

Capítulo VII

Anticoncepción: impacto en el adolescente*

Jesús Hernando Solano Espinoza¹

¹ Médico y Cirujano de la Universidad Metropolitana; Ginecólogo-Obstetra de la Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central Bogotá; Miembro del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, ACOG.
Correo: jhsolanoinfertilidad@gmail.com

RESUMEN

La importancia en el impacto de la anticoncepción en el adolescente se debe centrar en el uso de un método anticonceptivo seguro que le permita desarrollar y disfrutar de una sexualidad sin riesgos. La planificación familiar es un derecho humano fundamental, vinculado a la salud sexual y reproductiva de todas las personas; decidir sobre el número de hijos, cuándo tenerlos, tiene múltiples beneficios para la mujer y la familia. En Colombia, 6 de cada 10 embarazos no son deseados y más de la mitad terminan en inducción del aborto en condiciones inseguras, lo cual conlleva muchos riesgos para la salud de la mujer.

Palabras clave: adolescente, embarazo no deseado, método anticonceptivo, eficacia del anticonceptivo, píldora.

ANTICONCEPTION IMPACT ON THE ADOLESCENT

ABSTRACT

The importance in the impact of contraception in the teen should focus on the use of a method of birth control sure you allow him to develop and enjoy their sexuality. Family planning is a fundamental human right, linked to the reproductive and sexual health of all people, deciding on the number of children, when having them, has multiple benefits for the woman and the family. In Colombia, 6 out of 10 pregnancies are not desired and more than half in inducing abortion in unsafe conditions, which carries many risks to the health of the woman.

Keywords: adolescent, unwanted pregnancy, contraceptive method, contraceptive efficacy, pill.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la época de transición de la niñez a la adultez durante la cual el o la joven se ve obligado(a) a establecer nuevos órdenes de relaciones interpersonales.

Según la OMS la adolescencia se define como el período de desarrollo y crecimiento humano que se produce luego de la niñez y antes de la edad adulta. Se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico; es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta; esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Actualmente en el mundo hay alrededor de 1.800 millones de jóvenes entre 10 y 24 años (UNFPA, 2014), que corresponden más o menos a un 25 % de la población mundial.

Los períodos de la adolescencia son:

- Adolescencia inicial: 10 a 13 años.
- Adolescencia media: 14 a 17 años.
- Adolescencia final: 18 a 20 años.

Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los 12 o 13 años hasta los 20 o 21 años (Informe de salud para todos, 2000). El final de la adolescencia no puede generalizarse, ya que este depende del desarrollo psicológico; la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son universales, en cambio, la duración y características propias varían entre culturas y dependen de contextos socioeconómicos que evolucionan en el tiempo que determinan cambios como el inicio más temprano de la pubertad influenciados por la urbanización acelerada, la globalización de las comunicaciones y las actitudes y prácticas sexuales más tempranas.

La importancia de la anticoncepción en el adolescente radica en la prevención del embarazo. Cuando el adolescente abandona su entorno prima-

rio de modo de vida, se ve enfrentado a múltiples posiciones culturales y sobre todo a la influencia de pares, costumbres, mitos influenciados por la vida cotidiana y marcada por posiciones geográficas, lo que ocasiona un choque y mezcla multicultural que influye directa e indirectamente en el uso correcto de los métodos de planificación y en el embarazo no deseado siendo esta la puerta de entrada para el fracaso y la pérdida de posibilidades, impactando en el proyecto de vida, truncado sus expectativas de formación académica por abandono o postergación escolar, alterando la célula primordial de la sociedad, la familia, con impactos negativos en el crecimiento económico de las regiones.

DIFERENCIACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL SEXO

El sexo es el resultado de un proceso evolutivo dinámico que implica interacciones durante el desarrollo originándose en el momento de la fertilización.

Sexo cromosómico

Determinado en el momento de la fecundación. El ovulo portador de un cromosoma X fertilizado por un espermatozoide con cromosoma X, tendrá como resultado un gameto femenino y si es fertilizado por un espermatozoide Y, tendrá como resultado un gameto masculino.

Sexo anatómico

La diferenciación de los genitales externos e internos se inicia en la sexta semana de vida intrauterina y la confirmación anatómica en el momento de nacimiento asignará el sexo.

