

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL C.S.R.D DE SAN MIGUEL OCAMPO” 2013-2014.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S MARÍA DE LA LUZ CARBAJAL OROZCO

DIRECTOR DE TESIS:

M. EN C. WENCESLAO FAJARDO ROJO

REVISORES:

M. EN S.P MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ

E. EN GINE - O. FIDEL MARTÍNEZ PINAL

E. EN I.C. JOAQUÍN ROBERTO BELTRÁN SALGADO

M. C. ABRAHAM DIEGO REYES

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, 2014

TÍTULO:

“CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL C.S.R.D DE SAN MIGUEL OCAMPO” 2013-2014.

ÍNDICE

Capítulo	Pág.
RESUMEN/SUMMARY	1
I. MARCO TEÓRICO	2
I.1 Introducción	2
I.2 Antecedentes Históricos	3
I.3 Anticoncepción en México	4
I.4 Métodos de Planificación familiar	6
I.5 Criterios para elección de Método Anticonceptivo	7
I.6 Índice de Pearl	8
I.7 Criterios de Elegibilidad de la OMS para el uso de Métodos anticonceptivos	8
I.8 Métodos Anticonceptivos Temporales	9
A) Hormonales	9
Anticonceptivos Hormonales Orales	9
Anticoncepción de Emergencia	12
Anticonceptivos Hormonales Inyectables	13
Anticonceptivos Hormonales Subdérmicos	14
Parche Transdérmico	15
B) De barrera y Espermicidas	16
Espermicidas	17
Diafragma	17
Esponja Vaginal	18
Capuchón Cervical	18
Dispositivo Intrauterino	19
C) Naturales	21
Método del Calendario o Ritmo	21
Método de Temperatura Basal	21
Método del Moco Cervical	22
Método Sintotérmico	22
Lactancia Materna Prolongada	23
I.9 Métodos Anticonceptivos Permanentes	23
Oclusión Tubaria Bilateral	23
Vasectomía	24
I.10 Población San Miguel Ocampo	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
II.1 Argumentación	26
II.2 Pregunta de Investigación	28
III. JUSTIFICACIONES	29
III.1 Sociales	29
III.2 Culturales	29
III.3 Médicas	29

III.4 Políticas	30
III.5 Económicas	30
III.6 Científicas	30
IV. Unidad de Observación	31
IV.1 Variables	31
IV.1.2 Variable Dependiente	31
IV.1.2.1 Variable Independiente	31
IV.1.2.2 Relación Lógica	31
I.V.1.4 Dimensión Espacio-temporal.....	31
V. OBJETIVOS	32
V.1 Objetivo General	32
V.2 Objetivos Específicos.....	32
VI. MÉTODO.....	33
VI.1 Operacionalización de Variables	34
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	34
VIII. RESULTADOS	35
IX. CUADROS Y GRÁFICAS	37
X. CONCLUSIONES.....	63
XI. RECOMENDACIONES	64
XII. BIBLIOGRAFÍA	65
XIII. ANEXOS	69
XV.1 Cuestionario sobre Métodos de Planificación Familiar	69
XV.2 Consentimiento Informado	72

RESUMEN

Introducción: Las mujeres están iniciando su vida sexual a temprana edad y lo hacen sin utilizar ningún método de planificación familiar, aunque ellas refieren conocerlos, o tengan un mal conocimiento sobre el uso.

Objetivo: Determinar el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo durante el periodo 2013-2014.

Método: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional, realizado mediante la aplicación de un cuestionario de 18 preguntas, a 236 mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo, que determina el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar y la edad de inicio de vida sexual.

Resultados: De las 236 mujeres encuestadas, el 51% tiene un conocimiento malo, el 26% regular, y un 23% conocimiento bueno. Por grupo de edad el conocimiento malo lo presentó el grupo de 15 a 24 años. El preservativo es el método más utilizado y el DIU el menos utilizado. La edad promedio de inicio de vida sexual es a los 16 años.

Un 42% refirió utilizar algún método de planificación familiar, siendo la mayoría con un 58% que no utiliza actualmente ningún método de planificación familiar.

Conclusiones: El conocimiento malo resultó predominante, y el preservativo es el método de planificación familiar más utilizado.

SUMMARY

Introduction: Women are becoming sexually active at an early age and do not use any method of birth control, although they refer to know them, or have poor knowledge of their use.

Objective: To determine the knowledge and use of birth control methods among women of 15 to 44 years of age who are users of Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo during 2013-2014.

Method: A prospective, descriptive, cross-sectional, and observational study conducted by applying a questionnaire of 18 items to 236 15-44 year old women who are users of Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo. This study determines the knowledge and use of birth control methods and the age of onset of sexual activity.

Results: Out of 236 women surveyed, 51% possess poor knowledge, 26% fair, and 23% good knowledge. By age group, bad knowledge was exhibited by 15-24 year old women. The condom is the most widely used method whereas IUDs are used the least. The average age of first intercourse is 16 years.

42% of respondents reported using some birth control method, but majority of the sample (58%) do not currently use any birth control method.

Conclusions: Poor knowledge is predominant, and condoms are the most widely used birth control method.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana no es un hecho estrictamente biológico, lo biológico es una dimensión fundamental, pero no se puede reducir la sexualidad a la biología y a la anatomía, ya que la persona es creadora de cultura. La sexualidad se ha inscrito en el territorio de lo social, la cultura y el lenguaje, por lo que se puede decir que esta dimensión fundamental de la naturaleza humana no puede ser reducida puramente al coito o a la genitalidad.

En ese sentido, el reflexionar acerca de la sexualidad de la mujer de mediana edad, implica la exigencia de hacer una revisión histórico-social de algunos acontecimientos relevantes que inciden en el accionar diario, en el sentir y actuar de las mujeres. Entre esos aspectos se encuentra la socialización, la adquisición de la identidad de género, la construcción de la identidad femenina, y algunos elementos psicosociales y biológicos que inciden sobre la imagen del ser mujer en relación a la sexualidad en esta etapa de la vida. (1)

La mayoría de las jóvenes en nuestros países está iniciando la vida sexual a temprana edad, y una cantidad considerable ha tenido tres o más compañeros sexuales antes de los 18 años. Además, la inmensa mayoría de las relaciones sexuales ocurre sin ninguna protección anticonceptiva y en situaciones poco aptas para la sexualidad.

Estas jóvenes se exponen a una serie de riesgos que pueden perdurar a lo largo de la vida, producto de una vida sexual apresurada, inestable y poca responsable, típica de una persona que, aunque ya cuenta con un cuerpo adulto, todavía carece de una mentalidad adulta. Lamentablemente, como con muchas habilidades naturales, la capacidad para ejercerla llega antes que la capacidad para regularla. (2)

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define a la planificación familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia, para ello contamos en la actualidad con mecanismos para evitar un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos. (4)

Para las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años), el VIH/SIDA es la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo entero, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. Los factores biológicos, la falta de acceso a información y servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la relación de poder desigual en las relaciones sexuales exponen especialmente a las mujeres jóvenes al riesgo de contraer la infección por VIH.(5)

Actualmente en nuestro país, la fertilidad se ha equilibrado gracias al uso de Métodos Anticonceptivos. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de México, (ENAD), aproximadamente el 72.5% de las mujeres en edad reproductiva son usuarias de métodos modernos, sin embargo a pesar de contar hoy en día con diferentes métodos no se ha podido lograr una buena educación sobre su uso, ya que la ENAD reporta que de un 97% de mujeres entre 15-19 años que conocen al menos un método, sólo el 44.7% lo utiliza. (6)

La población de mujeres adolescentes necesita de una mayor educación sexual que abarque aspectos tanto sociales y culturales, y ambos grupos de edades de 15 a 44 años necesitan educación sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

I.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Evitar el embarazo ha sido preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, chino y japonés, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, ya refieren el uso empírico de algunas pastas y gomas, cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que era espermicida.

Sin embargo, con fines más científicos, fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis, que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra (dos siglos después) de los condones, que se elaboraron originalmente con intestinos disecados de animales; y que en 1776 ya eran solicitados en Francia, España, Portugal e Italia, y un siglo después, en 1840, empezaban a popularizarse en todo el mundo, al inventarse en ese año la vulcanización del hule.

Durante el siglo XVIII y parte del XIX, fue el condón el único anticonceptivo usado, y hubo que esperar hasta 1834 para que se sugiriera el siguiente. (7)

En la historia las mujeres y los hombres han querido ser capaces de decidir cuándo tener un hijo, los anticonceptivos se han usado en una forma u otra desde hace miles de años a lo largo de la historia humana y la prehistoria. La planificación familiar ha sido practicada siempre en todas las sociedades debido a factores sociales, códigos políticos, o religiosos que requieren las personas para “Ser fecundos y multiplicados”. (8)

Los egipcios también fueron proclives al desarrollo de los anticonceptivos como se demuestra en los papiros de Kahoun o Petrie que datan de 1850 a.C. y que reflejan la prescripción de diferentes cremas vaginales. El papiro de Ebers, datado en 1550 a.C. describe lo que, presumiblemente, es el primer tampón vaginal medicado, realizado a base de raíces de acacia.

Para evitar la concepción se hace eco de la teoría de los “días fértiles” de Hipócrates “cuidado con mantener relaciones sexuales en los períodos más propicios para la fecundación y evitar el sexo durante los días siguientes a la menstruación. Los romanos contribuyeron al desarrollo de los anticonceptivos con la utilización de vejigas de cabra a modo de condones. (9)

El preservativo masculino tiene antecedentes en Egipto, Grecia y Roma, se usaban de membranas de animales con la finalidad de retener el semen. Sin embargo hasta el año 1523- 1562, Gabriel Falopio muestra un precursor del condón que consistía en una vaina hecha de tripa de animal y lino que se fijaba al pene con una cinta, su objetivo, era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como Sífilis y Gonorrea.

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C), el precursor del Dispositivo intrauterino (DIU), derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales, en 1928 Richard Richter inició la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración. (6)

En 1920 se concibió la teoría moderna del periodo estéril por Kysaky Ogino, y Knauss, el método de temperatura basal, fue establecido por Vam del Velde en Alemania en 1928, y el método modificado basado en la secreción del mucus desarrollado por Dorairaj es una variante del método de ovulación. (10)

El uso de métodos anticonceptivos se remonta desde la antigüedad, todas las civilizaciones tenían la necesidad de evitar un embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, estos métodos han ido evolucionando y se han modernizado, hasta lo que conocemos en la actualidad, siendo éstos eficaces, inocuos y de bajo costo, los cuales se adaptan a las necesidades de cada mujer.

I.3 ANTICONCEPCIÓN EN MEXICO

En México hay una apertura a la formulación de políticas y programas de planificación familiar con la publicación de la nueva Ley General de la población desde enero de 1974, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos. En diciembre de ese mismo año se reformó el artículo 4º de la constitución política con el fin de incorporar el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y el intervalo entre ellos y en 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los servicios de salud.

Entre las razones presentadas por las mujeres para no usar anticonceptivos hay dos que claramente limitan su derecho a controlar su fecundidad, la ausencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, “cuáles son, cómo se usan y dónde conseguirlos” y la oposición del esposo a la planificación familiar.

A medida que las mujeres muestran mayores niveles de autonomía, el porcentaje de ellas que no usa métodos por alguna de estas dos causas disminuye. Ello sugiere que la adquisición e incrementos de la autonomía femenina son una manera de consolidar el ejercicio de sus propios derechos por parte de las mujeres. (11)

De acuerdo con la ENAID 2009, 61.8% de las adolescentes de 15-19 años sexualmente activas declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; en las jóvenes de 25-29 años esta proporción aumenta 75%, lo cual contrasta con el conocimiento que éstas tienen sobre métodos de planificación familiar. La encuesta informa que un 97% de las adolescentes y un 98.2% de entre 15 a 29 años ha oído hablar de alguno de éstos. El tener conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es necesario pero no es suficiente para que sean usados. (12)

Las cifras actuales revelan que adolescentes de 15 a 19 años de edad y mujeres de 30 a 34 años, siendo que 33% y 25% de estos grupos, respectivamente, son activas sexualmente y no desean un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo. Conforme a las estadísticas oficiales, a esto se suma que 20% de las mujeres en edad fértil con bajos niveles de educación están en esa situación.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 revela que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado su vida sexual se incrementó de 2000 a 2012, al pasar de 17% a 23%. Señala que la salud reproductiva lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a contar con información de planificación familiar y el acceso a métodos seguros, eficaces, disponibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos.

De acuerdo a un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública, 95% de las mujeres menores de 30 años con vida sexual activa, ya ha tenido una infección con el Virus del Papiloma Humano, causante del cáncer cérvico uterino. Mientras que cifras del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-Sida en México, señalan que entre 40% y 50% de los 10 mil nuevos casos de sida anuales, se reporta en jóvenes de 15 a 35 años de edad, que representan el grupo de mayor actividad sexual. (13)

La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) demostró que entre mayor escolaridad, mayor conocimiento de métodos de anticoncepción en los jóvenes de 15-19 años, de igual manera aumentó la proporción de los adolescentes que refirieron conocer al menos un método anticonceptivo en aquellos que tienen acceso a algún servicio

médico, con ingreso en el hogar mayor a tres salarios mínimos y en los que viven en áreas urbanas.

En este mismo estudio se observa un incremento sostenido en la proporción de actividad sexual en adolescentes de 12-17 años de uno y otro sexo, sin embargo en el grupo de edad de los 18-19 años el porcentaje de actividad sexual es mayor en hombres que en mujeres. ENSA 2000 muestra la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 15.7 años, y no se observa diferencia significativa entre hombres y mujeres. Los métodos más utilizados por los adolescentes son: condón (87.7%), hormonales orales (6.9%), coito interrumpido (3.4%), y ritmo (2.5%). (14)

Actualmente en nuestro país, la fertilidad se ha equilibrado gracias al uso de Métodos Anticonceptivos. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de México, (ENAD), refiere que aproximadamente el 72.5% de las mujeres en edad reproductiva, son usuarias de métodos modernos, sin embargo a pesar de contar hoy en día con diferentes métodos no se ha podido lograr una buena educación sobre su uso, ya que la ENAD reporta que de un 97% de mujeres entre 15-19 años conocen al menos un método, siendo sólo el 44.7% quien lo utiliza. (6)

Este grupo de edad es vulnerable debido a la información errónea que posee sobre la anticoncepción. Se tiene que ampliar ese conocimiento, informar sobre ventajas, consecuencias, del uso y no uso de la anticoncepción y para las mujeres adultas ampliar información sobre la variedad de métodos que se tienen hoy en día para la planificación familiar, ventajas, desventajas, de su uso.

