los siguientes resultados:

GRAFICO 1 ENCUESTA EN ADOLESCENTES CENTRO DE SALUD VILLA ROJAS DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2019



INTERPRETACIÓN: Según el presente grafico, se puede apreciar que el 100% de las entrevistadas son mujeres, de las cuales el 56% están entre los 15 y 16 años de edad, el 28% entre 17 y 19 años y 17% entre 12 y 14 años.

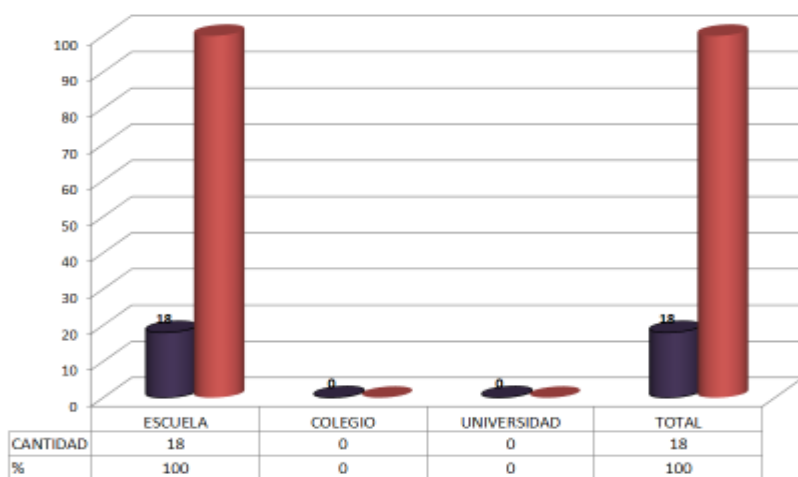
GRAFICO 2 NIVEL DE EDUCACION DE LOS PADRES



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según las respuestas obtenidas, el 100% indica que sus padres cursaron hasta la primaria solamente.

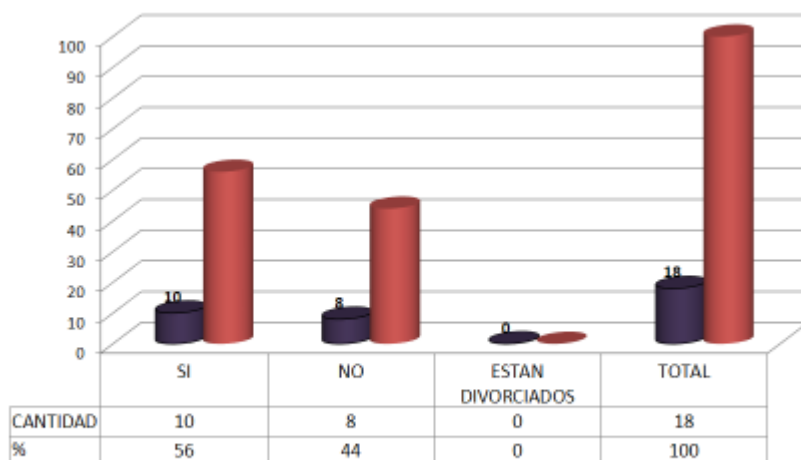
GRAFICO 3 NIVEL DE EDUCACION DE LAS ENTREVISTADAS



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: En esta pregunta, el 100% de las adolescentes entrevistadas curso o esta cursando el nivel primario.