Sexo fisiológico

La presencia de gónadas masculinas o femeninas y la producción de andrógenos o estrógenos mediados por procesos neurohormonales desarro-

Ilan los caracteres sexuales secundarios con el objetivo de desarrollar una sexualidad completa.

Sexo psicológico

Es el sentido de ser mujer o varón, y la forma de comportarse frente a los demás; en su determinación influyen el sexo cromosómico y anatómico; tienen influencia los comportamientos aprendidos en el ámbito familiar, educativo y social. Esta determinación sexual se realiza entre los 18 y 36 meses de vida completándose a los 4 años, reafirmandose en la adolescencia; debe destacarse el núcleo familiar porque es allí donde a través de la educación, lenguaje, vestidos, juegos, costumbres y modelos de comportamiento afirman la identidad sexual; no siempre coincide el sexo psicológico con el sexo cromosómico, anatómico, fisiológico y social.

Sexo social

Constituye la forma de actuar y de ser en el entorno, asumiendo funciones y conductas asignadas por cada cultura a la mujer y al varón.

Las bases para el complejo proceso de diferenciación y determinación del sexo y de la identidad sexual del individuo se inician en la vida intrauterina como consecuencia de disruptores hormonales presentes en el ambiente que causan alteraciones en la salud sexual y reproductiva (Hajcak y Garwood, 1988; Cuevas, 2010).

Según las cifras del DANE, entre el 20 % y el 45 % de adolescentes dejan de asistir a la escuela como consecuencia de la paternidad o maternidad, perpetuando los círculos de pobreza, limitando oportunidades de desarrollo personal, económico y social, generando hogares inestables y parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir esta responsabilidad.

El 8 % de los embarazos de adolescentes termina en abortos e interrupcio-

nes, y existe una relación negativa entre fecundidad adolescente y nivel de riqueza.

Advierten además, que los padres de los menores de las niñas que han tenido sus hijos entre los 10 y los 14 años, tienen en promedio 7 años más que ellas, lo que quiere decir que son mayores de edad y que han abusado de las menores.

El informe del DANE señala además que en el país hay 3 millones de madres jefes de hogar, la mitad tiene un hijo, el 34 % tiene 2 y el 19 % tres o más.

De ellas, 3 de cada 10 apenas han cursado básica primaria y el 20 % ha logrado un nivel de educación superior. (Caracol Radio, 2016)

CICLO MENSTRUAL

Historia

En los pueblos primitivos era considerada sucia, impura, tenía connotaciones mágicas; los griegos atribuían a la diosa Juno como la responsable del ciclo menstrual, incluso en la época medieval se consideraba pecaminoso que una mujer entrara menstruando a la iglesia, por lo tanto la mujer era aislada en este período. En las culturas egipcia y hebrea era obligatorio el baño ritual para limpiarse al final de la menstruación; mientras en China la sangre menstrual no debía tocar el suelo para no ofender al espíritu de la tierra.

Plinio en el siglo I d.C., escribió:

“la sangre menstrual es un veneno fatal que corrompe y descompone la orina, hace perder las semillas de la fertilidad, marchita las hierbas y flores del jardín, si coincide con un eclipse de luna o sol los demonios resultantes son irremediables, el contacto con la sangre menstrual hace que el brillo del acero y el marfil desaparezca su contacto sirve de linimento para la gota, los tumores de parótida, abscesos superficiales y las secreciones del ojo. (Canet, 1996, p.3)

Fisiología del ciclo menstrual

El hipotálamo secreta la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que provoca en la glándula hipófisis la producción de la hormona luteinizante (LH), responsable de la ovulación y la hormona folículo estimulante (FSH) que incita el crecimiento del folículo ovárico. Al alcanzar su madurez, el óvulo es expulsado del ovario y se aloja en la respectiva trompa de Falopio.

Si ocurre la fecundación, el cigoto se mueve al útero adhiriéndose a él; pero si eso no ocurre, disminuyen los niveles hormonales de estrógenos y progesterona ocasionando la descamación endometrial y el óvulo y tejido endometrial son eliminados, proceso conocido como menstruación (Linares, 2011).