I.4.MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DEFINICIÓN

¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Son métodos que evitan que la mujer quede embarazada y son de ayuda para una buena planificación familiar.

¿Qué es planificación familiar?

Es un proceso en el que la mujer decide cuántos hijos quiere tener y cuándo quiere tenerlos. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia). Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno-infantil, y otros temas relacionados.

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. (52)

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales

- Hormonales orales.
- Hormonales inyectables.
- Hormonales subdérmicos.
- Dispositivo intrauterino.
- De barrera y espermicidas.
- Naturales o de abstinencia periódica.

- Permanentes

- Oclusión tubarica bilateral.
- Vasectomía. (15)

1.5 CRITERIOS PARA ELECCIÓN DE METODO ANTICONCEPTIVO

Las técnicas anticonceptivas modernas buscan la interrupción del proceso de la concepción actuando en: el óvulo, esperma, fertilización o implantación y con métodos o técnicas que modifican los hábitos sexuales de las parejas.

Las razones son múltiples, incluyen motivos económicos pero también ideológicos o religiosos.

En la evaluación de los distintos métodos disponibles en la actualidad y en la elección del “anticonceptivo ideal”, en cada caso particular, deben considerarse conceptos como: eficacia anticonceptiva, seguridad de los anticonceptivos (tasa riesgo-beneficio), aceptación, y factores individuales relacionados con las necesidades y las características particulares del usuario. (16)

Se debe tener en cuenta que el método anticonceptivo debe ser elegido por la pareja de forma electiva.

I.6 ÍNDICE DE PEARL

El índice de Pearl es un índice estadístico, para medir la eficacia de los métodos anticonceptivos en estudios clínicos, el cálculo está basado en el número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres/año, es decir el número de embarazos que sucederían en un grupo de 100 mujeres utilizando el método durante un año.

$$IP = \text{No. de embarazos no planificados} \times 1,200 / \text{No. de meses de exposición. (6)}$$

I.7 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

La selección de un método anticonceptivo también debe abordar cuestiones médicas para el uso seguro del método. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha elaborado criterios médicos de elegibilidad que los proveedores pueden usar cuando ayudan a una mujer que tiene una condición médica particular, cierta edad o ha tenido cierto número de partos a decidir si es apropiado que use un método anticonceptivo particular. Respecto a cada método anticonceptivo, las condiciones médicas se clasifican en cuatro categorías basadas en los riesgos y los beneficios relacionados con el uso de tal método:

- Categoría 1: el método no plantea ningún riesgo y puede usarse sin restricciones.
- Categoría 2: los beneficios de usar el método generalmente contrarrestan ampliamente los riesgos teóricos o comprobados.
- Categoría 3: los riesgos del método generalmente son superiores a los beneficios.

Las mujeres con estas condiciones en general no deben usar el método. Sin embargo, si no se dispone de otros métodos o si éstos no son aceptables, se puede decidir que el método es apropiado, según la gravedad de la condición.

- Categoría 4: Para las mujeres con estas condiciones, el método plantea un riesgo inaceptable para la salud y no debe usarse.

Las mujeres con condiciones clasificadas como Categoría 1 ó 2 pueden usar el método.

Las mujeres con condiciones clasificadas como Categoría 3 ó 4 no deben usar el método.

(17)

En la actualidad existe una gran variedad de métodos anticonceptivos, que se adaptan a las necesidades de cada mujer, siendo efectivos, y de bajo costo, en especial, las adolescentes deben conocer las opciones anticonceptivas que hay en nuestro medio y ser orientadas sobre los beneficios de utilizarlos.

I.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

A) HORMONALES

- **Anticonceptivos Hormonales Orales**

Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. También son seguros. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad.

Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales.

La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro. Hacen que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

El espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, es otro mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales. El moco más espeso actúa como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado. (17)

Los anticonceptivos hormonales orales se dividen en dos grupos: Los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

- Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina:

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50 - 100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg). (15)

Formas de iniciar con hormonas:

- Tomar la pastilla en domingo para que no se olvide cuando debe iniciar el nuevo ciclo.

- Iniciar la primera pastilla en el momento que es indicado por el médico sin importar el día del ciclo en que se encuentre.
- El mejor método es iniciar la toma de la píldora el primer día del ciclo menstrual, en el cual no es necesario utilizar otro método durante los primeros siete días.

En las dos primeras formas de consumir la píldora anticonceptiva es necesario descartar la posibilidad de un embarazo, por tal motivo es necesario utilizar otro método por los primeros siete días.

La anticoncepción oral es eficaz, con una tasa de fallo de 0.1 a 0.2%, con tasa de fallo por parte de la usuaria de 3 a 6%, es motivo del olvido por parte de la usuaria. (18)

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

- Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.

- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo. (15)

La utilización de hormonas como sistema anticonceptivo se basa en el hecho de poder interferir las comunicaciones normales que sincronizan un mecanismo tan complejo como es la ovulación, el funcionalismo tubárico, la preparación del endometrio y las modificaciones del moco cervical.

Inhibición de la ovulación, por inhibición del SNC y consecuente abolición del pico de LH que impide la ovulación. Asincronía endometrial, con creación de entorno hostil para la implantación. Alteración de la calidad del moco cervical, que se constituye en obstáculo para el paso de los espermatozoides. (19)

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato, en posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Están contraindicados durante lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix. (15)

PRECAUCIONES SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los efectos secundarios que pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso.

También pueden causar sangrado intermenstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado intermenstrual es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que usan los orales llegan a padecer de amenorrea. (17)

Infarto al Miocardio

Los anticonceptivos orales de combinación producen un efecto pro coagulante leve en las usuarias. Este efecto es resultado del estrógeno oral, que origina un incremento en la producción hepática de factores de coagulación de los factores VII, X, fibrinógeno principalmente.

Hay una asociación frecuente con factores de riesgo como el tabaquismo, hemostasia, una edad mayor a los 35 años. Estudios han mostrado riesgo de infarto al miocardio en mujeres fumadoras y usuarias de anticonceptivos orales. (18)

Es necesario individualizar a cada paciente, valorar el riesgo- beneficio sobre la salud de la usuaria, conocer sus factores de riesgo para evitar aumentar el riesgo de infarto al miocardio.

Cáncer de Mama

Sobre la mama los orales pueden producir un aumento discreto de su volumen y su blandura, raramente pueden producir mastalgia. Las mujeres que consumen anticonceptivos orales tienen menor riesgo de padecer enfermedad fibroquística de la mama que quienes no los toman.

En varios estudios se ha demostrado que la toma de anticonceptivos orales, incluyendo bajas dosis, incrementan el riesgo relativo de padecer cáncer de mama en mujeres

jóvenes, menores de 45 años, quienes iniciaron el consumo los primeros cinco años después de la menarca y con tratamiento prolongado de más de cuatro años.

Este riesgo aparece en mujeres de menores de 35 años y es muy manifiesto cuando la toma fue por más de ocho años. (20)

Beneficios

Además de reducir el riesgo de cáncer ovárico y del endometrio, los Anticonceptivos orales ofrecen muchos otros beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción. Entre esos beneficios están el menor riesgo de padecer de enfermedad mamaria benigna y de embarazo ectópico.

También hacen que los ciclos menstruales sean más regulares y predecibles, y hacen disminuir tanto el volumen como la duración del sangrado. Puesto que hay menos sangrado cada mes, es posible que algunas usuarias de las píldoras corran un menor riesgo de anemia. (17)

Los anticonceptivos orales que contienen sólo progestina, se denominan mini píldoras, debido a la baja concentración de hormona que contienen, está indicada en mujeres lactantes, se administra diariamente, no existe supresión hormonal y por tal motivo los sangrados y los manchados son impredecibles tanto en el momento de la aparición como en el sangrado.

Su mecanismo por el cual actúa es alterando las características biofísicas del moco cervical, disminuye la cantidad de moco, impidiendo la migración espermática, el endometrio se vuelve secretor, delgado e incluso atrófico, características poco favorables para la implantación del óvulo fecundado, disminuye la fuerza contráctil muscular de las trompas de Falopio, con lo cual se retarda el desplazamiento del óvulo desde el ovario hasta cavidad uterina. (21)

- **Anticoncepción de Emergencia**

En 1974 Albert Yuzpe describió el más conocido y estudiado régimen de anticoncepción de emergencia. Consiste en la administración de 100 mcg de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel (ó 1 mg de norgestrel) durante las 72 horas posteriores al coito sin protección y se repiten las dosis 12 horas después. La anticoncepción hormonal de emergencia está indicada en todas las relaciones sexuales sin deseo de embarazo, en las que no se utilizó ningún método anticonceptivo o se realizó de forma incorrecta. Una indicación imprescindible es en caso de violación. (24)

Permite prevenir el embarazo con una eficacia de un 80% con levonorgestrel o ulipristal, no existen situaciones en las que el riesgo de su uso sea mayor a los beneficios. Dentro de las indicaciones de la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo se encuentran, ruptura del preservativo, relación sexual sin protección, en casos de

violación. Si se inicia el tratamiento dentro de las 72 horas después, se reduce el riesgo de embarazo en un 75%. (25)

Las pruebas científicas han demostrado que la anticoncepción hormonal de emergencia, en cualquiera de sus regímenes, tiene la capacidad de inhibir o retrasar la liberación de un óvulo maduro y funcional, así como de alterar el transporte y capacitación espermática. No se han identificado modificaciones que señalen efectos post-fertilización en el endometrio, tampoco es eficaz una vez que el proceso de implantación se ha iniciado. (26)

La mayor parte de los estudios in vitro diseñados para evaluar los efectos del levonorgestrel (LNG) sobre el espermatozoide no ha mostrado alteraciones significativas sobre la funcionalidad de los gametos masculinos. Sin embargo, de acuerdo con dos protocolos, el LNG ha mostrado cambios en las propiedades físico-químicas del moco cervical y afectación de la penetración espermática, la administración de 0.4 mg de LNG, 3 a 10 horas después del coito, produjo la disminución del número de espermatozoides recuperados de la cavidad uterina, lo cual modificó en especial la fase de migración espermática sostenida. (27)

Para incrementar la eficacia, tolerancia, accesibilidad y comodidad se introdujo un régimen que utiliza exclusivamente la progestina sintética levonorgestrel. En este régimen se administran 0.75 mg de levonorgestrel (una pastilla) en cada dosis, tomada con 12 horas de intervalo. Otro régimen alternativo es la dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel, el cual ha demostrado ser tan efectivo como las dos dosis divididas y puede aumentar la aceptabilidad de la anticoncepción hormonal de emergencia. (24)

El DIU de cobre puede colocarse hasta el momento de la implantación de 5 a 7 días después de la ovulación para prevenir el embarazo, se recomienda la utilización como método de emergencia hasta cinco días después de la relación sexual.

No es un método anticonceptivo apto para todas las mujeres, especialmente para las que presentan un riesgo importante de infecciones de transmisión sexual, el DIU con levonorgestrel no se ha estudiado sobre anticonceptivo de emergencia. (40)

- **Anticonceptivos Hormonales Inyectables**

Los anticonceptivos combinados inyectables, que contienen una progestina más un estrógeno, se crearon para abordar los efectos secundarios molestos de los preparados de sólo progestina. Los efectos negativos incluyen cambios en el tipo de hemorragia, así como la duración extensa de la anticoncepción.

El retraso promedio de la concepción después del uso del acetato de medroxiprogesterona de liberación prolongada (DMPA) es de nueve a diez meses desde la última inyección, más extenso que con otros métodos hormonales. Además, lleva meses para que el

fármaco pueda metabolizarse después de interrumpirse el método. Esta es una desventaja para las mujeres que experimentan efectos secundarios desagradables. (22)

Las contraindicaciones para el uso de este método son las mismas que para los orales combinados, las cuales incluyen enfermedad hepática, sospecha de embarazo, tener antecedentes o padecer cáncer mamario, etc. La combinación de estrógenos y progestágenos tiene la capacidad de almacenarse en tejido graso e irse liberando lentamente en todo el mes, se debe administrar entre el 7° y 10° día del ciclo, las subsecuentes se aplican cada 30 días con más tres días o menos tres días. Extendiéndose la anticoncepción hasta por 33 días después de aplicar la inyección. (23)

La efectividad anticonceptiva de los inyectables combinados es mayor al 99%. Se indica en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, o multíparas, incluyendo adolescentes. (15)

Los anticonceptivos combinados inyectables proporcionan un método altamente eficaz y reversible para la prevención del embarazo, y no requieren administración diaria o uso en el momento del coito.

Aunque se utilizan en muchos países, su aceptabilidad puede limitarse por las características del método, como la necesidad de una inyección mensual, bimensual o cambios en el tipo de hemorragia.

Más mujeres con anticonceptivos combinados inyectables presentaron tipos regulares de hemorragia (cíclicas) que aquellas con inyectables con sólo progestina. Además, menos mujeres que utilizaban inyectables combinados los interrumpieron por razones de hemorragia que las usuarias de sólo progestina. Sin embargo, las usuarias de inyectables combinados tuvieron mayor probabilidad de interrumpir por otras razones. (22)

Anticonceptivos hormonales inyectables con progestina se aplica vía intramuscular profunda en la región glútea, la primera dosis se aplica los primeros siete días después de iniciar el ciclo menstrual, las subsecuentes de medroxiprogesterona deben aplicarse cada tres meses y las de Norestisterona cada dos meses sin importar cuando se presente el sangrado menstrual. Cuando la mujer se encuentra lactando debe aplicarse después de la sexta semana. (15)

- **Hormonales Subdérmicos**

El implante ha demostrado efectividad en la disminución del dolor pélvico en mujeres con dismenorrea, por el efecto anovulatorio y por el adelgazamiento del endometrio que hace que disminuya la producción local de prostaglandinas. La inserción y remoción del implante son procedimientos sencillos pero que deben ser realizados por personal de salud debidamente adiestrado y capaz de seguir la técnica descrita. (28)

Es un método de acción prolongada, temporal, se coloca en subdermis, y libera continuamente y gradualmente una progestina sintética, 36mg de levonorgestrel, 34mm longitud, 2.4mm diámetro transversal, liberando 30 µg diarios de levonorgestrel. Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso). (15)

Se inserta en cara interna del brazo, debe efectuarse durante los primeros siete días del ciclo menstrual, o cualquier otro día, mientras se tenga la seguridad de no haber un embarazo, en posparto y poscesárea con lactancia la inserción debe realizarse la sexta semana del puerperio. (30)

Lo primero que debe asegurarse luego de la inserción es palpar el implante, que debe encontrarse inmediatamente debajo de la piel y visualizarse. Si el implante no se palpa se aconseja un ultrasonido para asegurar su localización. La mayor parte de los implantes no palpables son consecuencia de una inserción profunda con migración del mismo.