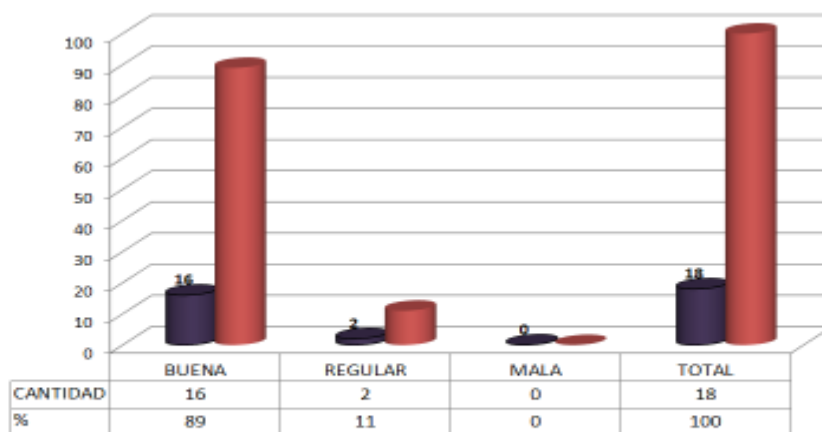
GRAFICO 4 CONVIVE USTED CON SUS PADRES



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a las respuestas obtenidas, el 56% todavía vive con sus padres, y 44% no vive con sus padres.

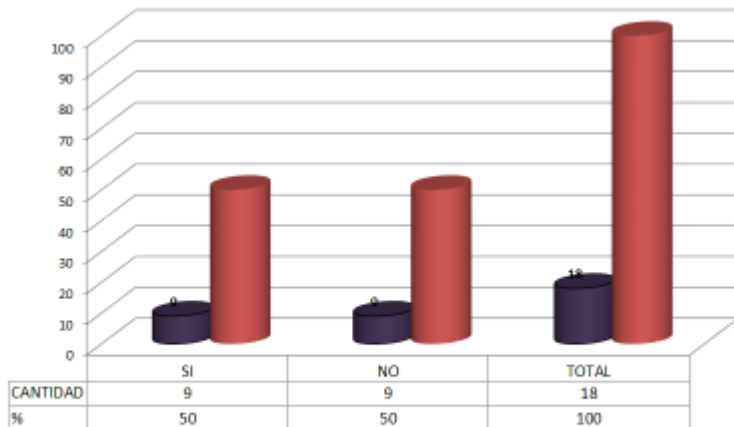
GRAFICO 5 COMO ES LA RELACION CON SUS PADRES



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según las adolescentes, el 89% afirma que tiene una buena relación con sus padres, y solo 11% dice que es regular.

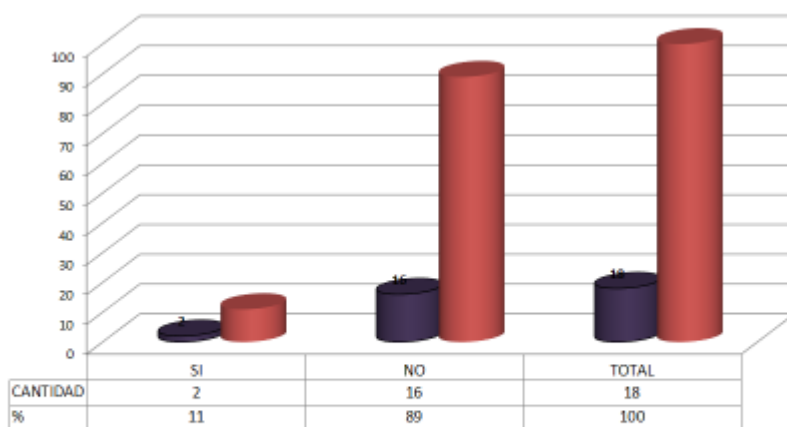
GRAFICO 6 TIENE USTED CONFIANZA CON SUS PADRES



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: en esta pregunta, el 50% dice que si tiene confianza, pero otro 50% dice que no tiene confianza como para contarles todo o pedirles consejo.