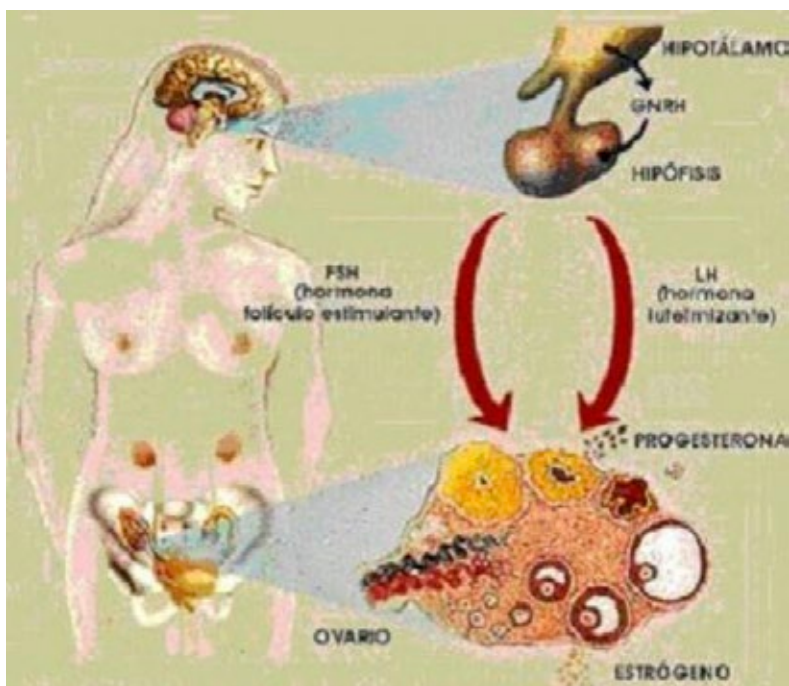


Figura 1
Ciclo Ovárico
Fuente: Meraz (2014)

ANATOMÍA SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

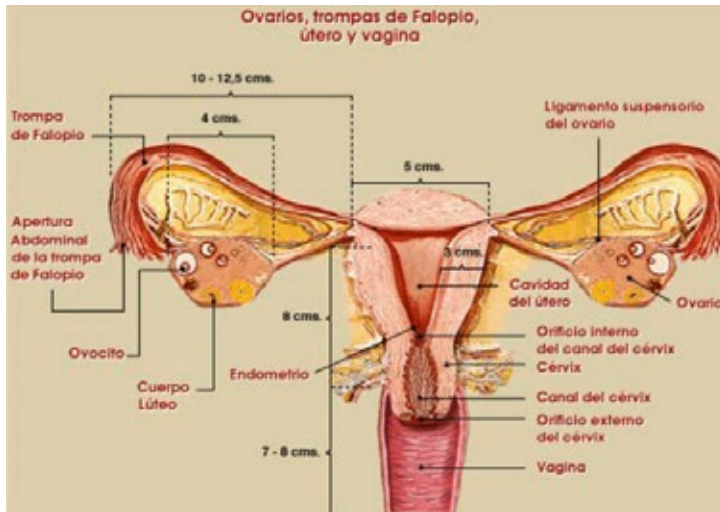


Figura 2
Partes de la vagina, anatomía sexual femenina
Fuente: Meraz (2014)