La localización por ultrasonido debe efectuarse con un transductor de 10-14 MHz. Si durante el estudio ultrasonográfico no se identifica el implante, lo indicado es la búsqueda con resonancia magnética. (56) El nuevo implante (Implanon NXT) es radiopaco, lo que permite que la identificación sea más sencilla mediante rayos X o ultrasonido. (29)

Dentro de los efectos secundarios que produce el implante se encuentra el sangrado irregular, que es una causa de retiro, y otro efecto es la amenorrea, también se puede presentar cefalea, mastalgia, acné, y aumento de peso. La indicación para el retiro es a los tres años, debido a que la cantidad de levonorgestrel disminuye en este período de tiempo. (30)

- **Parche transdérmico**

En la actualidad se dispone de un parche transdérmico que libera 150 µg de norelgestromin y 20 µg de etinilestradiol por día.

Después del baño y antes de la aplicación de cremas o humectantes, la mujer aplica sobre su piel limpia y seca la cara adhesiva medicada del parche, permanece durante una semana y después se retira. Se recomienda su aplicación en la región superior y externa de los brazos, la región glútea, el abdomen o la región superior del torso, excepto el área de las glándulas mamarias. (24)

El parche libera una cantidad suficiente de hormonas para garantizar una anticoncepción eficaz de hasta nueve días de aplicación, una de las consecuencias es la seguridad anticonceptiva de dos días en caso de olvido en la aplicación. Es muy fino de color

habano de 4.5cm x 4.5cm, contiene un progestágeno, la norelgestromina, metabolito activo del norgestimato y un estrógeno, el etinilestradiol. (31)

La eficacia de los parches para evitar un embarazo no deseado es prácticamente igual a la de los anticonceptivos orales, y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es mejor en los parches en cuanto a los anticonceptivos orales. (20)

B) De barrera y Espermicidas

Los primeros procedimientos empleados para evitar un embarazo no deseado fueron los llamados métodos de barrera, entre los que se incluyen diafragmas, espermicidas, condones. (20)

Estos métodos pueden emplearse de forma aislada o combinada y su eficacia depende del usuario, la planificación familiar natural se encuentra basada en el auto-diagnóstico de los días fértiles y los infértiles del ciclo menstrual y se busca la prevención de un embarazo no deseado. (38)

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas. Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. (15)

El preservativo masculino es una vaina delgada que se coloca sobre el pene y sirve de barrera para los espermatozoides, previene el embarazo no deseado y protege de enfermedades de transmisión sexual.

Cuando se utiliza de forma adecuada y constante es una forma eficaz de anticoncepción, el uso proporciona una tasa de fallo de 3% en el primer año. Evita embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, pudiendo ser de látex el más común o sintético de poliuretano. El correcto uso del condón implica colocarlo al momento de la erección, dejar un pequeño espacio entre la punta del pene y el condón, conservar la base del condón durante la salida y retirarlo de un pene erecto. (18)

El condón femenino es un saco plástico y delgado que cubre la vagina. Se mantiene en su sitio mediante un anillo interno cerrado a la altura del cuello uterino y un anillo externo que se encuentra en la entrada de la vagina. El condón femenino puede ser una buena opción en las mujeres que no están seguras si sus parejas usarán un condón masculino cada vez que se tengan relaciones sexuales. Este condón se puede introducir hasta 8 horas

antes del acto sexual y ofrece algo de protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Tanto el condón masculino como el femenino son más eficaces en evitar embarazos cuando se usan con un espermicida. El uso de un condón masculino y un espermicida juntos son igual de eficaces que la píldora anticonceptiva.

Cuando se usa un espermicida con un condón masculino, el espermicida se debe colocar en la vagina, no en el condón. Los espermicidas sólo se deben usar si su riesgo de contraer el VIH es mínimo. (36)

- **Espermicidas**

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera. (15)

Los agentes espermicidas son introducidos en la vagina incorporados en diferentes medios de aplicación, esponjas, tabletas vaginales, supositorios, cremas, espumas, y aerosoles. Se señala que las espumas son más eficaces y deben ser colocados entre 10 y 30 minutos antes de cada coito. Se establece una tasa de fallos de un 26%.

Los riesgos son escasos. En ocasiones se presenta una sensación de irritación, quemazón, y rara vez alergia. (20)

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones: Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales, durante la lactancia, para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera, en periodo inmediato posvasectomía.(15)

- **Diafragma**

El diafragma es una cúpula de goma redonda el cual se coloca dentro de la vagina cubriendo el cuello uterino. Debe ser usado con espermicida (una crema o gel espermicida).

El diafragma es una barrera usada como método control anticonceptivo el cual previene el embarazo por una puesta física y química "muro" entre el esperma y el cuello del útero. Se debe utilizarse siempre con una crema o gel espermicida. Asegúrese de que la crema o gel que usted compra sea un espermicida que contenga nonoxinol-9. (35)

Existen dos tipos de diafragma, los de aro plano y los de aro arqueado, el arqueado el más utilizado, los tamaños varían entre 50 y 105mm de diámetro y la mayoría utiliza entre 65 y 80mm. No se han señalado complicaciones importantes sobre su uso.

Se recomienda en mujeres con relaciones sexuales esporádicas, con incidencia de vaginitis, y cervicitis por efecto del bactericida, sólo se requiere escoger el tamaño y aprender la técnica de inserción. (6)

- **Esponja Vaginal**

Es un disco cilíndrico de poliuretano con 6 a 7 cm de diámetro y un grosor de 2.5cm, insertado en la vagina que proporciona protección contra un embarazo no deseado de 24hrs.

Su mecanismo de acción es triple al absorber el semen eyaculado; obstruir el flujo de semen en el canal cervical, y ejercer acción química al contener nonoxinol-9 de acción espermicida. La tasa de fallos en nulíparas es de 9-18% y en las demás mujeres de 20-36%. (50)

La esponja es un dispositivo en forma de rosca hecho de espuma cubierto con espermicida. Se introduce en la vagina y cubre el cuello uterino. La esponja está disponible sin receta médica. Este método no protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluida la del VIH. Se debe usar un condón masculino o femenino junto con la esponja para proporcionar protección contra las enfermedades de transmisión sexual si corre riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. La esponja es menos eficaz en las mujeres que han dado a luz. (36)

- **Capuchón cervical**

El capuchón cervical es una cúpula pequeña de plástico que se coloca sobre el cuello uterino y permanece en su sitio por succión. Este método debe usarse con un espermicida. El capuchón cervical tiene un tirante sobre la cúpula que se usa para su extracción. Este método lo debe adaptar a la medida y recetar un proveedor de atención médica.

El capuchón cervical no protege contra las enfermedades de transmisión sexual, incluida la del VIH. Se debe usar un condón masculino o femenino junto con el capuchón cervical para proporcionar protección contra las enfermedades de transmisión sexual si corre riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

El cuidado del capuchón cervical es semejante al del diafragma. Es necesario examinarlo con frecuencia para determinar si se ha desgastado o tiene agujeros. También se tiene que reemplazar una vez al año. El capuchón cervical es menos eficaz en las mujeres que han dado a luz. (36)

- **Dispositivo Intrauterino (DIU)**

El DIU es un pequeño dispositivo de plástico con un filamento de cobre, mientras que el sistema intrauterino (SIU) contiene progestágeno de liberación lenta y no cuenta con el filamento de cobre. Ambos tipos son efectivos de inmediato y duran entre 3 y 8 años.

Durante muchos años, el DIU ha sido utilizado como el principal método anticonceptivo en todo el mundo. Sin embargo, hoy ha sido sustituido por diferentes métodos anticonceptivos orales, debido a la notificación de complicaciones, sobre todo de tipo infeccioso. (32)

El DIU de cobre puede colocarse hasta el momento de la implantación de 5 a 7 días después de la ovulación para prevenir el embarazo, se recomienda la utilización como método de emergencia hasta cinco días después de la relación sexual.

No es un método anticonceptivo apto para todas las mujeres, especialmente para las que presentan un riesgo importante de infecciones de transmisión sexual, el DIU con levonorgestrel no se ha estudiado sobre anticonceptivo de emergencia. (40)

El dispositivo es un método reversible, muy utilizado, los dos dispositivos que actualmente se utilizan son el DIU T de cobre y el DIU con levonorgestrel que tiene una liberación diaria de progesterona de 35 a 45mg. (33)

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, en el posaborto. (15)

El progestágeno que contiene interfiere con la penetración de los espermatozoides, a través del moco cervical e inhibe la ovulación pero no de manera constante. (39)

Dentro de las contraindicaciones se encuentra la enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones vaginales, deformación de la cavidad uterina, dismenorrea, embarazo. En general se aconseja aplicar el dispositivo durante el período menstrual, en este momento el cuello uterino está más abierto.

También se considera poder colocar el dispositivo entre los días 10 y 14 del ciclo en esta fase preovulatoria, la dilatación del conducto cervical es máxima, se realiza ambulatoriamente sin aplicación de anestesia. (20)

La expulsión se produce con más frecuencia en el primer año y en mujeres jóvenes y nulíparas. No se encontraron diferencias en la tasa de expulsión entre mujeres a las que se les realizó dilatación o no. Las mujeres nulíparas remueven más frecuentemente el DIU que las multíparas, debido a sangrado y dolor. Algunos estudios con diferentes tipos de DIUs de cobre, sugieren que el tamaño y la forma del mismo juegan un rol importante en estos aspectos. (32)

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos: Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo. Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta.

Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico. Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo. Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea. (15)

Dentro de los motivos para suspender el método, predominan los trastornos menstruales y hormonales en cuanto al endoceptivo, al contrario de los dispositivos de cobre los endoceptivos producen efectos sistémicos como cefalea, aumento de peso, acné, cambios de ánimo. Los efectos más frecuentes con el dispositivo de cobre son dismenorrea y menorragia, en 13-16% de las usuarias, en la mayoría de los casos desaparecen a los pocos meses. (34)

Los efectos colaterales no son graves, y los graves son muy raros como la perforación uterina o aborto en un embarazo desconocido, el índice de perforación es de 1 por cada 1000 colocaciones de dispositivo intrauterino. Los cólicos uterinos y hemorragia, disminuyen con la aplicación de AINES, antes de la colocación.

Menorragia, el sangrado se duplica con la colocación del dispositivo, 10-15% de las mujeres que se colocan DIU se lo retiran a consecuencia del sangrado.

Presencia de Infección en las cuales se encuentra aborto séptico, abscesos tubo ováricos, y el microorganismo que se identifica en relación a la colocación del dispositivo es *Actinomyces israelii*. (48)

C) Naturales o de abstinencia periódica

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son: método del calendario o del ritmo, método de la temperatura, método del moco cervical o de Billings, método sintotérmico.

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.(15)

- **Método del Calendario o Ritmo**

Se basa en la ovulación, establece la forma para calcular los días no peligrosos para la fertilización, durante el primer año se determina la duración de cada uno de los ciclos y se restan 18 al más corto y 11 al más largo, el fracaso es relativamente alto, debido a la gran variabilidad del ciclo y a la falta de abstinencia necesaria para la ausencia del embarazo. (20)

La mujer tiene que calcular los días de abstinencia mes a mes y siempre basado en la duración de sus ciclos pasados.

Eficacia del 75% según la OMS, no protege contra enfermedades de transmisión sexual, o infección por HIV, se requiere de una descripción y enseñanza detallada siendo requisito importante que la mujer presente ciclos menstruales regulares. (37)

- **Método de Temperatura basal**

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

La medición se recomienda por vía rectal, o vaginal, nunca axilar, la vía oral es menos precisa. (38)

Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente.

La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado. (15).

El folículo transformado en cuerpo amarillo o lúteo, tras la ovulación segrega progesterona. Esta hormona desencadena un aumento en la temperatura basal. Este método no protege contra infecciones de transmisión sexual, o VIH. (38)

- **Método del Moco Cervical**

En la fase preovulatoria, el nivel de estrógenos aumenta y desencadena la secreción del moco cervical, por parte de las criptas endocervicales. Se basa en la sequedad y humedad vaginal, en diferentes momentos del ciclo menstrual, es necesario abstenerse de tener relaciones sexuales desde el inicio de la menstruación hasta cuatro días después de identificar el moco líquido. (6)

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad.

Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad.

El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo).

La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales: Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide, los días de menstruación, y al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide. (15)

- **Método Sintotérmico**

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo. (15)

- **Lactancia Materna Prolongada**

Es útil cuando se encuentra lactando exclusivamente y en libre demanda. Esta condición se presenta los primeros tres meses post parto, es temporal y se recomienda utilizar otro método anticonceptivo una vez que cambien las condiciones. A este método se le llama Método de Lactancia- Amenorrea, si se utiliza correctamente tiene una eficacia de un 98%. (49)

I.9 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- **Oclusión Tubaria Bilateral**

La ligadura tubaria laparoscópica es el principal método de planificación familiar en las mujeres que quieren esterilización. La paciente, por lo común, es atendida en un ambiente quirúrgico ambulatorio; se requiere anestesia, de tipo general o local.

Se trata de un método anticonceptivo permanente para la mujer, implica una técnica quirúrgica de oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, haciendo imposible la fertilización, al interrumpir el transporte del óvulo desde el folículo al útero, este método de anticoncepción brinda una protección mayor al 99%. (41)

Los procedimientos de esterilización femenina han sufrido una evolución similar a la de muchas otras técnicas quirúrgicas. Inicialmente, la esterilización implicaba una intervención que requería laparotomía y anestesia general, la cual estaba asociada a morbilidad y mortalidad propia de la cirugía mayor.