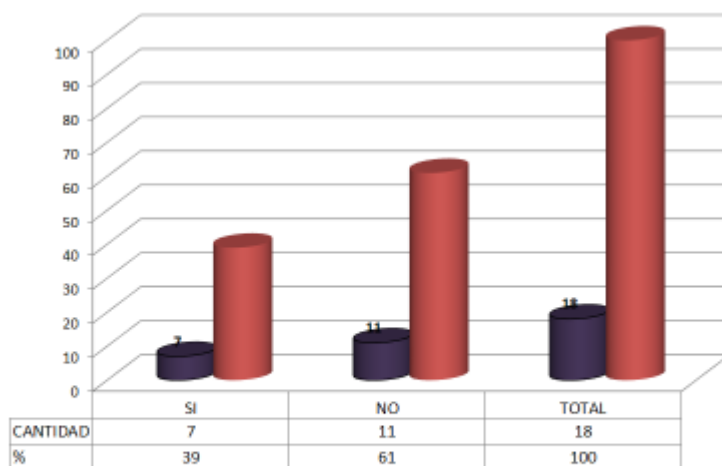
GRAFICO 7 SUS PADRES LE ENSEÑAN TEMAS DE SEXUALIDAD



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según este grafico podemos observar que el 89% de las adolescentes dice que sus padres no les hablan de temas de sexualidad, y solo 11% dice que si les hablan de esos temas.

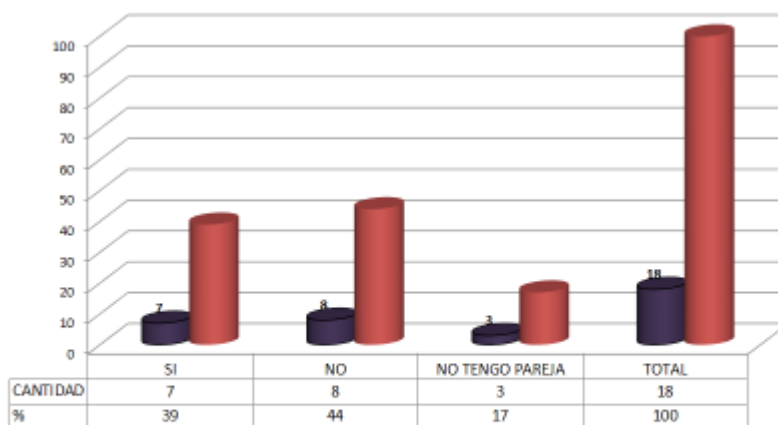
GRAFICO 8 SI USTED QUEDARIA EMBARAZADA CREE QUE TENDRIA EL APOYO DE SUS PADRES



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: de las respuestas obtenidas, el 61% dice que no tendría apoyo de sus padres en caso de quedar embarazada y un 39% indica que si sus padres la apoyarían desde el primer instante.

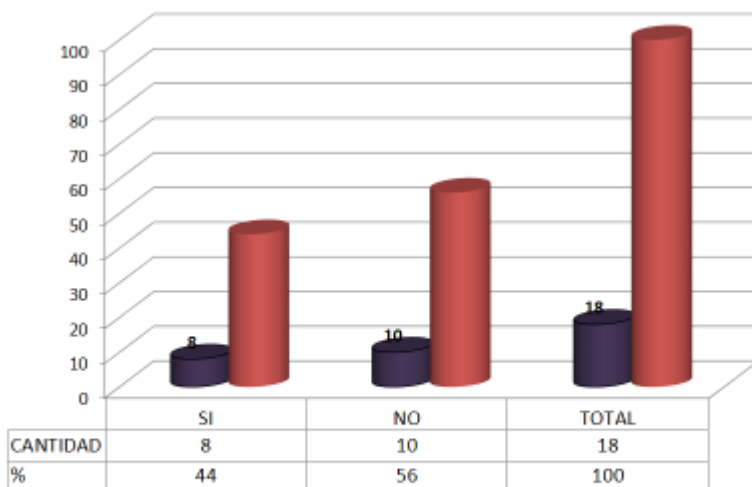
GRAFICO 9 SI USTED QUEDARIA EMBARAZADA CREE QUE TENDRIA EL APOYO DE SU PAREJA



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según las adolescentes, el 44% dice que no tendría el apoyo de su pareja en caso de quedar embarazada, un 39% dice que si la apoyarían, y un 17% no tiene pareja.

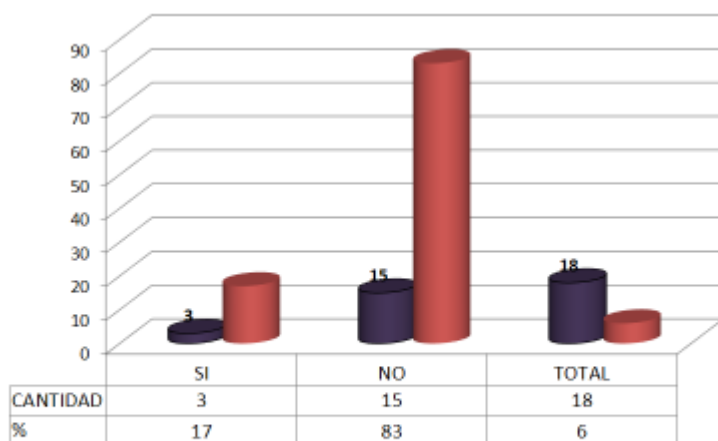
GRAFICO 10 USTED USA O USO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: de acuerdo a las respuestas obtenidas, el 56% dice que no han utilizado métodos anticonceptivos, y solo un 44% dice que alguna vez uso un método anticonceptivo.

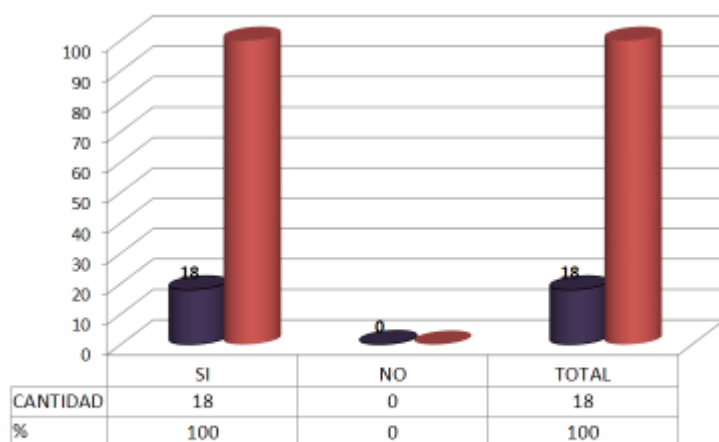
GRAFICO 11 USTED SABIA QUE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SON GRATUITOS



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según este grafico, el 83% de las adolescentes indica que no sabia que los métodos anticonceptivos eran gratuitos, y solo 17% dice que si sabían.

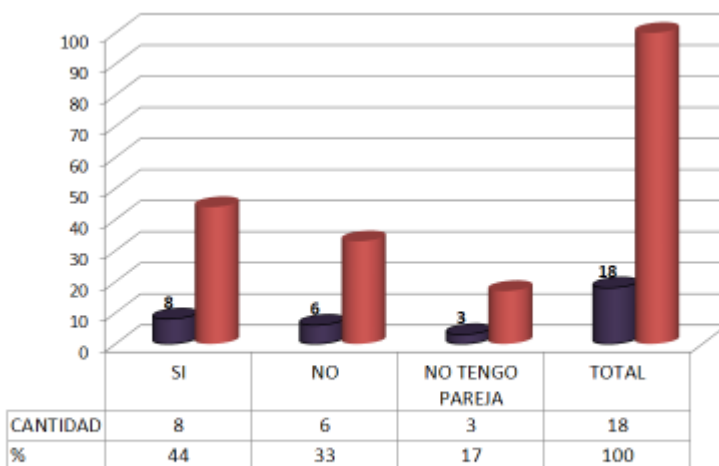
GRAFICO 12 RECIBIO CHARLAS SOBRE EDUCACION SEXUAL



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: Según este grafico, el 100% de las adolescentes dice que recibió charlas sobre educación sexual.

GRAFICO 13 TIENE USTED UNA RELACION ESTABLE DE PAREJA



ELABORACION PROPIA

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a las respuestas, el 44% dice que si tiene una pareja estable, un 33% dice que su pareja no es estable y 17% no tiene pareja.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. CONCLUSIONES

De acuerdo a lo estudiado se puede concluir que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad constituye un problema social que debe ser resuelto.

Muchos no sienten la confianza necesaria en sus padres para tocar temas de sexualidad o recibir orientación sobre la misma, por lo que se hace importante el tener un área de orientación al adolescente en el establecimiento de salud para acudir a hablar de estos temas y por eso muchos no acuden a él, pero se debe cambiar esta situación si queremos que las medidas preventivas para evitar riesgos en los y las adolescentes se hagan evidentes como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Es importante resaltar también que las adolescentes pese a que indican en un 100% haber recibido orientación sobre sexualidad en su colegio o escuela, ya sea por los profesores o por personal de salud, muchas no conocen los métodos anticonceptivos para poder evitar embarazos no deseados, ya que el 83% de ellas dicen no saber que los mismos se distribuyen de forma gratuita en el establecimiento de salud.

Importante también es indicar que tanto los padres como las adolescentes solo han cursado la primaria y están cursando la misma, lo cual es un factor considerado de riesgo ya que el nivel de conocimiento podría no ser el adecuado.

De igual forma en el caso de estar embarazadas más del 50% manifiesta que no recibiría apoyo de los padres ni de su pareja en primera instancia, lo cual se constituye también en un riesgo para la práctica de abortos.

8.2. RECOMENDACIONES

De todo lo visto en el presente trabajo, es importante poder continuar con las capacitaciones y la orientación en sobre métodos anticonceptivos a jóvenes y adolescentes a fin de evitar los embarazos no deseados.

Incorporar en la los planes curriculares contenido sobre salud sexual y reproductiva, así como el desarrollo de capacidades relacionadas a la toma de decisiones adecuadas respecto a la sexualidad.

A los padres de familia de los adolescentes, comprometerse con la formación integral de sus hijos, brindando confianza e información acertada acerca de los métodos anticonceptivos.

A los adolescentes, se recomienda que si ya comenzaron su vida sexual; deben asumirlo con responsabilidad y respeto. No usar métodos anticonceptivos o usarlo a veces, significa falta de responsabilidad por la probabilidad de un embarazo. Y traer al mundo a un nuevo ser humano debe ser un acto voluntario y planificado ya que conlleva muchas responsabilidades. Por tal motivo, teniendo en cuenta el bajo o regular conocimiento que poseen los adolescentes y sobre todo la poca disposición de usar métodos anticonceptivos, se recomienda postergar las relaciones sexuales hasta que se encuentren en una edad madura, para asumir de la mejor manera la responsabilidad de ser padres.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes. Resumen del informe de fin del programa ENFOQUE en adultos jóvenes. Documento de la Serie de Jóvenes N° 1 p. 3-5. Finger B, Lapetina M, Pribila M (eds.). Family Health International. Program YouthNet: 2003.
- Cunnintong AJ. What's so bad about teenage pregnancy? J Fam Plann Reprod Health care. 2001; 27(1): 36-41.
- Ramírez-Daza J.A. Contextos y lógicas de la sexualidad y el embarazo en adolescentes bogotanos. Elementos para comprender la sexualidad "irresponsable". Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas Departamento de Sociología Bogotá, Colombia, 2011.
- Instituto Mexicano para la competitividad A.C. Competitividad Internacional 2011 Consejo directivo IMCO México 2011. Disponible en: <http://imco.org.mx/images/pdf/Indice-de-Competitividad-Internacional-2011.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México. 6o Edición. México 2009.
- Comelles J.M., Allué X., Bernal M., Fernández-Rufete J., Mascarella M. Compiladores. Migraciones y Salud. Antropología Médica, Publicaciones URV. España 2010.
- Secretaría de salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano. construyendo alianzas para una mejor salud. 1er Edición. México 2007.
- Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2008 Sep; 68(3): 141-143. [Disponible en]: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es.
- Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá, 2009.
- UNICEF. Programming for safe motherhood. UNICEF Headquarters. Health, programme division 2005.