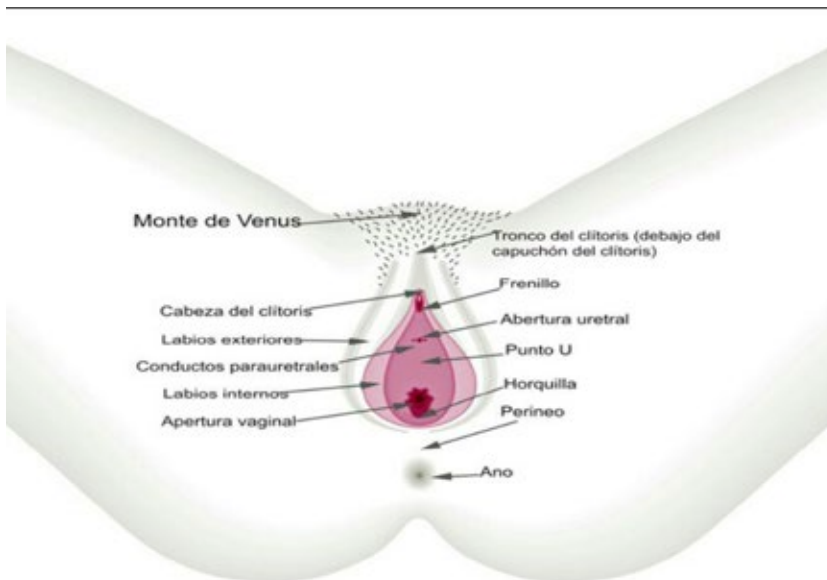


Figura 3
Partes de la vagina, anatomía sexual femenina
Fuente: Meraz (2014)

La vulva es la parte externa que circunda el orificio vaginal; la parte anterior puede presentar una longitud de 6-9 cm, la zona posterior puede tener 8 a 12 cm (Katz, 2012).

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN

La planificación familiar es un derecho humano fundamental, vinculado a la salud reproductiva y sexual de todas las personas; decidir el número de hijos, con quién tenerlos, cuándo tenerlos, cómo tenerlos, tiene múltiples beneficios para la mujer y la familia.

Los beneficios de la planificación familiar son múltiples, menos hijos implica tener más tiempo para atender las necesidades de cada uno, contribuye a asegurar la salud de madres e hijos, permite a la familia contar con más recursos económicos para el bienestar, la alimentación, la salud y la educación de los hijos; el beneficio más importante para los adolescentes que impacta definitivamente en su modo de vida con efectos y consecuencias directas e indirectas de un país mejorando las oportunidades para el desarrollo educativo, laboral y social del adolescente.

En Colombia, 6 de cada 10 embarazos no son deseados y más de la mitad terminan en inducción del aborto en condiciones inseguras, lo cual conlleva muchos riesgos para la salud de la mujer. (Katz, 2012; World Health Organization (s.f.); World Health Organization, 2014; Dean et al., 2014).

Métodos Biológicos

Está basado en la identificación de los días fértiles de cada mujer, para evitar las relaciones sexuales durante estos días.

- método de calendario, ritmo, Ogino Knaus debe realizarse estableciendo la regularidad de los ciclos menstruales, se registra el número de días de cada ciclo mínimo de 4 a 6 ciclos; se resta al ciclo más corto 18 días y al más largo 11 días.

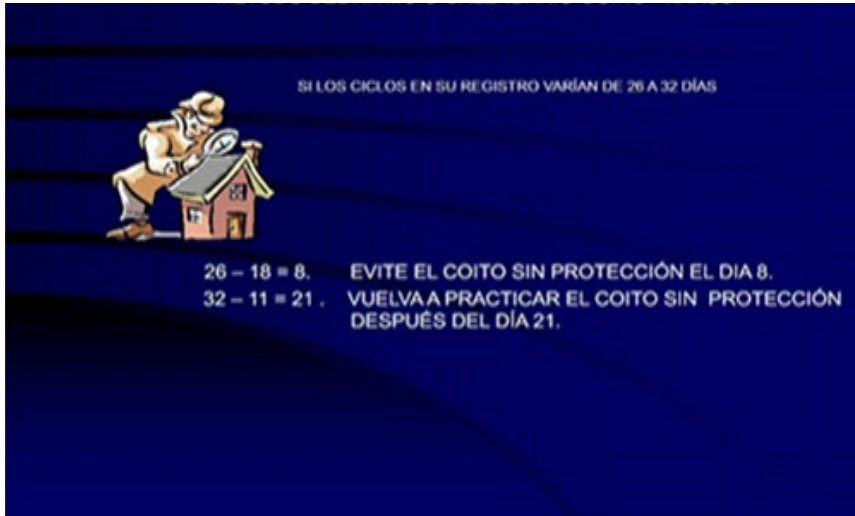


Figura 4
Método del Ritmo o Calendario Ogino-Knaus
Fuente: Elaboración propia

- *Coito Interruptus*, retirada del pene o vagina en el momento de la eyaculación.
- Temperatura basal, toma de temperatura oral durante dos minutos antes de levantarse y graficarla, hay un aumento de temperatura de 0,2 a 0,5 grados en el período de ovulación.