Este proceso ha quedado simplificado en la actualidad con el desarrollo de la laparoscopia por lo que gradualmente se ha convertido en un procedimiento de cirugía ambulatoria que incluso permite la opción del uso de anestesia local. Paralelamente, se han desarrollado técnicas de laparotomía que permiten efectuar esterilizaciones a través de incisiones más pequeñas (minilaparotomía). (43)

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental. Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto. (15)

La falla de la esterilización es una complicación rara, que se puede presentar muchos años después del procedimiento. Las razones son una técnica incompleta, inadecuada, desarrollo de una fístula tubaria- peritoneal, y re anastomosis espontánea de los extremos cortados. (18)

Pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico. Sin embargo, después de la recuperación total de la paciente, no se debe presentar ningún malestar relacionado con el método. (42)

- **Vasectomía**

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. (15)

Se trata de un método anticonceptivo permanente para el hombre, consistente en la oclusión de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides, para evitar su expulsión por medio de la eyaculación, la azoospermia se consigue entre las 12 y 24 semanas pos vasectomía, o después de 25 a 30 eyaculaciones.

La falla de este método se relaciona con re canalización espontánea de los conductos deferentes o alguna anomalía congénita. (44)

El objetivo del procedimiento es evitar que los espermatozoides se junten con el semen antes de que el semen sea eyaculado, esto se hace con una incisión en los conductos deferentes, después del procedimiento se siguen fabricando espermatozoides en los testículos pero a diferencia de antes estos mueren ahí, y son reabsorbidos por el cuerpo.

Los espermatozoides que se acumularon en las vesículas seminales antes del procedimiento aún pueden ser eyaculados con el semen, la procreación es posible, hasta que todo el semen sea eyaculado. Es importante usar otro método anticonceptivo después del procedimiento y hasta confirmar la ausencia completa de espermatozoides. (45)

La vasectomía es un procedimiento por el cual se logra la infertilidad masculina, sin afectar la función sexual. La palabra vasectomía proviene de “vase” que quiere decir vaso o conducto y “ctomía” que quiere decir sección o corte. Es el corte de los conductos deferentes para provocar esterilidad en el hombre.

La vasectomía sin bisturí consiste en aislar el conducto deferente mediante punción sin necesidad del corte con bisturí. Se liga el conducto deferente y se lo corta. Provocando con esto una menor agresión a los tejidos, ya que se considera una práctica de invasión mínima. El procedimiento se lo puede realizar bajo anestesia local o con sedación general. (46)

En todos los casos se practica ligadura con seda tres ceros y electrocauterización intraluminal de 3 a 4 milímetros de los extremos seccionados del deferente e interposición de la fascia al cabo proximal al testículo. Se le dan instrucciones

posoperatorias orales y escritas al paciente; se le entrega la solicitud de espermatobioscopia directa de control para realizarse a las 13 semanas y una cita para recibir los resultados.

La vasectomía sin bisturí resultó ser un método de regulación de la fertilidad altamente efectivo y con muy baja morbilidad. El varicocele se asoció con mayor número de complicaciones, posoperatorias, por lo que deben extremarse los cuidados en estos casos. Para confirmar la azoospermia se recomienda la espermatobioscopia directa cuatro meses después de realizada la vasectomía. (47)

I.10 San Miguel Ocampo

La población de San Miguel Ocampo, pertenece al municipio de Joquicingo, mismo que está localizado al sur del Valle de Toluca, teniendo como límites al norte San Pedro Techuchulco y San Mateo Texcalyacac, al sur Tenancingo y Malinalco, al este Ocuilán, al oeste Santa María Jajalpa y Tenango del Valle. Se compone por 325 hombres y 354 mujeres, dando un total de 679 habitantes. (INEGI 2010).

Los grupos predominantes se encuentran en las edades de 5 a 9 años, 25 a 29 años y de 15 a 19 años, cuentan con 162 viviendas.

La mayor parte de los habitantes, cuenta con Seguro Popular o está incluida dentro del Programa de Oportunidades, por lo que la atención de primer nivel está garantizada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN

La sexualidad se ha inscrito en el territorio de lo social, la cultura y el lenguaje, por lo que se puede decir que en una dimensión fundamental de la naturaleza humana, no puede ser reducida puramente al coito o a la genitalidad. (1)

En cada época ha existido el interés en el comportamiento sexual de la población, principalmente en las interrelaciones sexuales y sus consecuencias, que preocupan a países en desarrollo como es el caso del nuestro donde los adolescentes inician actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieran conocerlos. (6)

La mayoría de las jóvenes en nuestros países está iniciando la vida sexual a temprana edad, y una cantidad considerable ha tenido tres o más compañeros sexuales antes de los 18 años. Además, la inmensa mayoría de las relaciones sexuales ocurre sin ninguna protección anticonceptiva y en situaciones poco aptas para la sexualidad.

Estas jóvenes se exponen a una serie de riesgos que pueden perdurar a lo largo de la vida, producto de una vida sexual apresurada, inestable y poca responsable, típica de una persona que, aunque ya cuenta con un cuerpo adulto, todavía carece de una mentalidad adulta.

Lamentablemente, como con muchas habilidades naturales, la capacidad para ejercerla llega antes que la capacidad para regularla. (2)

En México hay una apertura a la formulación de políticas y programas de planificación familiar con la publicación de la nueva Ley General de la población desde enero de 1974, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos. En diciembre de ese mismo año se reformó el artículo 4º de la constitución política con el fin de incorporar el derecho de decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos y el intervalo entre ellos y en 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los servicios de salud. (11)

En la historia las mujeres y los hombres han querido ser capaces de decidir cuándo tener un hijo, los anticonceptivos se han usado en una forma u otra desde hace miles de años a lo largo de la historia humana y la prehistoria. La planificación familiar ha sido practicada siempre en todas las sociedades debido a factores sociales, códigos políticos, o religiosos que requieren las personas para “Ser fecundos y multiplicados”. (8)

Evitar el embarazo ha sido preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, chino y japonés, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, ya refieren el uso empírico de algunas pastas y gomas, cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que era espermicida. (7)

Las cifras actuales revelan que adolescentes de 15 a 19 años de edad y mujeres de 30 a 34 años, siendo que 33% y 25% de estos grupos, respectivamente, son activas sexualmente y no desean un embarazo, pero no usan un método anticonceptivo. Conforme a las estadísticas oficiales, a esto se suma que 20% de las mujeres en edad fértil con bajos niveles de educación están en esa situación. (13)

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. (3)

Entre las razones presentadas por las mujeres para no usar anticonceptivos hay dos que claramente limitan su derecho a controlar su fecundidad, la ausencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, “cuáles son, cómo se usan y dónde conseguirlos” y la oposición del esposo a la planificación familiar. (11)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se define a la planificación familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia, para ello contamos en la actualidad con mecanismos para evitar un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos. (4)

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO Y EL USO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL C.S.R.D DE SAN MIGUEL OCAMPO 2013-2014?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 SOCIALES

Nuestra sociedad no está acostumbrada a hablar abiertamente sobre el tema de sexualidad, aún en nuestros días sigue siendo un tema por el que la población muestra poco interés respecto a la planificación familiar. Las mujeres saben la gran variedad de métodos anticonceptivos que hay en nuestro medio, sin embargo no los utilizan o los usan de forma incorrecta, lo que lleva a un embarazo no deseado y a la presencia de enfermedades de transmisión sexual o incluso VIH.

III.2 CULTURALES

Por nuestra forma de educación, la sexualidad ha sido satanizada, los padres de familia no hablan de sexualidad con sus hijos, sobre la importancia de los anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado o infecciones, los adolescentes aprenden por ellos mismos y en la mayoría de ocasiones aprenden erróneamente de sexualidad, o tienen ideas falsas de los métodos anticonceptivos y no los utilizan.

En nuestro medio, la mayoría de adolescentes inician actividad sexual a muy temprana edad. Es cada vez más frecuente la incidencia de embarazos no deseados en niñas de apenas 15 años de edad. Por tal motivo es necesario la difusión de mayor información a los adolescentes, campañas de planificación familiar para fomentar menos embarazos no deseados.

III.3 MÉDICAS

Cada vez se presentan más embarazos en menores de edad, y es un riesgo conocido la cantidad de complicaciones que se presentan en este tipo de embarazos, en donde el cuerpo de la adolescente aún no está en condiciones para la gestación.

Algunas de las complicaciones como Preeclampsia, Síndrome de HELLP, Eclampsia, que ponen en riesgo la vida de la adolescente, o ante saberse embarazadas optan por abortar sin conocer el riesgo de esa decisión, que en la mayoría de ocasiones se practica de forma clandestina sin cuidados apropiados, con la consiguiente infección o incluso la muerte de la paciente.

En las instituciones de salud, centros de salud, cuentan con gran variedad de métodos anticonceptivos, que en la gran mayoría de las veces son otorgados en forma gratuita, programas como oportunidades y seguro popular ayudan a cubrir el costo de métodos de planificación familiar más costosos como es el caso del implante subdérmico, parche, inyectables, o el DIU con medicamento.

III.4 POLÍTICAS

Es necesario que las instituciones médicas, centros de salud, en conjunto con el gobierno, difundan más información a los jóvenes, pláticas sobre enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, para que los adolescentes conozcan los beneficios de usar anticonceptivos, de las consecuencias de no hacerlo.

Para que estén mejor informados para cuando decidan iniciar su vida sexual, entiendan que es necesario actuar con responsabilidad.

III.5 ECONÓMICAS

A nivel económico también hay repercusión, en cuanto a un embarazo no deseado, control prenatal, suplementos, vacunas, atención del parto o cesárea, cuidados del recién nacido, y no se cuenta con los medios suficientes para solventar esta situación, la mayoría de jóvenes no terminan la escuela y comienzan a trabajar sin recibir un buen sueldo debido a su falta de preparación.

En cambio hoy en día existe una gran variedad de métodos de anticoncepción que son eficaces, inocuos y de diferentes precios, que se adaptan a la necesidad de cada mujer.

III.6 CIENTÍFICAS

Este trabajo tiene la finalidad dar a conocer el conocimiento y uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil en la población de San Miguel Ocampo, y reforzar los conocimientos ya obtenidos.

Tratar de evitar en la medida de lo posible embarazos no deseados en adolescentes, e infecciones de transmisión sexual, que cuenten con la información necesaria para practicar su sexualidad con responsabilidad, al promover el uso de los métodos anticonceptivos.

IV. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Mujeres en edad fértil en el rango de 15 a 44 años de edad y que sean usuarias del Centro de Salud de San Miguel Ocampo.

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Variable Dependiente

Métodos de Planificación Familiar

IV.1.2.2 Variable Independiente

El Conocimiento y el Uso

IV.1.3 Relación Lógica

Determinar el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar en las mujeres en rango de edad 15 a 44 años, usuarias del centro de salud de San Miguel Ocampo, conocer el método más utilizado por las usuarias.

I.V.1.4 Dimensión espacio-temporal

Realizar la recolección de información sobre métodos de planificación familiar en el Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo, iniciando 2013 y terminando en 2014 con la aplicación de cuestionarios a las usuarias.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Se determinará el Conocimiento y el Uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de 15 a 44 años de edad, usuarias del Centro de Salud de San Miguel Ocampo en Tenango del Valle, 2013-2014.

V.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la edad promedio del inicio de vida sexual.
- Establecer el conocimiento de los métodos de planificación familiar por edad.
- Conocer el uso de los métodos de planificación familiar por edad.
- Establecer el método de planificación más utilizado por edad.
- Determinar el método de planificación familiar menos usado por edad.

VI. MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional, mediante la aplicación de un cuestionario se recabó la información necesaria sobre los métodos de planificación familiar, conocimiento y su uso por edad.

Previo consentimiento por parte del Centro de Salud y con carta de consentimiento informado por parte de las usuarias se aplicó el cuestionario para la recolección de datos necesaria para este estudio.

El cuestionario se encuentra previamente validado, y dentro de la bibliografía se cita la fuente donde se obtuvo dicho cuestionario para poder llevar a cabo este estudio. (51)

Los criterios de inclusión fueron mujeres en el rango de edad de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud y que aceptaron participar con el llenado del cuestionario completo.

El cuestionario consta de 18 reactivos en los cuales se recabó información como edad, conocimiento que se tiene sobre los métodos de planificación familiar, su uso, métodos que han utilizado, e inicio de vida sexual. El límite de espacio fue el Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo con límite de un mes a partir de la aceptación del protocolo.

VI.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Conocimiento	La información, evidencia adquirida por el ser humano por la experiencia, educación, con la comprensión teórica y práctica.	Nivel de información con la que cuentan las usuarias del centro de salud sobre los métodos anticonceptivos.	Cualitativo Ordinal	Bueno 90 a 100 puntos Regular 80 a 60 puntos Malo igual o menor a 50 puntos	3-13
Uso	La práctica o el ejercicio de determinado objeto.	Utilizar o no algún método de planificación familiar.	Cualitativa	Sí No	14-18
Edad	El tiempo que ha transcurrido entre el nacimiento del hombre hasta la actualidad.	Mujeres de 15 a 44 años de edad Usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo	Cuantitativa Discreta	15-24 25-34 35-44	1
Vida Sexual Activa	Se refiere a la sexualidad personal de los seres humanos, tiempo en que inician su vida sexual. Donde el componente erótico es el más evidente.	Si la entrevistada ha iniciado vida sexual o no a la fecha de aplicación del cuestionario.	Cualitativa Nominal	Sí No	13-14

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

La aplicación de este cuestionario se realizó previo consentimiento informado manteniendo la información obtenida en total confidencialidad, las mujeres participantes no serán dadas a conocer.

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio acerca del conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar, que tienen las mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud Rural Disperso San Miguel Ocampo, en Tenango del Valle.