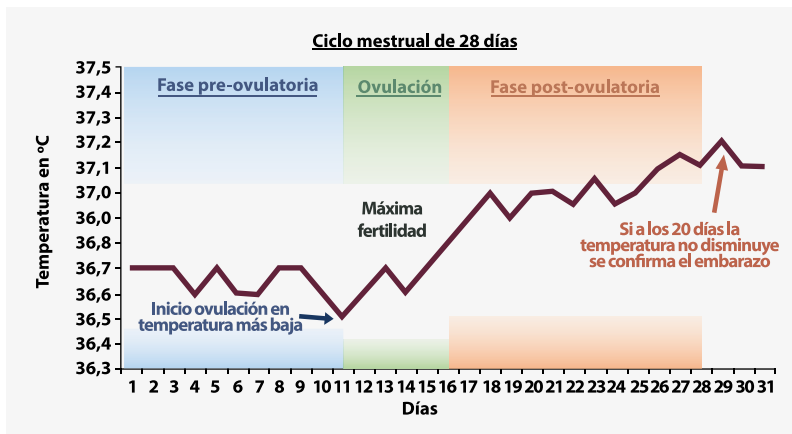


Figura 5
Ciclo Ovárico
Fuente: Clínica Juan de Dios (n.d)

- Método de Billings o consistencia de moco cervical, observando los cambios en las características del moco cervical si es fluido o espeso y su filancia.

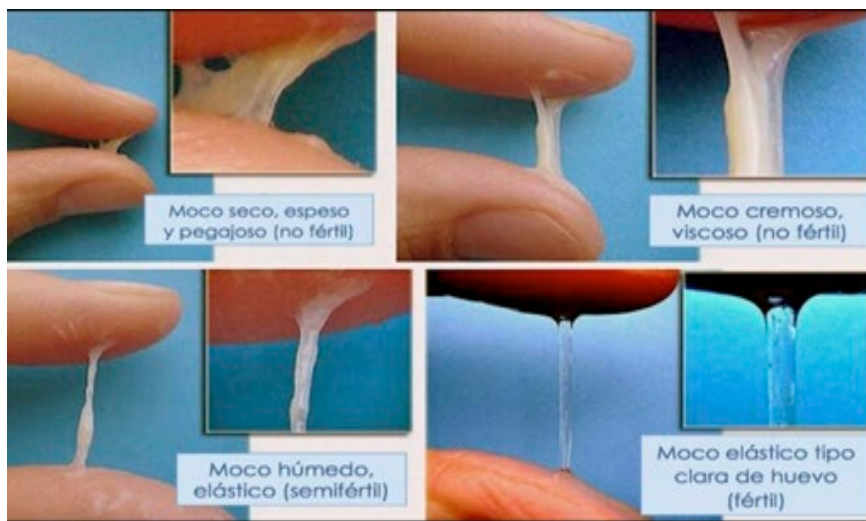


Figura 6
Método de Billings
Fuente: Clínica Juan de Dios (n.d)

Los métodos biológicos o fisiológicos tienen ventajas, ayudan de una manera sencilla y eficaz a evitar el embarazo, involucran a la pareja, aprobados por la religión, son de bajo costo, no comprometen el futuro reproductivo, no generan efectos adversos, no se apoyan en dispositivos externos o uso de sustancias químicas y son altamente efectivos cuando se usan de manera adecuada y forma consistente. Sus desventajas son múltiples: reducen la espontaneidad de la pareja, se requiere de práctica y disciplina de pareja para que sean eficaces, el *coitus interruptus* no sirve en casos de eyaculación precoz, la eficacia de la temperatura basal y de Billings es afectada por múltiples factores (Centers for Disease Control and prevention, 2012; Klein, Arnold and Reese, 2015).

Métodos de Barrera

Evitan el embarazo porque el semen queda atrapado dentro de una funda de látex, el condón, la cual se ubica en el pene o vagina, impidiendo el paso al interior, o en el caso del diafragma, una pieza flexible y fina con forma de disco que se coloca en el cuello uterino el cual impide la entrada del espermatozoide a la cavidad uterina.

Los espermicidas son sustancias químicas, que alteran la movilidad o matan a los espermatozoides, la sustancia activa más frecuente el nonoxido-9 que se usa como método complementario de los métodos de barrera para aumentar su eficacia.

Entre sus ventajas se encuentran: protección altamente eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, son de fácil uso y no perturban la capacidad reproductiva y dan a la mujer el control.

Los condones no son recomendados para las personas alérgicas al látex; el espermicida solo es efectivo por aproximadamente una hora y puede irritar los genitales; el método como el diafragma exige que la pareja sea capacitada en su uso y debe combinarse con espermicida.

Métodos Hormonales

Los anticonceptivos de tipo hormonal bloquean la señal desde la hipófisis hasta los ovarios con la orden de liberar hormonas fundamentales en la ovulación, el moco cervical se torna más denso y obstruye el libre tránsito de los espermatozoides hacia el útero; además, alteran la mucosa del endometrio haciéndolo más delgado para que no pueda adherirse ningún óvulo potencialmente fecundado (Shoupe, 2006).

Los métodos hormonales pueden ser combinados: estrógeno más progestágeno, o simple de solo progestágeno de ingesta diaria, de aplicación intramuscular, transdérmicos, transvaginal, de inserción subdérmica o uterina.

La anticoncepción oral posee beneficios adicionales, estabiliza y regula los ciclos menstruales, disminuyen los cólicos, el síndrome premenstrual, mejora el acné, la apariencia de la piel y tiene un efecto protector en cáncer de ovario.

La anticoncepción intramuscular es cómoda, discreta y bien tolerada por la mayoría de las mujeres; se puede interrumpir en cualquier momento reestableciéndose la fertilidad de manera rápida; no obstante, puede causar varios efectos no deseados como ganancia de peso, hipersensibilidad en los senos y alteraciones del patrón de sangrado menstrual (Shoupe, 2006; Black et al., 2004).

El anillo de inserción vaginal y ubicado en el fondo vaginal, ocasiona liberación controlada y continua de estrógenos y progestágenos, hecho con material sintético, inodoro, incoloro y flexible, de 54 mm de diámetro y 4 mm de grosor con una vida útil de tres semanas (Mayoclinic.com, s. f.)

Sus ventajas son regular el ciclo menstrual y la despreocupación por la ingesta diaria.

Los métodos de planificación reversibles de largo plazo (en sus siglas en inglés LARC), implantes subdérmicos o intrauterinos de levonorgestrel de 3 o 5 años de acción e implantes subdérmicos de etonogestrol de 3 años de duración; su efecto anticonceptivo obedece a la inhibición de la ovulación, adelgazando el endometrio, evitando la implantación

y ocasionando un moco cervical más espeso obstruyendo el paso de los espermatozoides. Los métodos LARC presentan una duración efectiva de 3 a 5 años, eficiencia alta, sin contraindicación durante la lactancia, cómodos, discretos, favorecen la disminución de los dolores intermenstruales, menstruales y los sangrados profusos, aunque en ocasiones puede presentarse sangrado variable e impredecible. Es importante que un médico experto implante y retire los dispositivos (Chen y Baldwin, 2006).

La píldora del día después o de emergencia inhibe o retrasa la ovulación, altera el transporte del óvulo a las trompas de Falopio: hace que el endometrio no aloje el óvulo y afecta el moco cervical para evitar la fecundación; solo se debe usar en encuentros sexuales en donde no hay un método de planificación previo. Debe emplearse hasta 72 horas después de la relación sexual no protegida; se observa uso repetitivo y frecuente por los adolescentes implementándose de forma inadecuada como método de planificación convencional, por eso es importante resaltar que este método no sustituye la planificación regular. Si se observa la utilización de manera repetitiva, conviene visitar al médico para una asesoría en planificación (Shoupe, 2006).

Índice de Pearl, común para medir la eficacia de los métodos anticonceptivos en los estudios clínicos.

El Índice de Pearl es usado a veces como una estimación estadística de embarazos no deseados en 100 mujer-año de exposición (así, 100 mujeres en un año de uso, o 10 mujeres en 10 años). Es usado para comparar métodos anticonceptivos; un bajo índice de Pearl representa una baja probabilidad de embarazo no deseado con un método anticonceptivo dado.