La población de San Miguel Ocampo cuenta con una población de 354 mujeres (INEGI 2010) de las cuales 236 fueron encuestadas para esta investigación. (Cuadro y Gráfica 1)

De las 236 mujeres, se dividen por grupo de edad de 15-24 años 97 mujeres, de 25 a 34 años 84 mujeres, de 35 a 44 años 55 mujeres. (Cuadro y Gráfica 2)

Dentro del grado de escolaridad que presentan las mujeres el 78 por ciento tiene Primaria, un 19 por ciento la Secundaria, un 3 por ciento preparatoria. Ninguna mujer cuenta con escolaridad a nivel profesional. (Cuadro y Gráfica 3)

Los resultados obtenidos en la investigación después de aplicar el instrumento de investigación correspondiente y cumpliendo con los objetivos propuestos previamente se presenta lo siguiente:

Respecto al conocimiento sobre los métodos de planificación familiar en mujeres de entre 15 y 44 años usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo, predomina el indicador de Malo con un porcentaje de 51 por ciento, con 23 por ciento conocimiento Bueno y con 26 por ciento conocimiento Regular. Por lo anterior se concluye que las encuestadas poseen un conocimiento deficiente sobre los métodos de planificación familiar. (Cuadro y Gráfica 4)

Por grupo de edad de acuerdo al conocimiento sobre los métodos de planificación familiar se determinó el conocimiento bueno, regular y malo, predominando el conocimiento bueno en el grupo de edad de 25 a 34 años, y el malo en rango de 15 a 24 años. (Cuadro y Gráfica 5)

Con lo referente al uso de métodos de planificación familiar, se determina que 97 mujeres lo que corresponde al 41 por ciento de la muestra, ha usado algún tipo de método de planificación familiar; sin embargo, 139 mujeres, el equivalente al 59 por ciento, no ha utilizado ningún método. (Cuadro y Gráfica 6)

De las 97 mujeres que sí han utilizado algún método de planificación familiar, el 35 por ciento corresponde al grupo de 15 a 24 años, el 37 por ciento al grupo de 25 a 34 años y el 28 por ciento al grupo de edad de 35 a 44 años. (Cuadro y Gráfica 7)

En cuanto a los métodos de planificación familiar más utilizados se encuentra dentro del grupo de edad 15 a 24 años el preservativo, con un 22 por ciento, de 25 a 34 años con un 36 por ciento y de 35 a 44 años un 39 por ciento; la pastilla de emergencia conocida

como la píldora del día siguiente, de 15 a 24 años 37 por ciento, de 25 a 34 años 29 por ciento y de 35 a 44 años un 26 por ciento; y el implante, en rango de edad de 15 a 24 años 24 por ciento, de 25 a 34 años un 35 por ciento, de 35 a 44 años el 21 por ciento. (Cuadro y Gráfica 8)

Dentro de los métodos menos utilizados está el DIU, en grupo de edad de 15 a 24 años 13 por ciento, de 25 a 34 años el 16 por ciento y de 35 a 44 años un 23 por ciento; el hormonal inyectable, de 15 a 24 años el 9 por ciento, de 25 a 34 años un 17 por ciento y de 35 a 44 años el 12 por ciento; y por último el hormonal oral de 15 a 24 años un 7 por ciento, de 25 a 34 años el 15 por ciento y de 35 a 44 años un 11 por ciento. (Cuadro y Gráfica 9)

En base a los 236 cuestionarios aplicados, el 89 por ciento refirieron tener vida sexual activa y el 11 por ciento no han iniciado vida sexual aún. (Cuadro y Gráfica 10)

La edad de inicio de vida sexual es de 14-15 años, con un 24 por ciento de 16-17 años, de 47 por ciento de 18 a 19 años 19 por ciento y más de 20 años un 8 por ciento, con una edad promedio de inicio de vida sexual activa de 16.7 años. (Cuadro y Gráfica 11)

En la actualidad el 42 por ciento de las mujeres encuestadas refirió utilizar algún método de planificación familiar. (Cuadro y Gráfica 12)

Las mujeres que refirieron usar algún método anticonceptivo actualmente el más utilizado es el preservativo en un 67 por ciento. (Cuadro y Gráfica 13)

IX. CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO 1

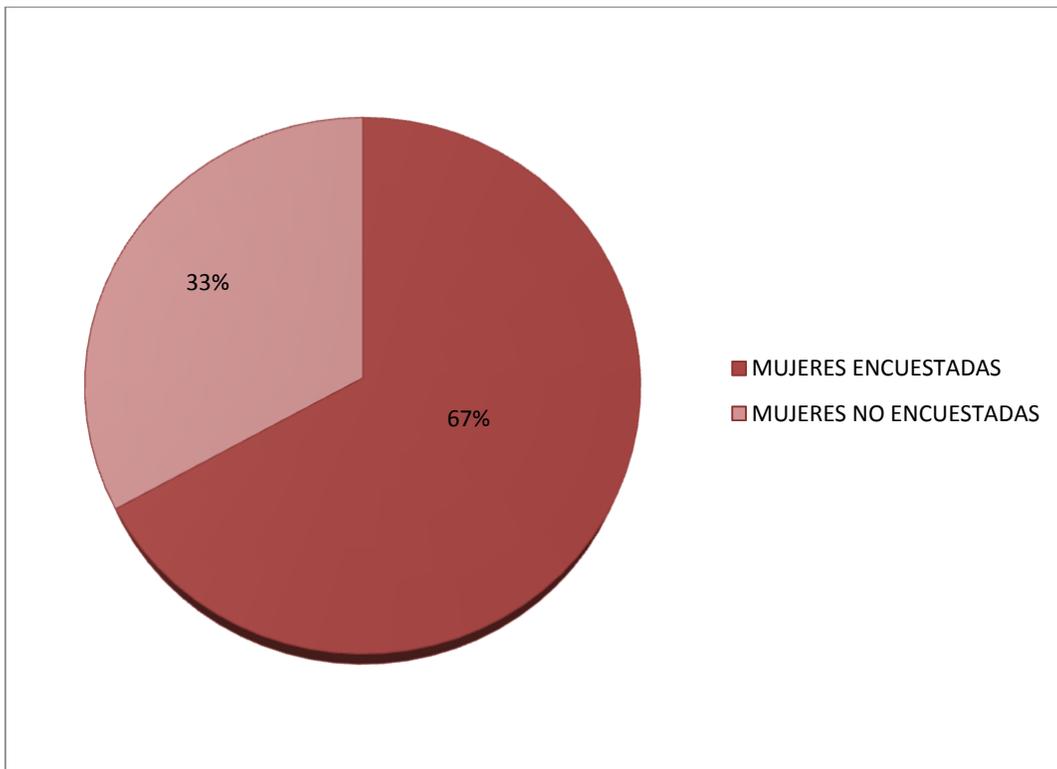
TOTAL DE POBLACIÓN DE MUJERES EN SAN MIGUEL OCAMPO 354,
ENCUESTADAS 236 MUJERES EN RANGO DE EDAD DE 15 A 44 AÑOS.

	NO.	%
MUJERES ENCUESTADAS	236	67
MUJERES NO ENCUESTADAS	118	33
TOTAL	354	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 1

TOTAL DE POBLACIÓN DE MUJERES EN SAN MIGUEL OCAMPO 354,
TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS 236.



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2

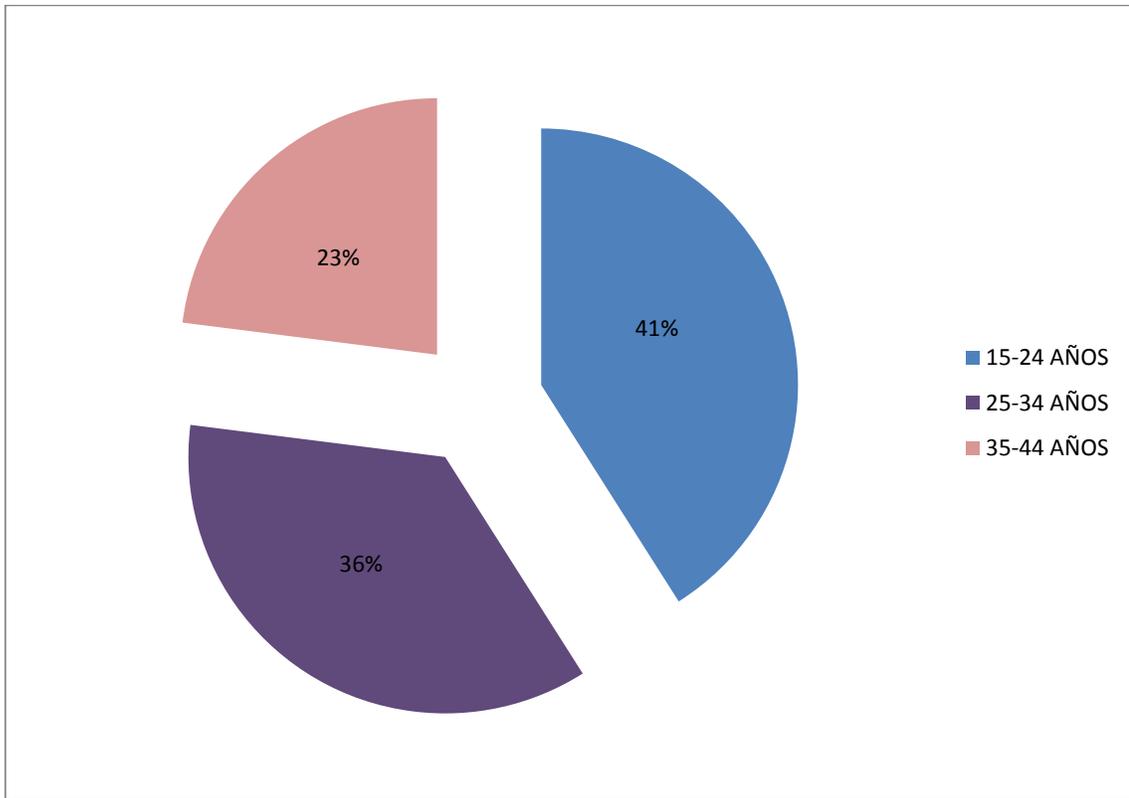
MUJERES ENTREVISTADAS POR GRUPO DE EDAD USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO

GRUPO DE EDAD	NO.	%
15 - 24 AÑOS	97	41
25 – 34 AÑOS	84	36
35 – 44 AÑOS	55	23

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 2

MUJERES ENTREVISTADAS POR GRUPO DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3

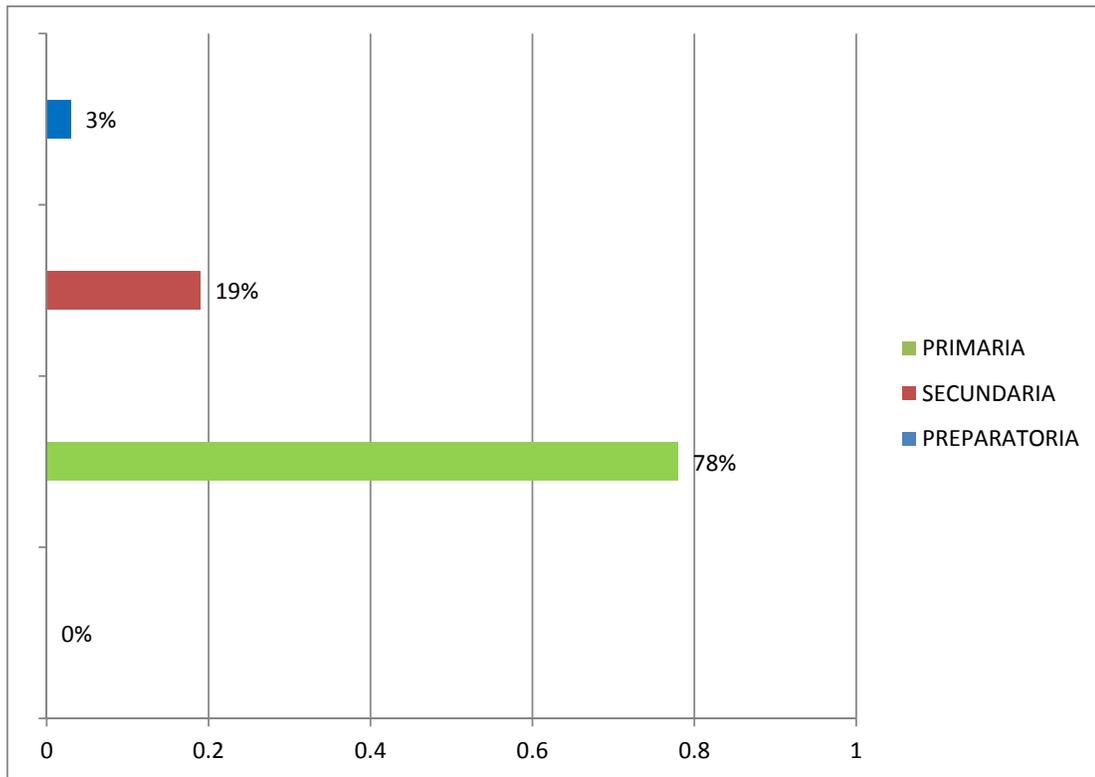
GRADO DE ESCOLARIDAD EN MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO EN RANGO DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD.

GRADO DE ESCOLARIDAD	%
PRIMARIA	78
SECUNDARIA	19
PREPARATORIA	3

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 3

GRADO DE ESCOLARIDAD EN MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO EN RANGO DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD.



Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4

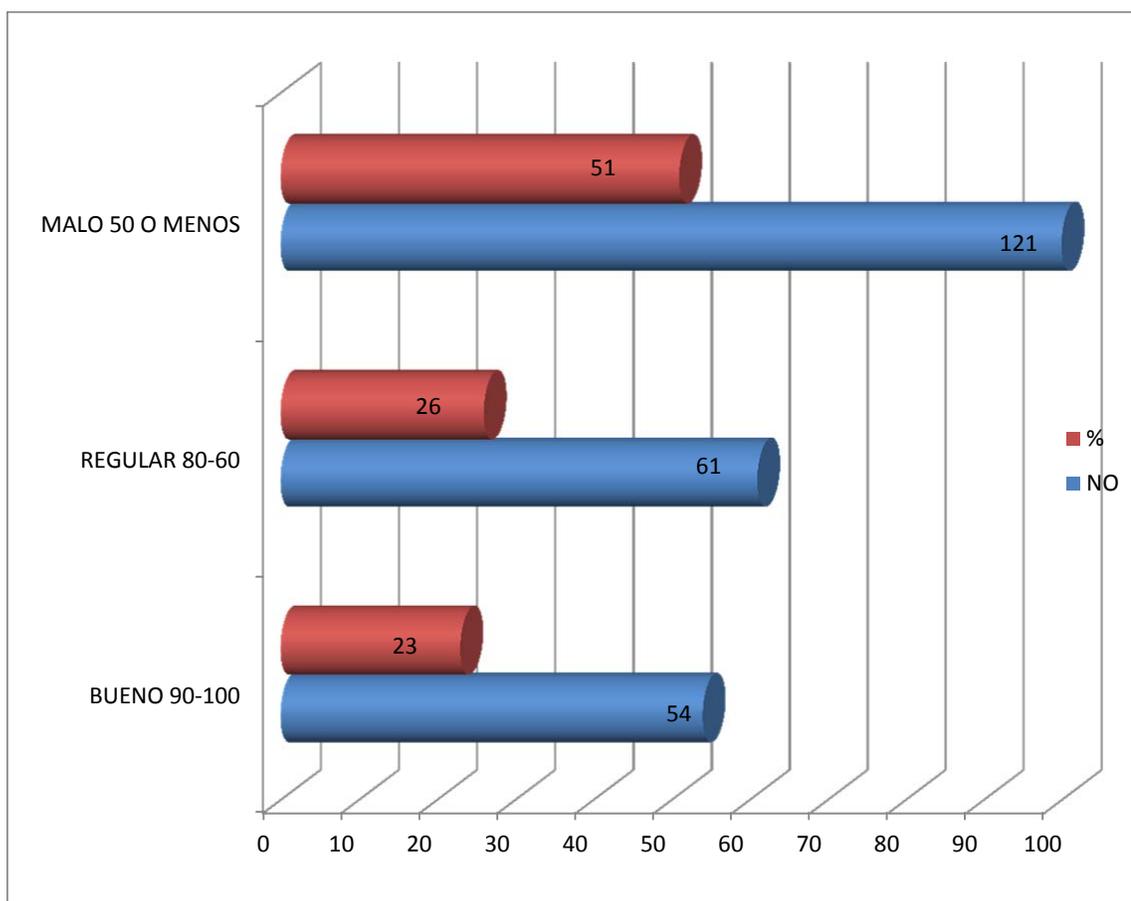
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE TIENEN LAS MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO EN RANGO DE EDAD DE 15 A 44 AÑOS.

CALIFICACIÓN	NO.	%
BUENO	54	23
REGULAR	61	26
MALO	121	51
TOTAL	236	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE TIENEN LAS MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO EN RANGO DE EDAD DE 15 A 44 AÑOS.



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

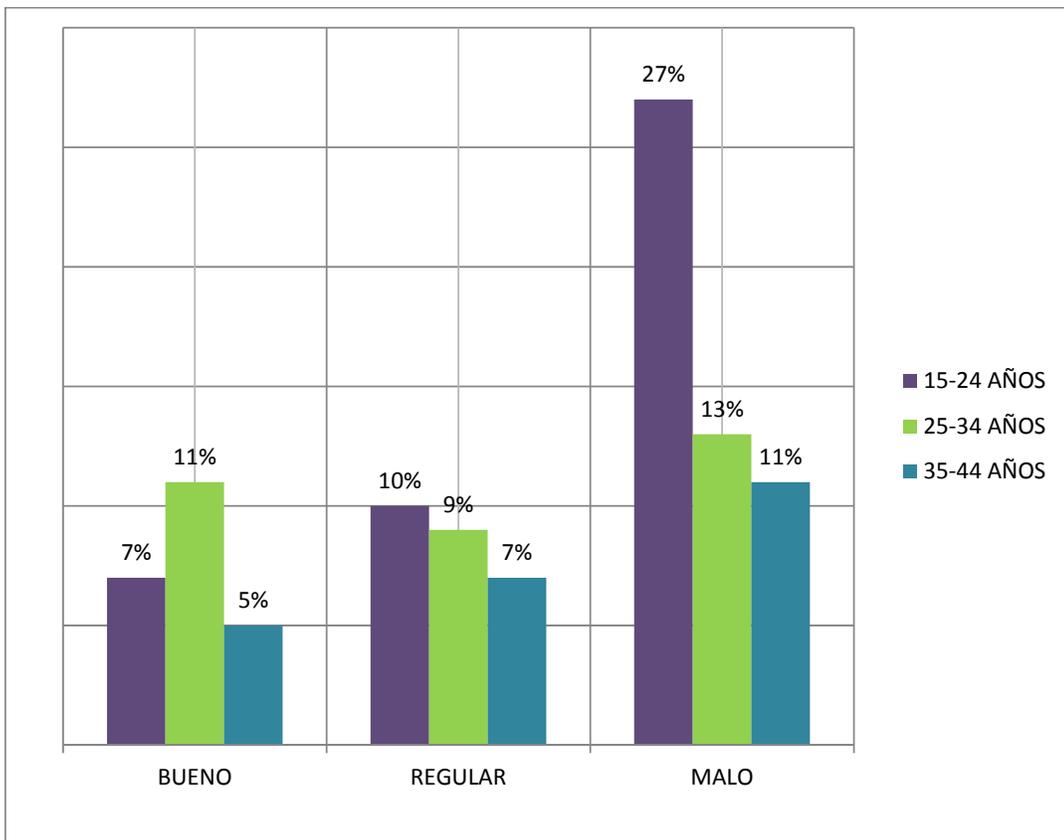
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.

CONOCIMIENTO POR GRUPO DE EDAD	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
15-24 AÑOS	18	7	32	10	47	27	97	41
25-34 AÑOS	29	11	31	9	24	13	84	36
35-44 AÑOS	13	5	23	7	19	11	55	23
TOTAL	60	23%	86	26%	90	51%	236	100%

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 5

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD EN USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6

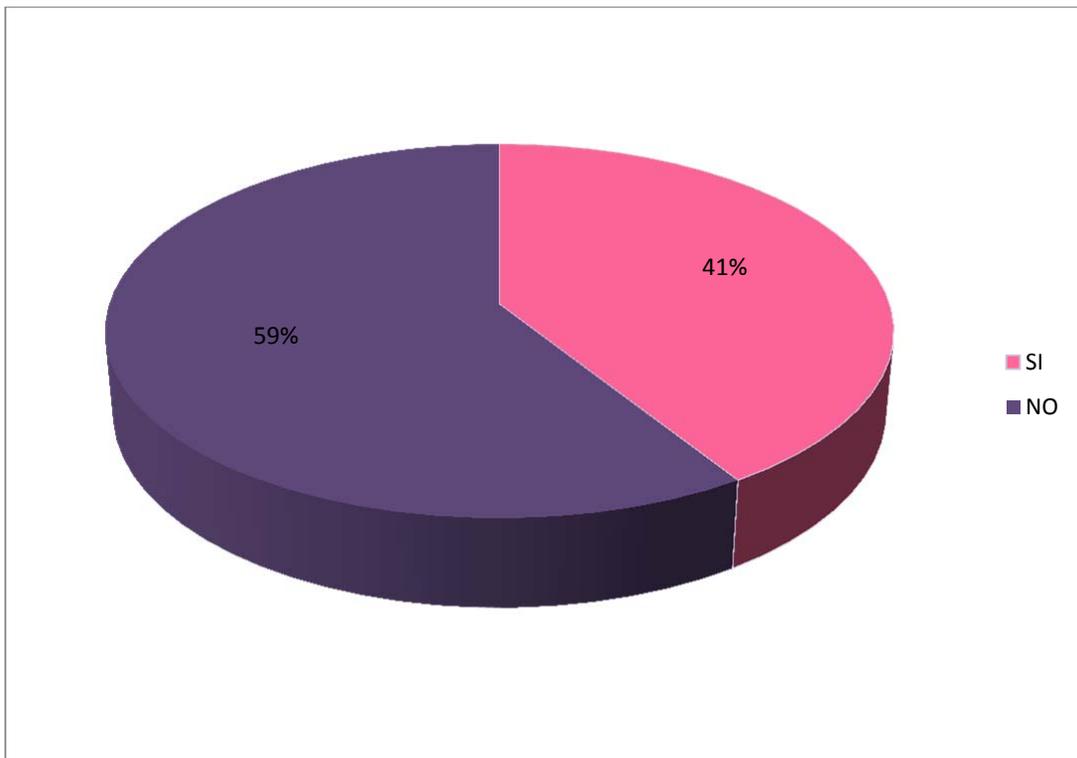
USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE TIENEN LAS
MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD
RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO

USO	NO.	%
SI	97	41
NO	139	59
TOTAL	236	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 6

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE TIENEN LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7

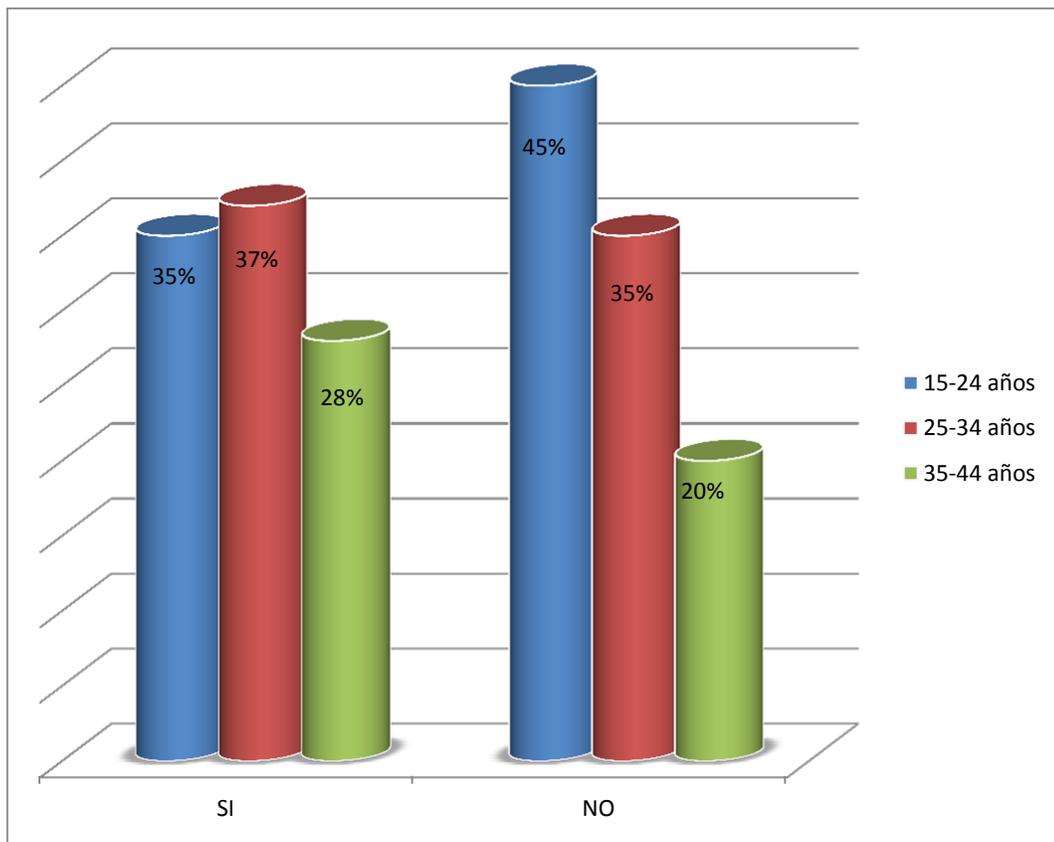
USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD
EN LAS MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO
DE SAN MIGUEL OCAMPO

GRUPO DE EDAD	SI		NO		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
15 A 24 AÑOS	34	35	63	45	97	41
25 A 34 AÑOS	36	37	48	35	84	36
35 A 44 AÑOS	27	28	28	20	55	23
TOTAL	97	100	139	100	236	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 7

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD EN LAS MUJERES USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8

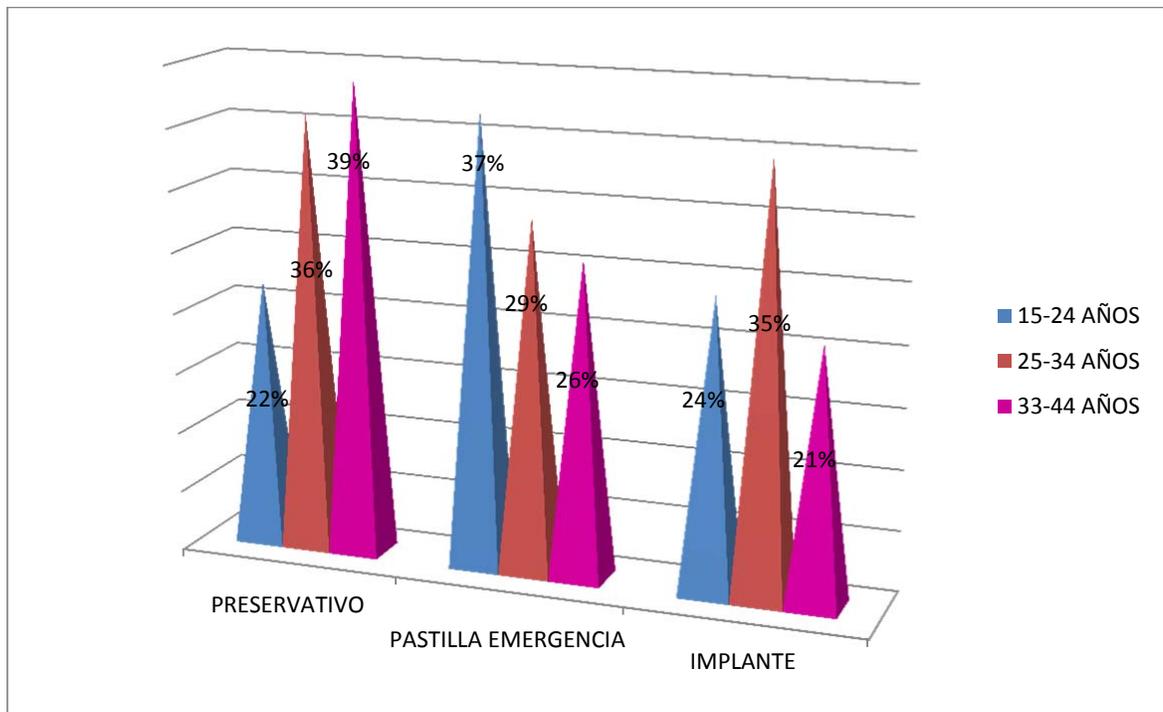
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE MÁS HAN UTILIZADO LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.

GRUPO DE EDAD	PRESERVATIVO	PASTILLA EMERGENCIA	IMPLANTE
15-24 AÑOS	22%	37%	24%
25 A 34 AÑOS	36%	29%	35%
35 A 44 AÑOS	39%	26%	21%
TOTAL	97%	92%	80%

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 8

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE MÁS HAN UTILIZADO LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9

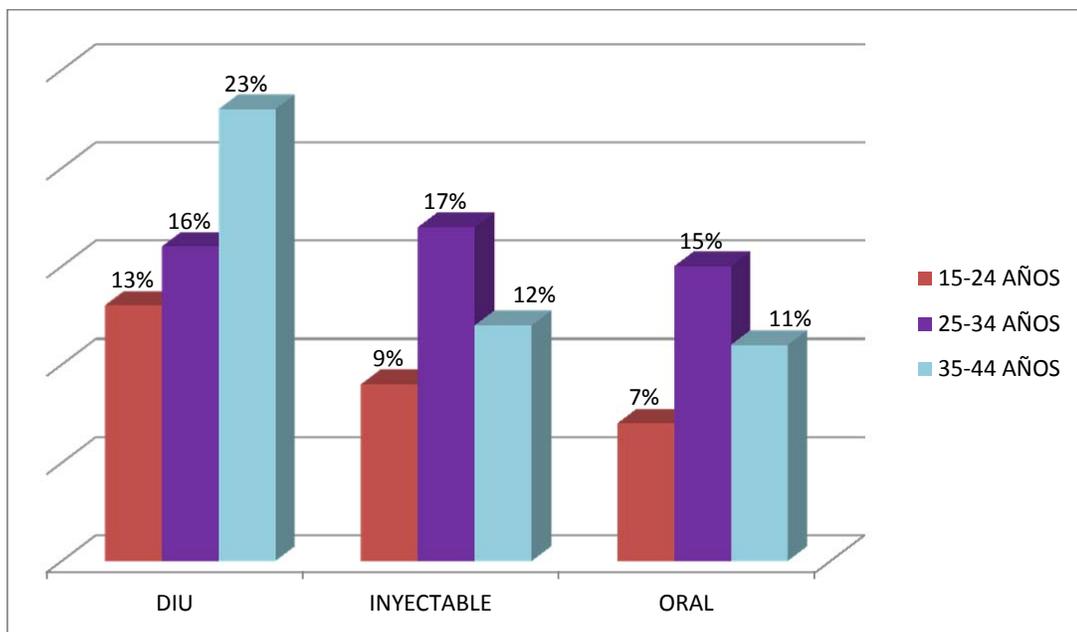
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE HAN UTILIZADO POCO LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.

GRUPO DE EDAD	DIU	INYECTABLE	ORAL
15-24 AÑOS	13%	9%	7%
25-34 AÑOS	16%	17%	15%
35-44 AÑOS	23%	12%	11%
TOTAL	55%	38%	33%

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 9

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZAN POCO LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO.



Fuente: Cuadro 9

CUADRO 10

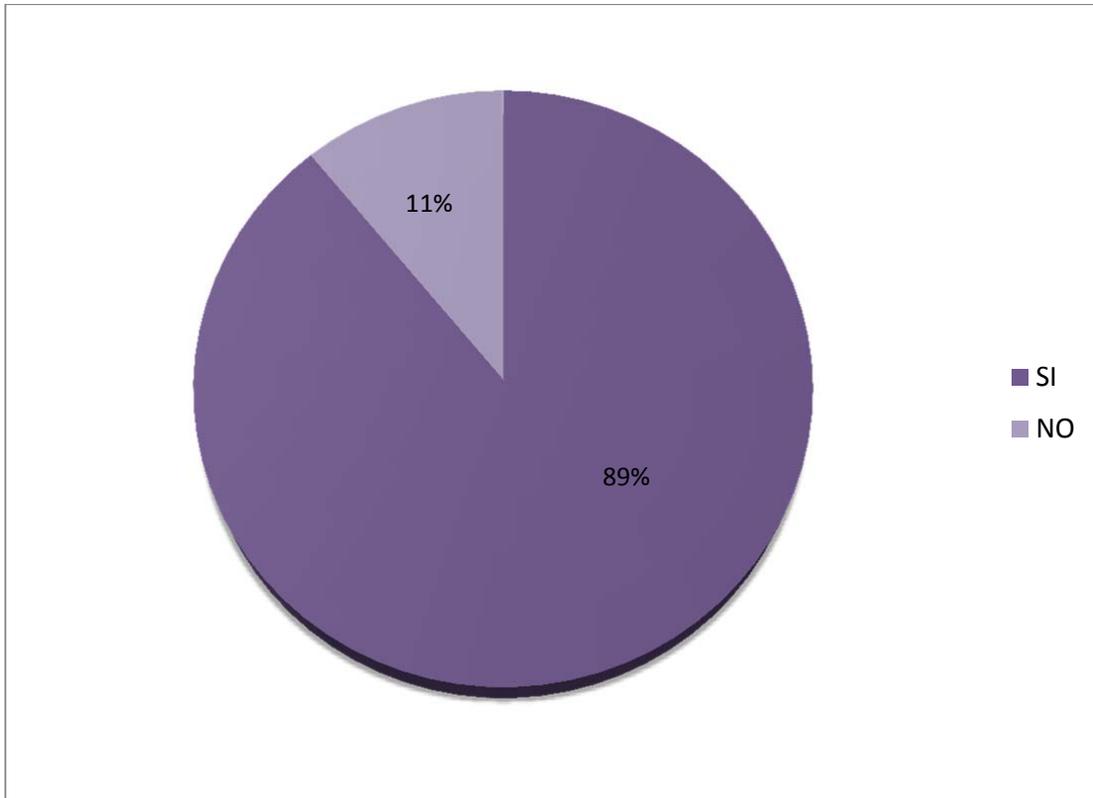
MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO CON VIDA SEXUAL ACTIVA

VIDA SEXUAL ACTIVA	NO	%
SI	210	89
NO	26	11
TOTAL	236	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 10

MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO CON VIDA SEXUAL ACTIVA



Fuente: Cuadro 10

CUADRO 11

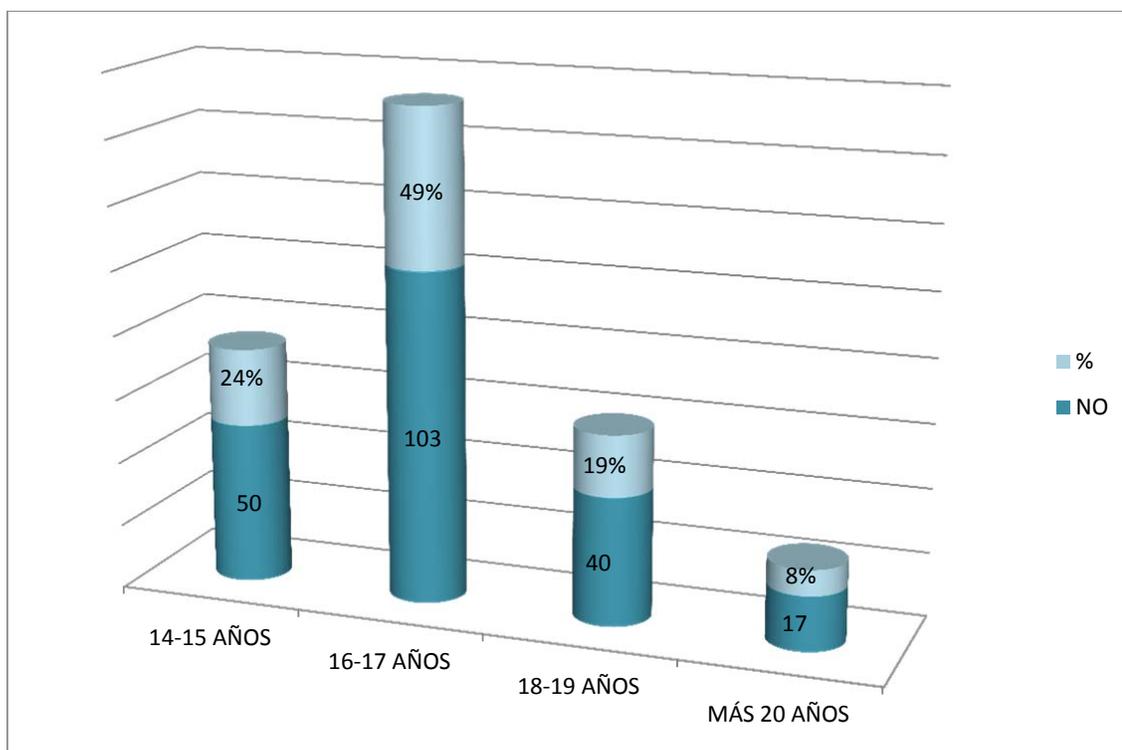
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	NO	%
14-15 AÑOS	50	24
16-17 AÑOS	103	49
18-19 AÑOS	40	19
MÁS 20 AÑOS	17	8
TOTAL	210	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 11

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 11

CUADRO 12

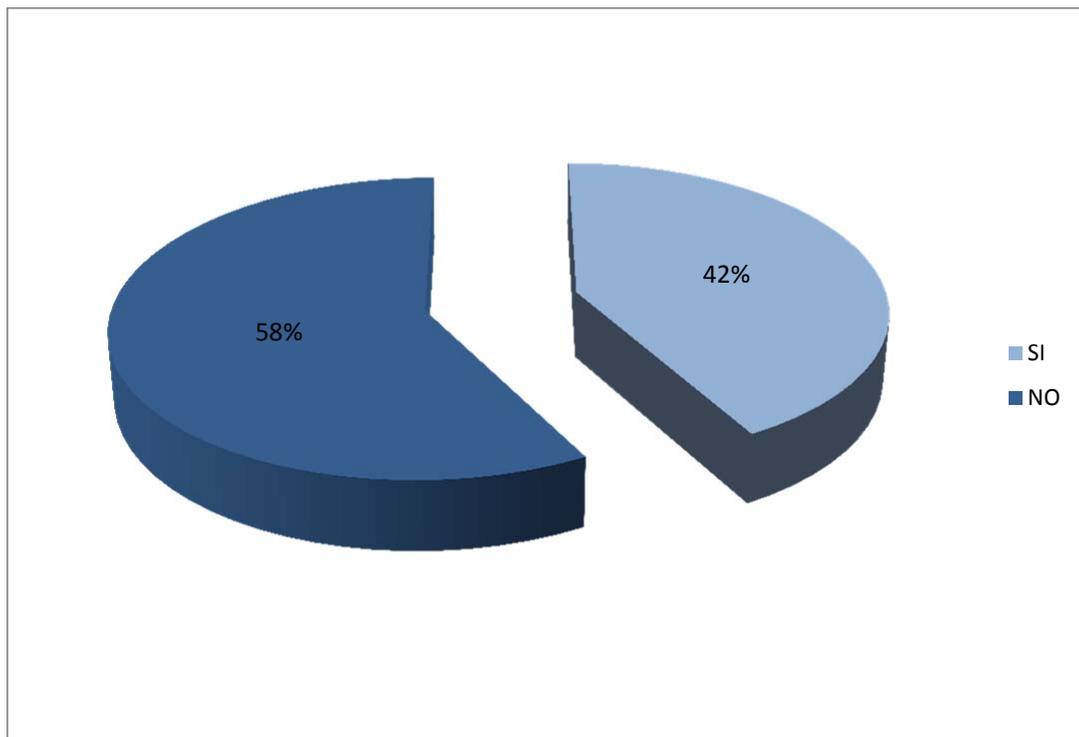
USO ACTUAL DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES
DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL
DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO

USO	NO	%
SI	99	42
NO	137	58
TOTAL	236	100

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 12

USO ACTUAL DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 12

CUADRO 13

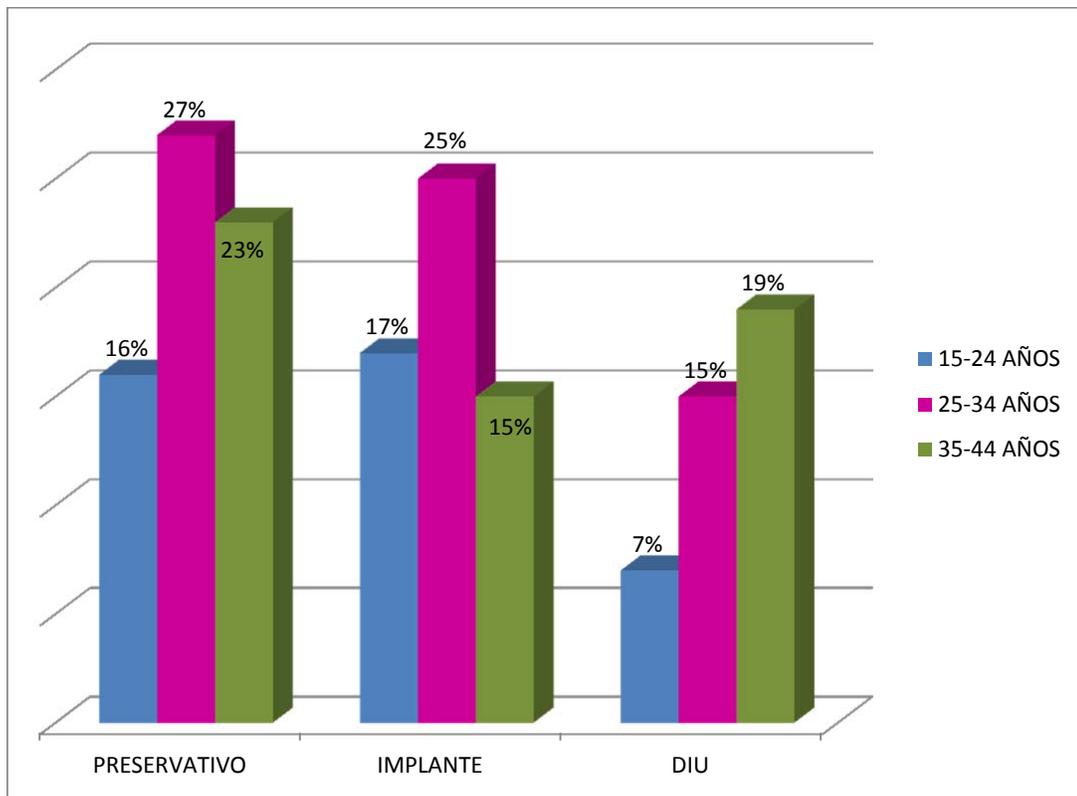
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MÁS UTILIZADO EN LA ACTUALIDAD POR LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO

GRUPO DE EDAD	PRESERVATIVO	IMPLANTE	DIU
15-24 AÑOS	16%	17%	7%
25 A 34 AÑOS	27%	25%	15%
35 A 44 AÑOS	23%	13%	19%
TOTAL	67%	55%	41%

Fuente: Concentrado de Datos

GRÁFICA 13

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MÁS UTILIZADO EN LA ACTUALIDAD POR LAS MUJERES DE 15 A 44 AÑOS DE EDAD USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO DE SAN MIGUEL OCAMPO



Fuente: Cuadro 13

X. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento de investigación a las mujeres en rango de edad de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo, se obtuvo lo siguiente.

En lo referente al conocimiento que tiene las mujeres usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo respecto a los métodos de planificación familiar, el conocimiento predominante es el malo, siguiéndole el regular y en menor porcentaje el conocimiento bueno. El conocimiento bueno predominó en el grupo de edad de 25 a 34 años, mientras que el malo en el rango de 15 a 24 años de edad, lo cual se podría ver reflejado en los embarazos no deseados que se presentan en la actualidad.

De acuerdo al uso que se tiene de los métodos de planificación familiar, las mujeres utilizan con mayor frecuencia el preservativo, la pastilla de emergencia y el implante, desplazando a menor uso a los hormonales inyectables, orales y el DIU.

Respecto al promedio de inicio de vida sexual en las mujeres encuestadas se encuentra el rango de edad de 16 a 17 años como predominante, siendo el promedio a los 16 años de edad, y con base en los resultados previos este rango de edad tiene un conocimiento malo de los métodos de planificación familiar.

La mayoría de las mujeres encuestadas no utilizan un método de planificación familiar en la actualidad. En las mujeres que sí utilizan algún método de planificación familiar el más utilizado es el preservativo, siguiendo el implante y por último el DIU, todos ellos siendo métodos eficaces.

Destacando de este trabajo de investigación el conocimiento de métodos de planificación que tienen las mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo es malo en un 51%, siguiendo el regular con 26% y el bueno con un 23%. En lo que respecta al uso de los métodos el más utilizado resultó el preservativo. En la actualidad las mujeres están usando la pastilla de emergencia como método de planificación familiar regular, y las mujeres cada vez prefieren más el uso del implante, dejando a métodos como el DIU y los orales e inyectables en menor uso a pesar de ser igual de eficaces que los mencionados anteriormente.

XI. RECOMENDACIONES

Este trabajo de investigación nos da una idea de que en la actualidad aún no se cuentan con conocimientos adecuados de los métodos de planificación familiar, predominando el conocimiento malo en grupos de edad de 15 a 24 años.

Por tal motivo es recomendable brindar más información a este grupo en especial sobre todo para evitar tantos embarazos no deseados, e infecciones de transmisión sexual. Lo cual se podría mejorar con pláticas en las escuelas y módulos de información en centros de salud con el fin de promover la información de los métodos de planificación familiar, los beneficios de usarlos, y las consecuencias de no utilizarlos.

Además, es importante promover el uso de preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual y sus complicaciones, explicando el correcto uso de este método.

Asimismo, es fundamental informar sobre la variedad de métodos que existen actualmente, su eficacia y seguridad, que el uso debe individualizarse y concientizarse sobre el uso de éstos, y enfatizar que la pastilla de emergencia no es un método para uso regular.

Finalmente, también sería conveniente realizar a corto plazo otra evaluación de conocimiento y uso de métodos de planificación en las mujeres usuarias del Centro de Salud Rural Disperso de San Miguel Ocampo después de brindar la información necesaria; o bien, podrían utilizarse distintas comunidades para evaluar el conocimiento y el uso de los métodos de planificación familiar.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M, La Sexualidad de las mujeres de mediana edad (40 a 65 años). Instituto Nacional de las mujeres. 2005; Disponible en: <http://www.inamu.go.cr/documentos/estudio-sexualidad-mujeres.pdf>
2. Fernández M. Sexualidad de la adolescente. 2010; Disponible en: <http://drmauro.com/89-SEXUALIDAD-DE-LA-ADOLESCENTE.html>
3. Planificación Familiar, Nota descriptiva No 351. Mayo 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
4. Niveyro M., Pinzetta R., Vanni M., Ramírez de González S., Utilización de Métodos Anticonceptivos en la Comunidad de Riachuelo- Corrientes. Rev de Posgrado de Vía Cátedra de Medicina, 2006; 161: 5-8.
5. Salud de la Mujer, Nota descriptiva No 334. Noviembre de 2009, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
6. Sánchez A., Métodos Anticonceptivos, GINECO, 2012; 120 (19): 7-29
7. Torres A., La Planificación Familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum 2000; 14: 108
8. Dexter K., A History of Birth Control Methods, Planned Parenthood Federation of America Report, 2006: 1-16.
9. Historia de los métodos anticonceptivos. Atención integral de la Mujer. 2012. Disponible: en <http://www.ginegranada.es/anticoncepcion/historia-de-los-metodos-anticonceptivos/>
10. Díaz G., Historia de la Anticoncepción, Rev Cubana Med Gen Integr, 1995; 11(2): 1-1
11. Mojarro O., Doroteo V., Tendencias y cambios Determinantes en las políticas de anticoncepción en México, y el Mundo ¿Qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar? RedALyC, Salud Pública de México, 2007; 49: 238-240
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de la Juventud. Agosto 2012

13. En el abandono, la planificación familiar en México. Pulso Diario de San Luis. Nacional Mar 9 abril 2013. Disponible en: <http://pulsoslp.com.mx/2013/04/09/en-el-abandono-la-planificacion-familiar-en-mexico/#sthash.RM9F5k9S.dpuf> El Universal
14. González- Garza C., Rojas R., Hernández M., Fernández G Perfil de comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12-19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Rev Salud Pública de México; 2005; 45 (3) 209- 218.
15. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Mayo de 1994. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
16. Francisco J., Haghenbeck, Rodrigo A., Yáñez, Héctor H., Meillón Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, Ginecol Obstet Mex 2012; 80(4):276-284.
17. Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf> 20-23
18. Burkman M.D, Ronald T., Obstetrics and Gynecology Clinics of North America; Update in Contraception, 4º ed. México: Mc Graw Hill Companies; 2000.
19. Cabero R., Iglesias A, Cano S., Anticoncepción Hormonal: Mecanismo de Acción. Capítulo 4 Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/aho/cap04.php
20. J. González Merlo, J., González Bosquet, E., González Bosquet Ginecología 8º ed. México: Masson 2003; 627- 644.
21. Monterrosa Alvarado, Progestin only oral contraceptive, Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2006; 57(1):45-53.
22. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF, d'Arcangues C, Lopez LM. Anticonceptivos combinados inyectables para la anticoncepción 2008 Número 4. Oxford
23. Kaunitz AM. Injectable Contraception. Clinical Obstetrics and Gynecology 1989;32 (2): 356- 368.
24. Villanueva Egan LA y Pichardo Cuevas M. ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 1, enero, 2007 39. Artículo de Revisión. Adelantos en anticoncepción hormonal. Ginecol Obstet Mex 2007;75:35-42
25. Prine L. Emergency contraception, myths and facts. Obstet Ginecol Clin North Am. 2007;34 (1): 127-36.

26. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 69. Emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2005;106:1443-52.
27. Durand, MD, Larrea, MD, Schiavon, MD. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Salud Pública Méx* 2009; Vol. 51(3):255-261
28. Hohmann H, Creinin MD. The contraceptive implant. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:907-917.
29. Lira P., Velázquez R., Ibargüengoitia O., Montoya R., Castelazo M., Valerio C., Anticonceptivos de larga duración reversible: una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:530-540
30. Ziemann M, Barbieri RL. Overview of Contraception. *Up Today Ene* 26, 2012
31. Serfaty D, Gabriel R, Leclercq. Anticoncepción mediante estroprogestágenos. EMC (Elsevier Masson SAS), Ginecología- Obstetricia, 700-A -30, 2009.
32. Lede, H. Capurro, T. Rosanova, Petrunaro. Riesgo sobre la salud reproductiva en Nulíparas a consecuencia de la inserción de un dispositivo intrauterino. *Rev Argent Salud Pública*, Vol. 1 - N° 3, Junio 2010
33. Haldky K, Allsworth J, Madden T., Women's knowledge about intrauterine contraception, *Obstet Gynecol*, 2011; 117(1): 49-54
34. Zuleta J., Anticoncepción ¿Cuál método seleccionar?, *IATREIA*, 2008; 21(3): 280-291
35. EL DIAFRAGMA (barrera anticonceptiva vaginal). All Women's Of New York. Disponible en: <http://www.nyabortion.com/birthcontrol/thediaphragm-sp.shtml>
36. Métodos anticonceptivos de barrera. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). July 2011. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets__Spanish/Files/Metodos_anticonceptivos_de_barrera
37. Montero A. Contraception in Adolescence. *Rev. Med. Clin. Condes* 2011;22 (1): 59-67.
38. Soler F. Asesoramiento/ Educación Sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos Naturales (II). *Matronas Prof* 2005; 6 (3): 5-13
39. Espey E, Singh R. practice bulletin. Long- acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2008,118 (1) 184- 196.
40. Nichols M. Uliprisal acetate a novel molecule and 5-day emergency contraceptive. *Obste. Gynecol*. 2010; 116(6): 1252-63

41. Vega D., Fernández M., Vázquez L., Obstrucción tubaria bilateral. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2009; 14(1):17-21
42. Derechos Reproductivos. Planificando juntos por un futuro mejor, 2009. Disponible en: http://www.planificanet.gob.mx/index.php/metodos_anticonceptivos/métodos-anticonceptivos/otb.php
43. Antonio J., Rodríguez O., Presa L., González P., Métodos Anticonceptivos Definitivos. Actualización Obstetricia y Ginecología 2010. 1-8.
44. Córdoba- Basulto D., Sapién – López J et al. Vasectomía: reseña de 25 años en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16 (1): 33- 38.
45. Vasectomía. The Patient Education Institute. 2005. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/VASECTOMIA.PDF>
46. Vasectomía sin bisturí. México. 2013. Disponible en: <http://vasectomiasinbisturi.org/>
47. Lara R., Velázquez R., Reyes M., Vasectomía sin bisturí. Perfil del usuario y resultados. Ginecol Obstet Mex 2010;78 (4):226-231
48. Bradshaw K., Cunningham F., Halvorson L., Hoffman B., Schaffer J., Schorge J., Williams Gynecology, 27 ed, Ed. Mc Graw Hill, 2008.
49. Santana D., Ovies G., Padrón R., Método de Lactancia Amenorrea como anticoncepción postparto en un área de salud urbana, Rev. Cub Endocrinol, 1999; 10(2): 110-5
50. Birth Control Guide. Medicines Least Effective, Most Effective Methods. Disponible en: <http://www.fda.gov/birthcontrolguide,12-Febrero-2013>.
51. Becerril González M., Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar en alumnos de primer año de la licenciatura en contaduría de la Facultad de Contaduría y Administración Unidad “Los Uribe” Tesis, 2012-2013: 1-73.
52. Ríos Reyes A. Métodos Anticonceptivos. 2007. Disponible en: http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm

XIII. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La finalidad de este cuestionario es determinar el conocimiento y el uso que se tiene de los métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 44 años de edad usuarias del C.S.R.D San Miguel Ocampo.

Conteste la respuesta que usted considere correcta, subrayando, no deje preguntas sin responder.

Si tiene alguna duda al contestar alguna pregunta, coméntela con la persona que le aplica el cuestionario.

1.- Edad en años cumplidos

2.- Escolaridad:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Profesional

3.- Los métodos anticonceptivos suelen utilizarse para:

- a) Como medio para controlar la natalidad y superpoblación mundial
- b) Para evitar embarazos no deseados en adolescentes
- c) Como medio para evitar la transmisión de determinadas enfermedades infecciosas
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas

4.- ¿Cuál de los siguientes NO es un método de planificación familiar?

- a) Métodos de Barrera
- b) Métodos Químicos
- c) Métodos de Retroalimentación
- d) Preservativo masculino o femenino
- e) Métodos de abstinencia periódica

5.- El diafragma es un anticonceptivo de tipo:

- a) Químico
- b) Barrera
- c) Abstinencia
- d) Esterilización

6.- La píldora es un anticonceptivo de tipo:

- a) Barrera
- b) Abstinencia
- c) Químico
- d) Esterilización

- 7.- ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos necesita ser recetado por un médico?
- El método ritmo
 - El preservativo
 - Los espermicidas
 - La píldora
- 8.- ¿Cuál de los siguientes métodos no necesita receta médica o visita al ginecólogo?
- La píldora
 - El diafragma
 - La vasectomía
 - El preservativo
- 9.- ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización masculino prácticamente irreversible?
- El método Ogino
 - La vasectomía
 - El DIU (dispositivo intrauterino)
 - Ligadura de trompas
- 10.- ¿Cuál de los siguientes es un método de esterilización femenino prácticamente irreversible?
- El ritmo
 - La vasectomía
 - Preservativo
 - El DIU (dispositivo intrauterino)
 - Ligadura de trompas
- 11.- ¿Cuál es el método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual?
- El DIU (dispositivo intrauterino)
 - La píldora
 - El condón
 - La vasectomía
- 12.- ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos NO puede evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual?
- El método Ogino
 - La píldora
 - El DIU (dispositivo intrauterino)
 - Todas las opciones son correctas
- 13.- ¿Ha iniciado usted sus relaciones sexuales?
- Sí
 - No
- 14.- Si su respuesta es afirmativa ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?
-
- 15.- Ha usado métodos anticonceptivos
- Sí

b) No

16.- Si su respuesta es sí ¿Cuáles ha usado? Ordénelos por frecuencia de uso

Preservativo

Pastilla del día siguiente

Implante

DIU

Hormonales inyectables

Ritmo

Otro ¿Cuál? _____

17.- ¿Actualmente utiliza algún método anticonceptivo? Si su respuesta es sí mencione cuál.

a) Sí

b) No

18.- Si su respuesta es sí mencione cuál. (51)

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le estamos pidiendo que participe en un estudio.

Usted no tiene que participar en el estudio si no lo desea.

Si dice que sí, firme al final de la hoja.

Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir.

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder participar en el estudio.

¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Queremos saber más sobre el conocimiento y el uso que se tiene sobre los Métodos de planificación Familiar. Les estamos pidiendo a personas como usted, mujeres que tienen 15 a 44 años de edad que formen parte del estudio.

Si usted acepta le daremos un cuestionario con preguntas para que usted las conteste.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

El estudio tomará alrededor de 10 minutos de su tiempo.

¿Quién verá mis respuestas?

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta.

Fecha: _____

Acepto

Firma