Tabla 1
Efectividad de los distintos métodos de planificación familiar

METODO DE PLANIFICACIÓN	EFFECTIVIDAD
Diu T de cobre	99,4 %
Diu de Levonorgestrel	99,8 %
Condón Masculino	85 % - 98 %
Condón Femenino	80 % - 95 %
Diafragma	84 % - 92 %
Implante Subdérmico	99,9 %
Pildora	99,8 %
Parche transdérmico	98 %
Anillo vaginal	94 %
Ampollas Intramusculares	99,9 %
Pildora del día después	95 %
Espemicidas	70 %
Temperatura basal	30 %
Coito interruptus	40 %
Ogino - Kanaus	76 %
Esterilización quirúrgica	99,5 %
Método de amenorrea de la lactancia	98 %

Fuente: Chen y Baldwin (2006); Shoupe (2006); World Health Organization (2012)

CONCLUSIÓN

Los criterios de elegibilidad médica propuestos, proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a la mujer de los potenciales efectos secundarios de los anticonceptivos asegurando también que esto no impida la selección de los métodos apropiados.

Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Actualizado en junio del 2012. Este resumen solo contiene una parte de las recomendaciones de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (US-MFC). Para obtener las directrices completas consulte: <http://www.cdc.gov/24hreportcard/>
 a) Infección de transmisión sexual (ITS) (ver el apartado de la transmisión sexual) (ITS). El uso constante y correcto de condones de látex para hombres reduce el riesgo de infección por ITS y el VIH.

Actualizado en junio del 2012. Este resumen solo contiene una parte de las recomendaciones de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (US-MFC). Para obtener las directrices completas consulte: <http://www.cdc.gov/24hreportcard/>
 a) Infección de transmisión sexual (ITS) (ver el apartado de la transmisión sexual) (ITS). El uso constante y correcto de condones de látex para hombres reduce el riesgo de infección por ITS y el VIH.

Afectión	Subsección	Contraindicación	Prácticas con parche y anillo	Inyección	Injante	DIL-LNG	DIU de cobre
Accidente cerebrovascular ¹	Antecedentes de accidente cerebrovascular	1	2	3	2	3	2
	1) Talamia	2	1	1	1	1	2
	2) Anemia displásica ²	2	1	1	1	1	2
	3) Discrepancia de la ciudad uterina	2	1	1	1	1	2
Anomalía anatómica	1) Anomalías anatómicas	2	1	1	1	1	2
	2) Presidencias reactivos	AOC-3	3	1	1	1	1
	3) Procedimientos reactivos	1	1	1	1	1	1
Antecedentes de cirugía	1) Asociada al embarazo	2	1	1	1	1	1
	2) En el pasado asociada a AOC	2	1	2	2	2	2
Artritis reumatoide	1) En el tratamiento inmunosupresor	2	1	2	2	2	2
	2) En espera de tratamiento	2	1	2	2	2	2
Cáncer de cuello uterino	1) Incurable	2	1	2	2	2	2
	2) Actualmente	1	1	1	1	1	1
	3) Actualmente	2	2	2	2	2	2
Cardiopatía isquémica ³	Actualmente	1	2	3	2	3	2
	En espera de tratamiento	2	1	1	1	1	1
Cefaleas	1) Sin migrana	1	1	1	1	1	1
	2) Sin migrana, edad < 35	2	3*	2*	2*	2*	2*
	3) Sin migrana, edad > 35	3*	4*	2*	2*	2*	2*
	4) Sin migrana, a cualquier edad	4*	5*	2*	2*	2*	2*
Cronitis	1) Sin migrana, edad < 35	1	1	1	1	1	1
	2) Sin migrana, a cualquier edad	2	2*	2*	2*	2*	2*
	3) Sin migrana, edad > 35	3*	4*	2*	2*	2*	2*
Diabetes (DM)	1) No insulino-dependiente	1	3	3	3	3	3
	2) Insulino-dependiente	2	2	2	2	2	2
	3) Insulino-dependiente	3	1	1	1	1	1
Disminución de la audición	1) Sin migrana, edad < 35	1	1	1	1	1	1
	2) Sin migrana, a cualquier edad	2	1	1	1	1	1
Exposición del fluido uterino	1) Sin migrana, edad < 35	1	1	1	1	1	1
	2) Sin migrana, a cualquier edad	2	1	1	1	1	1

Afectión	Subsección	Contraindicación	Prácticas con parche y anillo	Inyección	Injante	DIL-LNG	DIU de cobre
Edad	Menor de 18 años	1	1	1	1	1	1
	Mayor de 35 años	2	2	2	2	2	2
Embarazo	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Endometriosis	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Enfermedad de la vesícula biliar	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Enfermedad de las manos	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Enfermedad inflamatoria intestinal	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Enfermedad infecciosa	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Enfermedad reproductiva	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Epiloquia	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Epilepsia	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Etiología	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Etiología	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Etiología	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Etiología	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2
Etiología	1) Actual	1	1	1	1	1	1
	2) En espera de tratamiento	2	2	2	2	2	2



Figura 7
 Tabla resumida de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos
 Fuente: Curtis (2016).



Figura 8
Categorías de la elegibilidad para el uso de anticonceptivos
Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Black A, Francoeur D, Rowe T, (2004). Canadian Contraception Consensus. *JOGC*;143:219-54.
- Canet, J. L. (1996). *La mujer venenosa en la época medieval*. Valencia, España: Lemir.
- Caracol Radio (2016). En Colombia 1 de cada 5 madres es adolescente: DANE. Recuperado de: caracol.com.co/radio/2016/05/08/nacional/1462733539_091340.html
- Centers for Disease Control and prevention. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use (2013) adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. *MMWR recomb Rep* 2013; 62:1-60.
- Chen A. Y., Baldwin S. (2006). Intrauterine devices: comparison of the copper T intrauterine device with the levonorgestrel intrauterine system. En: Shoupe D, Kjos SL, editores. *The handbook of contraception: a guide por practical management*. Totowa: Humana press.
- Cuevas, A. (2010). *Adolescencia y sexualidad texto de ginecología y obstetricia*. Federación Colombiana de Asociaciones de ginecología y obstetricia, II edicion, 714-719.
- Dean SV, Lasi ZS, Imam A. (2014). Preconception care: promoting reproductive planning. *Reprod Health*.
- Hajcak, F., & Garwood, P. (1988). Quick-Fix sex: *Pseudosexuality in Adolescents*, 23, 755-760.

- Informe anual del estado de la población (2014). Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.
- Informe Salud para todos (2000). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad.
- Katz (2012). VI. Reproductive Anatomy Gross and Microscopic, Clinical Correlations. En: Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, editores. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby;
- Klein D.A, Arnold J.J. & Reese (2015). Es. Provision of contraception key recommendations from the CDC. *Am Fam Physician* 2015; 91:625-33.
- Linares AC, Schutt-Ainé AI. (2011). Contraception. En: Rakel RE, editores. *Textbook of family medicine*. 8th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier Saunders.
- Meraz, L. C. (2014). Mujer Televisa. México. Recuperado de: www2.esmas.com/mujer/sexo-y-amor/salud-sexual/798308/partes-vagina-anatomia-sexual-femenina/
- Mayoclinic (s.f.) Nueva Ring (anillo vaginal). USA. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/nuvaring/pac-20394784>
- Shoupe D. (2006). Emergency contraceptives. En: Shoupe D, Kjos SL, editores. *The handbook of contraception: a guide for practical management*. Totowa: Humana Press.
- Tabla resumida de los criterios de elegibilidad para uso de anticonceptivos, CDC. <https://www.cdc.gov/contraception>.
- World Health Organization (2014). Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and Recommendations. Geneva: WHO, 1-36.
- World Health Organization-Guttmacher Institute (2012). Facts on induced abortion worldwide. January.
- World Health Organization. Sexual and reproductive health: <http://www.who.int/reproductive-health/topics/en/>.

Cómo citar este capítulo:

Solano-Espinoza, J.H. (2017). Anticoncepción: impacto en el adolescente. En Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Espinosa-Castro, J.F. (Ed.), *Adolescencia: su relación con la familia, educación y sexualidad. Un enfoque transdisciplinario* (pp.247-264). Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar.