



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE
INTERVIENEN EN EL USO DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ADULTAS**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E.O. PATRICIA FERNANDEZ ALBARRAN

DIRECTORA DE TESIS

M. EN C. CLAUDIA MACÍAS CARRILLO

Cuernavaca Morelos a 8 de noviembre del 2021.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE
INTERVIENEN EN EL USO DEL MÉTODO
ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ADULTAS**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

L.E.O. PATRICIA FERNANDEZ ALBARRAN

DIRECTORA DE TESIS

M. EN C. CLAUDIA MACÍAS CARRILLO

Cuernavaca Morelos a 8 de noviembre del 2021.



Cuernavaca Mor, a 08 de Noviembre del 2021.

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE INTERVIENEN EN EL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES ADULTAS**, trabajo que presenta la **C. PATRICIA FERNÁNDEZ ALBARRÁN**, quien cursó el Posgrado: **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ			
MTRA. CLAUDIA MACIAS CARRILLO			
MTRA. YULY KENDY ROMAN ARTEAGA			
MTRA. MA. DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA			



Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME | Fecha:2021-11-08 16:02:15 | Firmante
mVQ2wZcTw8uxYwbc71+VEAYQVGUIUvVZgp+Vym4VJuRSKCs/YzmPmSHB2lqRawlclgdHBINKBCoqxeVlgJ76vRKKM13N6JQv90aRfPd/hwY6SixGxNMrfvS2VmTRbkIX62vDNxNcfq5Fk6j4gslx9cPgcH8kznH1HfY2iyUnqmuAQfDk13emqskQWbrZn95vpPD9LUuU3Mw2kfoBy6CpwZo4nSzutNPqHA1HOJPWqPEc3QOVdGuV9e64x11h3jchcfJE9MXuBY93XQVSKbcEzUbaJwJ7aD4a1DyhJn/RGdGQPjfgzqfue/X+YGA3BW46YIU6LbpN15fg==

YULY KENDY ROMAN ARTEAGA | Fecha:2021-11-08 18:45:38 | Firmante
LsLM0N65cPy9qzb4rtaBZFPznMNSDLpt9Yiy9Ffrf0SJIR6C9ztmAOVAFUAtpdznxkPzIzhHgedFUcJ6pRDIp+M8lUnhK1PAp6zjIWSVsx+GdXX16zn8+hkOIB/yxk/1daLhmXgo3O1e8A/DITozZ/MNC7zzuO1NlomqLbs/bSMJLvwqPerh7TGBvj/EQyhN8GgWlqo+plRy6j9UZN6Ah2wS45mZwbhsp7czJHS7Mb7V/rNBxturt30dfSeHssYyZxsMxnrwpJfCzPNXQ8k3ANrP4CJh8k9C6IKcOj101ne8wr0PDTw9vPw5rVfAAxdu0AF0zkzWGxktgA==

CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ | Fecha:2021-11-09 08:28:36 | Firmante
I1DobPagZAYBAWAsRy2+miLXiliv2+5GNMsZ96JBwQWSGGwd8JpTeK1aKq1sd51+Vuvov1+XTTrzZalm+ItGNXPtBJCrGZmplibuYFMS3+bgufy7V/Lz/yDjZ+YyB45oMOvE9bn4bXM6rX/fKbCQIGPhFE5SvAtjGvntfVDPD+JbGIASmtlgOtw/Dum6hvYkmoYVn+yReiG0JfSCKGribvjqj8D1H2QPIMeeyw117hidAIDDHYaStEGsEdFNkJNdXKLz3Xs/Ae/6pbBpLEttQ1JZcDarvP3GFfF6W1bCnirENwvelUBrJHY1a3MdyZif2sesmvx25yA2n91mW8yeHg==

CLAUDIA MACIAS CARRILLO | Fecha:2021-11-10 11:13:27 | Firmante
IzqtetzRjDlgaRAqX719uqgnx84gcnxL6JqrDEgl8TuSyP3Vk3+UU8hsB4zWqFTMWoqm/P1RkcvZOGMr0Fg3Y6Mol2jcmIsJ60wNVBA52qWd9d8FvYp8kTsmuizlN4MuOmeoWQ4bQh5yIXKyYzhVYvwd2zrtA30j4uZhqXfVipy2ZemLZEO5cuUCaAsgXP2B2vbkDhJL2O9p078Vh4TKacjcsGh01r8Dp9UJZgaY38c1NiQTRZ1VzFvVwV7kypLkM7Z6Xg/QJ9CDnsSqmZLDHvZr4YzpStZKi0u0TxNmnjgHOKSNyUDSibw/39nHYFfAEh7AEh91gQ==

MA DEL SOCORRO FAJARDO SANTANA | Fecha:2021-11-13 16:06:06 | Firmante
QXzW0aQJ4U3ZQyBhk6KQmwpnwCmXe5GI2eZr2DhAIS8pGbOU0AGCzsMsZzddqUDTQ9DqEKZP+fv+CeWZyIrTrw0ThAj70/0oCn5sEpbmciKn6Yfy0DS5/3XZlpKclNZ1VbegjDALU2DwDM2ZmtBvDhFvGA2XDD9ACF8fL2/BYQHbS1ghk3uVjfsjJGmsMyGeNpRXiBGPY47kK8uYtm7Gk/1qffWUYXaFr83QMXI0B4RQREc80411nXehUJ49BjpsJcLo2R4hkQSsur7Pm1m01JvSLqy5W+ppp6RmBxTCMnmhu9vR3e0UX6vr3FwHEPRndX0uiyaA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



emMkrRL5U

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/pr3T6e9n5a03WwcbwGhZqR9JDM6nNcj>



ÍNDICE

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 OBJETIVO GENERAL	23
1.3.1 Objetivos específicos.....	23
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
1.4.1 ANTECEDENTES NACIONALES	24
1.4.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	26
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	32
2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	32
2.1.1 SALUD REPRODUCTIVA	35
2.1.2 EDAD Y FERTILIDAD	38
La ovulación y el ciclo menstrual.....	39
La fertilidad de la mujer al envejecer.....	40
El climaterio.....	40
Menopausia.....	41
Calidad de los óvulos	41
Cantidad de óvulos.....	42
2.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	42
2.2.1 ANTECEDENTES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	42
2.2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN COMPOSICIÓN Y MECANISMO DE ACCIÓN	50

2.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA TEMPORALES	51
Condón masculino.....	51
Condón femenino	52
Diafragma.....	52
Capuchón cervical	53
Esponja vaginal	53
Espermicidas.....	55
2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES TEMPORALES	55
Anticonceptivos orales.....	56
Adhesivo anticonceptivo (PARCHE)	59
Anticonceptivos inyectables	61
Anillo vaginal	62
Dispositivo Intrauterino (DIU)	64
Sistema Intrauterino liberador de hormonas (SIU)	65
Método hormonal subdérmico (IMPLANTE).....	67
2.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES O DE ABSTINENCIA	
PERIÓDICA	70
Método del calendario del ritmo (OGINO-KNAUS).....	70
Abstinencia sexual	71
Coito interrumpido (COITOS INTERRUPTUS).....	71
Método de la temperatura	72
Método del moco cervical (BILLINGS)	73
Método de la lactancia materna (MELA)	74
2.6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.....	75
Esterilización femenina (OTB).....	75

Esterilización masculina (VASECTOMÍA)	76
2.7 CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN.....	77
2.8 MARCO NORMATIVO	80
2.8.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	80
(Capítulo I, Artículo 4º)	80
2.8.2 LEY GENERAL DE POBLACIÓN.....	81
(Capítulo I, Artículo 3º, Fracción II)	81
2.8.3 LEY GENERAL DE SALUD.....	81
(Capítulo VI: De los Servicios de Planificación Familiar)	81
2.8.4 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN	83
(Capítulo segundo, sección II. Planificación Familiar)	83
(Sección III. Familia y grupos marginados)	86
2.8.5 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.	88
(Disposiciones para la prestación de Servicios Planificación Familiar. Capítulo IV)	88
2.8.6 REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD	89
2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	91
Bioética.....	91
Principios bioéticos.....	91
2.9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
2.9.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA) DOROTHEA ELIZABETH OREM	94
Teoría del autocuidado.....	96
Teoría del déficit del autocuidado.....	100
Teoría de sistemas de enfermería.....	100

Desarrollo de la sub teoría del déficit del autocuidado de Elizabeth Dorothea Orem, por medio del proceso enfermero.....	102
CAPÍTULO 3. MÉTODOS	103
3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	103
3.2 DISEÑO DE VARIABLES E INDICADORES	103
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	103
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	105
3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	105
3.4.1 Criterios de inclusión	105
3.4.2 Criterios de exclusión	105
3.4.3 Criterios de eliminación	105
3.5 TIEMPO Y ESPACIO	105
3.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	105
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	106
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	106
4.2 CONCLUSIONES	114
4.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	116
4.4 RECOMENDACIONES.....	118
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	119
ANEXOS.....	133
ANEXO A. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	133
ANEXO B. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	138
ANEXO C. CUADROS (TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS).....	139
Cuadro n°1. Métodos anticonceptivos de barrera temporales.....	139
Cuadro n°2. Píldora anticonceptiva combinada (AOC) de baja y alta dosis	140

Cuadro n°3. Píldora anticonceptiva solo de progestina (PSP)	141
Cuadro n°4. Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) del día después (PDS)	142
Cuadro n°5. Parche anticonceptivo hormonal temporal	143
Cuadro n°6. Anillo intravaginal o NUVA RING	144
Cuadro n°7. Método anticonceptivo inyectable combinado con estrógeno y progestina.....	145
Cuadro n°8. Hormonales inyectables solo progestina	146
Cuadro n°9. Métodos anticonceptivos naturales o de abstinencia periódica	147
Cuadro n°10. Dispositivo Intrauterino (DIU)	148
Cuadro n°11. Sistemas Intrauterinos.....	149
Cuadro n°12. Método hormonal subdérmico (IMPLANTE).....	150
Cuadro n°13. Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB)	151
Cuadro n°14. Vasectomía	152
ANEXO D. GLOSARIO	153
ANEXO E. SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS:	172

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a mis hijos Karen Doly, Aldo Levi y Wendy Catalina Güereña Fernandez que han sido el pilar para mi crecimiento tanto personal como profesional.

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a mi poder superior que en mi caso es DIOS, a la divinidad que hay en mí, que me ha permitido vivir y cumplir las metas que me he propuesto, quien me ha dado fuerzas cuando sentía que ya no podía más, el que me guía cuando no sé por dónde ir y quien es mi luz en el camino de la sabiduría.

Indiscutiblemente no ha sido fácil, pero gracias a DIOS pude concluir una meta más y fuiste tú quien puso a personas maravillosas que me supieron y quisieron orientar, tú que me diste todas las herramientas necesarias para llevar a cabo este estudio de investigación.

Agradezco a todos mis maestros quienes se esforzaron para transmitirme sus conocimientos, proporcionándome parte de su tiempo para la realización de este estudio.

Y sobre todo agradezco su infinito apoyo a mi directora de tesis la maestra Claudia Macías Carrillo y a la Dra. Clara Irene Hernández Márquez por compartir su valiosa dedicación, conocimientos y experiencia para realizar mi trabajo de investigación.

Objetivo General: Identificar las características socio demográficas que intervienen en la toma de decisión para el uso del método anticonceptivo en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, se incluyó a 100 mujeres en edad fértil adultas a quienes se les aplicó una entrevista para la determinación de la situación actual del programa de planificación familiar y anticoncepción como línea base para su comparación con evaluaciones del desempeño.

Resultados: características de las participantes que tuvieron impacto, el rango de edad de 25-31 años (29%), de acuerdo con el estado civil, el ser solteras es significativo (53%), sin embargo, el nivel académico más sobresaliente es la escolaridad preparatoria (48%) y, además, el ser empleadas con mayor participación de acuerdo con su ocupación (35%).

Conclusiones: Es importante destacar e identificar la prevalencia de aquellas mujeres que decidieron no hacer uso de algún método anticonceptivo son las de 39 a 45 años, y las mujeres entre 21 y 31 años que mayormente eligen como método anticonceptivo los hormonales tiene las mismas características como: ser solteras, preparatorias y empleadas, lo que indica que los programas de promoción de salud sexual y reproductiva deberán poner mayor énfasis no solo en los centros de salud sino que deberán impactar también en los centros de trabajo y educativos como secundarias y preparatorias, especialmente en éste último grupo, enfocadas no solo al conocimiento del uso de métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual sino, también al empoderamiento de la mujer para la toma de decisiones asertivas en el uso del método anticonceptivo y así disfrutar de una vida sexual sin consecuencias en su desarrollo biopsicosocial.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, planificación familiar, educación sexual y reproductiva, orientación y consejería.

SUMMARY

General Objective: Identify the socio-demographic characteristics that intervene in decision-making for the use of the contraceptive method in adult women from the town of Santa María Ahuacatlán in the municipality of Cuernavaca, Morelos. México.

Methodology: A quantitative, cross-sectional, descriptive study included 100 women of childbearing age who were interviewed to determine the status of the family planning and contraception program as a baseline for comparison with performance evaluations.

Results: characteristics of the participants that had an impact, the age range of 25-31 years (29%), according to marital status, being single is significant (53%), however, the most outstanding academic level is preparatory schooling (48%) and, in addition, being an employee with the highest participation according to their occupation (35%).

Conclusions: It is important to highlight and identify the prevalence of those women who decided not to use a contraceptive method are those between 39 and 45 years old, and women between 21 and 31 years old who mostly choose hormonal contraceptives have the same characteristics, such as: being single, high school and employed women, which indicates that sexual and reproductive health promotion programs should place greater emphasis not only on health centers but should also impact work and educational centers such as secondary and high schools, especially in this last group, focused not only on the knowledge of the use of contraceptive methods and sexually transmitted diseases but also on the empowerment of women to make assertive decisions in the use of the contraceptive method and thus enjoy a sexual life without consequences in their biopsychosocial development.

Keywords: Contraceptive methods, family planning, sexual and reproductive education, orientation, and counseling.

La OMS menciona que el uso de los métodos anticonceptivos evita peligros para la salud conexos al embarazo, y más aún en las adolescentes. Cabe mencionar que cuando el intervalo entre nacimientos es menor a dos años, la tasa de mortalidad infantil es de 45% superior que cuando es mayor de 2 a 3 años, y un 60% significativo si es mayor de tres años. Además, proporciona beneficios no relacionados con la salud como mayor oportunidad de educación, más autonomía para las mujeres, normalidad en el crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenible para los países.

México se ha mantenido dentro de los primeros lugares a nivel mundial con respecto al uso de los métodos anticonceptivos, disminuyendo las cifras esperadas en el programa nacional de población en el 2006 del 73.9% a 70.9%. Sin embargo, entre el 2000 y el 2019 la prevalencia al uso del método moderno aumento escasamente en mujeres casadas en edad reproductiva a nivel mundial del 55% a 57%.

El Senado de la República Mexicana, en el 2015 solicito a la Secretaría de Salud (SSA) actualizar el programa de planificación familiar y anticoncepción que se realiza a nivel nacional debido a que los legisladores refieren que aumentó la atención prenatal.

La OMS 2020 “calcula que en 2019 existían 1900 millones de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años en el mundo, de estas, 1112 millones señalan llevar a cabo planificación familiar. Dentro de este mismo grupo, 842 millones usan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades ignoradas en cuestión de anticoncepción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio en el 2019 en donde detectó que las mujeres en edad reproductiva que deseaban retrasar un embarazo renunciaron al uso del anticonceptivo por miedo a los efectos secundarios y por

problemas de salud, Lo que provocó que de cada cuatro embarazos uno no fuera planeado.

En América latina Núñez Urquiza y colaboradores 2009 relacionan las defunciones maternas con la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y una atención pobre e ineficiente; además, se ha demostrado que los embarazos con periodos intergenésicos cortos presentan complicaciones durante la gestación como: parto prematuro, diabetes, preeclampsia, muerte neonatal, etc.

En 2019 los Servicios de Salud Morelos (SSM) ocupó el primer lugar nacional en la contención de muerte materna y, además, se rastrearon 26 mil 667 nacimientos de los cuales 13 mil 996 fueron atendidos en los SSM por lo que la atención prenatal es numerosa.

Después de una minuciosa observación desde lo mundial hasta lo estatal, se identificó que ante el incremento de embarazos no deseados, periodos intergenésicos cortos en mujeres en edad reproductiva de diferentes edades y gestaciones de alto riesgo que se han detectado en usuarias añosas y en pacientes con alguna patología crónico degenerativa y que debido a la no aceptación del Método de Planificación Familiar (MPF), por parte de ellas y sus parejas, han presentado embarazos de alto riesgo; por lo que como personal de salud, del Triage Obstétrico del Hospital General Dr. José Guadalupe Parres, se ve en la necesidad de identificar los elementos que intervienen en la toma de decisión para el uso del método anticonceptivo en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatitlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México.

Dentro del marco de referencia, se realizan algunas especificaciones teórico-conceptuales para entender esta conducta; permitiendo a su vez dar a conocer los beneficios, derechos y reglamentos de la planificación familiar, la consejería y orientación en cuanto a los tipos y clasificación de los métodos anticonceptivos tomando conciencia sobre su riesgo reproductivo.

Se aplicó la subteoría de sistemas de enfermería de la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, por medio del proceso enfermero con la finalidad de proporcionar apoyo educativo sobre la educación sexual y reproductiva de las usuarias y de esta manera elijan de manera asertiva el Método Anticonceptivo (MAC) deseado en conjunto con el personal de salud para su seguimiento, así como actualizarse en los cuidados en cuanto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) repercutiendo así en un estilo de vida saludable que fortalezca el desarrollo socio económico de las familias cuernavacenses.

Por lo tanto, la metodología que se utiliza para esta investigación se encamina hacia un estudio cuantitativo, no experimental de diseño transversal descriptivo, en donde las participantes fueron elegidas aleatoriamente tomando en cuenta solo a las mujeres de 18 a 52 años que residan en el poblado de Santa María Ahuacatlán y que acepten participar, además de evaluar la impartición de la información de los métodos anticonceptivos y la disponibilidad de estos, el libre acceso a los Servicios de Planificación Familiar (SPF) así como también a la información igualitaria tanto en hombres como mujeres.

Se utilizó una entrevista como instrumento para la recolección de la información aplicándolo durante los meses de febrero y marzo del 2020, todo ello al previo consentimiento informado, respetando en todo momento los principios bioéticos establecidos por Tom Beauchamp y James Franklin Childress en 1979.

Finalmente, se utiliza el programa STATA 14 para el análisis de la información de lo cual se obtuvieron los resultados de la investigación.

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones que conllevan al incremento de embarazos no planeados, gestaciones con periodos intergenésicos cortos en mujeres en edad reproductiva de diferentes edades, gestaciones de alto riesgo detectadas en mujeres añosas y en pacientes con alguna patología crónica degenerativa, que debido a la no aceptación del Método de Planificación Familiar (MPF) por parte de ellas y sus parejas, han ocasionado dificultades en los diferentes trimestres de gravidez tales como: embarazos ectópicos, abortos espontáneos o pérdida del feto, complicaciones placentarias como; placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, eclampsia diabetes gestacional, partos prematuros, etc., que repercuten en la salud, condiciones de vida de las madres y los infantes, y como consecuencia la morbi mortalidad materno fetal. Debido a este contexto surge la necesidad de investigar y conocer cuáles son las decisiones que intervienen en el uso del método de planificación familiar en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatitlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México.

El Senado de la república, 2015 gestionó a la Secretaría de Salud (SSA) que investigue el programa de planificación familiar y anticoncepción, que se realiza a nivel nacional para que la comunidad goce de una vida sexual y reproductiva de forma informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos; ya que los senadores señalaron que aumentó la atención prenatal en México de 64.4% en 2000 a 74.4% en 2012, registrándose aproximadamente un millón de embarazos de adolescentes al año, asimismo, refirieron que el embarazo de adolescentes y mujeres que se hallan al término de su periodo reproductivo es mayormente de alto riesgo.

La OMS, 2019 realizó un estudio en 36 países y descubrió que dos tercios de las mujeres en edad reproductiva que desean postergar el embarazo desertaron al uso del

método anticonceptivo por miedo a sus efectos secundarios, por problemas de salud o por subestimar la probabilidad de concepción, lo que provocó que uno de cada cuatro embarazos fuera no planificado.

Aunque los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, pueden generar una amplia gama de riesgos para la salud de la madre y el niño, como malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte. Además, los embarazos no planificados pueden producir ciclos de gran fecundidad, reducir las posibilidades educativas y laborales y llevar a la pobreza, problemas que pueden extenderse a lo largo de generaciones. (OMS, 2019)

OMS, 2019 por lo tanto, cada año hay 74 millones de mujeres en países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados y el origen de 25 millones de abortos y 47,000 muertes maternas al año, por lo tanto, los embarazos no planificados continúan siendo un problema de salud pública.

Secretaría de Salud, (2013). México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social. (Secretaría de Salud, 2013)

En 2012 Wendt A. y colaboradores han realizado varias revisiones sistemáticas evaluando la evidencia de un vínculo causal entre el período intergenésico breve y los resultados de salud materna e infantil, concluyendo que los intervalos cortos, definidos de diversas maneras, pueden aumentar el riesgo de parto prematuro y otros resultados de salud infantil. También identifican que en América Latina se ha demostrado que mujeres con períodos cortos entre embarazos, tienen un mayor riesgo de complicaciones como parto pretérmino, diabetes gestacional, desprendimiento

premature de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino. (Wendt A, Gibbs CM, Peters S, & Hogue CJ, 2012)

Por otra parte, México recomienda que es necesario el acceso a la selección del método de planificación familiar tomando en cuenta la salud de la usuaria, para ello la OMS elaboró criterios médicos de elegibilidad y de esta manera los proveedores puedan ayudar a las mujeres de acuerdo con su condición de salud, edad o número de partos y decidir el método apropiado de acuerdo con el riesgo beneficio de cada uno. (Secretaria de Salud, 2002)

E. Rodríguez menciona que se deben tomar en cuenta algunas variables para elegir y recomendar un método anticonceptivo de acuerdo con la salud de la usuaria, edad, paridad satisfecha, frecuencia de encuentros sexuales, comodidad aceptabilidad, reversibilidad y comodidad para su uso. (Rodríguez, 2010)

Por lo tanto, las usuarias deberían poder elegir libremente el método anticonceptivo de su agrado, pero en realidad deben tener la asesoría de un profesional de la salud capacitado en salud sexual y reproductiva para tener una valoración minuciosa sobre la oferta de los métodos de planificación familiar más adecuado de acuerdo con su edad, condición física y situaciones de salud específicas.

La OMS, (2018) dentro de su programa en planificación familiar identifica que el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de 15 y 49 años aumentó mínimamente estabilizándose entre el 2008 y 2015. Sin embargo; África está entre 23.6% al 28.5%, en Asia del 60.9 al 61.8 % y mientras en América Latina y el Caribe el porcentaje es 66.7 %.

México se encuentra entre el cuarto y el octavo lugar en el mundo sobre el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de 15 a 49 años en unión libre y casadas, debido a que en el 2006 disminuyó el porcentaje de 73.9% a 70.9 % cifra menor a la esperada para el programa nacional de población del 2001 al 2006, alcanzando la cantidad de

11.7 millones de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos y 1.2 millones menor a la deseada. (Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, 2010)

De igual manera la Fundación reporta que la proporción de usuarias que recibieron información sobre métodos anticonceptivos en 1997 viene siendo casi la misma que en el 2006 de 40 a 40.9 % y aquellas que no recibieron información aumentó de 26.1 al 30.5 %, por lo tanto 3 de cada 10 mujeres utilizan algún método sin recibir información, 4 recibieron información y las ultimas 3 escasa información.

En una encuesta del servicio nacional de población del 2011 se observó que las usuarias del estado de Morelos como prioridad aceptaron la OTB, vasectomía, el uso del preservativo y los métodos hormonales inyectados como control o fin de su fecundidad, disminuyendo el uso del DIU, los hormonales orales y los métodos tradicionales. (CONAPO, 2011).

En 2009 Núñez Urquiza y colaboradores mencionan que en América Latina es una región caracterizada por la desigualdad en el acceso a los servicios de salud". Se han descubierto desigualdades entre sociedades altas y de escasos recursos debido a la mortalidad materna, relacionando las defunciones con el difícil acceso a una atención eficiente y oportuna.

"Morelos se recupera y avanza al ocupar el primer lugar nacional en contención de muerte materna durante el 2019, logrando la menor razón de mortalidad materna en los últimos 18 años en la entidad". Y que además rastrearon 26 mil 667 nacimientos y de estos 13 mil 996 fueron en las unidades médicas de los Servicios de Salud Morelos (SSM) (Salgado Nava, 2019).

La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar de este, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales".

En 2020 la OMS "calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar; de ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción".

También menciona que el uso de los métodos anticonceptivos evita peligros para la salud conexos al embarazo, y más aún en las adolescentes; cabe mencionar que cuando el intervalo entre nacimientos es menor a dos años, la tasa de mortalidad infantil es 45% superior que cuando es mayor de 2 a 3 años, y un 60% significativo si es mayor de tres años. Además, proporciona beneficios no relacionados con la salud como mayor oportunidad de educación, más autonomía para las mujeres, normalidad en el crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países.

"Entre los años 2000 y 2019, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en mujeres en edad reproductiva casadas aumentó a nivel mundial 2,1 puntos porcentuales: del 55,0% (IC95%: 53,7% a 56,3%) al 57,1% (IC95%: 54,6% a 59,5%)". (OMS, 2020)

Se identifica también que una de las razones por las cuales se escasea la oferta de los métodos anticonceptivos, es la falta de acceso a los servicios de planificación familiar por los jóvenes de escasos recursos y los solteros, debido al temor por las reacciones adversas que han presentado con algún método MAC, por cuestiones religiosas y culturales, por una calidad de atención inadecuada, confusiones de los usuarios y personal de salud reproductiva sobre en consenso en la elección del método

anticonceptivo, así como también los prejuicios sobre género para utilizar los Servicios de Planificación Familiar (SPF).

1.2 JUSTIFICACIÓN

Ante el incremento de embarazos no planeados, periodos intergenésicos cortos en mujeres en edad reproductiva de diferentes edades y gestaciones de alto riesgo que se han detectado en mujeres mayores de 35 años y en pacientes con alguna patología crónica degenerativa, que debido a la no aceptación del Método de Planificación Familiar (MPF) por parte de la mujer y su pareja, presentan complicaciones biológicas que se pueden detectar en el Triage Obstétrico del Hospital General Dr. José Guadalupe Parres, surgiendo así la necesidad de investigar cuáles son los elementos que intervienen en la toma de decisión para el uso del método de planificación familiar en mujeres mayores de edad de Cuernavaca, Morelos.

La identificación de estas características servirá para elaborar programas eficientes y asertivos para reforzar la orientación y consejería en la mujer y su pareja repercutiendo en la disminución de embarazos no planeados, no deseados y/o complicados, así como, el beneficio de aumentar el periodo intergenésico entre los hijos que desean tener, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las familias cuernavacenses.

Esto mismo ayudará en la toma de decisiones oportunas sobre la aceptación, elección y uso del método de planificación familiar de acuerdo con las necesidades como; el estado de salud de la paciente, edad y creencias de cada pareja de una manera libre y responsable; facilitándoles la información necesaria y promoción de los métodos de planificación familiar con los que se cuenta en el servicio de planificación familiar de la localidad.

Así como proporcionar sustento legal sobre el consentimiento informado y el uso de métodos anticonceptivos desde su primera consulta médica, que permita solicitar la

firma del documento médico legal para anexarlo a su expediente y esté listo en caso de alguna urgencia obstétrica.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características socio demográficas que intervienen en la toma de decisión para el uso del método anticonceptivo en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Describir las características de las mujeres participantes.
2. Identificar el libre acceso a los servicios de planificación familiar y la disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos existentes en su localidad.
3. Determinar la impartición de la información que influye en la toma de decisión sobre los métodos anticonceptivos disponibles que se ofrecen en los servicios de planificación familiar de la localidad.
4. Describir las condiciones de igualdad de género en la impartición de la información del método anticonceptivo.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características socio demográficas que intervienen en el uso del método de planificación familiar en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatlán del municipio de Cuernavaca, Morelos?

1.4.1 ANTECEDENTES NACIONALES

En Acanceh Yucatán México, Ojeda y colaboradores, (2016) realizaron un estudio observacional, analítico, de casos y controles, prospectivo. La muestra fue mujeres embarazadas multigestas, con Periodo Intergenésico (PIG) menor a 24 meses (Casos) y las de PIG de 24 meses o más (Controles); atendidas entre el 1 de noviembre al 31 de diciembre de 2014. Se examinaron los factores de riesgo que intervienen en el periodo intergenésico corto en usuarias que fueron hospitalizadas en el hospital rural número 59.

Los resultados encontrados en el estudio propuesto por Ojeda fueron los siguientes: participaron 24 personas como casos y 50 como controles. La media de edad de fue de 20 años (casos) y de 28 (controles). La ocupación (RM= 5.06, $p=0.0093$), escolaridad de la mujer (RM=3.54, $p=0.012$); escolaridad de la pareja (RM=3.96, $p=0.007$) fueron variables asociadas a PIG corto. No usar método anticonceptivo se asoció cuatro veces más con un PIG corto ($P=0.018$). La proporción de casos con PIG corto, atribuibles a la exposición de las variables ocupación y escolaridad de la mujer y escolaridad del esposo, fue de 29.5%, 27.45% y 28.8%.

Concluyendo que el no usar métodos anticonceptivos se relaciona cuatro veces más a un periodo intergenésico corto. A mayor escolaridad de las usuarias mayor uso en la anticoncepción y por lo tanto un periodo intergenésico más prolongado, así como los esposos más preparados tienden a colaborar más en la planificación familiar. (Ojeda, Angel, Rodríguez, & Andueza, 2016).

Lara Contreras y colaboradores, (2018) realizó en el estado de Querétaro un estudio transversal descriptivo de marzo del 2017 a marzo del próximo año en una institución de seguridad social, en donde evaluó factores intrínsecos y extrínsecos para identificar la prevalencia a la no coincidencia de los anticonceptivos elegidos en la consulta prenatal y el aplicado posterior algún evento obstétrico. Este estudio concluye que los factores intrínsecos y extrínsecos asociados a la no coincidencia del método de

planificación familiar con mayor prevalencia son el cambio de decisión por la paciente y la falta de insumos respectivamente. (Lara Contreras, y otros, 2018)

Por otra parte, Castro Vázquez, (2015) realizó un estudio observacional analítico transversal de todas las mujeres atendidas en un mes, de parto, legrado o cesárea en el Hospital de la Mujer Zacatecana, en donde el objetivo fue identificar los factores que determinan el rechazo de los anticonceptivos en usuarias que acudieron a la atención médica posterior a un evento obstétrico.

En este estudio atendieron 580 pacientes, de las cuales 358 aceptaron un método anticonceptivo post evento obstétrico, el más solicitado fue el DIU en 273 casos, seguido de la OTB con 78 casos y los restantes siete pacientes eligieron los orales, pero 222 usuarias no aceptaron el APEO y de éstas sólo 94 fueron consideradas para la investigación.

Se excluyeron 128 pacientes que egresaron sin método por indicación médica, 12 pidieron un método no disponible en ese momento y 73 afirmaron no haber recibido orientación-consejería en APEO durante el control prenatal. La edad promedio de las participantes fue de 24 años; 53 pacientes, que representan más de la mitad de la muestra, pertenecieron al grupo de edad de 21 a 35 años. La mayoría de mujeres casadas y en unión libre, no aceptaron algún método (86%).

Castro Vázquez R., (2015) encuentra en su estudio que la religión católica influye en las usuarias para la toma de decisiones sobre anticonceptivos, sin embargo, no resultó estadísticamente significativa, ya que obtuvo un valor de $p=0.75$. Por otro lado, hubo relación entre el grado de influencia ejercido por la religión y la causa por la que no se aceptó la APEO, las pacientes que refirieron tendencia a la religión es motivo de su decisión. Y a las que mostraban apatía por la religión inspiraron su deseo de embarazo, la falta de información, migración de la pareja renuente al uso alguna del método anticonceptivo.

Los principales determinantes del rechazo al método anticonceptivo post evento obstétrico es la falta de información de los métodos y la escasa o nula participación del esposo en la planificación familiar. (Vázquez Castro, 2015).

1.4.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Babahoyo Ecuador, Morante Veliz G. y Vásquez Álvarez A. realizaron un estudio cualitativo de tipo transversal descriptivo, para conocer los factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil de 14 a 30 años de edad que acuden a la consulta externa del centro de salud Antonio Sotomayor del cantón Vinces, los ríos, de enero a junio 2019. La muestra fue por conveniencia en donde participaron 70 mujeres.

Encontrando que los factores con mayor incidencia fueron los sociales con un 71%, en el cual el factor de conocimiento de los métodos anticonceptivos tuvo el mayor porcentaje del 36%. concluyendo que el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil es muy importante ya que les permite elegir con responsabilidad. (Morante Veliz & Vásquez Álvarez, 2019)

Sánchez Retana & Leiva Granados, (2016). realizaron una investigación en Costa Rica, por medio de la encuesta nacional de la juventud y el modelo de probit binario, modela la decisión del uso de anticonceptivos con base en diferentes características personales y socioeconómicas. Para analizar los factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven de 15 a 35 años en Costa Rica, demostrando que: tanto la edad de la mujer como de la pareja, tener pareja estable y vivir en zona urbana son factores que disminuyen el uso de métodos anticonceptivos, aunque ser mujer, escolaridad universitaria, tener información sobre infecciones de transmisión sexual y anticonceptivos, frecuencia de relaciones sexuales y apoyo de la familia son factores aumenta el uso de métodos anticonceptivos.

Concluyendo que: los resultados podrían apoyar para las políticas en prevención del embarazo adolescente y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). También destaca la importancia de proporcionar educación sexual a los jóvenes y sus familias para estimular la abstinencia y una vida sexual responsable. (Sánchez Retana & Leiva Granados, 2016).

Navalón Mira y Ruiz Callado, (2015). realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo comparativo de corte transversal de análisis sociológico para identificar los factores de riesgo sexual y su relación con la estructura familiar en la población universitaria de Cádiz España, de la que forman parte los estudiantes universitarios según el grado que cursan.

La muestra estuvo conformada por 220 alumnos, encontrando que el 70.1% inicio su sexualidad entre los 16 a 18 años, de estos el 95% utilizó algún método en su primera relación sexual. Los alumnos de enfermería obtuvieron información sexual de centros educativos y los de administración de amigos. Por lo tanto, existen riesgos para la salud en los alumnos universitarios, no encontrándose influenciados por la estructura familiar de origen, y el realizar estudios de enfermería no supone un comportamiento sexual seguro. (Nabalón Mira & Ruiz Callado, 2015).

Guzmán Alvarado y Henríquez Pereira (2015) realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, la muestra estuvo comprendida por 231 mujeres, para Investigar cómo influyen los factores socioculturales en el uso de un método de planificación familiar en las usuarias de 15 a 35 años de edad del Cantón el Jícaro, del municipio de Tacuba, en Ahuachapán de febrero a junio 2015.

Encontrando que: la mayoría de las pacientes entrevistadas corresponden al rango de edad de 26-30 años (30%), la mayor proporción son casadas (45%), el resto 30 están acompañadas y sólo un mínimo porcentaje son solteras, la mayoría de las participantes

no cuentan con un nivel de educación básica (29%), la mitad de ellas no cuentan con un empleo o trabajo y se dedican a oficios domésticos o al cuidado de la familia (49%), el 68% ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar, un amigo es quien le brinda información sobre métodos anticonceptivos (46%), quien tomó la decisión de no utilizar un método fue la mujer (44%), el 83% de ellas cuenta con el apoyo de su pareja la gran mayoría de la población manifiesta haber tenido cierto grado de información sobre los métodos de planificación familiar por diferentes medios, el 63% ha escuchado que el uso del método es bueno, el 81% son de religión protestante, al 64% su religión le prohíbe el uso de algún método anticonceptivo, es muy bajo el porcentaje 21% de hombres que reciben información sobre planificación familiar. (Guzmán Alvarado & Henríquez Pereira, 2018)

Chamba y Casanova Jiménez, (2012). realizaron una investigación de carácter descriptivo-prospectivo. en Ecuador, la muestra estuvo conformada por 60 mujeres de 14 a 45 años que habitan en el barrio Zalapa, utilizando un instrumento de recolección, con base a encuestas dirigidas y guiadas para establecer el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, a qué edad los utilizan más frecuentemente, determinar los factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo abril –agosto 2012”

Encontrando que: la edad predisponente fue es de 14-24 años, el 45% tiene de 1–2 hijos, la mayoría es de estado civil soltera con un 43%, el 27% no usa métodos anticonceptivos, como principal factor limitante para el no uso de métodos anticonceptivos es la religión en el 33%, la principal consecuencia psicológica del no uso de métodos anticonceptivos es el miedo con un 65%, el 55% de las pacientes opinan que los métodos anticonceptivos no causan enfermedades, además, un 68% refirió no haber padecido ninguna enfermedad debido al uso de anticonceptivos. (Chamba & Casanova Jiménez, 2012)

Es importante mencionar que Perú se ha distinguido entre los países latinoamericanos por el desarrollo de estudios en este tema por lo que se destacan en la siguiente tabla:

(NUMERO DE TABLA N°1)

ESTUDIOS PERUANOS				
CITA	METODOLOGÍA	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
(Minaya Santa Cruz, 2019)	Realizó un estudio cuantitativo, transversal descriptivo, muestra de 63 mujeres, utilizó un cuestionario de 12 preguntas con énfasis a los factores socioculturales más conocidos en el uso de los métodos anticonceptivos.	Conocer los factores socio culturales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en Santa Carmela de Mashangay	Los factores culturales: Grado de instrucción primaria completa, religión evangélica, el esposo no interfiere en la decisión del método anticonceptivo, el método más usado son los inyectables, el mayor porcentaje acuden a un establecimiento de salud para el uso de método anticonceptivo y los factores sociales como el estado civil es la convivencia.	Los factores socioculturales influyen en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de edad reproductiva del Puesto de Salud Santa Carmela de Mashangay.
(Chávez Marcelo, 2019)	Realizó una investigación descriptivo-analítico, correlacional, no experimental de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 97 mujeres en edad fértil que usan método anticonceptivo entre 15 y 49 años de edad.	Determinar la influencia de los factores socioculturales en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil del Caserío Puylucana – Baños del Inca, Cajamarca.	Los factores sociales, el 29,9% de mujeres es del grupo etario de 30-34 años de edad; su grado de instrucción es secundaria con 18,6% tanto secundaria completa como incompleta; el 71,1% refirieron ser convivientes y el 73,2% son amas de casa; factores culturales, el 50,5% son religión católica, el 86,6% dijo que si existen mitos sobre los anticonceptivos y el 86,6% admitió las creencias sobre ellos. El 55,7% menciono es un pecado usar algún método anticonceptivo, el 56,7% indicó que tener varios hijos es voluntad divina; manifestaciones culturales, se obtuvo que el 27,7% tiene vergüenza de usar un método anticonceptivo y el 83,3% miedo; el 35,1% de las mujeres son secundíparas; el método anticonceptivo más utilizado por quienes son usuarias es el inyectable en 32,9%. Los factores socioculturales que influyen en el uso de métodos anticonceptivos son el grado de instrucción (p=0,05), la religión (p =0,052), y el reconocimiento por parte de la mujer de la existencia de mitos sobre el uso de anticonceptivos (0,032) y las creencias sobre esto (0,052).	Conclusión: algunos factores socioculturales influyen en el uso de métodos anticonceptivos.
(Celestín o Dorival, 2018)	Realizó un estudio observacional, transversal prospectivo, de nivel racional, con muestra de 107 pacientes durante el posparto	Identificar los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima en los meses de octubre a diciembre del 2018	Los métodos anticonceptivos usados fueron el hormonal en un 85% como la ampolla de tres meses y el implante subdérmico, y el de barrera en un 15% el preservativo. Los factores sociodemográficos asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto fueron el estado civil (p=0.007) conviviente, que la pareja quiera que use métodos anticonceptivos (p=0.048) y la influencia de la pareja en la elección del método para método hormonal (p=0.007), mientras que para método de barrera fueron el estado civil casada, que la pareja no quiera que use métodos anticonceptivos y la no influencia de la pareja en la elección del método. Los factores gineco-obstétricos y culturales no se asociaron al uso de métodos anticonceptivos en el postparto (p>0.05).	Se concluyó que los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el postparto fueron el estado civil, el hecho que la pareja quiera que use métodos anticonceptivos, y la influencia de la pareja en la elección del método.

CITA	METODOLOGÍA	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
(Romero Ramírez, 2018)	Realizó una investigación de diseño no experimental de corte transversal, de tipo cuantitativo descriptivo, muestra fue de 140 mujeres en edad fértil atendidas en Consuelo de Velasco –Piura, el instrumento de recolección de datos fue mediante dos cuestionarios para medir el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y otro para las características socio-demográficas y prácticas sexuales.	Conocer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil atendidas en el establecimiento de salud I-4 Consuelo de Velasco –Piura, mayo 2018	Se demostró que las mujeres participantes tuvieron un nivel de conocimiento global bueno 70,00%, de igual manera se evidenció en los métodos anticonceptivos hormonales, de barrera e intrauterino 72,86%, 74,29 %, 63,57% respectivamente; mientras que en métodos definitivos se obtuvo un nivel regula 57,86%.	Se determinó que en cuanto a las características sociodemográficas la edad que predominó fue de 20 a 40 años (42,86%), el 47,14% son convivientes, y de religión católica el 96,43%. Así mismo el 47,15% son amas de casa. En relación a las prácticas sexuales el 74,29% refiere tener enamorado, y el 84,29% han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio entre 15y 19 años con un 74,58% cada una, la orientación sexual en su totalidad fue heterosexual con el 100,00%
(Ramos Rojas, 2018)	Realizó un estudio observacional analítico de casos y controles, muestra de 240 puérperas que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se dividieron en dos grupos 120 mujeres que eligieron método anticonceptivo (grupo caso) y 120 mujeres que no eligieron método anticonceptivo (grupo control) en los meses de mayo y junio como instrumento de recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre los factores socio culturales, sexuales, reproductivos y de información con su previo consentimiento.	Determinar factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el 2018.	Los factores que influyen a la elección de métodos anticonceptivos son: grado de instrucción "secundaria – superior" (OR=0.140), el estado civil "casada – conviviente" (OR=0.210), una familia "extensa o nuclear" (OR=0.382), tener una pareja estable (OR=0.285), tener el apoyo de la pareja (OR=0.385), el saber que son las Infecciones de Transmisión Sexual (OR=0.432), el saber los efectos secundarios (OR=0.519), el saber qué hacer si se presentará estos efectos secundarios (OR=0.381), ya que se asociaron estadísticamente.	Los factores socio – culturales, sexuales – reproductivos y de información influyen en la elección de métodos anticonceptivos.
(Villa Narba, 2018).	Realizó un estudio correlacional prospectivo de corte transversal	Determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Muestra: Todas las puérperas de parto vaginal y post operadas de cesárea que se atendieron en el Hospital de Cajamarca, el 2018.	El tener secundaria incompleta, ser amas de casa y pertenecer al nivel socioeconómico D son los determinantes sociales estructurales de la salud predominantes; entre los determinantes biológicos y condiciones de vida, destacan las puérperas de 14 a19 años, primíparas y que han tenido un parto vaginal. Además, se caracterizan por ser católicas, convivientes y proceder de la zona urbana; el 65,2% de las puérperas rechazan el uso de métodos anticonceptivos. Existe una relación alta entre los determinantes estructurales y el rechazo a los métodos anticonceptivos, resaltando el nivel de educación, ocupación y nivel socio económico. También, se encontró una relación significativa entre los determinantes biológicos y condiciones de vida frente al rechazo de métodos anticonceptivos, destacando al rango de edad, primiparidad, estado civil y programas sociales.	existe una relación significativa entre los distintos determinantes sociales de la salud frente al rechazo de métodos anticonceptivos.

CITA	METODOLOGÍA	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
(Chagua Pariona, 2017)	Realizó una investigación descriptiva correlacional y comparativa, aplicó un cuestionario elaborado y validado sobre conocimientos y actitudes a todas las mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años de la comunidad de Coricocha, los datos se procesaron por medio de SPSS versión 22.	Determinar los factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos y naturales en las mujeres en edad reproductiva de la Comunidad de Coricocha, distrito de Vilca.	Mediante una entrevista estructurada identificó las características sociodemográficas, culturales y reproductivas. Ambos instrumentos obtuvieron una validez de constructo y confiabilidad mayor a 0.70,2, El 52.1%. la mayoría se encontraba entre los 30 a 49 años; 81% son amas de casa y el 38% convivientes; 95.9% residía en Coricocha Huancavelica entre 10 a más años, el 45.5% cuentan con dos habitaciones, 89.3% se atienden en una posta de salud, el 99.2% cuentan con SIS. El porcentaje de mujeres que tiene de 4 a más hijos es de 19.8%, el 87.6% de las mujeres no utilizo ningún método anticonceptivo antes de su parto, Las principales razones para no utilizar métodos anticonceptivos es el temor 20.7%; los esposos Interfieren en el uso de un método anticonceptivo 70.2%, el 67.2% no tiene creencias con los métodos anticonceptivos y el 59.5% utilizan un método natural.	Aproximadamente el 13% de las usuarias de algún método anticonceptivo moderno y el 87% son usuarias de otro método anticonceptivo en el año 2017 entre los meses de junio a agosto en la Comunidad de Coricocha
(León Palacios, 2006)	Realizó una investigación de diseño prospectivo – cualitativo, descriptivo y analítico, la muestra estuvo conformada por 10 usuarias del servicio de planificación familiar, el instrumento de recolección de datos, fue por medio de una entrevista aplicada, elaboración de mapas conceptuales y diagramas de asociación.	Conocer las costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles, en usuarias del SPF del centro de salud San Fernando; así como también analizar los factores externos a las costumbres que influyen en el uso continuo de métodos anticonceptivos	Las principales costumbres que ejercen mayor influencia sobre la elección de un método anticonceptivo moderno reversible son: la presencia de la menstruación, el rol pasivo de la mujer en el cuidado de su salud reproductiva y la dependencia mujer –marido que influyen en la elección del método, como también en su uso continuo. En la elección de un método anticonceptivo moderno reversible hay inequidad de género, desfavorable al sexo femenino por la sobrecarga de roles, deseando un método simple, que le brinde menos preocupaciones y no intervenga en su rutina de vida. El tiempo de protección prolongado, menos visitas al centro de salud y que necesite menor intervención médica motivan la elección tanto como el uso continuo del método anticonceptivo moderno reversible, también este uso continuo se relaciona directamente con la aprobación de uso por la pareja.	La elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles se basa principalmente en posibles daños al uso, evitar los menores efectos adversos conocidos, la seguridad de su eficacia experimentando su menstruación mensualmente. El uso continuo, se relaciona con la satisfacción al uso y la motivación que les brinda el proveedor; que se ve afectado por el desabastecimiento del método, optando por la Depoprovera como opción de uso ante esta situación así cursen amenorrea.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En México la planificación familiar (PF) es definida de diferentes formas, el IMSS la define como: el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas. (IMSS, 2015)

Es importante mencionar que se desarrolló la Norma 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar misma que fue elaborada gracias a la participación de instituciones públicas, sociales y privadas del medio nacional que se relacionan directamente con los servicios de salud reproductiva, estableciendo con ello que los servicios de planificación familiar se ofrecerán a todo individuo en edad fértil que asista a solicitar atención sin importar la causa de consulta por la cual acudió, especialmente a las mujeres con mayor riesgo reproductivo.

Además, estos son categóricamente gratuitos cuando sean prestados por el sector salud, dependientes del gobierno, esto es los servicios públicos de salud, haciendo que toda persona que solicite los SPF se le debe atender para fortalecer su salud evitando con ello embarazos no deseados o de alto riesgo al proporcionar información y consejería dando seguimiento al individuo en caso de que acepte algún método de planificación familiar.

Actualmente la OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices basadas en datos científicos sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer

sus necesidades. (OMS, 2017), ya que la PF en conjunto con el uso de los métodos anticonceptivos permite impedir los embarazos no deseados, así como, evitar la muerte del binomio. (OMS, 2018)

La NOM 005 determina las disposiciones generales y las técnicas específicas para la prestación de los servicios de planificación familiar desde la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, así como, la identificación, manejo y referencia de los casos con esterilidad e infertilidad recalcando la información, orientación y consejería. (NOM 005, 1993)

Además, planificación familiar se ofrece como prioridad para la salud reproductiva con el fin de prevenir riesgos para la salud de la mujer, hombres, niños y niñas, siendo un derecho para toda persona decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con todo respeto a su dignidad.

Y que los servicios de planificación familiar se deben brindar, a toda persona en edad reproductiva que asista a los servicios de salud sin importar el motivo de consulta, especialmente las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo y estos servicios deben ser gratuitos por instituciones públicas.

Todo individuo que solicite los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para prevenir tanto embarazos no deseados como de alto riesgo, deben obtener información y consejería, incluso aplicar un método anticonceptivo desde la primera consulta, y cuando. Los usuarios deben recibir atención cuando tengan dudas o tengan alguna secuela al uso del método anticonceptivo inclusive si no tiene cita programada. (NOM 005, 1993)

En el 2018 Gómez Pérez menciona que es importante que todo individuo pueda ejercer su derecho de acudir libremente a los servicios de PF cuando tenga dudas o presente efectos colaterales de su método anticonceptivo, aunque no tenga cita programada, además, que la promoción e información de los servicios de planificación familiar se

deben llevar a cabo por conductos masivos, colaboración nacional y comunitaria por medio de prácticas grupales, consultas personales e inspecciones domiciliarias, todo esto, con el fin de hacer conciencia del acceso a los servicios de planificación familiar tanto en la atención comunitaria como en lo privado. (Gómez Pérez, 2018)

La NOM 005 también, refiere que en cuanto a la información y educación a nivel grupal o individual se debe de impartir de igual manera tanto a hombres como a mujeres el próximo contenido:

1. Dar a conocer la sexualidad y reproducción humana de manera bio-psico-social.
2. Proporcionar información y orientación sobre los principales factores de riesgo reproductivo en cualquier etapa de la vida, para que los usuarios tengan conocimiento de ellos.
3. Dar a conocer a los usuarios la variación de métodos anticonceptivos disponibles para ambos sexos, en cuanto a presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas, efectos colaterales u orientación sobre el uso y costo de los mismos.
4. Proporcionar a los individuos información técnica y dotación de los métodos anticonceptivos.
5. Dar a conocer la información y orientación de la esterilidad e infertilidad.

Gómez Pérez, refiere que los beneficios de la planificación familiar son:

- ✓ Aumentar el desarrollo en la comunidad
- ✓ Proveer bienestar e independencia de las usuarias
- ✓ Oportunidad de preparación académica para la mujer y su pareja
- ✓ Soporte para la salud
- ✓ Disminuir la mortalidad materna
- ✓ Evitar embarazos de procreación prematura
- ✓ Evitar embarazos no deseados
- ✓ Disminuir la práctica de abortos altamente peligrosos
- ✓ Reducir la mortalidad infantil por embarazos con periodo intergenésico corto.

- ✓ Prevenir la infección de VIH y SIDA, con los métodos de barrera
- ✓ Facilitar la obtención de un empleo remunerado
- ✓ Mejorar la calidad de vida y tiempo para cada hijo
- ✓ Menos hijos igual a más años en la escuela
- ✓ Disminuir la explosión demográfica
- ✓ Mejorar la economía y el medio ambiente
- ✓ Espaciar el tiempo de cada embarazo
- ✓ Determinar la cantidad de hijos que desea tener
- ✓ Impedir el embarazo si presenta una enfermedad que peligre su vida

Recalca que el personal médico, paramédico de las instituciones de salud, apoyo comunitario y clínicas privadas en cuanto a los servicios de planificación familiar debe:

- ✓ Promover y difundir
- ✓ Proporcionar información y educación
- ✓ Brindar consejería
- ✓ Facilitar la selección, prescripción y aplicación de los MAC
- ✓ Identificar y manejar los casos de esterilidad e infertilidad.

2.1.1 SALUD REPRODUCTIVA

De acuerdo a los datos del banco mundial la población ha aumentado de 3 mil millones hace 50 años a más de 6 mil millones en la actualidad lo que hace suponer que en 50 años más, se duplicara la cantidad. ONU, (2018). Con base a las estadísticas vitales de natalidad la CONAPO considera que hubo 11553 nacimientos en niñas y adolescentes de 10 y 14 años con un 45% de estos en el país. (Secretaría de Gobernación, 2019)

La salud sexual y reproductiva no es un tema nuevo y es de suma importancia por la sobrepoblación en el mundo ocasionada por los embarazos no deseados y además las

ITS que se relacionan con las complicaciones de la salud de las personas en el mundo. (Mélany Uribe-Clavijo¹, 2012)

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda intimidación, discriminación y violencia. Además, menciona que la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años (OMS, 2018)

La OMS en 1975 considero que son necesarios tres elementos básicos para disfrutar de una adecuada salud sexual:

1. Disfrutar de una salud sexual reproductiva con ética personal y social.
2. Ejercer su sexualidad sin miedos, sin afligirse, libre de problemas psicológicos y sociales que afecten las relaciones sexuales.
3. Ejercer su sexualidad sin enfermedades o patologías que interfieran en la actividad sexual.

En 2021 la OMS expresa que la salud reproductiva es un estado completo bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Plantea programas estructurados para fortalecer la procreación y función del aparato reproductor en todas sus fases de vida, además, programas que permitan adquirir una sexualidad consciente, eficaz, segura y la libertad de procrear su descendencia cuando lo deseen. (OMS, 2021)

Se estima que 214 millones de mujeres en edad reproductiva en los países desarrollados anhelan postergar o interrumpir la procreación sin embargo no utilizan ningún método anticonceptivo innovador.

Secretaria de Salud, (2019). Mediante un boletín dio a conocer que en el 2018 se lograron avances en la planificación familiar, informando que el hospital de la mujer

alcanzo el cuarto lugar de cobertura y calidad del programa de Anticoncepción Posterior al Evento Obstétrico (APEO) en beneficio de las usuarias de este hospital, mismo que proporciono orientación de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos a los hospitales del estado.

El resultado de las estrategias aumentó el número de usuarias de los diferentes métodos anticonceptivos de mil quinientas a dos mil cuatrocientas mujeres en las veintidós facultades en donde se proporciona información para la prevenir el embarazo en jóvenes universitarias.

Además, se proporcionaron pláticas informativas sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, embarazo de alto riesgo, conoce tu sexualidad y prácticas de alto riesgo a más de tres mil jóvenes. Además, se efectuaron jornadas de vasectomía y Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) a los usuarios con paridad satisfecha para disminuir la tasa de fecundidad en la entidad. (Secretaría de Salud, 2019)

En un comunicado de la secretaría de gobernación, expone el Consejo Nacional de Población (CONAPO) que el promedio de hijos por mujer en México es de 2.1 y que la entidad con mayor porcentaje de mujeres en edad reproductiva es Quintana Roo con un 57.6%. de acuerdo con la población en México y las entidades federativas el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años constituye un 53.1% de la población total, además se estima que para el 2030 el porcentaje de mujeres en edad reproductiva será de 54.9%, y la ciudad de México con el porcentaje más bajo de 48%. (Secretaría de Gobernación, 2019)

La OMS ha definido a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. (OMS, 1994). En base a esto se define que la salud reproductiva no solo implica la anticoncepción y la planificación familiar sino también la salud y el desarrollo humano;

es decir, en México se integran a este concepto la educación sexual, el control ITS, la maternidad libre de riesgo, la atención de las complicaciones del aborto, la perspectiva de género y la prevención de la violencia de género. (Secretaría de Salud, 2007-2012)

En Morelos el programa de la escuela sana, llevado a cabo en conjunto con la Secretaría de Salud (SSA) y Servicios de Salud Morelos, (SSM) promueven la Planificación Familiar y Salud Reproductiva por medio de pláticas, consejería y orientaciones a los estudiantes de primaria y secundaria; esto incluye a las alumnas del programa de apoyo a la educación básica para madres jóvenes y jóvenes embarazadas Programa Nacional de Becas (PRONABE), además invitan a los padres de familia, para orientarlos sobre métodos anticonceptivos, la prevención de ITS y de esta manera llevar una vida sexual y reproductiva saludable, sin riesgos tomando decisiones asertivas de forma responsable e informada sobre el número de hijos que deseen tener y cuando tenerlos. (IEBEM, 2021)

Así pues, los SSM están obligados a proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, de igual manera desarrollar programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad repercutiendo en el bienestar de la comunidad.

2.1.2 EDAD Y FERTILIDAD

La American Society For Reproductive Medicine (ASRM) por sus siglas en inglés, define que las mujeres no son fértiles hasta la menopausia. La edad promedio de la menopausia es a los 51 años, pero la mayoría de las mujeres se vuelven incapaces de lograr un embarazo con éxito alrededor de los 45 años. También establece que la mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años y que la fertilidad disminuye

gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años, siendo que cada vez que la mujer intente embarazarse, una mujer sana y fértil de 30 años de edad tiene una probabilidad del 20% de quedar embarazada. (American Society For Reproductive Medicine, 2013)

Eso significa que por cada 100 mujeres fértiles de 30 años de edad que intentan quedar embarazadas en un ciclo, 20 tendrán éxito y los 80 restantes tendrán que intentarlo de nuevo. A la edad de 40 años, la probabilidad es inferior al 5%.

Se conoce como edad fértil al periodo en que una mujer puede quedar embarazada según la (OMS, 2018), es iniciando con la menarca a los 15 años y finalizando con la menopausia a los 50. No obstante, el patrón no es rígido para todas las mujeres. La estructura de fecundidad muestra un patrón joven ubicado en mujeres de 20 a 24 años con 117,9 nacimientos por cada 1000 mujeres de este conjunto en el 2019. De acuerdo con las proyecciones de la población se estima que para el 2050 se reduzca la tasa de fecundidad de mujeres de 15 y 19 años. (Secretaría de Gobernación, 2019)

La ovulación y el ciclo menstrual

Las mujeres tienen menstruaciones mensuales porque ovulan cada mes, los óvulos maduran dentro de los folículos al inicio del ciclo menstrual. La hormona foliculoestimulante (HFE) que es secretada por la glándula pituitaria, estimula a los folículos para hacer crecer a los ovarios. Regularmente solo un folículo madura y libera un ovulo, el resto cesara de crecer y se degenerara. Si el ovulo es fecundado e implantado en el endometrio, se producirá un embarazo en caso contrario, se desprende del endometrio siendo evacuado como flujo menstrual dando origen a un nuevo ciclo. Por lo general en la adolescencia las niñas tienen periodos menstruales irregulares y a partir de los 16 años se vuelven regulares abarcando ciclos de 26 a 35 días. Es partir de los 30 y a finales de los 40 años se encuentra el proceso de climaterio relacionándose con cambios antes y durante el momento en que los ciclos menstruales se acortan y se comienza a perder paulatinamente la capacidad de ovulación; por otra

parte, el dejar de presentar periodos menstruales durante un año se dice que se encuentra en la menopausia refiriéndose a una fecha en concreto de la última vez que la mujer tuvo su menstruación. (American Society For Reproductive Medicine, 2013)

Cabe resaltar que al paso de los años las mujeres envejecen y con ello la fertilidad se limita por los cambios relacionados con la edad, sin embargo, los hombres dentro del proceso de senescencia siguen produciendo espermatozoides.

La fertilidad de la mujer al envejecer

Una adecuada edad reproductiva es aproximadamente a los 20 años y va disminuyendo a partir de los 30 y aún más después de los 35 años conforme pase el tiempo la probabilidad de embarazarse disminuye al 20% por lo que 20 de ellas que intenten embarazarse en un ciclo obtendrán éxito y 80 tendrán que intentarlo nuevamente. A los 40 años la probabilidad disminuye a menos del 5% por lo que 5 de cada 100 mujeres logran un embarazo. La edad promedio de la menopausia es a los 51 años, estos porcentajes son válidos tanto para embarazo natural como en un tratamiento de fertilidad. (American Society For Reproductive Medicine, 2013)

A los 40 años la sexualidad se ve afectada por la disminución hormonal que provoca atrofia vaginal por la escasa o nula lubricación, pérdida del tono muscular, dolor al coito y problemas urinarios. (Clínica las Condes, 2017)

El climaterio

Es el periodo en el cual la mujer pasa de una vida reproductiva a la no reproductiva, normalmente esta etapa inicia a los 40 años misma que es identificada por la disminución de la actividad ovárica. (Clínica las Condes, 2017)

Menopausia

Esto ocurre cuando la mujer mayor de 40 años presenta su última menstruación y se hace mención a ella cuando han pasado doce meses sin que haya presentado sangrado vaginal, iniciando el final de la vida fértil. Sin embargo, en Chile la menopausia inicia a los 50 años y se considera como menopausia precoz cuando se presenta a los 40 años. (Clínica las Condes, 2017)

Síntomas a corto plazo

- ✓ Periodos irregulares
- ✓ Sudoración nocturna y bochornos
- ✓ Cambios de ánimo y disminución de la libido

Síntomas a mediano plazo

- ✓ Sequedad vaginal
- ✓ Incontinencia urinaria
- ✓ Infección de vías urinarias recurrentes
- ✓ Envejecimiento de la piel

Síntomas a largo plazo

- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ osteoporosis

Calidad de los óvulos

Alrededor de los 35 y 39 años la posibilidad de lograr un embarazo disminuye y aumenta la probabilidad de tener abortos espontáneos debido a que la calidad de los óvulos disminuye o cambios que producen anomalías genéticas. (American Society For Reproductive Medicine, 2013)

Cantidad de óvulos

La pérdida de la reserva ovárica es cada vez menor y van disminuyendo antes de dejar de tener periodos regulares o antes de volverse estériles. Debido a que las mujeres nacen con todos los folículos que tendrán en su vida. Sin embargo, las mujeres jóvenes pueden tener reservas pobres por antecedentes familiares de menopausia prematura, tabaquismo o cirugías ováricas previas. (American Society For Reproductive Medicine, 2013)

2.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En México, la NOM 005-1993, define como métodos anticonceptivos a “aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja de forma temporal o permanente”. La Norma los clasifica en temporales y permanentes de acuerdo con su composición o mecanismo de acción; en los temporales se incluye: métodos hormonales orales, métodos hormonales inyectables, método hormonal subdérmico, dispositivo intrauterino. (NOM 005, 1993)

Por otra parte, el método permanente utilizado en las mujeres abarca específicamente la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas del aparato reproductor femenino y la vasectomía que es un procedimiento que se lleva a cabo en hombres, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. (NOM 005, 1993)

2.2.1 ANTECEDENTES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El documento más antiguo sobre métodos anticonceptivos es el papiro de Petri escrito en Egipto en 1850 AC. en donde se explica la existencia de la anticoncepción y se aconsejaba el uso del excremento del cocodrilo con una pasta de hierbas utilizándose como método de barrera al absorber el semen con el excremento o irritar la mucosa vaginal con miel y bicarbonato de sosa natural como un espermicida. (Nuñez, 2018)

Skuy en 1995 menciona que los métodos anticonceptivos se han utilizado de diferentes maneras en la historia e incluso en la prehistoria, antes del siglo XX los métodos anticonceptivos no eran tan eficaces como en la actualidad debido a que hace siglos, las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte (Skuy, 1995)

En Europa y durante la edad media, los magos recomendaban a las mujeres colocarse sobre sus muslos los testículos de una comadreja o llevar una de sus patas colgando sobre el cuello (Lieberman, 1973); además, Skuy, refería que había coronas de hierbas, pedazos de hueso o hígado disecado de un gato negro, pedazos de lino empapados de sangre menstrual o el ano de un conejo y creían que si la mujer daba vueltas en donde había orinado una loba *cargada* podrían evitar el embarazo.

Además, menciona que en Canadá las mujeres consumían una bebida alcohólica con los testículos disecados en descomposición de un castor y que en 1990 los adolescentes de Australia utilizaban las envolturas de dulces como un condón; en 1916 Margaret Sanger inauguró la primer clínica de planificación familiar en Norteamérica y en 1950 costó la investigación de un anticonceptivo oral de calidad y 1965 *planned Parenthood* revirtió las leyes locales y estatales que prohibían el uso de anticonceptivos en parejas casadas. (Chesler, 1992)

Planned Parenthood refiere que algunos métodos de planificación se basaban en el comportamiento sexual que a la fecha siguen siendo utilizados por muchas personas en el mundo, como la abstinencia, intercambio de placer, las relaciones sexuales sin penetración, la predicción de la fertilidad y la lactancia los cuales eran utilizados para evitar embarazos no deseados.

En la edad de piedra desconocían de dónde venían los niños y pensaban que el espíritu de estos vivía en algunos frutos que al comerlos provocaba el embarazo, aunque otros pensaban que lo originaba el sol, el viento, la luna, las estrellas y la espuma del mar. Y

no practicaban la abstinencia porque consideraban a la reproducción como algo mágico. (Jensen, 1982)

Serfley en 1966 menciona que en muchas culturas exigían que las mujeres practicaran la abstinencia y la razón por la cual mantenían virgen a su novia era para que el futuro marido estuviera seguro de su paternidad dándole origen al criterio moral, además comenta que en 1870 hubo un movimiento feminista en Norteamérica encabezado por Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony D'Emilio & Freedman, (1988) en el cual pensaban que las mujeres casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales como método anticonceptivo para controlar el tamaño de sus familias (Abbott, 2000); pero esto provocó que los hombres casados recurrieran a la prostitución mismo que ocasiono el incremento de ITS, por lo que este movimiento de abstinencia que pretendía elevar los valores al nivel de las mujeres lanzo una campaña donde los hombres puros debían llevar una cinta blanca en el abrigo. (Brandt, 1985) (Bullough & Bullough, Women and Prostitution - A Social History, 1987)

En la edad media, la edad promedio de la menarca era a los 20 años por lo que las mujeres ejercían su sexualidad sin riesgo de quedar embarazadas (Aries, 1962), pero en 1840 disminuyo a 17 y 18 años y en la actualidad el primer periodo se presenta a los 12.5 años; los fisiólogos piensan que la prematurez de la menarca tiene que ver con cuestiones ambientales, genéticas y alimenticias. (Sanfilippo & Hertweck, 1998)

En Norteamérica en los 40 y 50 inicio la práctica de relaciones sexuales sin penetración, permitiendo que la mujer explore su sexualidad sin dejar de ser virgen, lo cual se considera muy importante (Kinsey, 1948) durante la revolución sexual de los 60 salió a la venta una píldora iniciando la penetración vaginal, a principios de los 80 ocasionando la propagación del SIDA y las ITS, percatándose las parejas que estaban perdiendo el romance por los placeres de la actividad sexual, fue entonces cuando los hombres y mujeres renacen el cotejo, la seducción y las relaciones sin penetración en el siglo XXI. (Cordes, 1988)

Practicaban dos tipos de método anticonceptivo de retiro:

- ✓ coitus interruptus: eyacular después de retirarse y

coitus reservatus: retiro sin eyacular, de esta forma los cristianos tenían relaciones sin pecar. (Bullough & Bullough, *Women and Prostitution - A Social History*, 1987)

Además, menciono que en 1678 se identificó el espermatozoide y 100 años después descubrieron su función, anteriormente los períodos de ovulación de la mujer eran un misterio, pero en 1930 y 1995 los fisiólogos demostraron en qué momento era más probable la fecundación del óvulo (Wilcox, 1995)

En la antigua India tenían relaciones sexuales durante el periodo porque pensaban que la menstruación era el semen femenino y que los bebés eran producto de ambos por lo que estaba prohibido tener relaciones durante el periodo. (Burton & Arbuthnot, 1991)

En las leyes judías talmudistas de Niddah, prohibían las relaciones sexuales durante el periodo menstrual y la semana posterior a este por lo que las parejas tenían contacto sexual en el momento de mayor fertilidad de la mujer (Golub, 1992). En Europa medieval los cristianos practicaban la abstinencia por cuestiones religiosas y por obligación durante mínimo cinco meses al año que equivalía a 60 días de menstruación, 40 de cuaresma, 20 de adviento, 20 de pentecostés, los domingos, días festivos, antes de la comunión y durante el embarazo, además, si no se cumplía esta regla se sometían a una dieta de pan y agua de 4 a 40 días de acuerdo con la infracción, dándole inicio en estados unidos al método de calendario y del moco cervical a principios del siglo XXI. (Ranke-Heinemann, 1990)

A inicios del siglo XXI se da inicio al método del calendario, utilizándose en Estados unidos en mujeres con ciclos de 26 y 32 días por medio del *cycle Beads* para determinar los días fértiles e infértiles y aquellas adiestradas para explorar sus secreciones cervicales usaban el método de los dos días haciéndose dos preguntas ¿tengo secreciones hoy? ¿tuve secreciones ayer? Y al obtener respuestas negativas

consideraban que podían tener contacto sexual sin protección; y que los siglos XVII y XVIII fueron las mujeres africanas y aborígenes de Norteamérica quienes comprendieron sus ciclos de fertilidad y los utilizaban para llevar a cabo la planificación familiar. (Knowles, 2010)

En 1960 John y Evelyn Billings en conjunto con la ciencia occidental demostraron que el moco cervical era mejor que el método del calendario, considerándose un elemento del método sintotérmico en combinación de tres métodos que son: el moco cervical, la temperatura basal del cuerpo y el del calendario (Bullough & Bullough, *Contraception: A Guide to Birth Control Methods*, 1990)

Desde el inicio de la historia las mujeres de todo el mundo han utilizado la amenorrea por lactancia para retrasar la ovulación, la menstruación y distanciar sus embarazos, practica más utilizada por las mujeres de escasos recursos, aunque las mujeres de clase media y las ricas que vivían en las ciudades europeas tenían más embarazos debido a que no amamantaban a sus hijos contratando nodrizas o utilizaban a sus esclavas para que ellas lo hicieran. (McLaren, 1990)

Los bebés franceses eran mandados al campo para ser amamantados porque en la ciudad no había leche de vaca limpia por lo que no veían a sus padres hasta que cumplían dos o cuatro años, si es que lograban sobrevivir, fue entonces en el siglo XVII cuando se les invito a las mujeres inglesas a amamantar a sus bebés, obteniendo como resultado la disminución de la tasa de mortalidad infantil y el número de embarazos no planificados. (McLaren, 1990) (Chartier & et al., 1989)

Se consideraba muestra de pobreza que alguien fuera alimentado con leche de vaca por lo que la nodriza estaba obligada a amamantar a otros niños, negándole su leche a sus propios hijos, pero al no contar con leche suficiente muchos infantes presentaban desnutrición y a finales del siglo XIX, las nodrizas vivían con sus patrones en lugar de vivir en el campo con sus familias por el alto índice de muertes infantiles en Francia. a pesar de que las mujeres que tenían nodrizas sabían que si no amamantaban ellas a

sus hijos corrían el riesgo de volverse a embarazar, pero por otro lado se sentían liberadas de atender a sus hijos entre uno y otro y suponían valía la pena. (Chartier & et al., 1989)

Con respecto a los métodos de barrera, Lugones M. 2013 menciona que en Egipto 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela que cubrían el pene y que en el 1200 a.C. la leyenda del rey Minos menciona que utilizaban vejigas de pescado y de cabra para evitar el paso del semen, además se descubrió que había coincidencia entre el sexo, la concepción y la aparición de enfermedades específicas; y fue entonces cuando el hombre comenzó a utilizar tripas largas a las cuales se les hacía un nudo de un lado. (MSc. Miguel Lugones Botell, 2013)

Además, menciona que el preservativo es considerado como uno de los métodos más antiguos y fue definido inicialmente en el siglo XVI como una vaina de lino confeccionada a mano, la primera descripción de un condón fue en la obra de falopio en donde su objetivo era evitar la sífilis y que el origen de la palabra condón es desconocido, aunque una teoría presume ser el nombre de su inventor el señor condón o cortón aristócrata de Carlos II. También hace mención que los preservativos eran utilizados por hombres que acudían a casas de prostitución para prevenir ITS en especial la sífilis y no como un anticonceptivo.

Los condones más antiguos fueron localizados en el catillo de Dudley en Inglaterra, eran de víscera de animal y corresponden aparentemente al año 1640. (Parisot, 1985) A inicios del siglo XVIII, la Asociación Norteamericana de higiene social, prohibió el uso del condón y señalaron que aquellos que se pusieran en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual debían atenerse a las consecuencias. (Brandt, 1985)

En 1870 surge el primer preservativo de caucho de calidad, aunque poco práctico y fue en 1930 sale el nuevo preservativo de látex más fino y sólido, actualmente los preservativos están hechos de látex, polisopreno, poliuretano, caucho de silicona e intestino de cordero, aunque estos últimos no permiten el paso de los espermatozoides

no ocurre lo mismo con los virus y pueden causar enfermedades graves como el VIH. (Casey, Anticonceptivos de barrera, 2018)

Los médicos recetaban los condones para proteger a los hombres de las infecciones más comunes; la sífilis y gonorrea en caso de tener contacto sexual premaritales o extramaritales, pero no para evitar embarazos no planificados con sus esposas. (Brandt, 1985; Valdiserri, 1988). Fue hasta 1924 cuando se consideró al condón el más prescrito. (Tone, 2001)

En 1983 se reconoció el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como agente del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), los primeros casos detectados en México fueron en el Instituto Nacional de Nutrición el 1 de marzo del mismo año, refiriendo los afectados haber tenido contacto sexual con extranjeros, con mayor incidencia en norteamericanos. (Butze, 2020). Cuando se identificó el SIDA indiscutiblemente se utilizó el condón y otros métodos para detener la epidemia. (Brandt, 1985)

El primer condón femenino que salió a la venta fue en las farmacias de Estados Unidos de América en 1994, elaborado por *Wisconsin Pharmacal Company* (Grady, 1998)

A través de la historia las mujeres han utilizado diversas sustancias y artefactos para impedir la entrada del semen a la cavidad uterina como; tapones de hierbas, raíces trituradas, algas marinas, musgos, cascara de granada (Tone, 2001) (London, 1998) (Riddle, 1992); aunque las esponjas húmedas de vinagre fue el método más utilizado de acuerdo a la referencia encontrada más antigua en el Talmud (Bullough & Bullough, *Contraception: A Guide to Birth Control Methods*, 1990). Las sustancias utilizadas eran aceite de oliva y brandy (London, 1998) Hasta que en 1983 salió a la venta en Norteamérica una esponja anticonceptiva creada por Whitehall Robins para impedir la entrada de los espermatozoides y un espermicida para inmovilizarlos. (Allendale Pharmaceuticals, 2005)

En la antigüedad en Egipto en 1850 utilizaban como espermicidas miel, carbonato de sodio y estiércol de cocodrilo. En 1550 las mujeres egipcias utilizaban tampones de algodón con jugo de acacia fermentada. Aetios un médico griego del siglo VI, sugirió que las mujeres colocaran resina de cedro con plomo, alumbre, vino y mirto y que los hombres untaran en su pene agalla o vinagre, además Aristóteles recomendaba duchas vaginales con aceite de cedro, ungüento de plomo, incienso y aceite de oliva. Así como Dioscórides aconsejaba supositorios de menta con miel. De 1885 a 1960 en Londres utilizaban supositorios de manteca de cacao y en 1970 las mujeres se introducían en la vagina tabletas de vitamina C lo que les ocasionaba graves quemaduras en el cuello uterino. (McCormick K. D., 2012)

La evidencia sobre el uso del primer tapón anticonceptivo del que se tiene conocimiento se encuentra en el Papiro de Ebers que data de 1500 a. C. y que era utilizado para que la mujer no concibiera por uno, dos o tres años. Este tapón contenía semilla de sándalo, acacia, polvo de dátiles y miel que introducido en la vagina se fermentaba la acacia liberando ácido láctico que provocaba la muerte de los espermatozoides. (Pérez, 1992)

Pérez O. 1992 menciona que las mujeres se introducían esponjas con jugo de limón diluido lo que hacía que los espermatozoides se atoren en la esponja y si uno de ellos llega a entrar al útero el ácido cítrico lo mata; por otra parte, Bruce Vinhauer desarrolla en los años setentas esponja vaginal anticonceptiva de poliuretano impregnado de nonoxil-9, liberando 125mg de espermicida durante 24 horas.

A mediados de los años setentas se crea la esponja anticonceptiva que se utilizaba como barrera mecánica y en 1979 Svapil le agrego una sustancia espermicida que mejoro su efectividad. Mauren A. Kuyoh, 2002 aunque en la actualidad algunas mujeres siguen utilizando esponjas impregnadas de vinagre. (Mauren A. Kuyoh, 2002)

La píldora anticonceptiva, se llevó a cabo en México el 15 de octubre de 1951 investigación desarrollada por el laboratorio Syntek. Los pioneros de la Píldora

Anticonceptiva de Emergencia (PAE) son el austriaco Carl Djerassi considerado el más famoso, aunque la patente del compuesto químico de este invento pertenece también a George Rosenkranz y al ingeniero mexicano Luis Ernesto Miramontes que aparece primero en la patente original. Además, la píldora se distribuyó comercialmente en Estados Unidos y Puerto Rico, saltando a la venta en 1960. “Miramontes era consciente de que la píldora liberaba a la mujer para que tomara decisiones, también que era uno de los descubrimientos más importantes del siglo”, aseguró el profesor León. (Notimex, 2014)

La OMS en diciembre de 1995 incluyó las píldoras anticonceptivas de emergencia dentro de la lista de medicamentos esenciales. (Castro, 2001)

La píldora del día después es un anticonceptivo hormonal para prevenir un embarazo de emergencia cuando existe coito sexual sin protección o cuando llega a fallar el anticonceptivo en uso. Esta píldora es de respaldo más no se puede usar como un anticonceptivo primario. La píldora del día después no está indicada para todas las usuarias como aquellas que son alérgicas a algún componente del comprimido, en el caso de mujeres con sobre peso u obesidad y el tomar medicamentos que disminuyen su eficacia. (Mayo Clínic, 2021)

2.2.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN COMPOSICIÓN Y MECANISMO DE ACCIÓN

La NOM 005, (1993) menciona que “Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente”. (NOM 005, 1993). Sin embargo, para el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) a quien el gobierno de Chile le otorgó personalidad jurídica desde mayo de 1985 lo define como; “métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean

ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas”. (ICMER, 2017)

2.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA TEMPORALES

Estos métodos impiden el embarazo obstruyendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina de manera física, química o mixta. Ofrecen mayor protección contra el CaCU y las ITS, además, SIDA. Por lo que al cambiar de parejas sexuales frecuentemente debe ser la principal opción del método anticonceptivo. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

- ✓ Condón masculino
- ✓ Condón femenino
- ✓ Diafragma
- ✓ Capuchón cervical
- ✓ Esponja vaginal
- ✓ Espermicidas

Condón masculino

Es una cubierta de látex o poliuretano que cubre totalmente al pene cuando se encuentra erecto. Actúa como barrera al impedir la liberación del semen dentro de la vagina durante el acto sexual. Los condones de látex masculinos evitan el embarazo, con una tasa de 3–14% en mujeres por año. Estos métodos son controlados por los usuarios, son seguros y fáciles de usar, aunque el calor, la humedad o los lubricantes como vaselina y aceites pueden provocar que pierdan sus propiedades aislantes. No se debe utilizar el condón femenino al mismo tiempo que el masculino porque puede romperse. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

1. Se debe conservar en un lugar fresco y seco.
2. Se debe proteger de la luz solar directa.

3. Manipularlo con cuidado para evitar dañarlo.
4. Colocarse antes de la relación sexual debido a que las secreciones pueden llevar espermatozoides o microorganismos que provocan las ETS.
- 5.- Extraer el aire dentro del condón porque se puede romper.
6. Sujetar el preservativo con una mano y desenrollarlo con la otra mano.
7. Posterior al acto sexual, detener el condón de la base del pene y retirarlo con cuidado.
8. Envolverlo en papel y desecharlo en la basura. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

Condón femenino

Es una bolsa de poliuretano lubricada con dimeticona que se coloca en la vagina. Impide la liberación del semen dentro de la cavidad vaginal, además, actúa como protección contra las ITS. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

Está comprobado que el preservativo es el único método que previene las ITS, incluso la infección del VIH. (Secretaría de Salud, 2002)

Diafragma

Es un artefacto de goma de borde circular y un aro fino metálico flexible, que se coloca alrededor del cuello uterino; en su interior mantiene su forma y facilita su colocación dentro de la vagina, cubriendo totalmente el cérvix. Existe un nuevo tipo de diafragma hecho de silicona, más suave, duradero y que además se adapta a la mayoría de las mujeres. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

- ✓ Puede permanecer de 6 a 8 horas, hasta por 24 horas, pero no por más tiempo.
- ✓ Se puede utilizar en coitos repetidos.
- ✓ Posterior a un aborto y dependiendo del diafragma es posible que se modifique su tamaño. (Casey, Anticonceptivos de Barrera, 2020)

Abizanda y colaboradores refieren que está contraindicado en:

1. Prolapso uterino severo
2. Cisto – retócele
3. Músculos de la entrada vaginal flácidos
4. Alergia al látex
5. Datos de síndrome de shock tóxico

Capuchón cervical

Es un aro cubierto por una membrana ambos de plástico que se ajusta a la cúpula vaginal que cubre el cérvix y obstruye el orificio externo. Existen diferentes tamaños estandarizados cada medio centímetro desde el 6 (diámetro de 6 cm) hasta 8,5 (diámetro de 8,5 cm). Elaborados de caucho de látex. suave, ambos se usan con crema o gelatina espermicida para mayor protección contra el embarazo, aunque se deben mantener colocados por lo menos 6 horas después del acto. Son reutilizables siempre y cuando se laven perfectamente después de utilizarlos. (Schwarcz, y otros, 2002) El capuchón cervicouterino no está eficaz para mujeres que han tenido partos vaginales, ambos dispositivos en conjunto con los espermicidas reducen el riesgo de algunas ITS.

Además, se menciona que es necesaria la intervención de un proveedor capacitado para elegir el tamaño adecuado para cada usuaria posterior a un examen pélvico, una de las ventajas es que se puede instalar hasta seis horas antes del acto sexual, aunque como efecto secundario provoca irritación, escozor, aumenta el riesgo de infección de vías urinarias y vaginitis.

Esponja vaginal

Es una esponja de poliuretano impregnada en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que libera el espermicida en la vagina. Se pone como un tampón y se puede retirar fácilmente, además, es desechable. Brinda una protección continua por 24 horas y

debe retirarse de 6 a 8 horas posterior al último contacto sexual. (Schwarcz, y otros, 2002)

Refiere Martínez T. (2006), han salido a la venta varios tipos de esponjas vaginales como, la protectaid de poliuretano con dosis bajas de espermicidas para evitar la irritación vaginal y otra hecha en Europa con cloruro de benzalconio.

Forma de colocar la esponja:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Retirar la envoltura de la esponja y mojarla con agua estéril o limpia para activar el espermicida.
3. Exprimirla hasta que se haga una espuma sin que pierda la humedad.
4. El lado hueco de la esponja es doblado hacia arriba por ambos lados de manera que se estreche y se alargue y que la tela adherible quede debajo.
5. Ponerte cómoda ya sea en una silla o en cuclillas e introducir la esponja, el lado hueco debe apuntar hacia la parte delantera del cuerpo y la tela adherible hacia la parte trasera.
6. Deslizar la esponja hasta donde tope, soltarla e inmediatamente cubrirá el útero.
7. Con un dedo toca el borde de la esponja y verifica que este adherida correctamente. (Martinez, 2006)

La esponja se activa al estar húmeda y estar colocada dentro de la vagina, se puede introducir 24 horas antes del acto sexual y mantenerla solo 6 horas adentro posterior al coito, no son reutilizables se deben desechar a la basura. No se necesita receta para adquirirla y se pueden adquirir en farmacias. (Planned Parenthood Federacion of America Inc., 2020)

Espermicidas

Son sustancias químicas compuestas por una base inactiva y un agente tensoactivo que actúan por contacto en el espermatozoide. Su presentación es en: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos. (Schwarcz, y otros, 2002)

El espermicida es un método anticonceptivo que puede prevenir un embarazo, pero no las ITS y aumenta su efectividad cuando se utiliza con un método de barrera como el preservativo, capuchón vaginal y el diafragma. Solos no son una buena opción a menos que no se cuente con otro método. Los espermicidas varían de acuerdo con la dosis y la manera de aplicarlos ya sea en tabletas espumas, laminas, supositorios o gel. Los agentes químicos más utilizados son: monoxinol-9 O N-9 siendo el más común en el mundo, menfegol y cloruro de benzalconio o BZK. Los espermicidas cuentan con dos componentes uno que es el medio como: espumas, cremas o supositorios, y otro que es el componente activo que mata los espermatozoides o los inmoviliza. Los dos agentes activos más eficaces son el nonoxil-9 y el octoxinol-9. (Artola, 2007)

El mismo autor menciona que, aunque los espermicidas reducen el riesgo de ITS el N-9 lo hace levemente en las bacterianas y no hay evidencia que protejan contra las ITS virales. Por lo que no se recomiendan solos para prevenir el VIH. Algunos espermicidas pueden causar irritación o quemazón en los hombres y mujeres y su uso prolongado puede provocar infección de vías urinarias.

2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES TEMPORALES

Mercedes (Abizanda et al., 2005) estos métodos funcionan mediante la acción de hormonas con la finalidad evitar el embarazo, entorpeciendo la ovulación, el transporte tubárico, crecimiento y transformación del endometrio y los cambios del moco cervical. Son eficientes y hay disponibilidad de vías de administración facilitando la prescripción para cada paciente, se clasifican en:

- ✓ Orales

- ✓ Parches
- ✓ Inyectables
- ✓ Anillo vaginal
- ✓ Implantes
- ✓ DIU

Los métodos anticonceptivos hormonales orales (AO) son temporales y se dividen en dos grupos:

- ✓ Combinados de estrógeno y progestina.
- ✓ Sólo progestina.

Anticonceptivos orales

Es la administración artificial de estrógenos y progestágenos (E/G) para la reducción de la fertilidad y así evitar la ovulación. (Secretaria de Salud, 2009)

La primera píldora hormonal combinada se aprobó en 1960 y desde entonces ha habido cambios en su composición. Los anticonceptivos orales (AO) combinados contienen estrógeno y progestina, para lograr la anticoncepción y dominio del ciclo menstrual se requiere de la fusión de ambos. (Awad & Ospino, 2020)

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Son eficaces si se administran diariamente y a la misma hora haciendo efecto desde el primer día de haberse ingerido. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

La NOM 005 indica que hay tres presentaciones de AOC:

- ✓ Monofásico: Presentación de 21 tabletas con la misma dosis de E/G, incluyen siete tabletas extras de lactosa o hierro para no interrumpir los ciclos de 28.

- ✓ Secuenciales: Presentación 21 píldoras con 15 con solo E y seis con dosis fijas de E más una progestina.
- ✓ Trifásico: Presentación de 21 píldoras con diferentes dosis de E/G.

Modo de uso de los (AOC) según la NOM 005:

1. Ingerir las tabletas en los primeros días del ciclo menstrual
2. En presentación de 21 tabletas se debe ingerir la píldora diaria, el ciclo posterior se debe iniciar al terminar los siete días de descanso aun presentándose el sangrado.
3. En presentación de 28 se debe tomar una diaria por 21 días seguido de las adicionales de lactosa y hierro.
4. Es importante suspender la administración de este método en caso de una intervención quirúrgica en donde este comprometida la inmovilización de alguna extremidad por lo menos dos semanas antes. (NOM 005, 1993)

La NOM 005 indica que en caso de uso inadecuado de este método se debe:

- ✓ Ingerir dos tabletas al día siguiente en caso que haya olvidado tomar la del día anterior.
- ✓ Si olvido ingerir dos tabletas continuas debe tomar dos por días y complementar con un método de barrera durante siete días.
- ✓ Al haber olvidado ingerir tres tabletas debe suspender la toma de estas y adicionar con un método de barrera y reiniciar el próximo ciclo.
- ✓ En caso de vomito y diarrea complementar con un método de barrera.

Píldora Solo Progestina (PSP)

Según la NOM 005 este anticonceptivo contiene solo progestina y puede adquirirse en unidades de atención y programas institucionales o en farmacias y que además existen dos formulaciones con dosis bajas de progestina que son la de linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg en cajas con 35 tabletas, brindando una protección anticonceptiva del 90 al 97%.

- ✓ Las tabletas se deben ingerir todos los días a la misma hora ósea cada 24 horas.
- ✓ Si la mujer se encuentra lactando se debe iniciar después de la tercera semana.
(NOM 005, 1993)

Además, tanto en los anticonceptivos orales combinados o solo de progestina, se deben de proporcionar a las usuarias consejería, realizarles un interrogatorio e informarles sobre el uso adecuado de las tabletas, se les debe realizar un examen físico en donde se debe tomar la presión arterial, explorar las mamas, en el examen pélvico se tomará el papanicolau, pero en caso de que sea adolescente se puede diferir la última. (NOM 005, 1993)

Los anticonceptivos de emergencia (AE) nos permiten prevenir un embarazo a las pocas horas de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Siendo un método de emergencia y no de anticoncepción. La Anticoncepción de Emergencia (AE) tiene una efectividad mayor al 75%, es más efectivo cuando se usa precozmente y se recomienda no sobrepasar las 72 horas posterior al coito sin protección, además menciona que se pueden usar en cualquier momento del ciclo menstrual y más de una vez durante un ciclo. Las mujeres con complicaciones de salud que no pueden usar AOC por los estrógenos, si pueden usar la PAE. (Portalatín, 2016)

Existen cuatro opciones de anticoncepción de emergencia:

1. El Dispositivo Intra Uterino de cobre (DIU-cu)

La OMS, reconoce que es el método anticonceptivo de emergencia más eficaz para evitar un embarazo si se coloca antes de las 120 horas (5 días) después del acto sexual con más de un 99 % de efectividad, consiste en impedir la fertilización que además de proporcionar anticoncepción de emergencia es un método de largo plazo. (OMS, 2018)

El sistema liberador de levonogestrel (SIU-LNG) no es considerado un Anticonceptivo de Emergencia (AE).

2. Píldoras anticonceptivas de emergencia acetato ulipristal (AU)

Este anticonceptivo de emergencia, es el único con aprobación de ser utilizado entre las 72 y 120 horas posterior al contacto sexual desprotegido. Su presentación de 30mg, vía oral, unidosis y debido a que se encuentra en la segunda categoría se recomienda suspender la lactancia materna por una semana debido a que se excreta a través de esta, previene la ovulación y retrasa la ruptura folicular a nivel ovario, su efectividad es más eficaz que levonogestrel en dosis de 150mcg VO. (Cotaina, 2019)

3. Píldoras anticonceptivas de emergencia con Levonogestrel (LNG)

Presentación con 1.5 mg unidosis o la caja con dos comprimidos de 0.75mg de levonogestrel para ingerirse cada doce horas y para mayor eficiencia se deben tomar antes de las 120 horas de haber tenido contacto sexual sin protección. No existe restricción de elegibilidad para que las usuarias utilicen este tipo de anticoncepción de emergencia. (Cotaina, 2019)

4. Píldoras anticonceptivas de emergencia combinadas, método (Yuzpe)

El método YUZPE es una pauta combinada de estrógenos y progestágenos que consiste en administrar en dos dosis AOC, la primera toma se ingiere dentro de las primeras 72 a 120 horas, 100 mcg (0.1mg) de etinilestradiol más 500 mcg (0.5 mg) de LNG y la segunda a las doce horas a dosis 100 mcg de etinilestradiol más 50 mg de LNG. (OMS, 2018)

“Las pastillas anticonceptivas de emergencia no son efectivas una vez que el proceso de implantación se haya iniciado, y no podrán inducir un aborto.”
Organización Mundial de la Salud, Informal Briefing Note, 1999.

Adhesivo anticonceptivo (PARCHE)

El parche anticonceptivo es un cuadro pequeño de plástico flexible y se considera un método seguro y practico, que debe estar adherido en el cuerpo las 24 horas del día

para evitar un embarazo, este libera hormonas similares a las de la mujer. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

- ✓ Se debe mantener a temperatura ambiente, lejos de la luz y del sol, no se deben meter al refrigerador ni al congelador, mantenerse en su empaque.
- ✓ Se debe utilizar un método de respaldo durante los primeros siete días de uso, aunque se comienza a utilizar durante los primeros días de la menstruación, hará efecto de inmediato y no se necesita otro método.

Los efectos secundarios del parche no son peligrosos y los más comunes desaparecen después de dos o tres meses, aunque no todos los efectos son malos y benefician a la mujer como en: periodos irregulares, dolorosos o cuando el sangrado es abundante. (Planned Parenthood Federation of America Inc., 2020)

Indicaciones:

- ✓ Cada adherible transdérmico libera 150mcg de norelgestromina y 20mcg de etinilestradiol c/24 horas.
- ✓ Se instala el adhesivo el primer día del ciclo menstrual manteniéndolo durante una semana y se debe cambiar el mismo día en que se inició el anterior, continuar por tres semanas y descansar en la cuarta cuando inicie la menstruación.
- ✓ Se debe colocar en la piel sana, seca, sin vello y limpia; ya sea en el glúteo, abdomen, superior del tórax o en la parte exterior del brazo y que no roce con la ropa.
- ✓ En caso de que se desprenda el parche debe colocarse otro en un sitio diferente.
- ✓ La eficacia anticonceptiva puede disminuir con un peso mayor a 90 kg. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

Anticonceptivos inyectables

Estos métodos anticonceptivos son temporales, contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el musculo glúteo, liberándose gradualmente en el torrente sanguíneo, considerados de alta efectividad al brindar una anticoncepción prolongada, se pueden obtener en unidades de atención médica o en programas de distribución comunitaria y se dividen en dos grupos:(NOM 005, 1993)

- ✓ Los combinados de estrógeno y progestina
- ✓ Los que contienen solo progestina:

Combinados

Estos anticonceptivos se realizaron para evitar los efectos adversos que provocan solo los de progestina permitiendo que la concentración de estrógenos disminuya y se origine el sangrado, previniendo la ovulación en 99%. Se debe aplicar una dosis Intra Muscular (IM) cada mes, cinco días posterior al sangrado, en caso de administrarse después de este tiempo se debe utilizar un método de barrera por lo menos siete días después de haberse aplicado la inyección, la nueva dosis será a los 30 días menos o más tres días de acuerdo cuando inicie el periodo. (Maldonado M. , 2020)

Existen cuatro presentaciones de anticonceptivos combinados inyectables:

- ✓ Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- ✓ Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- ✓ Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- ✓ Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

Progestágeno solo

El progestágeno es una hormona que provoca la transformación del moco cervical volviéndolo más espeso evitando el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina. (Valdés, 2020) El anticonceptivo inyectable se debe aplicar vía IM profunda, es de larga duración, reversible, efectividad del 99%, contiene una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidro-xiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg) existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables solo de progestina: (NOM 005, 1993)

- ✓ Enantato de noretisterona 200 mg, en ampolleta con 1 ml de solución oleosa (NET- TEN, su protección anticonceptiva es por 60 días)
- ✓ Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina (DMPA, su protección es por 90 días)

Anillo vaginal

Físicamente es un aro pequeño que contiene dos hormonas femeninas, el estrógeno (etinilestradiol) y la progestina (etonogestrel o segesterona) es flexible y se coloca dentro de la vagina por tres semanas para que las hormonas se absorban a través de las paredes vaginales, se retira por una semana para descansar, momento en que se presenta el sangrado intermenstrual. La combinación de estrógeno y progestina previene la ovulación, cambiando el recubriendo del útero, así como la mucosidad cervical que evita la entrada de los espermatozoides a la cavidad uterina. (Instituto Nacional de Salud/Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., 2021)

La Administración de Alimentos de los Estados Unidos (FDA), por sus siglas en inglés, aprobó el 3 de octubre del 2001 el primer anillo anticonceptivo de liberación hormonal que libera constantemente estrógeno y progestina para prevenir el embarazo, es similar a la píldora de control prenatal y que requiere de receta médica. El NuvaRing vendido por Organol, Inc., es efectivo en un 98 y 99%. (Marcus, 2001)

Existen dos tipos de anillo vaginal: NuvaRing y Annovera

NuvaRing

su duración es por cinco semanas, una vez al mes se retira y se sustituye por uno nuevo tomando en cuenta la hora de inserción este anillo se puede guardar hasta por cuatro meses a temperatura ambiente y evitar le dé la luz directa y los que no se vayan a utilizar en cuatro meses se pueden almacenar en el refrigerador. (Planned Parenthood, 2021)

El anillo NuvaRing, es transparente incoloro con diámetro exterior de 54 mm y diámetro de sección de 4 mm, está indicado en mujeres en edad fértil de 18 a 40 años, con eficacia y seguridad, contiene 0,120 mg de etonogestrel/0,015 mg de etinil estradiol cada 24 horas durante tres semanas, mediante un sistema de liberación vaginal, el NuvaRing aplicador no debe reutilizarse está diseñado para un solo uso. (Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios, 2019)

Horacio Croxato y Fernando Zegers científicos chilenos en coordinación con *Population Council de EE.UU.* y los laboratorios Silesia inventaron un anillo vaginal único, Fertiring es la vía más cómoda y segura para administrar progesterona por 90 días mediante un mecanismo de la liberación controlada de la hormona posterior a la introducción del anillo en la cavidad vaginal. (Ivan, 2008)

ANNOVERA

Aprobado en el 2018 por la administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) Annovera es el primer anillo vaginal removible que puede ser utilizado durante un año y proporciona una protección combinada (con base de acetato de segesterona y etinilestradiol) es flexible y no biodegradable. Este anillo se lava y se almacena por una semana sin refrigeración y soporta temperaturas de hasta 30°C (82° F). (FDA NEWS RELEASE, 2018)

El anillo vaginal debe introducirse entre el primero y quinto día del periodo, debe permanecer durante tres semanas consecutivas y extraerse el mismo día en que fue insertado, descansando una semana que es cuando inicia la menstruación posterior a esta semana se coloca un nuevo anillo. Se recomienda usar un método de barrera durante los primeros siete días. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

El mecanismo de acción es:

- ✓ Destruir la ovulación
- ✓ Inhibe el desarrollo del endometrio evitando la implantación
- ✓ Espesan el moco cervical para impedir el paso de los espermatozoides

Y que, además, la instalación debe:

- ✓ Principalmente checar la fecha de caducidad
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón
- ✓ Juntar el anillo con los dedos de ambos lados
- ✓ Insertarlo suavemente dentro de la vagina
- ✓ Al momento de retirarlo, solamente se engancha con un dedo y se extrae con suavidad
- ✓ Para desecharlo se coloca en su empaque y se desecha en la basura.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

En 1959 Jaime Zipper elaboró el primer dispositivo intrauterino (DIU) en Chile, conocido como el anillo de Zipper y fabricado con hilo de pescar. Fue utilizado en varios países del mundo entre ellos Cuba, este aparato es el antecesor de lo que hoy es la T de cobre, convirtiéndose en uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, que proporciono anticoncepción a la población más vulnerable y sin acceso a la contracepción efectiva. (Trujillo, 2011)

DIU liberador de cobre:

Es un aparato que se introduce en el interior de la cavidad uterina con fin contraceptivo de forma temporal, es parecido a una T de polietileno flexible contiene un activo de cobre o de cobre y plata, con dos hilos de orientación y extracción; estos dispositivos son estériles, tienen su insertor y son individuales, su efectividad anticonceptiva es del 95 al 99% y deben ser instalados por personal capacitado y bajo supervisión médica, previa consejería siguiendo las técnicas de asepsia y antisepsia. (NOM 005, 1993)

Artefacto de plástico flexible de polietileno con un espiral de cobre en el tallo, superior a 300mm con alta carga que se inserta en la cavidad uterina liberando sustancias como iones y hormonas, estos dispositivos, con fines anticonceptivos temporales, son más seguros y eficaces, están disponibles y el más común es TcCu380A de cobre que puede durar hasta 10 años o menos dependiendo del fabricante. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

Todos los DIU de cobre ocasionan una reacción inflamatoria local que provoca;

- ✓ Edema endometrial
- ✓ Aumento de macrófagos
- ✓ Aumento de la permeabilidad capilar

Sistema Intrauterino liberador de hormonas (SIU)

Es un dispositivo intrauterino en forma de T que se inserta en la cavidad uterina, altamente eficaz, con 52mg de levonogestrel y liberación de 20mcg c/24 horas de inicio y reduciendo 11mcg c/24 horas después de cinco años que es su duración. El dispositivo de levonogestrel, ya instalado se libera continuamente, con un pico máximo a las 72 horas posterior a su inserción y una meseta a los 6 meses. La liberación es estable y disminuye en sus últimos días de uso, su tiempo de eficacia es por cinco años, este dispositivo aumenta la viscosidad del moco cervical evitando el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina y la proliferación del endometrio; su acción es inmediata, de larga duración y su retorno a la fecundidad es inmediata al extraerse. Los

DIU son artefactos liberadores de hormonas que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos, son temporales y contienen progestina que se libera dentro del útero gradualmente. Los dos tipos de SIU que existen en algunas partes del mundo son el Mirena o Lenova y progestasert. (Clinic, 2019)

Mirena es un anticonceptivo que puede controlar la natalidad a largo plazo, dispositivo en forma de T liberador progestina, que es insertado en el útero; este dispositivo puede disminuir el sangrado posterior a tres meses de uso y es indicado en mujeres en algunas ocasiones por motivos ajenos a la anticoncepción sin embargo este método no es apto para algunas mujeres que podemos ver en el apartado de contraindicaciones, su tiempo de efectividad es por 5 años. (Clinic, 2019)

Cuando se puede insertar un Mirena:

- ✓ En cualquier momento del ciclo menstrual siempre y cuando la usuaria no se encuentre embarazada. (Se puede solicitar una prueba de embarazo para mayor seguridad)
- ✓ Posterior a un legrado uterino
- ✓ Posparto o poscesárea
- ✓ Si este dispositivo es instalado siete días después posterior a periodo menstrual se debe complementar con un método de barrera durante una semana. (Clinic, 2019)

El primer dispositivo de Progestasert, fue creado por Antonio Scommegna y por Tapani JV Luukkainen entre 1960 y 1970; es un sistema liberador de progesterona eficaz por un lapso de un año, su mecanismo de acción es mediante la supresión parcial de la ovulación y previene la fertilización, especialmente por el espesamiento del moco cervical que impiden la entrada de los espermatozoides al útero, así como, el adelgazamiento del endometrio que permite su efecto anticonceptivo. (Clinic, 2019)

Método hormonal subdérmico (IMPLANTE)

Son artefactos que se instalan vía subcutánea, la concentración de la hormona es proporcional al peso corporal de la usuaria. Los implantes deben retirarse y no permanecer por más de tres años el Implanon o cinco los Jadelle. (Abizanda, Doval, Toquero, Vega, & Villegas, 2005)

El implante es un anticonceptivo temporal que consiste en insertar una capsula con la fin de liberar una progestina sintética de manera progresiva y permanente, es de acción prolongada y la inserción debe realizarse bajo las normas y técnicas quirúrgicas durante los primeros siete días del ciclo menstrual; es importante realizar un examen físico mediante la exploración de mamas, toma de la tensión arterial y citología cervicovaginal. . (NOM 005, 1993)

Existen una variedad de implantes, con cuatro diferentes progestinas sintéticas, la más investigada es levonogestrel (**Norplant y Jadelle**), posteriormente etonogestrel (**Implanon**), nestorene (**Nestoren, Elcometrine**) y nomegestrol (**Uniplant**). (Montenegro, Lara, & Velásquez, Implantes Anticonceptivos, 2005)

Norplant I y Norplant II más conocido como Jadelle fue creado por el chileno Horacio Bruno Coxato y el estadounidense Sheldon Segal, quienes desarrollaron los anticonceptivos subdérmicos en 1967 por medio de capsulas subdérmicas del polímero polidimetilsiloxano silastic de difusión lenta y prolongada aplicándolo por primera vez en 1974 con fracasos y éxitos en un centro clínico de Santiago de Chile. (Villanueva, 2013)

Norplant I

Es de uso temporal, de acción prolongada, es una capsula que se inserta subdérmicamente debajo de la piel del brazo de la mujer, es un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética en dosis bajas al torrente sanguíneo durante cinco años (no contiene estrógeno) en 1977 el levonogestrel fue designado

para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para realizar el implante Norplant. (Montenegro, Lara, & Velásquez, Implantes Anticonceptivos, 2005)

Norplant II o Jadelle

Es un método anticonceptivo hormonal de larga duración fue aprobado en 1995 por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) por tres años, aunque en Francia, Islandia, Luxemburgo, Holanda, España y Suecia lo aprobó por cinco años.

(Montenegro, Lara, & Velásquez, Implantes Anticonceptivos, 2005)

Contiene dos capsulas que liberan 75 mg de levonogestrel, su diámetro es de 2.5 mm y un largo de 43mm. Su liberación es constante de aproximadamente de 80 a 100 mcg diarios en el primer año del implante, posterior a los 18 meses de su instalación su liberación disminuye a 30 mcg diarios, su inserción es en la cara interna de la parte superior del brazo contrario a la dominante, aproximadamente 8 cm por arriba del pliegue del codo. (UAEM, 2013)

Implante levonogestrel

Es un vaina de silastic flexible con seis capsulas de 34 mm y 2.4 mm de diámetro, la vaina tiene un radio interno de 1.57 mm y una longitud interna de 30 mm, sellado con silicón en sus extremos, cada una contiene 36 mg de microcristales de levonogestrel en un total de 216 mg; ya instalado pasa directamente a la circulación sistémica, su liberación es continua. Al principio libera 85 mcg/d, a los 9 meses es de 50 mcg/d y a los 3 años 30 mcg/d; posteriormente se mantiene constantemente hasta los 5 años que es su duración. La dosis diaria de **LNG** en los primeros meses equivale a una mini píldora, posterior a la remoción la concentración de LNG disminuye rápidamente a 100 mcg/ml y aproximadamente entre el cuarto y sexto día ya no se divide. (Montenegro, Lara, & Velásquez, Implantes Anticonceptivos, 2005)

Implanon NXT 68 mg

Este implante es un anticonceptivo hormonal de larga duración, más fácil de insertar y extraer, fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (USFDA) e introducido por primera vez en 1998, desde 1995 contiene una capsula de 2 mm diámetro por 4 mm longitud contiene 68 mg de etonogestrel (hormona femenina parecida a la progesterona que se libera continuamente a la sangre), es radiopaco para su localización por medio de rayos x, no es biodegradable, además contiene un trocar estéril desechable para insertar la capsula, su uso es durante tres años y puede ser utilizado en mujeres entre 18 y 40 años. (Caucus sobre Tecnologías Nuevas e Infrautilizadas en Salud Reproductiva, 2014)

Implante con etonogestrel

Este anticonceptivo consiste en inhibir la ovulación, manteniendo niveles bajos de estradiol que aumenta la viscosidad del moco cervical que contribuye a una anticoncepción eficiente, al evitar la introducción de los espermatozoides a la cavidad uterina. Este implante solo cuenta con una varilla de 40 mm de largo y 2 mm de diámetro, con 68 mg de etonogestrel, su uso es por tres años. Durante los primeros cuatro días su liberación es rápida alcanzando niveles suficientes para evitar la ovulación posterior a la inserción la hormona se absorbe de inmediato en la circulación. Consiguiendo la inhibición de la ovulación en el primer día, en la quinta y sexta semana la liberación es de 60 a 70 mcg/día, posteriormente disminuye de 35 a 45 mcg/día al final del primer año; de 30 a 40 mcg/día a fines del segundo año y de 25 a 30 mcg/ día en el tercero. El retorno a la fertilidad es rápido debido a que no se detectan valores de progestina en suero.

(Montenegro, Lara, & Velásquez, Implantes Anticonceptivos, 2005)

2.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Los métodos anticonceptivos naturales se basan en el conocimiento del lapso de los ciclos y los síntomas de la fase preovulatoria del periodo menstrual, los cambios del moco cervical y el incremento de la temperatura basal. (Soler, 2005)

Estos métodos se utilizan de acuerdo al funcionamiento del aparato reproductor del hombre y las variaciones fisiológicas del ciclo menstrual de la mujer para evitar un embarazo; donde se asimila el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones de los anexos, las glándulas mamarias y el cérvix, para llevar un registro durante tres meses de los cambios periódicos. Por lo que no se emplea ningún dispositivo de protección externo al cuerpo para evitar un embarazo, preparando la relación sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer, estos métodos son:

- ✓ Método del calendario del ritmo de OGINO – KANAUS
- ✓ Coito interrumpido
- ✓ Método de la temperatura
- ✓ Método del moco cervical o de BILLINGS
- ✓ método de lactancia materna (MELA). (Lance, 2021)

Método del calendario del ritmo (OGINO-KNAUS) o de abstinencia

Este método contiene el apellido de dos científicos que lo inventaron en el siglo XX, el ginecólogo japonés Kyusaku Ogino quien descubrió los días fértiles de las mujeres con base a sus ciclos menstruales y el ginecólogo austriaco Hermann Knaus que se enfocó en los días infértiles con la finalidad de evitar embarazos no deseados. Este método recibió el visto bueno por la iglesia en 1951 por el papa Pío XII. (López, 2018)

Los Dres. Ogino y Knaus descubrieron por separado en 1923 y 1929 que la ovulación constaba de 12 a 16 días antes del siguiente sangrado y que el ovulo tenía una supervivencia menor a las 24 horas. (Soler, 2005)

OGINO – KANAUS, es el resultado de la observación de un año, evaluando el inicio del periodo fértil restando 19 días del sitio más corto y calculando el final restando 12 días del ciclo más largo, en este periodo se deben evitar las relaciones sexuales, ya que escasas mujeres tienen ciclos menstruales de duración exactos. (NOM 005, 1993)

Evita voluntariamente el apareamiento en la fase fértil del ciclo menstrual.

(Galimbert, 2002)

Abstinencia sexual

Es la disminución de las relaciones sexuales de forma voluntaria e involuntaria. (Dayli, 2019). La abstinencia y el sexo sin penetración vaginal, es un método seguro, sencillo, gratuito, efectivo y es considerado 100% eficaz para evitar un embarazo. Tiene beneficios personales para quienes practican la abstinencia sexual como:

- ✓ Dar prioridad a sus actividades académicas y laborales
- ✓ Conservar creencias morales y religiosas enfocadas en los valores
- ✓ Evitar infecciones de transmisión sexual
- ✓ Prevenir un embarazo de una pareja inadecuada
- ✓ Disfrutar de la pareja sin necesidad de llegar a una relación sexual

La mayoría de las personas optan por tener contacto sexual con alguna persona a lo largo de su vida por lo que se considera importante tener a la mano un método anticonceptivo como de respaldo. El sexo sin penetración tiene la desventaja de contraer ETS cuando existe contacto piel a piel con fluidos y además si el semen llega a introducirse a la cavidad vaginal puede ocasionar un embarazo.

(Planned Parenthood, 2021)

Coito interrumpido (COITOS INTERRUPTUS)

En 1850 a.C. aparece el coito interrumpido, uno de los métodos más utilizados en la actualidad por los países subdesarrollados; el primer hombre que practicó este método fue Onan que era juda el cuarto hijo de Jacob, también llamado Israel. (JA., 2018)

Este método ha sido documentado aproximadamente hace 2000 años y se presume que fue utilizado en el mundo por 38 millones de parejas en el año de 1991. Sin embargo, de acuerdo a una revisión de la literatura sobre el coito interruptus muestra la falta de investigación sobre el uso, la prevalencia, aceptabilidad, efectividad y seguridad en la actualidad de este método anticonceptivo antiguo sigue siendo usado. (Rogow & Horowitz, 1995)

El coito interrumpido consiste en eyacular fuera de la vagina para evitar el embarazo y el ingreso del semen en la vagina. Para mayor efectividad en este método debe retirarse el pene de la vagina antes de eyacular y asegurarse de que sí se hizo correctamente, es importante tener a la mano un método de emergencia por si llega a fallar. (Planned Parenthood Federation of America Inc, 2021)

Método de la temperatura

El método de la temperatura basal emerge en el siglo XIX mediante investigaciones realizadas por Squire y Jacobo en 1808 quienes argumentaron que había un aumento en la temperatura en la segunda mitad del ciclo menstrual. En 1928 Van de Velde demostró que el cambio de la temperatura basal tenía asociación con el funcionamiento del cuerpo lúteo y posterior a diez años hace relación a los cambios hormonales. (Robert, William, & Virginia, 1985)

Este método consiste en la valoración de la elevación de la temperatura corporal basal, la mujer al despertar, antes de levantarse, debe medir su temperatura todas las mañanas, por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La toma de la temperatura puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal y, se debe llevar a cabo 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 debe evitar tener relaciones sexuales entre primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada finalmente, la espera de tres días, posterior a la

elevación de la temperatura contribuirá a evitar que el ovulo sea fecundado. (NOM 005, 1993)

Método del moco cervical (BILLINGS)

El Dr. Neurólogo John Billings comenzó a investigar la anticoncepción natural y en 1953 trabajo con su esposa la Dra. pediatra Evelin Billings, juntos crearon lo que ahora se conoce como el método de Billings. Que consiste en que la mujer detecte modificaciones del moco cervical en cuanto a la textura y cantidad, anunciando la ovulación y la fertilidad. Sue Ek la directora ejecutiva de la *Billings Ovulation Method Association USA* menciona que este método natural es utilizado en más de cien países y que además el gobierno de china lo considera como la única anticoncepción natural aprobada y que ha sido utilizada por más de 4 millones de parejas. (The New York Times, 2007)

En 1972 informan que existen cambios en las características del moco cervical durante el ciclo menstrual mismos que guardan relación con la fertilidad. Este método anticonceptivo natural no provoca efectos secundarios, ni contraindicaciones y además no tiene ningún costo para las usuarias. (Danoso, 2007)

Para llevar a cabo este método, la mujer debe tener la capacidad de distinguir entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, en donde debe utilizar papel higiénico y secar antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto de 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 moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. Se considera como síntoma máximo al moco elástico, que cuando se toma entre los dedos se observa filante (es decir que se estira y 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 flacidez del moco cervical. (NOM 005, 1993)

Método de la lactancia materna (MELA)

Es una experiencia favorable para ambos, para el bebé es el mejor alimento ya que contiene los nutrientes necesarios, mismos que ayudan a prevenir enfermedades infecciosas disminuyendo los casos de morbi mortalidad infantil, menor riesgo de maloclusión dental y de acuerdo a las investigaciones realizadas mejores resultados en la pruebas de inteligencia; en cuanto a la madre, mejora su salud, reduciendo el cáncer de mama, el cáncer de ovario, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, además, actúa como un anticonceptivo natural temporal, más conocido como Método de Lactancia y Amenorrea (MELA). (OPS, 2020)

Este método fue sistematizado en 1988 por varios científicos de diferentes campos como: las políticas de planificación familiar, salud reproductiva, ciencias sociales, educación sanitaria, medicina y el consenso de bellagio. Mientras la madre amamanta a su bebé, aumenta la producción de prolactina evitando la ovulación, para que el método MELA sea seguro el bebé debe tomar el pecho de manera correcta y eficaz, la mujer debe proporcionar la lactancia materna a libre demanda de forma exclusiva, sin dejar pasar más de cuatro horas en el día o más de seis horas por la noche entre cada toma. (Luque A. , 2021)

El mismo autor menciona que este método está indicado en mujeres con pareja estable que no tengan ITS y totalmente contraindicado en madres con VIH por el riesgo de contagio durante la lactancia. Debe ser utilizado solamente por las mujeres puérperas que amamantan a su bebé y que a la vez retrasara la ovulación provocando la infertilidad por seis meses y para que sea efectivo depende de tres circunstancias:

- ✓ Cuando aún hay amenorrea
- ✓ Cuando la lactancia es efectiva y él bebe es amamantado día y noche

- ✓ En el periodo transcurrido de seis meses después del parto. (Luque A. , 2019)

2.6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

La NOM 005 menciona que existen dos tipos de métodos anticonceptivos permanentes la esterilización voluntaria femenina y masculina que concede protección definitiva contra el embarazo no deseado y es otorgada en instituciones de salud con capacidad quirúrgica básica.

Esterilización femenina (OTB)

La NOM 005 menciona que la oclusión tubárica bilateral (OTB) es un método anticonceptivo permanente para la mujer y consiste en obstruir las trompas uterinas con los fines anticonceptivos, el procedimiento puede ser por:

- ✓ Salpingectomía y ligadura.
- ✓ Salpingectomía con fimbriectomía.
- ✓ Técnicas de pomeroy Uchida e Irving.
- ✓ Mecánica por medio de la aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración.

Esta cirugía, deberá ser realizada bajo las normas y técnicas quirúrgicas y de esterilización establecidas bajo anestesia local y sedación, bloqueo epidural y anestesia general, recomendadas por las instituciones del sistema nacional de salud; se debe observar a las usuarias de dos a seis horas posterior a la intervención, administrar un analgésico y en caso de alguna complicación poscirugía se debe referir inmediatamente para su atención. La usuaria debe estar completamente segura antes de que se le realice el procedimiento quirúrgico, de acuerdo a los criterios de selección del método, edad y paridad de la mujer con previa autorización del procedimiento con firma o huella plasmado en el consentimiento informado. (NOM 005, 1993)

Esterilización masculina (VASECTOMÍA)

La NOM 005, establece que la vasectomía es un método anticonceptivo permanente para el hombre en edad fértil, considerada una cirugía ambulatoria bajo anestesia local de bajo riesgo, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes para evitar el paso de los espermatozoides. Existen dos tipos la de bisturí que es la tradicional y la de Li sin bisturí, realizadas bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas. (NOM 005, 1993)

El termino vasectomía proviene del latín de los conductos deferentes (vas deferens), en 1894 se realizó la primera vasectomía en Gran Bretaña, para disminuir el edema y endurecimiento de la próstata de un paciente. (Bullough V. , 1995)

Gómez Pérez menciona que se debe proporcionar información a los usuarios y parejas que opten por este método y su decisión debe ser voluntaria ya que la posibilidad de que los conductos deferentes vuelvan a unirse después de la vasectomía es casi nula se debe prestar mayor atención en hombres jóvenes, que aún no son padres, con problemas mentales o con trastornos depresivos y que, además, se debe realizar un examen y análisis antes de realizar el procedimiento:

- ✓ Toma de presión arterial
- ✓ Exploración genital
- ✓ Análisis de laboratorio de rutina, incluyendo la hemoglobina
- ✓ Detección de ITS y HIV (Gómez Pérez, 2018)

2.7 CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN

La orientación y consejería consiste en ayudar a los usuarios a tomar decisiones de manera voluntaria y responsable, previa información de salud reproductiva y evitar riesgos a la salud, el personal debe tener una buena comunicación con los usuarios para poder llevar a cabo una adecuada comunicación y orientación.

(Gómez Pérez, 2018)

La consejería se debe llevar a cabo mediante la observación y la comunicación de los prestadores de servicios con los individuos y sus parejas, con la finalidad de proporcionar a los solicitantes métodos anticonceptivos, así como apoyo educativo que les permita tomar sus propias decisiones de manera consciente sobre su vida sexual y reproductiva, facilitando la selección del método que mejor les convenga de acuerdo a sus necesidades, el uso correcto y eficacia sobre el tiempo de la protección anticonceptiva que necesitan y aclarar sus dudas mediante. (NOM 005, 1993)

- ✓ La efectividad anticonceptiva de método
- ✓ Indicación
- ✓ Contraindicaciones y precauciones
- ✓ Forma de administración
- ✓ Lineamientos generales para la prescripción
- ✓ Duración de la protección anticonceptiva
- ✓ Seguridad, efectos secundarios y conducta a seguir
- ✓ Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva
- ✓ Información sobre el costo cuando proceda

Los consejeros deben tener conocimientos para prescribir el riesgo reproductivo, total atención para proporcionarle la información sobre el método que selecciono, debe ser hábil para realizar los procedimientos y sobre todo los conocimientos y capacidad para

atender sus dudas e inquietudes, así como, brindar un trato respetuoso y digno en beneficio de sus derechos sexuales y reproductivos. (Gómez Pérez, 2018)

Para valorar el riesgo reproductivo es necesario conocer:

- ✓ Su edad.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Cuantas veces se ha embarazado.
- ✓ Número de nacimientos de niños y niñas vivos y muertos.
- ✓ Si llevo control prenatal, orientación y consejería en los SPF.
- ✓ Los deseos reproductivos de la pareja.
- ✓ Explicar las características, reversibilidad, efectos secundarios, acceso y beneficios de los métodos.
- ✓ Confirmar que la usuaria ha entendido adecuadamente sobre el uso de los métodos anticonceptivos existentes.
- ✓ Apoyar a la pareja en el método elegido.
- ✓ Verificar si su elección ha sido adecuada y en todo caso proporcionarle apoyo emocional.
- ✓ Referirla al nivel de atención adecuado para que se le proporcione una atención oportuna y de calidad.

La NOM 005 menciona que el objetivo de la consejería es que la usuaria tome una decisión adecuada y confiable de las opciones anticonceptivas que tiene de una manera libre y que el consejero debe satisfacer las necesidades reproductivas individuales de cada paciente y aclarar sus dudas e información incorrecta, todo esto de forma privada y confidencial, además, debe conocer de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos de leyes nacionales e internacionales.

1. es necesario que los usuarios se sientan cómodos y en confianza para dialogar sus necesidades

2. Mantener la privacidad durante el asesoramiento para mejorar la comunicación, comunicación y confianza.
3. La asesoría debe de ser de acuerdo a las necesidades, nivel de conocimiento y comprensión del usuario con énfasis en lo que desea discutir.
4. La información proporcionada debe ser esencial y resumida para poder elegir la anticoncepción adecuada.
5. El consejero debe evaluar la comprensión del usuario y proporcionar información impresa en trípticos y carteles para facilitar datos de la consejería.
6. En la asesoría se debe informar sobre ventajas, desventajas, contraindicaciones, efectos colaterales, eficacia y modo en que actúan los métodos anticonceptivos.
7. El consejero debe incluir ITS, VIH/ SIDA y la hepatitis B y en cuanto al uso de métodos de barrera se protege contra ITS, pero solo los condones protegen contra el VIH.
8. Una asesoría no siempre es exitosa por lo que se debe complementar con otras técnicas de comunicación.

De acuerdo a los lineamientos generales para la prescripción de los métodos anticonceptivos, los dispositivos, sistemas intrauterinos, método hormonal subdérmico, los hormonales e inyectables de solo progestina o combinados se podrán obtener en unidades de atención médica y programas de distribución comunitaria u obtenerse en farmacias. El condón además de poder obtenerlo de igual manera que los anteriores también pueden adquirirse en establecimientos comerciales y mercadeo social.

(NOM 005, 1993)

2.8 MARCO NORMATIVO

Derechos de las y los usuarios de los servicios de salud reproductiva: Todo individuo que requiera los servicios de salud reproductiva tiene derecho a:

- ✓ Información: ser informado a tiempo, claridad y con lenguaje claro sobre el riesgo beneficio de las intervenciones médicas.
- ✓ Acceso: Recibir los servicios de atención con calidad y calidez
- ✓ Elección seguridad: Decidir de forma libre y responsable sobre las diferentes elecciones de acuerdo con su solicitud.
- ✓ Privacidad: Recibir la orientación y consejería en un ambiente libre de intervenciones.
- ✓ Confidencialidad: La información proporcionada por los usuarios no será divulgada a terceras personas.
- ✓ Dignidad: Ser tratado con respeto, cortesía y educada
- ✓ Continuidad: Recibir por parte del personal del servicio la orientación y suministros de acuerdo con el tiempo necesitado por los usuarios.
- ✓ Opinión: Permitirle que se exprese sobre el trato, información y servicios recibidos. (Salud S. d., 2001)

2.8.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

(Capítulo I, Artículo 4°)

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const], 1974)

2.8.2 LEY GENERAL DE POBLACIÓN

(Capítulo I, Artículo 3º, Fracción II)

II.-Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país; (Reglamento de la Ley General de Población [Sección II], 2018)

2.8.3 LEY GENERAL DE SALUD

(Capítulo VI: De los Servicios de Planificación Familiar)

Artículo 67

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

En materia de planificación familiar, las acciones de información y orientación educativa en las comunidades indígenas deberán llevarse a cabo en español y en la lengua o lenguas indígenas en uso en la región o comunidad de que se trate.

Artículo 68

Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69

La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70

La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su Reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Para efectos del párrafo anterior, la Secretaría de Salud en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán, entre otras, acciones en materia de educación sexual y planificación familiar dirigidas a la población adolescente.

Artículo 71

La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional. (Ley General De Salud [Capitulo VI], 2021)

2.8.4 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN

(Capítulo segundo, sección II. Planificación Familiar)

Artículo 13

Para efectos de este Reglamento, la planificación familiar, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es el ejercicio del 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.

Artículo 14

Los programas de planificación familiar son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos. También se orientará sobre las causas de infertilidad y los medios para superarla.

En la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas que impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior.

Artículo 15

Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, salud reproductiva, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a lograr el bienestar de los individuos y de la familia, con un enfoque de género, y de conformidad con lo establecido en la Ley, el presente Reglamento y las demás disposiciones aplicables.

Artículo 16

La información y los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

Artículo 17

Los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e informarán de manera clara y llana sobre fenómenos demográficos y de salud reproductiva, así como las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo, e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad. La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planificar su familia, consiste en tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y su

solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a un mayor bienestar individual y colectivo.

Artículo 18

La educación e información sobre planificación familiar deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control.

El Consejo pondrá especial atención en proporcionar dicha información a los jóvenes y adolescentes.

Artículo 19

Los servicios de información, salud, salud reproductiva y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán a través de programas permanentes. El Consejo establecerá los criterios y procedimientos de coordinación de las dependencias y entidades que tengan a su cargo esos servicios.

Artículo 20

Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear.

Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad.

Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes.

Artículo 21

En los casos de personas sujetas a interdicción, que carezcan de representante legal, serán las autoridades de las instituciones y organismos de los sectores público, social y privado que las tengan a su cargo, las que resuelvan, previo el dictamen médico respectivo, sobre el ejercicio del derecho a que se refiere el tercer párrafo del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En cada caso se dará vista al Ministerio Público.

Artículo 22

Las normas oficiales mexicanas de los servicios de planificación familiar, de salud y salud reproductiva, se establecerán de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y en lo conducente, por las leyes generales de Población y de Salud y con los acuerdos adoptados por el Consejo.

Artículo 23

El Consejo proporcionará a los jueces u oficiales del Registro Civil, la información sobre planificación familiar, igualdad jurídica de la mujer y del varón, responsabilidades familiares compartidas y organización legal y desarrollo de la familia, para que se difunda entre los que intervengan en los actos del estado civil.

(Sección III. Familia y grupos marginados)

Artículo 24

Los programas de población procurarán:

I. Vincular a la familia con los objetivos nacionales de desarrollo;

II. Fomentar el fortalecimiento de los lazos de solidaridad entre los integrantes de la familia;

III. Reevaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar;

IV. Evitar toda forma de abuso, coerción, violencia o discriminación individual o colectiva, hacia las mujeres;

V. Promover la igualdad de derechos y obligaciones para mujeres y hombres en el seno de la familia y la participación de sus integrantes en un marco de relaciones de corresponsabilidad, así como establecer medidas para impulsar la igualdad social y económica entre la mujer y el varón;

VI. Fomentar la participación igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a planificación familiar;

VII. Fomentar decisiones libres, informadas y conscientes en relación con los derechos y obligaciones que adquieren las parejas al unirse en matrimonio, el número y espaciamiento de los hijos, el cuidado y atención de los menores, ancianos y discapacitados, entre otros;

VIII. Realizar y promover acciones de educación y comunicación que generen el ejercicio de la paternidad responsable y refuercen el mejor desempeño de los padres en la formación de los hijos y en la transmisión de los valores familiares y cívicos;

IX. Diseñar campañas y llevar a cabo acciones que sensibilicen a la población acerca de la violencia contra la mujer en todas sus formas, así como en cuanto a las repercusiones que este problema social ejerce sobre el desarrollo integral de la mujer y la familia, y que contribuyan a prevenir la violencia en el seno familiar y a fortalecer especialmente en los menores, adolescentes y jóvenes una cultura de respeto a los miembros de la familia y a la dignidad de la mujer, y

X. Poner en marcha programas de información acerca de los derechos de las víctimas de violencia familiar y de los centros de servicio para la familia en materia de atención a las mismas, así como de aquellos dirigidos a rehabilitar agresores. (Reglamento General de Población [Sección II], 2012)

2.8.5 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

(Disposiciones para la prestación de Servicios Planificación Familiar. Capítulo IV)

Artículo 116

Corresponde a la Secretaría dictar las normas oficiales mexicanas para la prestación de los servicios básicos de salud en la materia de planificación familiar.

artículo 117

La Secretaría proporcionará la asesoría y apoyo técnico que se requiera en las instituciones de los sectores público y social, así como en los establecimientos privados, para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar.

Artículo 118

Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría.

Artículo 119

Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias.

Artículo 120

Dichas intervenciones deberán llevarse a efecto de conformidad con las normas oficiales mexicanas correspondientes. (Reglamento de la Ley General de Salud de Prestación de Servicios de Atención Médica [Capítulo VI], 2014)

2.8.6 REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Artículo 20

Corresponde a la dirección general de salud reproductiva:

I. Formular, proponer, difundir y evaluar las políticas y estrategias en materia de salud reproductiva, que en todos los casos incluirá la planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, sin perjuicio de las atribuciones que en estas materias correspondan a otras dependencias;

II. Detectar, analizar y promover el estado de bienestar de la población en materia de salud reproductiva;

III. Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en materia de salud reproductiva, inclusive en lo que respecta a cáncer cérvico uterino y mamario, así como vigilar su cumplimiento;

IV. Promover y coordinar las investigaciones dirigidas a identificar los problemas que alteran la salud reproductiva de la población, a fin de ampliar los conocimientos sobre sus causas y las estrategias para su prevención, curación y atención efectivas, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

V. Definir criterios para la evaluación operativa de los programas estatales de salud reproductiva;

VI. Promover y coordinar las actividades de formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos que participan en los programas de salud reproductiva, así como, la educación continua dirigida a los prestadores de servicios de salud reproductiva, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

VII. Supervisar, asesorar y participar en la definición de los contenidos técnicos de los materiales didácticos que se utilizan para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud reproductiva, así como en la aplicación de los

programas, acciones y mensajes, en la materia, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

VIII. Coordinar y participar, en coordinación con las unidades administrativas competentes, en la integración de las actividades que se realicen en materia de salud reproductiva; así como promover los mecanismos para fomentar la participación comunitaria en las acciones materia de su competencia;

IX. Coordinar las actividades del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y apoyar la participación de la Secretaría en el seno del Consejo Nacional de Población y del Programa Nacional de la Mujer, en todo lo referente a la materia de salud reproductiva;

X. Definir los criterios para la formulación, ejecución e información del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en coordinación con las entidades federativas y las unidades administrativas competentes; así como evaluar la ejecución del citado programa, y

XI. Coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la información y prestación de los servicios de salud reproductiva. (Reglamento Interior de la Secretaría de Salud [Capítulo VI], 1997)

2.8.7 NORMA OFICIAL MEXICANA

Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar, cuya actualización se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 21 de enero de 2004, con nota aclaratoria publicada en el DOF el 16 de junio de 2004. Su objetivo es uniformar principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. Su campo de aplicación lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Bioética

“El estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales” (Encyclopedia of Bioethics, 2014).

Principios bioéticos

Nos permiten dar solución a un problema, la bioética debe analizar cada asunto llevando a cabo sus cuatro principios generales, mismos que fueron definidos en 1979 por Tom Beauchamp y James Franklin Childress y que son los siguientes:

1. Principio de autonomía

Es la facultad que tenemos de decidir lo que más nos agrade. La autonomía tiene la labor de la auto exposición y pensamiento como ciudadanos libres, que distinguen la importancia del actuar, pensar y decidir con libertad. (Hincapié Sanchez & Medina Arellano, 2019)

El respeto por la autonomía exhorta se le conceda a cada individuo el derecho de:

- ✓ Profesar sus puntos de vista personales
- ✓ Tener sus propias determinaciones
- ✓ Proceder de acuerdo a sus valores

En este trabajo de investigación **se respetó el principio de autonomía** al ser las participantes mayores de edad, todas saben leer y comprendieron perfectamente cada cláusula del instrumento aplicado. Ninguna de ellas es iletrada y aparentemente gozan de buenas capacidades físicas, psicológicas y maduras para poder colaborar con este estudio, sus puntos de vista y sus respuestas fueron respetados y tomados en cuenta

para obtener los resultados plasmados en el capítulo cuatro, también se respetó la decisión de aquellas mujeres que decidieron no participar y las que desertaron durante la recolección de datos.

2. Principio de no maleficencia

Es el deber que tiene el ser humano de no causar daño intencionalmente a ningún individuo, ya sea en la práctica profesional como en la vida cotidiana. Del latín *non nocere* que quiere decir, no perjudicar. En este principio se pretende hacer el bien, aunque si no podemos hacerlo tampoco haremos el mal.

Las obligaciones de la no maleficencia son:

- ✓ No se debe ocasionar mal o daño
- ✓ Se debe evitar el mal o daño
- ✓ Se debe anular el mal o daño
- ✓ Se debe originar e impulsar el bien

Con relación a la investigación aplicada a las mujeres participantes en cuanto a riesgos **no les ocasiono ningún daño tanto físico como moral al aplicarles el instrumento de medición**, en cuanto a beneficios, se prevé sugerir al personal de enfermería de los diferentes niveles de atención lleven a cabo las actividades propias de consejería y orientación de acuerdo a la norma de planificación familiar, leyes y reglamentos con base a los principios bioéticos.

3. Principio de beneficencia

Es el deber de proporcionar tranquilidad a la comunidad, es decir conducirse a favor de los demás, este principio nos lleva a no solo no hacer el mal si no también realizar el bien y es obligatorio realizar las siguientes reglas:

- ✓ Salvaguardar los derechos ajenos

- ✓ Evitar daños que pueden perjudicar a terceros
- ✓ Anular las situaciones que pudieran dañar a otros
- ✓ Auxiliar a los individuos con discapacidades o deficiencias
- ✓ Rescatar al prójimo que están en peligro

Se respeto el principio de beneficencia al realizar esta investigación con finalidad de conocer los factores que intervienen en el uso del método anticonceptivo para sugerir estrategias que mejoren la atención con calidad y humanismo en los servicios planificación familiar con beneficio no solo de la comunidad del poblado de Santa María Ahuacatlán, sino también a los usuarios de los diferentes niveles de atención.

4. Principio de la justicia

Igualdad de condiciones para obtener riesgos beneficios en el transcurso de la investigación. Este principio tiene que acatar lo que es adecuado para las personas como la repartición equilibrada de los derechos, beneficios, responsabilidades y obligaciones de la sociedad. Las cualidades para recibir un trato equitativo son:

- ✓ A todo individuo una parte igual
- ✓ A cada individuo de acuerdo a sus necesidades
- ✓ A todo individuo de acuerdo a sus esfuerzos
- ✓ A cada individuo según su contribución
- ✓ A cada individuo según su merito

De acuerdo al principio de **justicia, todas las mujeres participantes son adultas**, cada una con diferentes características; a quienes verbalmente se les informo el objetivo de este estudio de investigación, además, se obtuvo su aprobación individual por medio del consentimiento informado, en donde se menciona que los datos proporcionados son confidenciales y utilizados únicamente con fines estadísticos.

2.9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la presente investigación se respetaron los principios bioéticos a la mujer, antes de proceder a la aplicación del instrumento de evaluación, se le proporcionó la información necesaria sobre el trabajo de investigación que se realizó respetando en todo momento su decisión de participar o no. Se le informó que los datos que ella proporcionara serían confidenciales y utilizados únicamente con fines estadísticos. El contenido es claro y comprensible para que las participantes puedan reflexionar y expresar libremente sus respuestas, el instrumento se aplicó posterior a la explicación. (Anexo A)

2.9.2 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TEDA) DOROTHEA ELIZABETH OREM

En la presente investigación se aplicó el modelo de Dorothea Elizabeth Orem en una población comunitaria de Cuernavaca, Morelos por medio del proceso enfermero en donde es indispensable exponer los conceptos empleados en la teoría de Orem identificando el objeto de enfermería como: ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? Por lo que la incapacidad de las usuarias al llevar a cabo el auto cuidado de calidad en cuanto a su salud sexual y reproductiva conlleva a que una enfermera les proporcione consejería y orientación de acuerdo a las circunstancias de salud personal. La TEDA se compone por varios conceptos y tres teorías; en donde una describe sus tipos y situaciones prácticas de la enfermería (Orem, 2001, p. 22)

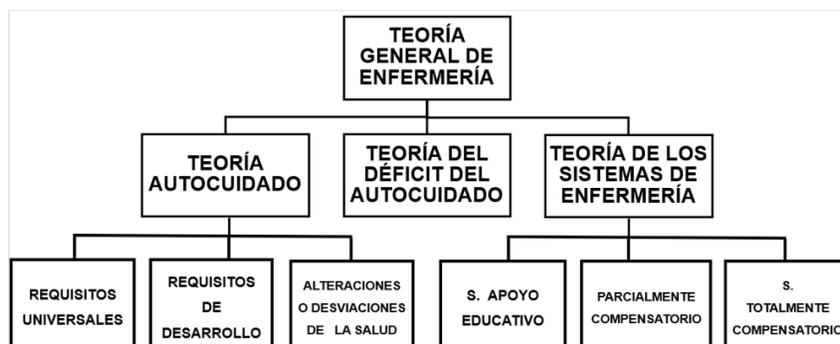


Figura obtenida de: (Meléndez, 2001)

En cuanto a su naturaleza “la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales” es el fundamento de la TEDA (Banfield, 1997, p. 204).

Orem (1997) identificó cinco enfoques de los seres humanos indispensables para desarrollar los conceptos de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros que son: La visión de la persona; que es la postura ideológica que refleja la persona, misma que se relaciona con la naturaleza de los seres humanos y es esencial para la teoría de Orem, el agente, el usuario de símbolos, el organismo y el objeto.

Su objetivo es proporcionar cuidados y constituir la disciplina que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. Su propósito es conocer que “los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado” (Orem, E; 1995).

Orem desarrollo en su teoría cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería.

- ✓ Persona: Unidad sustancial.
- ✓ Salud: Estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

- ✓ Enfermería: Servicio humano de cuidado.
- ✓ Entorno: Condiciones ambientales psicológicas y física (Alligood, 2007/2014)

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una tarea propia de las personas maduras o en proceso de maduración que han llevado a cabo desde que tuvieron la capacidad de cuidar de sí mismos de manera adecuada en su beneficio para establecer su desarrollo y funcionamiento humano.

El autocuidado se debe de aprender y llevar a cabo voluntaria y continuamente de acuerdo con las necesidades de cada persona, etapas de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo. La teoría del autocuidado describe por qué y cómo los individuos cuidan de sí mismos e incluye conceptos como; conceptos principales y definiciones

Auto

Individuo integro, en conjunto con sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

Cuidado

Actividades que realiza un individuo para conservar la vida y su desarrollo de manera normal.

Autocuidado

Practica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria en intencionada en favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar (Orem, 1991:131).

El cuidado dependiente

Cuidado que se brinda a una persona que debido su edad o factores relacionados no es capaz de llevar a cabo. El autocuidado necesario para mantener el funcionamiento saludable, desarrollo personal, bienestar y preservar la vida. (Alligood, 2007/2014)

Factores condicionantes

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado de desarrollo
- ✓ Estado de salud
- ✓ Modelo de vida, actividades en las que se ocupa
- ✓ Factores del sistema sanitario
- ✓ Factores del sistema familiar
- ✓ Disponibilidad de recursos
- ✓ Factores socioculturales
- ✓ Factores ambientales, externos del entorno (Alligood, 2007/2014)

Requisitos de autocuidado

Recomendación emitida de las funciones que se llevaran a cabo y son necesarias para el funcionamiento y desarrollo humano, de manera continua en situaciones y condiciones específicas. (Meléndez, 2001)

Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. (Alligood, 2007/2014)

Requisitos de desarrollo

percepciones únicas de la persona que resultan de una condición como en el embarazo, o que están vinculada a un acontecimiento de vida como la muerte.

(Orem 193:146)

Los requisitos de desarrollo se dividen en dos grupos:

1. Los que apoyan en los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos como:

- ✓ La vida intrauterina
- ✓ La vida neonatal (parto a término o neonatal)
- ✓ Lactancia
- ✓ Infancia, adolescencia y adulto joven
- ✓ Adulto
- ✓ Embarazo

2. Los que alivian o superan los efectos negativos reales o potenciales como:

- ✓ Privación educacional
- ✓ Problemas de adaptación social
- ✓ Pérdida de familiares, amigos y colaboradores
- ✓ Pérdida del trabajo
- ✓ Cambio súbito en las condiciones de vida
- ✓ Cambio de posición social o económica
- ✓ Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal
- ✓ Muerte
- ✓ Peligros ambientales

Requisitos de desviación de la salud

Son los que prevalecen cuando las personas están enfermas o lesionadas, poseen malformaciones e incapacidades y son sujetas diagnóstico y tratamiento. Una vez valorados los requisitos anteriores se identifica el déficit de autocuidado y se analizan tres partes:

1. Agente de autocuidado
2. Agente de cuidado dependiente
3. Agencia de autocuidado

Agente de autocuidado

Es el individuo propio que realiza sus cuidados fundamentales como bañarse, vestirse, comer, etc. (Orem,1993:48)

Agente de cuidado dependiente

Persona madura que identifica los requisitos de autocuidado de quienes no pueden realizarlo por sí mismo, como un hijo es dependiente de sus padres.

La agencia de enfermería

Gestiona satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, desarrollo o desviación de la salud. Los individuos se cuidan entre sí, sin proporcionar directamente cuidados de enfermería por lo que una persona se convierte en un agente de cuidado dependiente.

La agencia de autocuidado

Acción de conocer y realizar actividades para el cuidado de la salud de manera voluntaria. Esto lo realiza el agente de cuidado dependiente y el agente de autocuidado.

Agente de autocuidado terapéutico

Es cuando se requiere de un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos en salud.

Teoría del déficit del autocuidado

Esta teoría nos muestra como la enfermería puede ayudar a las personas.

Es la parte crítica de la teoría cuyo fin es conocer de qué manera los seres humanos, al adquirir limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella pueden llevar a cabo su autocuidado o el cuidado dependiente. Las limitaciones hacen incapaces a las personas de realizar su propio cuidado y el de otras personas. (Alligood, 2007/2014)

Teoría de sistemas de enfermería

Esta teoría nos detalla el vínculo que hay que mantener para llevar a cabo el cuidado enfermero y se subdivide en tres sistemas:

APOYO EDUCATIVO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	TOTALMENTE COMPENSATORIO
Realiza el cuidado terapéutico del paciente	Realiza algunas actividades de autocuidado por el paciente	Realiza el autocuidado
Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado	Ayuda en las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado	organiza el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite	
Dejar hacer al otro	Hacer con el otro	Hacer por el otro

Fuente: (Meléndez, 2001)

Esa teoría muestra a la enfermería como una labor humana y los sistemas enfermeros son planteados y creados por enfermeras durante su ejercicio de su profesión en beneficio de las personas con limitaciones en su salud con referencia a su autocuidado y cuidado dependiente.

La aplicación de la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, se desarrolló por medio del proceso enfermero para proporcionar las actividades propias en cuanto a la orientación y capacitación de las mujeres y sus parejas con la finalidad que hagan uso del método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades de cada una para evitar embarazos no programados, mismo que coadyuba en la salud, economía y calidad de las familias cuernavacenses.

Desarrollo de la sub teoría del déficit del autocuidado de Elizabeth Dorothea Orem, por medio del proceso enfermero.

MODELO DE DOROTEA OREM	PROCESO DE ENFERMERÍA
Teoría del autocuidado	<p>Valoración: Se realizó la recolección de datos por medio de una encuesta aplicada a mujeres mayores de edad del poblado de Santa María Ahuacatitlán para conocer los datos generales de las participantes, el acceso a los servicios de planificación familiar, conocimiento, información, uso previo, actual y acceso de los métodos anticonceptivos</p>
Teoría del déficit de autocuidado	<p>Diagnóstico: Requisito universal (7) (Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano)</p> <p>Diagnóstico de enfermería: Conocimientos deficientes (00126) relacionados con la falta de interés por aprender.</p> <p>Requisito de autocuidado de desarrollo: Etapa de desarrollo en la vida adulta</p> <p>Factores condicionantes básicos afectados: Orientación sociocultural, sexo, factores del sistema familiar y patrón de vida incluyendo las actividades en las que se ocupa.</p>
<p style="text-align: center;">Teoría de sistemas</p> <p>Se toma en consideración esta tercera subteoría para llevar a cabo el proceso enfermero, con base al sistema de apoyo educativo, para brindar soporte a las mujeres en edad reproductiva en cuanto al cuidado de su salud sexual y que, en conjunto con el personal de salud, tomen en consideración el MAC más conveniente para su persona, así como asumir precauciones en cuanto a las ITS VIH/SIDA.</p>	<p>Planeación: Actividades de enfermería</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Elaboración de trípticos, murales informativos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y la prevención de ITS, VIH / SIDA. 2.- Llevar a cabo promoción a la salud sexual y reproductiva por medio de rotafolios en la consulta externa de las diferentes especialidades. 3.- Ofertar los métodos anticonceptivos al ingresar una paciente en el Triage obstétrico sin importar el motivo de su consulta. 4.- Proporcionar los preservativos a los usuarios en edad reproductiva. <p>Ejecución: El papel de la enfermera se limita únicamente a orientar y capacitar a las usuarias y sus parejas en edad reproductiva en cuanto a la variedad, uso, ventajas, desventajas, contraindicaciones y efectos adversos de los métodos de planificación familiar, así como, la prevención de las ITS, VIH/SIDA, hepatitis B, en apoyo a las parejas a tomar decisiones.</p> <p>Evaluación: Tras la orientación de las usuarias y sus parejas, obtendrán los conocimientos necesarios y tendrán la capacidad de elegir de acuerdo a sus condiciones físicas y fisiológicas el método anticonceptivo de su preferencia que utilizarán con previa consejería del personal de enfermería.</p>

CAPÍTULO 3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

La metodología de investigación de este estudio es cuantitativo no experimental de diseño transversal descriptivo.

3.2 DISEÑO DE VARIABLES E INDICADORES

Variable dependiente:

- ✓ Uso del Método de Planificación familiar

Variables independientes:

- ✓ Edad
- ✓ Estado civil
- ✓ Escolaridad
- ✓ Ocupación
- ✓ Libre acceso a los servicios de planificación familiar.
- ✓ Disponibilidad del método anticonceptivo.
- ✓ Información obtenida de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Igualdad de impartición de la información sobre métodos anticonceptivos tanto a hombres como a mujeres.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

(Perfil sociodemográfico de las usuarias actuales de métodos anticonceptivos.)

Objetivo: Identificar los factores que intervienen en el uso del método anticonceptivo en mujeres adultas del poblado de Santa María Ahuacatitlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México.

1. Variable	2. Tipo de variable	3. Operacionalización	4. Categorías o dimensiones	5. Definición
Ítem 1ª Edad	Cuantitativa Discreta Simple	Tiempo en que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	1. 18 - 24 años 2. 25 - 31 años 3. 32 - 38 años 4. 39 - 45 años 5. 46 - 52 años	Rango de edad: Intervalo de edad entre su límite inferior y claramente el mayor. Edad mínima de 18 años y máxima de 52 años con intervalo de 6
Ítem 2A Estado civil	Cualitativa	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda	SOLTERA: Persona que no está comprometida formalmente en una relación. CASADA: Es la unión de dos personas comprometidas cultural o legalmente. UNIÓN LIBRE: Es la unión informal de una pareja que viven juntos. VIUDA: Es la consumación del matrimonio que concluye por la defunción de uno de los dos cónyuges
Ítem 3A Escolaridad	Cualitativa	Número de años de educación de la mujer	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura	PRIMARIA: Enseñanza básica del desarrollo infantil. SECUNDARIA: Formación integral de población infantil de adolescentes. PREPARATORIA: Nivel medio superior, conocido en México como preparatoria o bachillerato. LICENCIATURA: Centro educativo en donde se estudia una carrera profesional para adquirir un título de grado.
Ítem 4B Ocupación	Cualitativa	Hace referencia a lo que una persona se dedica; trabajo, empleo, actividad o profesión que demanda cierto tiempo. Realizar una actividad física o intelectual, en general de forma continuada, y recibir un salario por ello.	1. Ama de casa 2. Empleada 3. Comerciante 4. Enfermera 5. Guardia 6. Secretaria 7. Estudiante 8. Campesina	AMA DE CASA: Ser ama de casa es un trabajo sin ser remunerado. EMPLEADA: Persona que brinda sus servicios a cambio de un salario por parte de un empleador. COMERCIANTE: Persona que se dedica a comprar y vender productos en el mercado para obtener una ganancia. ENFERMERA: Persona que tiene por oficio asistir a los enfermos. GUARDIA DE SEGURIDAD: Persona encargada de mantener el orden y brindar protección. SECRETARIA: Mujer a cargo de una oficina que proporciona servicios administrativos. ESTUDIANTE: Persona que estudia en un centro docente. CAMPESINA: Persona que trabaja la tierra y suele andar en el campo.
6. Indicador	7. Nivel de atención	8. Unidad de medida	9. Índice	10. Valor
Porcentaje por grupo de edad	De intervalo	Porcentaje	Índice por grupo de edad	Las mujeres en edad fértil del rango de edad de 25-31 años son las de mayor prevalencia (29%)
Porcentaje según el estado civil	Nominal	Porcentaje	Índice por estado civil	En cuanto al estado civil, tienen mayor impacto las solteras (53%)
Porcentaje por nivel de estudios	Ordinal	Porcentaje	Índice por escolaridad	De acuerdo al nivel académico sobresalió la escolaridad preparatoria (48%)
Porcentaje de ocupación	Nominal	Porcentaje	Índice por ocupación	Y en cuanto a ocupación de las mujeres colaboradoras, las más relevantes fueron las empleadas (35%)

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Muestra conformada por 100 mujeres que fueron elegidas en forma aleatoria en el poblado Santa María Ahuacatitlán del municipio de Cuernavaca, Morelos. México. En los meses de febrero y marzo del 2020.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres en edad reproductiva mayores de 18 años
- ✓ Que acepten participar
- ✓ Que residan en el pueblo de Santa María Ahuacatitlán del municipio de Cuernavaca, Morelos al momento del cuestionario.

3.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres en edad reproductiva menores de edad y mayores de 52 años
- ✓ Que no deseen participar.

3.4.3 Criterios de eliminación

- ✓ Cuestionarios incompletos.

3.5 TIEMPO Y ESPACIO

La presente investigación se aplicó durante los meses de febrero y marzo del 2020, en un poblado de Cuernavaca, Morelos.

3.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se aplicó una encuesta validada y utilizada con su autorización vía correo electrónico por la Dra. Ileana Beatriz Heredia. Los datos se capturaron en Excel y mediante el uso del programa STATA 14 se obtuvieron frecuencias simples y relativas de cada variable. (Anexos A)

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados de manera ordenada y relacionada de acuerdo con los parámetros y criterios que permitieron aplicar la encuesta a algunas habitantes del poblado de Santa María Ahuacatlán del municipio de Cuernavaca, Morelos, México.

La muestra de estudio estuvo conformada por cien mujeres en edad reproductiva de 18 a 52 años, se aplicaron encuestas personalmente en sus áreas de trabajo, domicilios, vía WhatsApp y correo electrónico debido a la situación que atraviesa el país por la contingencia del virus SARS COV 2.

Por lo tanto, en cuanto a los resultados obtenidos sobre el uso de los métodos de barrera se determinó que el único utilizado por las mujeres participantes, es el condón masculino con mayor incidencia en el rango de edad de 25-31 años, estado civil soltera, con estudios de preparatoria y de ocupación empleadas.

De acuerdo a los métodos permanentes se estipulo que solo la OTB es ejercida por todos los rangos de edad con mayor prevalencia en las mujeres de 39-45 años, en las usuarias casadas, con estudios de secundaria y las amas de casa.

*** Para describir las características de las mujeres participantes,** en una muestra de 100 mujeres de 18 a 52 años, se consideró de acuerdo a los datos obtenidos que el rango de edad con mayor incidencia, fue de las mujeres de 25-31 años (29%), se

determinó que el estado civil sobresaliente fueron las solteras (53%), el nivel académico de preparatoria (48%) y la ocupación más relevante las empleadas (35%). (Tabla n°1)

TABLA N°1 PORCENTAJE DEL TIPO DE CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

Características	Número	Porcentaje
Edad		
18 – 24	22	22%
25 – 31	29	29%
32 – 38	20	20%
39 – 45	24	24%
46 – 52	5	5%
Estado civil		
1. Soltera	53	53%
2. Casada	22	22%
3. Unión libre	21	21%
4. Divorciada	4	4%
5. Viuda	5	5%
Escolaridad		
1. Primaria	9	9%
2. Secundaria	31	31%
3. Preparatoria	48	48%
4. Licenciatura	12	12%
Ocupación		
1. Ama de casa	21	21%
2. Empleada	35	35%
3. Comerciante	15	15%
4. Enfermera	11	11%
5. Guardia de seguridad	6	6%
6. Secretaria	4	4%
7. Estudiante	7	7%
8. Campesina	1	1%

De acuerdo a los métodos anticonceptivos que refieren utilizar las participantes en el momento de la entrevista, a nivel general se muestran los siguientes resultados; en cuanto a su clasificación; los hormonales corresponden (37.5%), seguido de los definitivos (30.5%), posteriormente los de barrera (20.8%) y finalmente los naturales (4.1%). datos obtenidos de: (Tabla n°2.)

Definitivos: se puede observar que el rango de edad con mayor incidencia 39-45 años (45.83%), estado civil casadas (50%), estudios de secundaria (35.48%) y ocupación amas de casa (42.85%), por lo tanto, a mayor edad se usan con mayor frecuencia los métodos definitivos.

Hormonales: las mujeres que más utilizan estos métodos son las que se encuentran en el rango de edad de 25-31 años (43.33%), las viudas y las divorciadas ambas con el (50%), las de escolaridad primaria (33.33%), las empleadas (40%). Por lo tanto, a menor educación utilizan más este tipo anticonceptivo.

Barrera: estos métodos son más utilizados en el rango de edad de 25-31 años (23.33%), de acuerdo al estado civil las únicas que utilizan este método son las solteras (24.52%), en cuanto a la escolaridad con mayor incidencia se encuentra preparatoria (16.66%) y el dedicarse a guardia de seguridad (57.14%).

Naturales: quienes más utilizan este tipo de métodos son las mujeres del rango de edad de 46-52 años (20%), vivir en unión libre (4.76%), las que tienen licenciatura (8.33%) y las comerciantes (13.33%).

Las mujeres que no usan métodos anticonceptivos en general son: las que se encuentran en el rango de edad de 46-52 años (40%), las divorciadas (50%), las que tienen primaria (44.44%) y las comerciantes (46.66%), observando que a mayor edad y menor preparación el uso del método anticonceptivo disminuye.

TABLA N°2 PORCENTAJE DEL USO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Variables	Definitivos	%	Hormonales	%	Barrera	%	Naturales	%	No usa	%	Total N.	Total %
Edad												
18 – 24	1	4.76%	9	42.85%	4	19.04%	1	4.76%	6	28.57%	21	100%
25 – 31	5	16.66%	13	43.33%	7	23.33%	0	0%	5	16.66%	30	100%
32 – 38	8	40%	2	10%	3	15%	0	0%	7	35%	20	100%
39 – 45	11	45.83%	3	12.5%	1	4.16%	1	4.16%	8	33.33%	24	100%
46 – 52	2	40%	0	0%	0	0%	1	20%	2	40%	5	100%
Estado civil												
1. Soltera	10	18.86%	12	22.64%	13	24.52%	2	3.77%	16	30.18%	53	100%
2. Casada	11	50%	6	27.2%	0	0%	0	0%	5	22.72%	22	100%
3. Unión libre	6	28.57%	7	33.33%	0	0%	1	4.76%	7	33.33%	21	100%
4. Divorciada	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%
5. Viuda	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
Escolaridad												
1. Primaria	2	22.22%	3	33.33%	0	0%	0	0%	4	44.44%	9	100%
2. Secundaria	11	35.48%	8	25.8%	5	16.12%	1	3.22%	6	19.35%	31	100%
3. Preparatoria	10	20.83%	14	29.16%	8	16.66%	1	2.08%	15	31.25%	48	100%
4. Licenciatura	4	33.33%	2	16.66%	1	8.33%	1	8.33%	4	33.33%	12	100%
Ocupación												
1. Ama de casa	9	42.85%	7	33.33%	0	0%	0	0%	5	23.8%	21	100%
2. Empleada	6	17.14%	14	40%	5	14.28%	0	0%	10	28.57%	35	100%
3. Comerciante	5	33.33%	1	6.66%	0	0%	2	13.33%	7	46.66%	15	100%
4. Enfermera	3	27.27%	3	27.27%	2	18.18%	1	9.09%	2	18.18%	11	100%
5. Guardia de seguridad	2	28.57%	0	0%	4	57.14%	0	0%	1	14.28%	7	100%
6. Secretaria	1	33.33%	1	33.33%	1	33.33%	0	0%	0	0%	3	100%
7. Estudiante	0	0%	1	14.28%	3	42.85%	0	0%	3	42.85%	7	100%
8. Campesina	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

Resultados obtenidos de los métodos anticonceptivos hormonales que refieren las participantes usar actualmente y de acuerdo a la tabla N°3 se describen los siguientes resultados

El **DIU**, es más utilizado por las mujeres que se encuentran en el rango de edad de 39-45 años (66.6%), en mujeres que se encuentran en unión (85.71%), las de escolaridad primaria (100%), las comerciantes (100%). Por lo tanto, a menor educación utilizan más este tipo de métodos.

El método subdérmico, es más utilizado por el rango de edad de 18-24 años (33.33%), y de acuerdo al estado civil las solteras son las únicas que lo utilizan (41.6%) las licenciadas (50%) y las enfermeras (33.3%)

Los hormonales inyectables, el porcentaje más alto lo obtuvieron el rango de edad de 39-45 años (33.3%) las divorciadas (100%) las de educación preparatoria (28.57%) y las secretarias (100%)

Los anticonceptivos orales, de estos métodos el único rango de edad de mujeres que los utiliza es de 25-31 años (15.38%), las viudas (100%), las licenciadas (50%) y las enfermeras con el 33%. (Tabla n°3.)

El sistema de liberación hormonal mirena; según los datos obtenidos por las mujeres que participaron en esta investigación muestran que las únicas que utilizaron este método son las que se encuentran en el rango de edad de 25-31 años (7.69%), las casadas (16.6%), las de escolaridad preparatoria (7.14%) y las amas de casa (14.28%).

TABLA N°3 PORCENTAJE DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

	DIU	%	Implante	%	Inyección	%	Mirena	%	Orales	%	Total N.	Total %
Edad												
18 – 24	4	44.44%	3	33.33%	2	22.22%	0	0%	0	0%	9	100%
25 – 31	6	46.1%	2	15.38%	2	15.38%	1	7.69%	2	15.38%	13	100%
32 – 38	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
39 – 45	2	66.6%	0	0%	1	33.3%	0	0%	0	0%	3	100%
46 – 52	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
Estado civil												
1. Soltera	5	41.6%	5	41.6%	1	8.3%	0	0%	1	8.3%	12	100%
2. Casada	3	50%	0	0%	2	33.3%	1	16.6%	0	0%	6	100%
3. Unión libre	6	85.71%	0	0%	1	14.28%	0	0%	0	0%	7	100%
4. Divorciada	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
5. Viuda	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
Escolaridad												
1. Primaria	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%
2. Secundaria	5	62.5%	2	25%	1	12.5%	0	0%	0	0%	8	100%
3. Preparatoria	6	42.85%	2	14.2%	4	28.57%	1	7.14%	1	7.14%	14	100%
4. Licenciatura	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%
Ocupación												
1. Ama de casa	4	57.14%	1	14.28%	1	14.28%	1	14.28%	0	0%	7	100%
2. Empleada	7	50%	3	21.42%	3	21.42%	0	0%	1	7.14%	14	100%
3. Comerciante	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
4. Enfermera	1	33.33%	1	33.3%	0	0%	0	0%	1	33.33%	3	100%
5. Guardia de seguridad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
6. Secretaria	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
7. Estudiante	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
8. Campesina	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%

Resultados obtenidos de los métodos anticonceptivos de barrera

El único método anticonceptivo de barrera utilizado por las participantes, es el condón masculino con mayor incidencia en el rango de edad de 25-31 años, con 7 de 17 usuarias (41.1%), escolaridad soltera 14 de 14 usuarias (100%), estudios de preparatoria 8 de 14 (57.1%) y el ser empleadas 7 de 16 (43.75%).

Resultados obtenidos de los métodos anticonceptivos definitivos

Dentro de los métodos permanentes la OTB es utilizada por todos los rangos de edad con mayor prevalencia en 39-45 años, 11 de 27 mujeres (40.7%), en cuanto al estado

civil el mayor porcentaje son las casadas 11 de 28 usuarias (39.2%), escolaridad secundaria 11 de 27 (40.7%) y el ser ama de casa 9 de 27 (33.3%).

Resultados obtenidos de los métodos anticonceptivos naturales

De acuerdo a la información que se obtuvo en cuanto a los métodos naturales, las usuarias participantes solo refirieron haber hecho uso de dos de ellos; uno de ellos es la abstinencia sexual que fue practicado por dos mujeres que se encuentran en el rango de edad de 39-52 años, con relación al estado civil únicamente dos mujeres solteras la llevan a cabo, en cuanto a la escolaridad solo una usuaria con estudios de preparatoria la práctica y una mujer que se dedica a la enfermería y una comerciante refieren ejercerla.

El otro anticonceptivo natural es el coito interrumpido cuya participación es de una mujer en el rango de 18-24 y otra de 46 a 52 años, de acuerdo al estado civil, escolaridad y ocupación, solo una usuaria soltera y una con estudios de secundaria y una comerciante la practican.

*** Para identificar el libre acceso y disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos existentes en los servicios de planificación familiar de la localidad,** se puede observar en la tabla n°4, que el (61%) refiere que si fue fácil acceder a los servicios de planificación familiar y el (56%) menciona que es factible adquirir los métodos anticonceptivos en el centro de salud.

Por lo tanto, no se considera un factor interviniente el acceder a los servicios y a los métodos de planificación familiar en su centro de salud.

TABLA N°4 LIBRE ACCESO A LOS SPF Y DISPONIBILIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL CS.

VARIABLE	SI	NO	NO HAN ACUDIDO	TOTAL
¿Fue fácil acceder a los servicios de planificación familiar?	61%	7%	32%	100%
¿Considera que es fácil acceder a los métodos anticonceptivos en el centro de salud?	56%	12%	32%	100%

*** Para determinar la impartición de la información que influye en la toma de decisión sobre los métodos anticonceptivos disponibles que se ofrecen en los servicios de planificación familiar en la localidad del.** Se concluye que de acuerdo a la tabla n°5, el 48% de las mujeres participantes si recibieron orientación sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen, el 43% relata que el personal se aseguró les quedara clara la información proporcionada y el 44 % incluyó dentro de la orientación temas sobre infecciones de transmisión sexual en su consejería.

TABLA N°5 IMPARTICIÓN DE INFORMACIÓN

VARIABLE	SI	NO	NO HAN ACUDIDO	TOTAL %
¿Los servicios de planificación familiar le ofrecieron información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen?	48%	20%	32%	100%
¿El personal que le dio la información se aseguró que a usted le quedara muy clara toda la información sobre las ventajas, desventajas, contraindicaciones y posibles daños a la salud por el uso de los diferentes métodos anticonceptivos?	43%	25%	32%	100%
¿La información, que ha recibido, en la consulta de planificación familiar incluyó temas sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA?	44%	24%	32%	100%

Sin embargo, es impactante que el 32% de las cien mujeres participantes no han asistido a los servicios de planificación familiar, un 32.6% recibió información sobre métodos anticonceptivos y de estas solo un 17% no se aseguró que les quedara clara la orientación y el 11% no recibió información sobre enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

* **Para describir las condiciones de igualdad de género en la impartición de la información sobre la selección asertiva del método anticonceptivo;** se identificó de acuerdo a los alcances obtenidos que el 36% de las usuarias participantes menciona, que, si se imparte con igualdad de género la información y el 32% refiere que la orientación es transmitida más a mujeres que a los hombres sin embargo el 32% lo desconoce porque a la fecha no han acudido a los servicios de planificación familiar.

4.2 CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación permitió señalar lo siguiente:

1. Edad: De acuerdo a esta variable el rango de mayor porcentaje es de 25-31 años con el 30% y el de menor prevalencia de 46 a 52 años (5%).

Las mujeres de 39 a 45 se deciden más por los métodos definitivos, mientras que las de 18 a 31 años optan por los métodos hormonales, pero las mayores de 46 años son las únicas que no utilizan métodos de barrera, ocupan la mayor incidencia en cuanto al uso de métodos naturales y las de 32 a 38 años son las que menos usan métodos anticonceptivos.

2. Estado civil: La mayoría son solteras (53%) y en menor proporción son divorciadas y viudas (2%).

Las mujeres que se inclinan por los métodos definitivos son las casadas, los hormonales y los métodos naturales son más usados por las solteras, además, son las

únicas que utilizan los métodos de barrera y las que menos utilizan métodos anticonceptivos.

3. Escolaridad: El nivel académico de mayor prevalencia es preparatoria con el 48% y el de menor primaria (9%). Las mujeres con secundaria utilizan más los métodos permanentes, las de primaria los hormonales, además, no usan anticonceptivos de barrera ni naturales, las de preparatoria eligen los de barrera y son las que menos ocupan métodos anticonceptivos.

4. Ocupación: Destaca el ser empleada (35%) y escasea ser campesina (1%)

En cuanto a su actividad principal las amas de casa recurren más a los métodos permanentes, las empleadas se inclinan más por los métodos hormonales, aunque también son las que menos consumen métodos anticonceptivos, las guardias de seguridad prefieren los de barrera y las comerciantes los naturales. Quien más recurre a los **métodos definitivos** son las mujeres de 39 a 45 años, las casadas, con escolaridad primaria y por las amas de casa.

En los **métodos hormonales** las más destacadas en cuanto a su uso son las que tienen entre 21 a 31 años, las solteras con preparatoria y el ser empleadas.

De acuerdo a los **métodos de barrera** quienes se inclinan más por estos son las que tienen entre 25 a 31 años, las solteras, las de nivel medio superior y las empleadas.

En cuanto a las que eligen los **métodos naturales** son las que tienen de 18 a 24 años, las solteras, con nivel licenciatura y las comerciantes.

Y la prevalencia de aquellas mujeres que **decidieron no hacer uso de algún método** anticonceptivo son las de 39 a 45 años, las solteras, preparatorias y las empleadas.

4.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A partir de los hallazgos encontrados y de acuerdo a la identidad de las características extraídas de las mujeres participantes del poblado de Santa María Ahuacatlán se aprecia que, de acuerdo a la edad, la media es de 32.21, la mediana es de 30.5 y la moda de 30; el mayor porcentaje de las mujeres se encuentran en el rango de edad de 25 a 31 años (29%), estos resultados guardan relación con lo que sostiene, Guzmán Alvarado y Enríquez Pereyra (2015); en donde mencionan que la mayoría de las mujeres entrevistadas corresponden al rango de edad de 25 a 30 años.

Pero en lo que no concuerda el estudio de los autores mencionados con el presente es que el mayor porcentaje en cuanto al estado civil en esta investigación son las mujeres solteras (53%) y en los resultados de los autores mencionados son las casadas (45%)

En lo que respecta al nivel académico las participantes de esta investigación se encuentran con mejor preparación académica de nivel preparatoria (48%) por lo que no se encuentra en relación alguna, debido a que en el estudio de Guzmán Alvarado y Enríquez Pereyra las mujeres no cuentan con un nivel de educación básica (29%).

En cuanto a la ocupación que refieren desempeñar, la mayor proporción son empleadas (35%) sin embargo Guzmán Alvarado y Enríquez Pereyra refieren que la mitad de las participantes no cuentan con un empleo y se dedican a oficios domésticos o al cuidado de la familia (49%).

Es importante destacar el identificar la prevalencia de aquellas mujeres que decidieron no hacer uso de algún método anticonceptivo son las de 39 a 45 años, las solteras, preparatorias y las empleadas; pues esto indica que los programas de salud reproductiva deberán estar enfocados hacia este grupo en cuanto a la sensibilización en la toma de decisiones asertivas en la salud sexual y reproductiva, ya que se tiene evidencia que el condón muchas veces no se utiliza y que la mujer tiene muy poco empoderamiento para poder negociar el uso de éste.

En cuanto al uso de los **métodos hormonales** se identificó que las que mayormente lo utilizan es el grupo de mujeres entre 21 a 31 años, solteras con preparatoria y el ser empleadas; esto indica que en los servicios de salud, los y las promotoras del área de salud reproductiva deberán elaborar estrategias atractivas para llamar la atención en este grupo de edad además, de que la promoción se deberá extender a los centros de trabajo para concientizar sobre el derecho a la salud sexual y con ello provocar el empoderamiento de la mujer hacia la decisión de seguir cuidándose en etapas futuras de su vida, ya que como se ha mencionado anteriormente conforme avanza la edad dejan de estar interesadas por el uso del condón mismo que es una herramienta esencial para evitar no solo embarazos no deseados sino también infecciones de transmisión sexual.

4.4 RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud; especialmente enfermería, elaborar un diagnóstico situacional con base a la problemática de la salud sexual y reproductiva obtenida en este estudio de investigación para poder proporcionar a los usuarios una atención de calidad que repercuta en el bienestar de la mujer y sus familias, todo esto con la finalidad, evitar los embarazos no programados, embarazos de alto riesgo, ITS VIH/SIDA y por lo tanto erradicar la muerte materna y neonatal.

2. A las instituciones de los diferentes niveles de atención, formadoras de recursos se les invita a perfeccionar y actualizar los programas, así como, realizar campañas de planificación familiar con base a los principios bioéticos para con los usuarios mediante la participación del departamento de enseñanza y del personal operativo para la actualización de mencionado proyecto sin intervenir en el desempeño institucional, todo esto con la finalidad de brindar una atención eficaz y oportuna que repercuta en la calidad de vida de las familias Cuernavacenses a merced a la explosión demográfica.

3. Extender los programas de promoción de salud sexual y reproductiva en los centros de trabajo y centros educativos como secundarias y preparatorias especialmente en este último grupo, enfocadas no solo al conocimiento sino al empoderamiento de mujer para la toma de decisiones asertivas en el uso de métodos anticonceptivos para disfrutar de la vida sexual sin consecuencias en su desarrollo biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Secretaria de Salud. (2009). *Resumen de evidencias y recomendaciones*. México, DF.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Abbott, E. (2000). *A History of Celibacy*. New York: Scribner.
- Abizanda, M., Doval, J., Toquero, F., Vega, M., & Villegas, M. (2005). *Guía de Buena Práctica Clínica en Anticoncepción*. Madrid: Internacional Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. (marzo de 2019). *Ficha técnica NuvaRing*. Obtenido de Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/64570/FT_64570.pdf
- Allendale Pharmaceuticals. (22 de abril de 2005). the Return of the Today® Sponge. Allendale. NJ.
- Alligood, M. R. (2007/2014). Modelos y Teorías en Enfermería. En D. E. Orem, *Teoría del Deficit del Auto cuidado* (págs. 265 - 278). España: ELSEVIER.
- Alonso, G. D. (1995). Historia de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1.
- American Society For Reproductive Medicine. (2013). *Edad y fertilidad*. Montgomery Highway: Comite Educación del Paciente. Obtenido de https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/edad_y_fertilidad-spanish.pdf
- Aries, P. (1962). *Centuries of Childhood: A Social History*. New York: Vintage Books. Cited in Francoeur.
- Artola, R. J. (2007). Bioética de la anticoncepción. *Revista de actas III Congreso Internacional en Reconocimiento de la fertilidad*, 69.
- Awad, D. V., & Ospino, A. M. (2020). Anticonceptivos orales combinados. *Ginecología y obstetricia*, 14.
- BEDÓN, D. L. (2018). *MEJORANDO LA ADHERENCIA AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL. PUESTO DE SALUD CHAVIN_HUARAZ2018*. HUARAZ, PERÚ.

- Beltrán Arlette, M. (1999). Utilización de los Servicios de Planificación Familiar. En *Informe sobre investigaciones aplicadas secundarias No. 9* (págs. 35,36). Perú: Partnerships For Health Reform (PHR).
- Bostiancic, P. U.-M. (2007). *Esterilización femenina y derechos reproductivos*. Argentina: EUDEM.
- Brandt, A. M. (1985). *No Magic Bullet: A Social History of*. New York: Oxford University Press.
- Bullough, V. (1995). Science in the Bedroom: A history of Sex Research. En *Reviews of books* (pág. 1528). New York, Harper Collins, Estados Unidos de América: American Historical Review.
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1987). *Women and Prostitution - A Social History*. New York: Prometheus.
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1990). *Contraception: A Guide to Birth Control Methods*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Burton, S. R., & Arbuthnot, F. F. (1991). *The Illustrated Kama Sutra, Ananga-Ranga, Perfumed Garden- The Classic Eastern Love Text*. Vermont: Rochester, VT.
- Butze, M. (1 de diciembre de 2020). Breve historia del VIH en México. *MILENIO*, pág. 1.
- Cabrera, N. S. (2016). *Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en puerperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre - diciembre del 2015*. Lima, Perú.
- Casey, F. E. (mayo de 2020). *Anticonceptivos de Barrera*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/anticonceptivos-de-barrera>
- Castro, F. L. (2001). Anticoncepción de emergencia. En *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Toledo*. (pág. 350). Barcelona: Semergen.
- Caucus sobre Tecnologías Nuevas e Infrautilizadas en Salud Reproductiva. (marzo de 2014). *Resumen técnico del producto*. Obtenido de Implantes Anticonceptivos: https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4_SPANISH.pdf

- Celestino Dorival, A. D. (octubre-diciembre de 2018). Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en el posparto en pacientes atendidas en el hospital nacional hipolito UNÁNUE. LIMA, 2018. Lima, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3080>
- Chagua Pariona, M. I. (2017). Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos y naturales en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad de Coricocha del Distrito de Vilca, departamento de Huancavelica. Huánuco,, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/2902>
- Chamba, G., & Casanova Jiménez, A. E. (2012). *“Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo abril –agosto 2012”*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6679>
- Chartier, R., & et al., (. (1989). *A History of Private Life III: Passions of the Renaissance*. Cambridge, MA: Harvard/Belknap University Press.
- Chávez Marcelo, E. J. (19 de abril de 2019). *Factores socioculturales y uspo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil*. Obtenido de Universidad Nacional de Cajamarca Repositorio Institucional: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4096>
- Chesler, H. (1992). *Woman of Valor: Margaret Sanger and .* New York: Simon .
- Clinic, M. (4 de Febrero de 2019). *Dispositivo Intrauterino (DIU) Hormonal (Mirena)*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/mirena/about/pac-20391354>
- Clínica las Condes. (5 de mayo de 2017). *Climaterio y menopausia: Sintomas y tratamiento*. Obtenido de <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/Climaterio-y-Menopausia>
- CONAPO. (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva Morelos*. México: CONAPO.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const]. (1974). *Artículo 4°*. México: H. Congreso de la Unión.

- Cordes, H. (29 de septiembre/octubre de 1988). "Remember Sex? Are You Too Tired, Too Bored, Too Mad, Too Scared To Enjoy Sex These Days?". 48 - 77.
- Cotaina, L. (25 de abril de 2019). *Anticoncepcion de Urgencia*. Obtenido de <https://www.quironsalud.es/blogs/es/ellas/anticoncepcion-urgencia>
- Danoso, E. (2007). Dr. Jhon Billins. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 201.
- Dayli, M. (26 de Febrero de 2019). Seis efectos que la abstinencia sexual tiene en tu cuerpo. *2o Minutos*, pág. 1.
- Donoso Enrrique. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 1.
- FDA NEWS RELEASE. (10 de agosto de 2018). *La FDA aprueba un nuevo anillo vaginal con un año de control anticonceptivo*. Obtenido de <https://www.fda.gov/news-events/comunicados-de-prensa/la-fda-aprueba-un-nuevo-anillo-vaginal-con-un-ano-de-control-anticonceptivo>
- Francisco Lopez de castro, O. F. (2006). Actualizacion en proteccion de emergencia. *Revista clinica de medicina familiar*, 3,4 y 5.
- Fundación Mexicana para la Planificación Familiar. (2010). *Prioridades y perspectivas de la anticoncepción en México*. Mexico: (MEXFAM).
- Galimbert, D. R. (2002). *Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Giménez, S. (2016). Elección de un método anticonceptivo. *Medicina 21*, 1.
- Golub, S. (1992). *Periods: From Menarche to Menopause*. Newbury Park, CA: Sage .
- Gómez Pérez, L. J. (2018). *Manual de anticoncepcion posterior al evento obstetrico*. D.F., México: Zaragoza. Obtenido de https://procesoreproductivofeszaragoza.files.wordpress.com/2018/10/manual_ap eo-ago29.pdf
- Grady, D. (17 de noviembre de 1998). "Female Condoms: A Market Wallflower.". *The New York Times*, pág. 9.
- Guzmán Alvarado, M. A., & Henríquez Pereira, K. X. (20 de febrero de 2018). Factores socioculturales que influyen en el uso de anticonceptivos en las mujeres de 15 a 35 años de edad. Tacuba, Ahuachapan, El Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15557/>

- Hincapié Sanchez, J., & Medina Arellano, M. D. (2019). *Bioetica: teorías y principios*. Cd. de México: UNAM.
- ICMER. (2017). *¿Que y cuales son los métodos Anticonceptivos?* Santiago, Chile: ICMER.
- IEBEM. (30 de Enero de 2021). *Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de Instituto de la Educación Basica del Estado de Morelos: <https://iebem.morelos.gob.mx/contenido/salud-sexual-y-reproductiva>
- IMSS. (16 de Junio de 2015). *Planificación familiar*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>
- Inc., P. P. (16 de Noviembre de 2020). *Parche anticonceptivo*. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/parche-anticonceptivo>
- Instituto Márques. (8 de marzo de 2017). *Las 5 etapas de la vida fértil de la mujer*. Obtenido de <https://institutomarques.com/noticias/noticias-2017/las-5-etapas-la-vida-fertil-la-mujer/>
- Instituto Nacional de Salud/Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (27 de julio de 2021). *Estrogeno y progesterina (anticonceptivos de anillo vaginal)*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a604032-es.html>
- Ivan. (13 de mayo de 2008). *Científicos chilenos inventan anillo vaginal único en el mundo*. Recuperado el 20 de junio de 2020, de Científicos chilenos inventan anillo vaginal único en el mundo: <https://www.latercera.com/noticia/cientificos-chilenos-inventan-anillo-vaginal-unico-en-el-mundo/>
- JA., C.-N. (3 de septiembre de 2018). *Historia Evolutiva de la Anticoncepción*. Obtenido de Real Academia Nacional de Medicina de España: https://analesranm.es/revista/2018/135_01/rev09
- Jensen, K. (1982). *Reproduction: The Cycle Of Life*. Washington: D.C: US News Books.
- Jimenez, S. (7 de Mayo de 2020). *Salud Publica*. Obtenido de La importancia de la salud sexual: <https://www.noticiasensalud.com/salud-publica/2020/05/07/la-importancia-de-la-salud-sexual/>

- Kinsey, A. C. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Knowles, J. (2010). *Tracking Your Fertility Pattern to Prevent Pregnancy*. New York: Planned Parenthood Federation of America.
- Lance, P. V. (4 de Abril de 2021). *Planificación Familiar: Información General y Seguimiento de Anticonceptivos Orales*. Obtenido de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap029planfam.pdf>
- Lara Contreras, A. C., Cervantes Becerra, R. G., Villarreal Ríos, E., Vargas Daza, E. R., Galicia Rodríguez, L., & Martínez González, L. (2018). Prevalencia de los factores asociados a la no coincidencia del método de planificación familiar electo en la atención prenatal y el aplicado post-evento obstétrico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(6), 553-559. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600553>
- León Palacios, S. S. (2006). *Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima - 2005*. Lima, Perú. Obtenido de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1148>
- Lexico.com. (2020). *Diccionario de inglés y español, tesaurus y traductor de español a inglés*. México: Powered by Oxford Lexico.
- Ley General De Salud [Capitulo VI]. (2021). *Artículo 67, 68, 69, 70, 71*. México: H. Congreso de la Unión.
- Lieberman, J. J. (1973). *"A Short History Of Birth Control."*. The American Biology Teacher.
- London, K. (13 de octubre de 1998). *"The History of Birth Control"*. Obtenido de of the Yale–New Haven Teacher’s Institute. : <http://130.132.143.21/ynhti/curriculum/units/1982/6/82.06.03.x.html>.
- López, A. (7 de abril de 2018). *El único (y controvertido) método anticonceptivo que recibió el visto bueno del vaticano*. Obtenido de <https://naukas.com/2018/04/07/unico-controvertido-metodo-anticonceptivo-recibio-visto-bueno-del-vaticano/>

- Luque, A. (2019). Método de la Lactancia y Amenorrea (MELA). *Revista de Salud y Bienestar*, 1,2.
- Luque, A. (2021). Metodo de la Lactancia y Amenorrea (MELA). *Revista de Salud y Bienestar*, 1.
- Maiza Lorena Mejia Carlos, R. M. (2017). *FACTORES ASOCIADOS AL NO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ, 2017*. Huaraz, Perú.
- Maldonado, M. (2020). Anticonceptivos Inyectables Combinados. *Ginecol Obstet Mex.*, 33-34.
- Maldonado, M. S. (2020). Anticonceptivos inyectables combinados. *Ginecología y obstetricia*, 33.
- Marcus, A. (8 de octubre de 2001). *La FDA aprueba anillo anticonceptivo*. Obtenido de <https://consumer.healthday.com/public-health-information-30/food-and-drug-administration-news-315/la-fda-aprueba-anillo-anticonceptivo-402053.html>
- Martinez, T. A. (2006). raices Historicas de la Anticoncepción. *Gaceta Médica Espirituana*, 1.
- Mauren A. Kuyoh, C. T.-R. (22 de julio de 2002). *Esponja versus diafragma para la anticoncepción*. Obtenido de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003172/full/es>
- Mayo Clínic. (2021). *Píldora del día después*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/morning-after-pill/about/pac-20394730>
- McCormick, K. D. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos* . New York: Planned Parenthood Federation of America .
- McLaren, A. (1990). *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day* . Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Mélany Uribe-Clavijo1, L. F.-M.-G.-M.-J.-M. (27 de marzo de 2012). *Espemicidas: Una Alternativa de Anticoncepción para Considerar*. Medellin, Colombia.
- Melendez, R. M. (2001). *Teoria del deficit de autocuidado Guía Básica Ilustrada*. México D.F.: El Manual Moderno .

- Meléndez, R. M. (2001). *Teoría General del Déficit de Autocuidado*. México: Manual moderno.
- Minaya Santa Cruz, A. (2019). Factores socioculturales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en el puesto de salud Santa Carmela de Mashangay, 2015. 243 - 251. Santa Carmela de Mashangay, Pucallpa, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/4337>
- Montenegro, E., Lara, R., & Velásquez, N. (2005). Implantes anticonceptivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 1.
- Montenegro, E., Lara, R., & Velásquez, N. (2005). Implantes Anticonceptivos. *Perinatología y reproducción humana*, 9, 10 y 11.
- Morante Veliz, G. V., & Vásquez Álvarez, A. C. (2019). *Factores que influyen en la elección de un método anticonceptivo en mujeres en edad fértil de 14 a 30 años de edad que acuden a la consulta externa del centro de salud Antonio Sotomayor del cantón Vinces, los ríos, enero -junio 2019*. Babaoyo, Los Ríos, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8086>
- MSc. Miguel Lugones Botell, D. M. (2013). El preservativo más viejo del mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1.
- Nabalón Mira, A., & Ruiz Callado, R. (enero - junio de 2015). Análisis sociológico de los factores de riesgo sexual en la población universitaria. Un estudio comparativo. *Index Enfermería*, 24(1-2), 1. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100009>
- Navarro, J. A. (2014). *Anticoncepción y salud sexual en atención primaria* (Tercera ed.). España: MSD.
- NOM 005. (16 de octubre de 1993). Diario Oficial de la Federación. *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 005-SSA2 DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. México, México: Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Obtenido de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-005-SSA2-1993%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar.pdf>

- Notimex. (09 de Marzo de 2014). La píldora anticonceptiva, ¿un invento mexicano? *El Financiero*, pág. 1.
- Nuñez Urquiza, R. M. (14-16 de Abril de 2009). *Transición epidemiológica de la mortalidad materna*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Nuñez, J. A. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *Real Academia Nacional de Medicina de España*, 56-59.
- Ojeda, R., Angel, K., Rodríguez, E., & Andueza, G. (4 de septiembre de 2016). Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. *Revista de Ciencias de la Salud*, 3(8), 38-42.
- Obtenido de https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf
- OMS. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. *A/CONF.171/13/Rev.1*, (pág. 37). El Cairo.
- OMS. (19 de agosto de 2017). Es esencial evitar los embarazos en adolescentes o no deseados. *La Jornada*, pág. 29.
- OMS. (2 de febrero de 2018). *Anticoncepcion de Urgencia*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina: OMS.
- OMS. (8 de Febrero de 2018). *Planificación familiar*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (25 de Septiembre de 2018). *SALUD DE LA MUJER*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- OMS. (25 de Octubre de 2019). *Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los Servicios de Planificación Familiar*. Recuperado el 22 de diciembre de 2020, de Sitio web mundial: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

- OMS. (22 de Junio de 2020). *Planificación Familiar*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (24 de Enero de 2021). *Salud reproductiva*. Obtenido de https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- OPS. (1 de agosto de 2020). *Semana Mundial de Lactancia Materna 2020*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
- Parisot, J. (1985). *A Short History of the Condom*. London, UK: The Journeyman Press Ltd. .
- Pérez, O. M. (01 de noviembre de 1992). El invento más viejo del mundo. *El Pais*, pág. 1.
- Planned Parenthood. (2021). *¿Cuáles son los beneficios y las desventajas de la abstinencia y del sexo sin penetración vaginal*. Obtenido de Abstinencia y sexo sin penetración vaginal: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/abstinencia-y-sexo-sin-penetracion-vaginal/cuales-son-los-beneficios-y-las-desventajas-de-la-abstinencia-y>
- Planned Parenthood. (11 de 8 de 2021). *Anillo vaginal*. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/anillo-anticonceptivo-vaginal-nuvaring>
- Planned Parenthood Federacion of America Inc. (16 de Noviembre de 2020). *Parche anticonceptivo*. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/parche-anticonceptivo>
- Planned Parenthood Federation of America Inc. (14 de Abril de 2021). *Eyacuación Fuera de la Vagina (Coitus Interruptus)*. Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/eyacuacion-fuera-de-la-vagina-coitus-interruptus/como-funciona-el-coitus-interruptus-metodo-de-eyacuacion-fuera->
- Portalatín, B. G. (27 de Marzo de 2016). ¿Qué sabes de la píldora del día después? *El mundo*, pág. 1.

- Ramirez, E. A. (2018). *realizó una investigación de tipo cuantitativo –descriptivo; con una muestra para población desconocida de 140 mujeres en edad fértil, . Piura Perú.*
- RamosRojas, L. E. (2018). Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en puérperas atendidas en el 2018. Perú, Perú. Obtenido de <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8254>
- Ranke-Heinemann, U. (1990). *Eunuchs for the Kingdom of Heaven*. New York: Doubleday.
- Reglamento de la Ley General de Población [Sección II]. (2018). *Artículo 3°*. México: H. Congreso de la Unión.
- Reglamento de la Ley General de Salud de Prestación de Servicios de Atención Médica [Capítulo VI]. (2014). *Artículo 116, 117, 118, 119, 120*. México: H. Congreso de la Unión.
- Reglamento General de Población [Sección II]. (2012). *Artículo 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23*. México: H. Congreso de la Unión.
- Reglamento Interior de la Secretaria de Salud [Capítulo VI]. (1997). *Artículo 17*. México: H. Congreso de la Unión.
- Riddle, J. M. (1992). *Contraception and Abortion: From the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Robert, C., William, H., & Virginia, E. (1985). *Tatado de medicina sexual*. Cuba: Edición Revolucionaria.
- Rodríguez, E. (2010). Salud sexual ¿ Como elegir tu metodo anticonceptivo? *SALUD*, 1.
- Rogow, D., & Horowitz, S. (mayo-junio de 1995). *Retirada: revisión de la literatura y agenda de investigación*. Obtenido de Stud Fam Plann: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7570764/>
- Romero Ramírez, E. H. (14 de septiembre de 2018). Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil atendidas en el establecimiento de salud I-4 Consuelo de Velasco –Piura, mayo 2018. Piura, Consuelo de Velasco, Perú. Obtenido de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5606>

- Salgado Nava, E. (2019). *Logra Morelos el primer lugar en contención de muerte materna durante el 2019*. Cuernavaca: Secretaría de Salud. Obtenido de Secretaría de Salud: <https://salud.morelos.gob.mx/noticias/logra-morelos-primer-lugar-nacional-en-contencion-de-muerte-materna-durante-2019>
- Salud, E. (4 de Junio de 2020). *Metodos naturales o de abstinencia periodica*. Obtenido de <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=metodos-abstinencia-periodica>
- Salud, S. d. (2001). *Programa de accion: Salud reproductiva*. México: SSA.
- Sánchez Retana, C., & Leiva Granados, R. (30 de junio de 2016). Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Poblacion y Salud en Mesoamerica*, 14(1), 1 - 25. doi:DOI 10.15517/psm.v14i1.25142
- Sanfilippo, J. S., & Hertweck, P. S. (1998). "Physiology of Menstruation and Menstrual Disorders.". En *Friedman, et al., eds., Comprehensive Adolescent Health Care, 2nd ed. St. Louis* (págs. Pp.990 - 1017). Stanford B: Medical Publishing, Inc.
- Schwarcz, R., Castro (Chile), R., Galimberti, D., Martínez, I., García, O., Lomuto, C., . . . Queiruga, M. (Octubre de 2002). *Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GUIA%20Anticoncepcion%20M SAL%20Argentina.pdf>
- Sebastian, U. S. (Septiembre de 2016-2021). *Estado Civil*. Obtenido de <https://www.uss.cl/wp-content/uploads/2017/05/Estado-Civil.pdf>
- Secretaria de Gobernación. (9 de Mayo de 2019). *2.1, Promedio de hijas e hijos por mujer en Mexico en 2019: CONAPO*. Obtenido de <https://www.gob.mx/segob/prensa/2-1-promedio-de-hijas-e-hijos-por-mujer-en-mexico-en-2019-conapo>
- Secretaria de Salud. (2002). *Introducción a los método santiconceptivos:Información general* (segunda ed.). (I. 968-811-927-X, Ed.) Ciudad de México, D.F., México: Secretaría de Salud. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>
- Secretaría de Salud. (2002). *Introducción a los métodos anticonceptivos*. México: SSA.

- Secretaría de Salud. (2007-2012). *Programa de acción específico 2007-2012*. México, México: D.R.© Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2013). Recuperado el 22 de diciembre de 2020, de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018.
- Secretaría de Salud. (6 de agosto de 2013). Recuperado el 15 de enero de 2021, de Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-materna-y-perinatal-2013-2018-9809>
- Secretaria de Salud. (02 de Enero de 2019). Logra SESA avance en materia de planificación familiar. Quadratin, Tlaxcala, Mexico.
- Skuy, P. (1995). *Tales of Contraception*. Toronto, Canada: Janssen-Ortho Inc.
- Soledad Díaz, V. S. (2017 de 2017). *¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?* Santiago -Chile: ICMER.
- Soler, F. (2005). Asesoramiento/ educación sanitaria a la mujer, Métodos anticonceptivos naturales (II). *Matronas Profesionales*, 5.
- Tejedor, J. M. (2015). Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *COLLEGI OFICIAL D'INFERMERES I ENFERMERS DE LLEIDA*, 80, 81, 82.
- The New York Times. (4 de abril de 2007). Jhon Billings, 89, creador del método anticonceptivo, muere. pág. <https://www.nytimes.com/2007/04/04/obituaries/04billings.html>.
- Tone, A. (2001). *Devices and Desires — A History of Contraceptives in America*. New York: Hill and Wang.
- Trujillo, V. (2011). Im memoriam Profesor Jaime Zipper Abragan. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 61-63.
- UAEM. (2013). *Jandelle Implante*. México: McGRAW-HILL.
- Valdés, M. (2020). Anticoncepción con solo Progestina. *Ginecol Obstet Mex*, 58.
- Vázquez Castro, R. (15 de febrero de 2015). Determinantes del Rechazo a la Anticoncepción Post-Evento Obstétrico. *Revista electronica semestral en ciencias de la salud*, 6(1), 11. Obtenido de <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3689e67440169481482ae02cf>

- Villa Narba, D. M. (2018). Determinantes sociales de la salud y rechazo a los métodos anticonceptivos en puerperas. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018. Cajamarca, Perú. Obtenido de <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2277>
- Villanueva, P. (18 de abril de 2013). *El inventor del anticonceptivo subdérmico*. Recuperado el 15 de octubre de 2020, de vLex Información jurídica inteligente: <https://vlex.com.mx/vid/croxatto-anticonceptivo-subdermico-432014190>
- Wendt A, Gibbs CM, Peters S, & Hogue CJ. (26 de julio de 2012). *Impacto del aumento del intervalo entre embarazos en la salud materna e infantil*. doi:doi: 10.1111 / j.1365-3016.2012.01285.x.
- Wilcox, A. J. (1995). "Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation.". *Revista de Medicina Nueva Inglaterra*, 1517 - 21.
- World Health Organization Reproductive Health . (18 de agosto de 2018). *Indicators Reproductive Health and Research Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Geneva, Switzerland 2006. Obtenido de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.22.pdf>

ANEXO A. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

“Estudio para la determinación de la situación actual del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción como línea base para su comparación con evaluaciones del desempeño”

La información que usted proporcione será manejada de manera confidencial, no podrá ser identificada la persona y además nadie va a tener acceso a la base de datos, será utilizada únicamente con fines estadísticos.

La finalidad de esta entrevista es que me cuente cuál es su experiencia con el programa de Planificación Familiar, el tipo de servicios que ha utilizado, así como escuchar sus opiniones y sugerencias sobre el funcionamiento del programa.

Gracias por estar de acuerdo en darme un tiempo para entrevistarla.

Guía de entrevista para usuarias(os)

IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Lugar de la entrevista: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Sexo: (F) (M) Iniciales del entrevistado: _____

Nombre de la institución: _____

Folio: _____ Tiempo aproximado de duración de la entrevista: _____

Objetivo de la entrevista

Identificar la disponibilidad y uso de los métodos anticonceptivos, así como la orientación, consejería y difusión de los diferentes métodos anticonceptivos recibidos en las unidades de salud.

Elementos para explorar

A. Datos generales, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, etc.

B. Acceso a servicios de Planificación Familiar

C. Conocimientos, uso, acceso e información de métodos anticonceptivos y servicios de PF

Introducción a la entrevista (posterior a la lectura del consentimiento oral)

Buenos días, mi nombre es (nombre de la entrevistadora) y trabajo en el Hospital General Dr. José G. Parres. Estoy realizando algunas entrevistas a quienes, como usted, son personas importantes para mejorar el programa de Planificación Familiar, constituyendo un elemento clave de la demanda de métodos anticonceptivos. Lo que usted nos mencione no repercutirá en lo absoluto el acceso usual a sus servicios de salud.

Confidencialidad: No será identificable

Privacidad: Nadie va a tener acceso a la base de datos

Beneficencia, consentimiento informado, justicia y no maleficencia.

GUÍA DE PREGUNTAS

A. Datos generales, edad, estado civil, nivel de estudios, etc.

- 1.- Por favor, ¿me podría decir qué edad tiene?
- 2.- ¿Cuál es su estado civil?
- 3.- ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?
- 4.- ¿Actualmente trabaja? ¿Cuál es su actividad principal?

B.- Acceso a servicios de Planificación Familiar

- 1.- ¿Por qué razón decidió acudir a los servicios de planificación familiar?
- 2.- ¿Fue fácil acceder a los servicios de planificación familiar?
- 3.- ¿Cómo obtuvo su cita? ¿Cuál es el mecanismo para obtener una cita en los servicios de PF en esta unidad?

C.- Conocimientos, uso, acceso e información de métodos anticonceptivos

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

- 1.- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que usted conoce?
- 2.- ¿Conoce usted algún problema para usar métodos anticonceptivos? ¿Cuáles son? ¿Qué métodos dan esos problemas?
- 3.- ¿Conoce o ha escuchado de la pastilla anticonceptiva del día siguiente? ¿Qué es lo que ha escuchado? ¿Conoce en qué situaciones debe utilizarse?

Uso previo de métodos anticonceptivos: En caso de una respuesta negativa pase a la pregunta 23

- 4.- ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos? No ¿Por qué?
- 5.- ¿Qué métodos anticonceptivos ha utilizado? ¿Desde cuándo?
- 6.- ¿Quién le sugirió que utilizara estos métodos anticonceptivos? ¿Cómo los obtenía?
- 7.- ¿Por qué razón o con qué finalidad decidió que utilizaría métodos anticonceptivos?
- 8.- ¿Le resultó difícil obtenerlos? ¿Estuvieron siempre disponibles? En caso de no estar disponibles en su centro de salud, ¿cómo los obtenía?

Uso actual de métodos anticonceptivos

- 9.- ¿Actualmente utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- 10.- ¿Cómo obtiene el método anticonceptivo que actualmente utiliza?
- 11.- ¿Siempre está disponible el método que usted utiliza?
- 12.- ¿En caso de no estar disponible, ¿qué le recomiendan hacer?
- 13.- ¿Alguna vez ha necesitado la pastilla anticonceptiva de emergencia?
- 14.- ¿Ha utilizado la pastilla anticonceptiva de emergencia?

Acceso a los métodos anticonceptivos

- 15.- ¿Considera que es fácil acceder a los métodos anticonceptivos en el centro de salud? Explique porque si y porque no

16.- ¿Qué requisitos le pidieron la primera vez que solicitó algún método anticonceptivo?

17.- ¿Usted sabe si las personas pueden acudir libremente a los servicios de PF cuando sientan que tienen problemas con los métodos anticonceptivos? Explique porque si y porque no.

18.- ¿Ha solicitado la pastilla anticonceptiva de emergencia en su centro de salud?
¿Fue fácil obtenerla?

19.- ¿Se ha sentido presionada(o) por el personal de salud para utilizar algún tipo de método anticonceptivo?

20.- Cuando ha solicitado algún método anticonceptivo, ¿han tomado en cuenta su preferencia por algún método en particular? ¿Le han dado la oportunidad de elegir?

21.- ¿El lugar donde se le otorgan los métodos anticonceptivos es cómodo y cuenta con la suficiente privacidad para que usted este cómoda (o)? Explique porque si y porque no

Información sobre los diferentes métodos anticonceptivos

22.- ¿Los servicios de planificación familiar le ofrecieron información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen? ¿Qué información le dieron?

23.- ¿Qué personal del centro de salud fue el que le dio la información sobre métodos anticonceptivos?

24.- ¿En la información que recibió le hablaron sobre las ventajas, desventajas, contraindicaciones y posibles daños a la salud por el uso de los diferentes métodos anticonceptivos?

25.- ¿El personal que le dio la información se aseguró que a usted le quedara muy clara toda la información sobre las ventajas, desventajas, contraindicaciones y posibles daños a la salud por el uso de los diferentes métodos anticonceptivos?

26.- ¿En caso de que se haya decidido por un método anticonceptivo permanente (como OTB o vasectomía)? ¿Se le dio orientación? ¿Qué orientación se le dio? ¿En qué unidad u hospital le ofrecieron el servicio? ¿Firmo usted un consentimiento sobre el procedimiento a realizar?

27.- ¿La información, que ha recibido, en la consulta de planificación familiar incluyó temas sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA?

28.- ¿En el centro de salud existe información y/o promoción de los servicios que brinda el programa de planificación familiar?

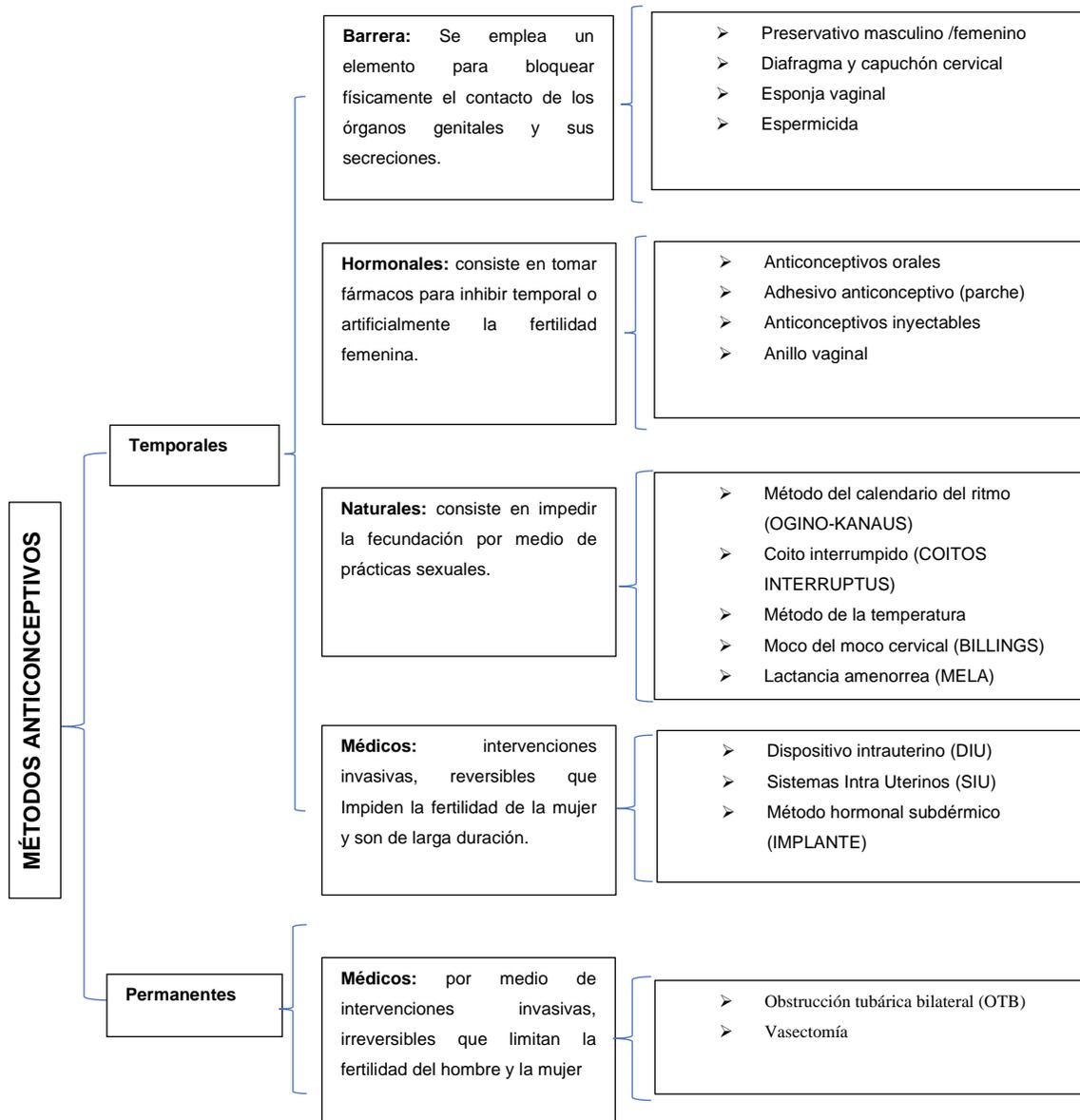
29.- ¿La información sobre los tipos y uso de métodos anticonceptivos se imparten de forma regular tanto a hombres como a mujeres?

30.- ¿Se respetaba la decisión de los usuarios de aceptar o no un método anticonceptivo?

31.- ¿Les permiten elegir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos y del método anticonceptivo que mejor cumpla con sus necesidades?

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO B. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

ANEXO C. CUADROS (TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)

Cuadro n°1. Métodos anticonceptivos de barrera temporales

Tipo de método	Definición	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios
Condón masculino	<ul style="list-style-type: none"> * Funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la penetración. * Puede utilizarse como método transitorio o de respaldo 	<ul style="list-style-type: none"> * Del 85 al 97% de eficacia 	<ul style="list-style-type: none"> * Previene ITS, incluyendo el VIH * Fácil de conseguir * No tiene efectos colaterales hormonales * Puede ser usado por todos los hombres sin importar la edad o condición de salud 	<ul style="list-style-type: none"> * Disminuye la sensibilidad al evitar el contacto piel a piel * No es reutilizable * Método que controla el hombre. * Puede romperse o deslizarse durante la relación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> * Reacción alérgica * Irritación local
Condón femenino	<ul style="list-style-type: none"> * Funda suave que cubre el interior de la vagina que impide la entrada de los espermatozoides a la vagina y puede ser utilizado como método transitorio o de respaldo * Se pueden utilizar lubricantes de agua o silicona e instalarse hasta 8 horas antes del coito 	<ul style="list-style-type: none"> * 90% de efectividad si se usa correctamente 	<ul style="list-style-type: none"> * Es controlado por la mujer * Previene ITS incluyendo el VIH * No tiene efectos colaterales hormonales * Puede ser utilizado por todas las mujeres sin importar su edad, paridad o condición física. 	<ul style="list-style-type: none"> * Son costosos * No es reutilizable * Es necesario guiar el pene para que no se deslice * Se debe tener paciencia, practica y conocimiento de la anatomía genital. 	<ul style="list-style-type: none"> * Reacción alérgica * Irritación local * Molestia en la mujer por el anillo interno
Esponja vaginal	<ul style="list-style-type: none"> * Esponja de plástico que se sujeta al útero con una tela adherible para ser extraída con facilidad 	<ul style="list-style-type: none"> * 91% si se usa adecuadamente 	<ul style="list-style-type: none"> * No necesitas receta medica * La puedes adquirir fácilmente en una farmacia * Es efectiva si se utiliza adecuadamente * No interrumpe el acto sexual y una vez colocada se pueden tener relaciones las veces que desees sin pasar las 24 horas posterior a la inserción. * No tiene hormonas 	<ul style="list-style-type: none"> * Es necesario utilizar preservativo o eyacular fuera de la vagina para aumentar la protección y evitar un embarazo. * No protege contra ITS ni VIH * No utilizar si tienes infección vaginal * No utilizarse si tiene antecedentes de síndrome de shock toxico * Incomodidad en el posaborto o posparto * No se debe usar en el ciclo menstrual 	<ul style="list-style-type: none"> * Ardor e irritación vaginal * Alergia en caso de ser sensible a espermicidas, sulfitos o poliuretano * Erupción cutánea
Espermicida	<ul style="list-style-type: none"> * Sustancia que impide el paso y la movilidad de los espermatozoides al cérvix * Su presentación es en óvulos, supositorios o película adherible, espumas, cremas o jaleas * Se debe colocar el elegido antes de la relación sexual * Es un método transitorio y de respaldo. 	<ul style="list-style-type: none"> * 82 % de efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> * Es un método controlado por la mujer * No está recomendada en personas con VIH, porque aumenta el riesgo de contraer o transmitir el virus. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se debe colocar 10 minutos antes de la eyaculación, pero no más de una hora antes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Irritación y lesión genital * IVU cuando se utiliza más de dos veces al día.
Diafragma con espermicida	<ul style="list-style-type: none"> * Es un capuchón blando que cubre el cérvix que evita el paso de los espermatozoides, se puede colocar 6 horas previas al acto sexual y no dejarlo más de 24 horas posterior a este. 	<ul style="list-style-type: none"> * 88 % de efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> * No tiene efectos colaterales hormonales * Es controlado por la mujer * El retorno de la fertilidad es inmediato * No afecta el deseo sexual * Previene infecciones del VPH, gonorrea, tricomoniasis o clamidia 	<ul style="list-style-type: none"> * Debe ser sometida a un examen pélvico para determinar el tamaño del diafragma 	<ul style="list-style-type: none"> * Irritación vaginal o del pene * IVUS * Lesión vaginal al colocarlo * Riesgo de síndrome de shock toxico si se deja más del tiempo recomendado.
Capuchón cervical con espermicida	<ul style="list-style-type: none"> Es un capuchón suave de goma o látex que cubre el cérvix de forma profunda impidiendo el paso de los espermatozoides. Se puede colocar 24 horas antes del acto sexual y no dejarlo por más de 48 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> * 86 % de efectividad en mujeres que nunca han dado a luz 	<ul style="list-style-type: none"> * No tiene efectos colaterales hormonales * Es controlado por la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> * El capuchón se debe mantener al menos 6 horas posterior a la última eyaculación * Debe ser sometida a un examen pélvico para determinar el tamaño del capuchón 	<ul style="list-style-type: none"> * Infección o irritación vaginal * IVU * Síndrome de shock toxico si se deja más del tiempo recomendado

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°2. Píldora anticonceptiva combinada (AOC) de baja y alta dosis

Lugar de obtención	Contenido, vía y dosis	Recomendado en	Contraindicaciones	Efectividad
<p>*Unidades de atención médica</p> <p>*Programas institucionales de distribución comunitaria</p> <p>*Farmacias</p>	<p>*Contiene 2 hormonas</p> <p>1. Estrógeno sintético: etinilestradiol de (20-50mg) o mestranol (de 50-100mg)</p> <p>2. Progestinas sintéticas derivadas de la Norgesterona: Noretisterona (400mg-1mg) Norgestrel (300-500MG) Levonorgestrel (50-250) Gestodeno (75mg) Norgestimato (250mg)</p> <p>*Se debe tomar 1 píldora cada 24 horas. No se debe exceder la dosis de 35/50mg</p>	<p>*Mujeres en edad fértil con vida sexual activa</p> <p>*Nuligestas</p> <p>*Nulíparas o multíparas, adolescentes que deseen un método de alta efectividad y seguridad</p> <p>*En el intervalo intergenésico</p> <p>*Posaborto inmediato</p> <p>*Posparto o post cesárea, después de la 3er semana si no está lactando</p>	<p>* No utilizar durante la lactancia, los primeros 6 meses</p> <p>*Con embarazo o sospecha</p> <p>*Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.</p> <p>*Cáncer de mama o de cérvix</p> <p>*Tumores hepáticos benignos</p> <p>*Enfermedad hepática aguda crónica activa</p> <p>*Durante la administración de rifampicina o anticonvulsivantes.</p>	<p>*92 al 99% de protección anticonceptiva si se utiliza correcta y continuamente</p>
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Debe suspenderse en caso de:	Como funciona
<p>*Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y de ovario</p> <p>*Puede iniciarse en cualquier momento del ciclo</p>	<p>*No protege contra infecciones de transmisión sexual</p> <p>*Debe usarse condón los primeros 7 días posterior al inicio del tratamiento</p>	<p>*Cefalea</p> <p>*Nausea</p> <p>*Vomito</p> <p>*Mareo</p> <p>*Mastalgia</p> <p>*Cloasma</p> <p>*Manchado intermenstrual</p>	<p>*Cefalea intensa</p> <p>*Alteraciones visuales</p> <p>*Dolor torácico intenso</p> <p>*Disnea</p> <p>*Dolor en miembros inferiores</p> <p>*Ictericia</p>	<p>*Evita la liberación del óvulo por los ovarios. (ovulación)</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°3. Píldora anticonceptiva solo de progestina (PSP)

Lugar de obtención	Contenido, vía y dosis	Recomendado en	Contra indicaciones	Efectividad
*Unidades de atención medica *Programas institucionales de distribución comunitaria *Farmacias	1 tableta diaria VO a la misma hora por menor duración de su efectividad, incluso durante la menstruación	*Mujeres en edad fértil con vida sexual activa *Nuligestas * Nulíparas * Multíparas * Adolescentes que deseen un método de alta efectividad y seguridad *Antes del primer embarazo *En el intervalo intergenésico *En el posparto o poscesárea *Posaborto inmediato	*Embarazo o sospecha *Antecedentes de CAMA y CACU *Antecedentes de tumores hepáticos benignos o malignos *Enfermedad hepática aguda o crónica activa *Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. precauciones	*Del 90 al 97 % si se utilizan adecuadamente
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Precauciones	Como funciona
* Puede ser utilizada durante la lactancia * Cuando desean un método anticonceptivo oral y el uso de estrógenos está contraindicado	*Debe tomarse todos los días a la misma hora *Si no se ingiere una o más tabletas el método será inefectivo y debe suspenderse.	*Irregularidades menstruales (hemorragia, amenorrea o manchado prolongado) *Cefalea *Mastalgia	* Hemorragia uterina anormal *Insuficiencia renal * Depresión * Migraña focal	* Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el ovulo se junten previniendo la ovulación

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°4. Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) del día después (PDS)

Contenido, vía y Dosis	Recomendado en	Contra indicaciones	Efectividad
<p>*Levonogestrel .75mg (Dos píldoras) se deben tomar dentro de las 72 horas después del acto sexual</p> <p>*Misma dosis a las 12 horas después</p> <p>*Levonogestrel 1.5 mg (solo una píldora)</p>	<p>*Después del acto sexual sin protección</p> <p>*Para prevenir un embarazo</p> <p>*Cuando se rompe el preservativo</p> <p>*Cuando los anticonceptivos no se toman a tiempo</p> <p>*Violación</p>	<p>No hay contraindicaciones excepto en el embarazo</p> <p>Aunque se debe valorar si existen: *</p> <p>Enfermedades cardiovasculares</p> <p>* Cardiopatía isquémica</p> <p>* Migrañas focales agudas o hepatopatías severas</p> <p>Por lo que se debe valorar el riesgo beneficio</p> <p>*Insuficiencia hepática grave</p> <p>*Tromboembolismo</p>	<p>95% si se toma 24 horas antes de la implantación</p> <p>*Cuando ya hay implantación las PAE ya no surten efectos</p> <p>A las 72 horas previene el 85% del embarazo</p>
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Como funciona
<p>*Evita el embarazo si se toma después del acto sexual</p> <p>*Produce menos efectos secundarios</p>	<p>*No previene de infecciones de transmisión sexual</p>	<p>*Cambios en la menstruación</p> <p>*Dolor de cabeza</p> <p>*Mareos</p> <p>*Dolor en el pecho</p> <p>*Nauseas</p> <p>*Vomito</p> <p>*Cansancio</p> <p>*Dolor en la parte inferior del abdomen</p> <p>*Dolor menstrual</p>	<p>Provoca un retraso en la ruptura folicular a nivel ovárico</p> <p>Previene la ovulación</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°5. Parche anticonceptivo hormonal temporal

Obtención del método anticonceptivo	Contenido, vía y dosis	Medicamentos que impiden su función	Contra indicaciones	Efectividad
<p align="center">Parche anticonceptivo combinado</p> <p>* Se puede adquirir en instalaciones de salud o en la farmacia y se requiere de receta médica.</p>	<p>* La caja tiene tres parches y cada uno contiene hormonas de estrógeno y progestina</p> <p>* Se coloca uno cada semana, durante tres semanas (en total 21 días)</p> <p>* No se debe colocar parche en la cuarta semana</p>	<p>*Antibióticos como rifampina, rifampicina y rifamate</p> <p>* Antifúngico griseofulvina</p> <p>* Medicamentos para el VIH</p> <p>* Anticonvulsivos</p> <p>* Hierva de san Juan</p>	<p>* Mujeres mayores de 35 años</p> <p>* Fumadoras</p> <p>* Cuando están contraindicados los estrógenos</p> <p>* Antecedentes en CAMA, CACU o hígado</p> <p>* Ataque cardíaco</p> <p>* Accidente cerebrovascular</p> <p>* Angina de pecho</p> <p>* Diabetes o enfermedad hepática</p> <p>* Hipertensión descontrolada</p> <p>* Trastornos de la coagulación o varices</p>	<p>* 91% de efectividad</p> <p>*Los estudios realizados de eficacia sobre el parche y el anillo vaginal señalan que pueden ser más efectivos que los AOC cuando se utilizan de manera correcta y sostenida</p>
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Complicaciones	Como funciona
<p>* Es fácil de usar</p> <p>* Mejora los síntomas premenstruales</p> <p>* Previene el acné</p> <p>* La anemia</p> <p>* El adelgazamiento de los huesos</p> <p>* Quitos en senos y ovarios</p> <p>* Algunos tipos de cáncer.</p>	<p>* Si el parche se despegar parcialmente o totalmente debe retirarse y colocar otro.</p> <p>* No te protege contra ITS</p> <p>* No se puede utilizar las primeras tres semanas de la lactancia debido a que disminuye la cantidad y calidad de la leche</p>	<p>En el parche:</p> <p>* Cefalea</p> <p>* Náuseas</p> <p>* Sensibilidad en los senos</p> <p>* Cambios en su periodo menstrual</p> <p>* Manchado</p> <p>* Irritación de la piel</p>	<p>* Problemas de coagulación</p> <p>* Ataque cardíaco</p> <p>* Accidente cerebrovascular</p> <p>* Tumor de hígado</p> <p>* En pocos casos la muerte</p>	<p>* Impide que el esperma llegue al óvulo (proceso conocido como la fertilización)</p> <p>* Impide la ovulación</p> <p>Si no hay ovulación no habrá óvulo que se pueda fecundar.</p> <p>* Hace que el moco se vuelva más espeso y bloquee la llegada del esperma al óvulo</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°6. Anillo intravaginal o NUVA RING

Obtención del Anillo intravaginal	Contenido, vía y dosis	Que impide su función	Ventajas
* Farmacias	* Libera dos hormonas de forma continua, mediante el anillo	<ul style="list-style-type: none"> * La administración de antibióticos como rifampina, rifampicina y rifamate * Antifúngico griseofulvina * Medicamentos para el VIH * Anticonvulsivos * Hierva de san Juan 	<ul style="list-style-type: none"> * Se puede usar cualquier día de la semana o del ciclo menstrual * Cuando se utiliza dentro de los primeros días del periodo el efecto es de inmediato. * Alivia cólicos menstruales * Hace el periodo más ligero y regular <p>Evita:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Un embarazo ectópico * Quistes de senos y ovarios * Cáncer de endometrio y de ovario * Acné * Adelgazamiento de los huesos * Infecciones graves en ovarios, trompas de Falopio y útero * La anemia * Síndrome premenstrual
Efectividad	Desventajas	Como funciona	Efectos secundarios
* 91% efectivo siempre y cuando se use de manera correcta	<ul style="list-style-type: none"> * No protege de ITS * Pueden embarazadas apenas dejen de usarlo 	<ul style="list-style-type: none"> * Impide que los ovarios liberen los óvulos (evitan la ovulación) * Hace que el moco se vuelva más espeso y bloquee la llegada del esperma al ovulo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Secreción vaginal, malestar en la vagina e irritación leve * Cefalea * Nauseas * Cambios en el humor * Sensibilidad en los senos * Manchado, que desaparece en unos meses <p>Que desaparecen después de dos o tres meses</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°7. Método anticonceptivo inyectable combinado con estrógeno y progestina

Tipos de presentación	vía y dosis	Forma de administración	Indicado en:	Efectividad
<p>* Cipionato de estradiol 5mg+ acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina</p> <p>* Valeraniato de estradiol 5mg+ enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oseosa</p> <p>* Enantato de estradiol 5 mg+ acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa</p> <p>* Enantato de estradiol 10mg+ acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.</p>	<p>* Una inyección cada 30 +/- 3 días intramuscular profunda en la región glútea</p> <p>* Independientemente si existe sangrado.</p> <p>* La protección anticonceptiva es por 33 días después de la aplicación de la inyección y su aplicación debe ser continua después de 33 días a partir de la anterior.</p> <p>* Duración del efecto un mes</p> <p>Nombre comercial: Noristerat o norigest</p>	<p>* La 1ª se aplica en cualquier momento o durante los primeros cinco días de la menstruación</p> <p>* Si el método se inicia después del 5º día se debe acompañar de un método de barrera siete días posterior a la aplicación</p>	<p>* Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, o multíparas, incluso adolescentes, en las siguientes circunstancias:</p> <p>* Antes del primer embarazo</p> <p>* En el intervalo intergenésico</p> <p>* En posaborto</p> <p>* En posparto o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando</p>	<p>* Brinda protección mayor al 99%</p>
Procedimiento para su prescripción	Contra indicaciones	Efectos secundarios	Precauciones	Obtención
<p>* Proporcionar consejería</p> <p>* Efectuar interrogatorio</p> <p>* Orientar a la usuaria sobre el uso correcto de los anticonceptivos inyectables</p> <p>* Realizar examen físico que incluya la toma de presión arterial, examen de mamas, pélvico y el papanicolau</p> <p>* Utilizar jeringas y agujas estériles desechables.</p>	<p>* Durante la lactancia los primeros seis meses</p> <p>* En varazo o sospecha de embarazo</p> <p>* Tener o haber tenido cáncer de mama o de cérvix</p> <p>* Tener o haber tenido tumores hepáticos malignos o benignos</p> <p>* Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa</p> <p>* Con administración de rifampicina o anticonvulsivantes</p>	<p>* Pérdida de la densidad ósea</p> <p>* Sangrado irregular</p> <p>* Mastalgia</p> <p>* Cefalea</p> <p>* Náuseas y vomito</p> <p>* Aumento de peso</p> <p>* Nerviosismo</p> <p>* Mareos</p> <p>* Malestar abdominal</p>	<p>* Hemorragia uterina anormal</p> <p>* Fumadoras mayores de 35 años de edad</p> <p>* Hipertensión arterial</p> <p>* Diabetes mellitus no controlada</p> <p>* Migraña focal</p> <p>* Leiomiomatosis uterina</p> <p>* Insuficiencia renal</p> <p>* Alteraciones de la coagulación</p>	<p>* Unidades de atención médica</p> <p>* En programas de distribución comunitaria</p> <p>* Farmacias</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°8. Hormonales inyectables solo progestina

Tipos de presentación	vía y dosis	Forma de administración	Indicado en:	Efectividad
<p>* Enantato de noretisterona 200 mg en ampollita con 1 ml de solución oleosa</p> <p>* Acetato de medroxiprogesterona 150 mg en ampollita con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.</p>	<p>* NET-EN 200 mg vía intramuscular profunda en el glúteo cada dos meses</p> <p>* DMPA 150 mg intramuscular profunda en región glútea cada tres meses</p> <p>Nombre comercial: Depo- provera</p>	<p>* La 1ª aplicación en los 1ros siete días después del inicio del ciclo menstrual.</p> <p>* Las posteriores inyecciones de DMPA se deben aplicar cada tres meses y las NET-EN cada dos meses independientemente que se presente el sangrado.</p> <p>* Cuando la usaría se encuentra lactando la inyección debe aplicarse después de la sexta semana.</p> <p>* Y en el posaborto se inicia inmediatamente.</p>	<p>* En mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, incluso adolescentes en las siguientes circunstancias.</p> <p>* Antes del primer embarazo</p> <p>* En el intervalo intergenésico</p> <p>* Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia que deseen un método inyectable</p> <p>* En el posaborto</p> <p>* todas estas usuarias que además cuando el uso de estrógenos está contraindicado.</p>	<p>* 99% de protección anticonceptiva</p>
Procedimiento para su prescripción	Contra indicaciones	Efectos secundarios	Precauciones	Obtención
<p>* Se debe proporcionar consejería</p> <p>* Realizar interrogatorio</p> <p>* Proporcionar orientación sobre el uso adecuado de las inyecciones a las usuarias</p> <p>* Realizar examen físico que incluya la toma de presión arterial, examen de mama y pélvico, así como el papanicolau.</p> <p>* Utilizar jeringas y agujas desechables estériles.</p>	<p>* En embarazo o con sospecha de embarazo</p> <p>* Tener o haber tenido CAMA o CACU</p> <p>* Antecedentes de tumores hepáticos benignos o malignos</p> <p>* Enfermedad hepática aguda o crónica activa</p> <p>* Con tratamiento de rifampicina o anticonvulsivantes</p>	<p>* Irregularidades menstruales</p> <p>* Amenorrea</p> <p>* Cefalea</p> <p>* Mastalgia</p> <p>* Aumento de peso</p>	<p>* SUA</p> <p>* IRC</p> <p>* Cardiopatía isquémica</p> <p>* Depresión</p> <p>* Migraña</p> <p>* Alteraciones en la coagulación</p>	<p>* En unidades de atención medica</p> <p>* Programas de distribución comunitaria</p> <p>* Farmacias</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°9. Métodos anticonceptivos naturales o de abstinencia periódica

Tipo de método	Definición	Efectividad	Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios
Método del calendario del ritmo o de OGINO – KANAUS	* Consiste en conocer el ciclo menstrual de la mujer para identificar los días fértiles y decidir cuándo abstenerse del acto sexual o cuando tener relaciones sexuales sin protección.	* 76% de efectividad	* No previene de ITS ni del VIH * Permite conocer los días fértiles de la mujer para quienes quieren embarazarse o para quienes quieren prevenir el embarazo * Es necesaria la cooperación de la pareja	* No es efectivo para mujeres con ciclos menstruales irregulares, en el posparto con lactancia o posaborto reciente. * No es efectivo en mujeres que toman ansiolíticos, antipsicóticos y algunos antibióticos o antihistamínicos	* Embarazo no deseado
Método coito interrumpido	* Se refiere cuando el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular	* 88% de efectividad de prevenir un embarazo si se realiza adecuadamente	* No existe contraindicaciones * Todos los hombres pueden utilizarlo * Es gratuito y no tiene hormonas	* Afecta la satisfacción sexual de ambos * Exige un alto grado de autocontrol * No protege contra ITS ni el VIH	* Embarazo no deseado
Método de la temperatura	Consiste en obtener el control de la temperatura en el transcurso del ciclo. Debido a que posterior a la ovulación se eleva la temperatura que se mantiene hasta la próxima menstruación * La probabilidad de embarazo se encuentra entre el día 10 y 16 del ciclo a partir del primer día de la menstruación, del 16 al 18 menor riesgo de embarazo y el resto de los días la probabilidad es poca, aunque no imposible.	* 76% de efectividad, es decir que de 100 mujeres que usan este método 24 se embarazan	* Es sencillo y fácil de practicar * No interfiere en el coito * Es gratuito * No requiere intervención médica y la usuaria lleva el control	* No previene ITS ni VIH * Difícil de controlar * La temperatura puede elevarse por otras cuestiones como el estrés, infecciones víricas, resfriados o algunos medicamentos	* Embarazo no deseado
Método del moco cervical	* Consiste en aprender a reconocer los cambios y características del moco cervical * El periodo de abstinencia va desde el 1er día de la aparición del moco fluido y abundante, hasta el final del tercer día	* Este método de observación de la fertilidad tiene un 76% de efectividad	* No tiene efectos secundarios * No necesita previa preparación para la relación sexual	* No previene de ITS ni VIH * Es un método difícil de aprender * No es efectivo con la ingesta de algunos medicamentos porque el moco puede cambiar sus características y confundirse	* Embarazo no deseado
Método de lactancia materna	* Es un método utilizado por las mujeres recién paridas que no han tenido nuevamente su periodo, consiste en amamantar a producto desde el nacimiento hasta los 6 meses de forma exclusiva día y noche	* 99% de efectividad si se aplica de manera correcta y sostenida * 98% si se practica comúnmente	* La puérpera puede llevar el control de la fertilidad * No afecta en las relaciones sexuales * Es gratis y fácil de usar (siempre disponible) * Fomenta el vínculo del binomio * Favorece la involución uterina y disminuye el sangrado	* No siempre produce la inhibición de la ovulación con la lactancia * No previene de ITS ni VIH * Solo funciona 6 meses posparto, siempre y cuando la lactancia sea exclusiva	* Embarazo no deseado

(Salud E. , 2020) (Inc., 2020)

Cuadro n°10. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Contenido, vía y dosis	Efectividad	Indicado en:	Precauciones	Contra indicaciones
<p>*Insertar un DIU intrauterino TcCu380A de cobre</p> <p>* Su presentación es individual</p> <p>* Debe estar esterilizado</p> <p>* Y para su aplicación cuenta con un insertor</p>	<p>* 95 al 99% si se usa de manera correcta y sostenida</p> <p>* Su fracaso se considera bajo</p>	<p>* Mujeres en edad fértil</p> <p>* Nuligestas</p> <p>* Nulíparas o multíparas, incluso las adolescentes que desean un método temporal de alta efectividad y seguridad</p> <p>* Antes del primer embarazo</p> <p>* En el periodo intergenésico</p> <p>* En el posparto, trans y post cesárea con o sin lactancia</p> <p>*En el posaborto</p>	<p>* Hemorragia uterina anormal</p> <p>* Infecciones del tracto genital</p> <p>*Hiperplasia endometrial</p> <p>* Anemia y padecimientos de hemorragia</p> <p>* Dismenorrea severa</p> <p>* Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica</p> <p>* Ruptura prematura de membranas</p> <p>* Trabajo de parto prolongado</p>	<p>* Embarazo o sospecha de embarazo</p> <p>* Útero con histerometría menor a 6 cm</p> <p>* Patología que deforme la cavidad uterina</p> <p>* Carcinoma de cérvix o del cuerpo uterino</p> <p>* Enfermedad inflamatoria pélvica activa</p> <p>* Presencia de corioamnionitis</p>
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Momento en que puede ser insertado	Como funciona
<p>* Disminuye el cólico menstrual y los síntomas de endometriosis</p> <p>* Puede durar hasta 10 años</p>	<p>* Se debe colocar por un profesional en una unidad medica</p>	<p>* Amenorrea</p> <p>* Calambres</p> <p>* Periodos más largos y abundantes</p> <p>*Manchado entre periodos</p>	<p>* Periodo intergenésico, de preferencia durante la menstruación</p> <p>* Posplacenta, dentro de los primeros diez minutos posteriores al alumbramiento, ya sea parto o cesares</p> <p>*Prealta, al egreso hospitalario después de haber sido sometida a un evento obstétrico</p> <p>* Posaborto, inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina</p> <p>* En el puerperio tardío, entre cuatro y seis semanas posabortos, posparto y poscesarea.</p>	<p>* El cobre daña los espermatozoides e impiden que se junten con el ovulo</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°11. Sistemas Intrauterinos

Tipo de método anticonceptivo	Contenido, vía y dosis	Recomendado en	Contra indicaciones	Efectividad
<p>* Sistema liberador de levonogestrel (SIU/LNG) Nombre comercial: Mirena o Lenova</p>	<p>* Es necesario ser colocado por un proveedor médico y tiene una duración de 5 años posterior a su colocación</p>	<p>* Mujeres con sangrado menstrual intenso * Con calambres durante el periodo menstrual * Endometriosis * Hiperplasia endometrial * Adenomiosis * Anemia * Fibromas</p>	<p>* Antecedentes de CAMA o CACU * Enfermedad hepática Anomalías uterinas * Infección pélvica o EIP *SUA</p>	<p>* Es mayor al 99% de efectividad anticonceptiva si se utiliza de manera correcta y sostenida</p>
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Que tiene que informar la usuaria al proveedor	Como funciona
<p>* Es eficaz * Es de efecto prolongado * Seguro y reversible * Suprime la ovulación * Protege contra EPI * Se puede extraer en cualquier momento y recuperar fácilmente la fertilidad * No tiene los riesgos de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos con estrógeno * No se necesita de la participación de la pareja</p>	<p>* No protege contra ITS ni VIH * Es costoso * Poca disponibilidad en las instituciones</p>	<p>* Calambres * Periodos más largos * Sangrado irregular * Amenorrea * Dolor abdominal y pélvico * Acné * Cambios de humor *Sensibilidad en los senos</p>	<p>* Los medicamentos que consume incluyendo algunos remedios naturales * Si es diabética o hipertensa * Si tiene antecedentes cardiacos * Presenta migrañas * Problemas de coagulación o accidente cerebro vascular * Si ha tenido un parto reciente o si está amamantando.</p>	<p>* Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina () endometrio * Aumenta el grosor de la mucosidad del cuello uterino para impedir que el espermatozoide alcance o fertilice al ovulo * Reduce el grosor de la membrana que recubre el útero e inhibe parcialmente la ovulación</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°12. Método hormonal subdérmico (IMPLANTE)

Presentación	Contenido, vía y dosis	Recomendado en	Contra indicaciones	Precauciones
<p>* Seis capsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal que libera en promedio 30 mcg diarios de levonogestrel. * Duración 5 años posterior a su inserción.</p>	<p>* Administrar una capsula subdermicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. * Se debe de insertar durante los 1ros días del ciclo menstrual. En el posparto y poscesárea debe aplicarse después de la 6ta semana del puerperio</p>	<p>* Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluso adolescentes con periodos regulares con las siguientes circunstancias: * Antes del 1er embarazo * En el intervalo intergenésico * En el posparto o poscesárea con o sin lactancia * En el posparto inmediato Todas estas incluso cuando está contraindicado el uso de estrógenos</p>	<p>* Durante el embarazo o con sospecha de éste * antecedente de CAMA o CACU * Antecedentes de tumores hepáticos benignos o malignos * Enfermedad hepática aguada o crónica activa * Con el uso de rifampicina o anticonvulsivantes</p>	<p>* SUA * Insuficiencia renal * Cardiopatía isquémica * Depresión * Migraña</p>
Efectividad	Técnica de inserción	Efectos secundarios	Remoción	Complicaciones para remoción
<p>* Proporciona un 99% de protección anticonceptiva durante el 1er año, posteriormente va disminuyendo al 5to año de uso con un 96.5% de protección</p>	<p>* Colocar a la usuaria boca arriba * Seleccionar el brazo si es diestra o zurda * Lavar con agua y jabón el sitio en donde se va a implantar la capsula * Realizar asepsia con un antiséptico * Aplicar anestesia local y posteriormente realizar una incisión de 2 mm * Introducir la capsula por la incisión en forma de abanico abierto bajo la piel utilizando un trocar estéril calibre 10 en dirección opuesta al codo. * Colocar un vendotele, no requiere suturar.</p>	<p>* Hematoma en el sitio de aplicación * Infección local * Dermatitis * Irregularidades menstruales * Cefalea * Mastalgia</p>	<p>* Localizar la capsula manualmente sin guantes y marcar la con un bolígrafo * Realizar el mismo procedimiento que se realizó para la inserción en cuanto a la técnica de asepsia y antisepsia * La anestesia se infiltra bajo los implantes en su extremo más inferior * Se realiza una incisión para extraer las capsulas una por una comenzando por la más accesible.</p>	<p>* En caso de no poder extraer el implante se debe dejar cicatrizar y posteriormente volver a reintentar extraerlo * Si es necesario se debe toma una radiografía o ultrasonido para su localización.</p>

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°13. Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB)

Técnicas para la OTB	Recomendado en:	Precauciones	Contra indicaciones	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> * Salpingectomía y ligadura * Salpingotomía (Fimbriectomía) * Técnicas de pomero y, Uchida e Irving * Mecánica por la aplicación de anillos yoon o electrofulguración * Minilaparotomía con técnica de pomero y modificada 	<ul style="list-style-type: none"> * Paridad satisfecha * Razones medicas * Retardo Mental 	<ul style="list-style-type: none"> * Embarazo o sospecha del embarazo * Discrasias sanguíneas no controladas * Anemia severa * Falta de movilidad uterina (adherencias) 	<ul style="list-style-type: none"> * Enfermedad inflamatoria pélvica aguda 	<ul style="list-style-type: none"> * Complicaciones anestésicas por el bloqueo epidural o anestesia * Hemorragia de la herida * Infección * Fiebre y dolor local * Sangrado
Ventajas	Desventajas	Efectos secundarios	Efectividad	Lineamientos generales para la prescripción
<ul style="list-style-type: none"> * Es un procedimiento permanente y se realiza una sola vez * Puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual e incluso en el * Es una cirugía de corta estancia 	<ul style="list-style-type: none"> * No protege contra ITS 	<ul style="list-style-type: none"> * No se conocen efectos colaterales directamente con el método 	<ul style="list-style-type: none"> * > al 99% 	<ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar consejería anticipada a la realización del procedimiento * Autorización escrita por medio del consentimiento informado con firma o huella dactilar de la usuaria o de su representante legal * Valoración del riesgo quirúrgico y anestésico * La OTB debe ser realizada por personal capacitado * Este procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y esterilización establecidas

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

Cuadro n°14. Vasectomía

Tipos de vasectomía	Contra indicaciones	Cambios de vida que pueden afectar a futuro	No realizar la vasectomía cuando
<ul style="list-style-type: none"> * Incisión convencional * Sin bisturí, este tipo evita riesgos de infección y otras complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> * No existe ninguna condición médica para la esterilización masculina 	<ul style="list-style-type: none"> * Un divorcio * Pareja nueva * La muerte de un hijo 	<ul style="list-style-type: none"> * Deseas tener hijos biológicos más adelante * Cuando te presiona tu pareja o familiares * Como forma de solucionar problemas pasajeros como: <ul style="list-style-type: none"> * Problemas matrimoniales o sexuales * Enfermedades mentales o físicas de corta duración * Problemas económicos o de desempleo
Ventajas	Desventajas	Complicaciones	Como funciona
<ul style="list-style-type: none"> * El procedimiento solo se realiza una vez * Es permanente * Es un procedimiento rápido y seguro * La vasectomía no interfiere para tener un orgasmo 	<ul style="list-style-type: none"> * No protege contra enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH * La vasectomía no se puede revertir y aunque en ocasiones es posible probablemente no se recupere la fertilidad, además es muy costoso 	<ul style="list-style-type: none"> * Dolor * Sangrado * Infección 	<ul style="list-style-type: none"> * El hombre debe esperar tres meses para considerarse método anticonceptivo * Se puede reiniciar la actividad sexual, pero se deben proteger con un método de refuerzo * Se debe realizar un análisis de semen para confirmar que no existe esperma en el semen.

Fuente "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos" tercera edición 2018

ANEXO D. GLOSARIO

ABORTO: Interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente

ACEPTACIÓN: Diversos motivos culturales, religiosos y éticos condicionan el rechazo o la aceptación de los distintos métodos anticonceptivos.

ACNÉ: Afección dermatológica causada por la anormal descamación del epitelio folicular que ocasiona la formación de un tapón de materia sebácea, suciedad y elementos epiteliales en el conducto excretorio de las glándulas sebáceas de la piel.

AMENORREA: Ausencia temporal o permanente del flujo menstrual por un periodo de 3 o más meses.

ANAMNESIS Y CONTENIDO DE LA VISITA PREVIA A LA PRESCRIPCIÓN DE UN ANTICONCEPTIVO: Los requisitos previos a la prescripción de un método anticonceptivo se centran en la identificación de factores de riesgo y a los antecedentes patológicos que contraindicarían su uso, que permitirían aplicar los diferentes criterios de elegibilidad disponibles.

ANTICONCEPCIÓN: Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: Esta puede ser adoptada por la mujer después del sexo, no protege de enfermedades de transmisión sexual, pero si evita un embarazo se debe utilizar hasta 72 horas después del acto sexual, posterior a este tiempo ya no ayudara a prevenir el embarazo.

ANTICONCEPCIÓN POST-EVENTO OBSTÉTRICO: Estrategia que permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida

reproductiva, mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica de atención del evento obstétrico o durante los 40 días posteriores al evento obstétrico, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y, por ende, a reducir el riesgo obstétrico.

ANTICONCEPCIÓN POSPARTO: “Estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente”.

ANTICONCEPTIVO PERMANENTE: Implican una decisión única pues una vez utilizados la persona queda, impedida para volver a concebir de manera natural.

ANTICONCEPTIVO TEMPORAL: Son aquellos que, cuando dejan de ser utilizados, permiten a mayor o menor plazo que la persona recupere su fertilidad de manera natural.

ATENCIÓN PRENATAL: A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y la persona recién nacida.

BALANCE BENEFICIO/RIESGO: La toma de presión arterial ha mostrado consistentemente tener un impacto en las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados. Aunque la medida del IMC no es imprescindible en la decisión de cuál puede ser el anticonceptivo más adecuado (reconociendo que puede contraindicar en alguna ocasión), su medida y monitorización puede servir para futuras referencias.

BILLINGS: Método de: autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.

BINOMIO: Madre e hijo es el conjunto humano creado por la mujer progenitora y el producto en gestación o nacido vivo que requiere de un entorno sano y seguro para el adecuado desarrollo físico, social y mental.

CEFALEA: La cefalea, cefalalgia o dolor de cabeza.

CESÁREA: Intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

CÉRVIX: Cuello uterino corresponde al tercio inferior del útero, y como tal es un órgano solido de naturaleza fibromuscular.

CICLO OVÁRICO: Proceso que conlleva a la ovulación. Menstrual.

CICLO MENSTRUAL: Periodo de 28 +/- 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

CLOASMA: Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

CONDICIONES PARA LA ELECCIÓN DEL MÉTODO: Depende por una parte de la mujer y/o la pareja y por otra parte del propio método en sí.

CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más

adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento

CONTRAINDICACIÓN: Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

CONTROL PRENATAL: Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

CUELLO UTERINO O CÉRVIX: Porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Esta apertura permite que salga la sangre del útero durante el periodo y que entren los espermatozoides al útero y a las trompas de falopio.

DEMANDA INSATISFECHA: Proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia.

DEPRESIÓN: Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

DESARROLLO SOCIAL: Es un proceso de promoción del bienestar de las personas en conjunto con un proceso dinámico de desarrollo económico, que conduce al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población en diferentes ámbitos (salud, educación, nutrición, vivienda, empleo, salarios, etc.).

DESOGESTREL: Molécula usada como anticoncepción hormonal en píldoras orales combinadas.

DIAFRAGMA VAGINAL: Capuchón de goma-caucho flexible que, generalmente, se inserta en la vagina y cubre el cuello del útero. Se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo la entrada al útero.

DISMENORREA: Dolor durante la menstruación o la regla en el bajo vientre que aparece en los primeros días de la regla, de duración variable: desde unas horas a varios días. Se puede irradiar hacia la espalda o las piernas en forma de espasmos.

DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en farmacias del país.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Método anticonceptivo altamente efectivo consistente en una estructura de plástico con sulfato de bario (susceptible de detectarse con equipos de rayos x). Tienen un cuerpo y dos colas que permiten su fácil extracción y se coloca dentro del útero para prevenir un embarazo.

EDAD FÉRTIL: Período de tiempo donde la mujer está propensa a quedar embarazada. Este período se inicia con la menarquia a los 15 años y finaliza con la menopausia a los 50. Obviamente este patrón no es rígido para todas las mujeres; no obstante, la gran mayoría (entre un 97 y un 99%) de los nacimientos se produce durante este intervalo de 35 años.

EDAD FÉRTIL O REPRODUCTIVA: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

EDAD Y PARIDAD: Son características que pueden desaconsejar algunos métodos.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

EFICACIA: La capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación.

EMBARAZO: Proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

ENDOCÉRVIX: Canal del cuello uterino

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: Inflamación de las estructuras pélvicas, útero y trompas uterinas.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SEXUALMENTE: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

ESPERMA: Semen, todos los componentes del eyaculado del varón (espermatozoides, secreciones de las vesículas seminales, próstata y epidídimo).

ESPERMATOZOIDES: Células germinales masculinas maduras originadas en los testículos

ESPERMICIDAS: Sustancias que inhiben la actividad de los espermatozoides, por lo que se usan como anticonceptivos.

ESTERILIZACIÓN: Provocación de la esterilidad en una persona manteniendo la libido y la capacidad de relación sexual.

ESTRADIOL: Principal hormona estrogénica producida en el ovario y en la placenta; prepara el endometrio para la implantación del huevo fecundado y es imprescindible para el desarrollo y funcionamiento de los órganos reproductivos femeninos.

ESTRÓGENO: Hormona sexual femenina. Se produce principalmente en los ovarios y también, aunque en menores cantidades, en las glándulas adrenales.

ESTERILIDAD: Incapacidad de un individuo, hombre o mujer o ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

ETINILESTRADIOL: Estrógeno derivado del estradiol vía oral en fórmulas que produce la píldora de emergencia.

FACILIDAD O COMPLEJIDAD DE USO: Si es muy complejo, disminuye su efectividad y limita su uso.

FACTORES CULTURALES: Son las características de los seres humanos, asentamientos poblacionales y la comprensión su desarrollo.

FACTOR DE RIESGO: Característica biológica, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido, puedan sufrir un daño.

FECUNDACIÓN: Es la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino. Espontáneamente ocurre en la porción ampular de la trompa de Falopio. Actualmente lo podemos conseguir también en el laboratorio clínico, y lo denominamos fecundación in vitro.

FECUNDIDAD: Capacidad de procreación efectiva (hijos nacidos vivos) de una mujer, pareja o población.

FERTILIDAD: Capacidad de reproducción sexual

FIEBRE: Elevación de la temperatura corporal por arriba de 38.0 grados centígrados, por medición en la cavidad bucal.

FOLÍCULO: Estructura del ovario donde se produce el desarrollo del óvulo, tiene la función de producir estradiol.

FLUJO VAGINAL: Secreción genital que puede ser normal o patológica como síntoma de alguna alteración.

FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES Y CAMBIOS DE PAREJA: Es recomendable usar un método de barrera cuando las relaciones son esporádicas o existe un cambio frecuente de compañero/a sexual, y un método continuo como la píldora anticonceptiva en mujeres con pareja estable y que mantienen relaciones regularmente.

GAMETO: Células germinativas masculinas y femeninas: óvulo y espermatozoide. Se originan mediante oogénesis o espermatogénesis, presentando una dotación simple cromosómica después de la división meiótica de maduración.

GESTAS: Número de embarazos cursados por la mujer.

GESTAGENOS: Hormonas con las propiedades de la progesterona, hormona del cuerpo lúteo y segunda fase del ciclo.

GESTODENE: Anticonceptivo de progesterona

GRUPOS VULNERABLES: Son aquellos grupos de la población o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para

satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

HEMATOMA: Acumulación tisular de sangre extravascular.

HEMORRAGIA: Escape de sangre de los vasos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Cifras de tensión arterial anormalmente elevadas. (Mayores a 140/90 mm. Hg.)

HIPOMENORREA: Menstruación escasa o deficiente ya sea en su duración o en cantidad, aun cuando no se altere el ciclo. Puede ser debida tanto a una alteración en la funcionalidad del ovario o por un trastorno hormonal como ser una variante de la normalidad.

HORMONAS: Producto de secreción de ciertas glándulas que, transportado por el sistema circulatorio, excita, inhibe o regula la actividad de otros órganos o sistemas de órganos.

IGUALDAD DE GÉNERO: Es un principio constitucional que estipula que hombres y mujeres son iguales ante la ley (artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), lo que significa que todas las personas, sin distinción alguna tienen los mismos derechos y deberes frente al Estado y la sociedad en su conjunto.

INDICACIÓN: Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de él o la aceptante.

INFERTILIDAD: Incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

IMPLANTE SUBDÉRMICO: Método anticonceptivo temporal de acción prolongada.

IMPLICACIÓN DE LA PAREJA: Antes de decidirse por un método concreto es importante considerar la disposición de la pareja a aceptar, colaborar o aportar un método determinado de control de natalidad.

INDICADOR: Es un instrumento para medir el logro de los objetivos de los programas y un referente para el seguimiento de los avances y para la evaluación de los resultados alcanzados.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL IMC: Medida de asociación entre el peso y la talla del individuo.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): Problema de salud pública a nivel mundial que abarca infecciones que se transmiten por relaciones sexuales como por otras vías y pueden no tener manifestación clínica.

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN: Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Alimentación del recién nacido con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones o biberones.

LEVONORGESTREL: Progestágeno utilizado en diferentes formas en la ginecología, bien como el componente progestágeno en los anticonceptivos orales y en la terapia de sustitución hormonal, bien solamente para la anticoncepción en preparados con progestágeno solo e implantes subcutáneos.

LEGRADO INTRAUTERINO (LUI): Procedimiento quirúrgico que consiste en dilatar el cuello uterino con medios mecánicos.

MADURACIÓN FOLICULAR: Primera fase del ciclo en la que uno o varios folículos crecen para producir la ovulación.

MASTALGIA: Dolor en glándulas mamarias.

MENARQUIA: Aparición de la primera menstruación.

MENORRAGIA: Sangrado menstrual excesivo o prolongado.

MENSTRUACIÓN: Descamación generalizada del endometrio.

MÉTODO DE LA AMENORREA Y LACTANCIA (MELA): Se basa en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN: Proporcionan eficacia contraceptiva por un largo periodo de tiempo sin requerir la intervención del usuario.

MÉTODOS DE BARRERA: 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.

MÉTODOS HORMONALES ORALES: Son métodos temporales combinados de estrógeno y progestina y los que contienen solo progestina.

MÉTODO HORMONAL SUBDÉRMICO: Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdermicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno)

MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA: Son 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.

METROMENORRAGIA: Sangrado uterino dentro de los periodos menstruales con flujo menstrual aumentado.

MIGRAÑA: Dolor de cabeza intenso y capaz de incapacitar a quien lo sufre. Enfermedad de origen neurológico.

MINIPILDORA: Método anticonceptivo oral que solamente contiene progestágeno y que por lo tanto carece de estrógenos. Las mini píldoras están indicadas en aquellas mujeres que no pueden tomar estrógenos o durante la lactancia.

MIOMAS: Tumor benigno compuesto de células musculares lisas y colágeno. Suele aparecer generalmente en el útero, también son llamados fibromas.

MIRENA: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), consiste en un pequeño sistema de plástico en forma de T llamado endoceptivo que es insertado dentro de la cavidad uterina, su tamaño es de 3,2 por 3,2 cm y tiene una apariencia muy parecida a la de un dispositivo intrauterino (DIU).

MOCO CERVICAL: Suspensión segregada por glándulas dentro del canal cervical, influenciado por los cambios hormonales periódicos. Los estrógenos lo hacen fino, los progestágenos lo hacen grueso y viscoso. Durante el embarazo se hace más abundante y forma un tapón que cierra completamente el canal.

MORBILIDAD: Porcentaje de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación al total de la población de ese mismo lugar.

MORTALIDAD: Fenómeno demográfico mediante el cual desaparece una población a lo largo del tiempo, que, en combinación con la fecundidad, determinan el crecimiento natural de la población. Se estudia a partir de las defunciones registradas y según características como edad, sexo, causas de muerte, lugar de ocurrencia o residencia, entre otras.

MUERTE MATERNA: A la ocurrida a la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de este, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

MULTIPARA: Al menos un parto

NEOPLASIA: Proceso anormal que resulta de la formación y crecimiento de un tumor.

NULIGESTAS: Ningún embarazo

NULIPARA: Ningún parto

OBESIDAD: Enfermedad en donde las reservas naturales de energía se incrementan y se almacenan en el tejido adiposo de los humanos asociándose con ciertas condiciones de salud o el incremento de la mortalidad.

OBESIDAD MÓRBIDA: Pacientes que se encuentran con un 50 o 100% o 45 kg (100 libras) por encima de su peso corporal ideal. O mayor a 39 en su índice de masa corporal.

OBSTETRICIA: Especialidad médica que se encarga del control del embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento hasta la involución uterina completa

OBSTRUCCIÓN TUBARICA BILATERAL (OTB): Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión turbaría bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

OCLUSIÓN: Cierre de una estructura tubular del organismo.

OLIGOAMENORREA: Reducción en la frecuencia del sangrado menstrual.

OSTEOPENIA: Disminución de la calcificación de la densidad ósea.

OSTEOPOROSIS: Reducción en la cantidad de masa ósea que puede provocar fracturas posteriores a un traumatismo mínimo.

OVARIOS: Glándula femenina en la que se producen los óvulos y hormonas sexuales.

OVULACIÓN: Expulsión del ovario, espontánea o inducida, de uno o varios óvulos.

PAPANICOLAU: Estudio microscópico de las células del cuello uterino que permite detectar alteraciones celulares, y, de esta manera, se pueden detectar precozmente lesiones precursoras de carcinoma invasor.

OVULO: También llamado Ovocito, es la célula reproductiva femenina que cuando se fusiona con el espermatozoide, célula reproductiva masculina, forma el cigoto.

PAPANICOLAU: Es un test que consiste en tinción de un extendido de células del cuello uterino, base del screening del cáncer de cérvix.

PARCHE ANTICONCEPTIVO: Parche que contiene la misma asociación de hormonas que las píldoras anticonceptivas (progesterona y estrógeno). El parche debe aplicarse semanalmente y dejarse adherido a la piel de las nalgas, vientre, brazo, espalda o antebrazo, pero nunca sobre los pechos.

PARIDAD: Número de hijos que ha parido la mujer

PARTO: Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo placenta y sus anexos.

PERSPECTIVA DE GÉNERO: Herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: 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.

POSABORTO: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

POSCESÁREA: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 21 semanas o más.

POSPARTO: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

PRECAUCIÓN: Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar, bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS: Es el porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión consensual que declaran estar usando, ellas o sus parejas, un método anticonceptivo para limitar o espaciar su descendencia.

PRIMIGESTA: Primer embarazo

PRIMÍPARA: Primer parto

PROGESTÁGENO O GESTAGENOS: Son hormonas con un efecto similar a la progesterona, el único progestágeno natural. Todos los demás progestágenos son sintéticos, y se les conoce comúnmente con el nombre de progestina. Entre los gestágenos sintéticos se encuentra el levonorgestrel (la llamada 'píldora del día siguiente').

PROGESTERONA: Hormona sexual que se desarrolla en la pubertad y en la adolescencia en el sexo femenino, actúa principalmente durante la segunda parte del ciclo menstrual, parando los cambios endometriales que inducen los estrógenos y estimulando los cambios madurativos, preparando así el endometrio para la implantación del embrión; Estos efectos también ocurren en la mama la progesterona también se encarga de engrosar y mantener sujeto el endometrio en el útero bajando sus niveles, el endometrio se cae, produciendo la menstruación.

PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN: Acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

PRUEBAS DE LABORATORIO: Revisión sistemática que evalúa la necesidad de varias pruebas de laboratorio antes de iniciar el tratamiento con un anticonceptivo: nivel de glucosa, perfil lipídico, función hepática, citología, y cribado de ITS y VIH.

PUERPERIO: Proceso que inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos.

PUERPERIO INMEDIATO: Periodo que comprende las primeras 24 horas.

PUERPERIO MEDIATO: Abarca del segundo al séptimo día después del parto.

PUERPERIO TARDÍO: Comprende desde el día 8 hasta los 42 días después del parto.

RELACIÓN SEXUAL: Se considera relación sexual únicamente el coito vaginal.

REVERSIBILIDAD: Recuperación de la capacidad reproductiva al dejar de utilizar un método anticonceptivo.

RIESGO PARA LA SALUD: La seguridad potencial de los diferentes métodos anticonceptivos debe considerarse individualmente en cada usuario. Algunos métodos de planificación familiar no son viables debido a sus riesgos para la salud.

RIESGO RELATIVO: Medida que representa el riesgo de un evento o resultado, como una reacción adversa o alguna droga que está siendo probada.

RIESGO REPRODUCTIVO: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

SALPINGECTOMIA: Extirpación quirúrgica de la trompa de falopio, generalmente realizada por vía laparoscópica.

SALUD REPRODUCTIVA: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

SEMEN: Secreción producida por el testículo del varón y las glándulas accesorias que contienen los espermatozoides, más los productos de secreción glandulares. En conjunto forman el líquido seminal.

SEXO: Conjunto de actividades o comportamientos relacionados con el placer sexual

SIFILIS: Enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*, transmitida generalmente por contacto sexual, aunque también se puede contagiar por otro contacto primario.

SÍNDROME PREMENSTRUAL: Síntomas desagradables en muchas mujeres antes de la menstruación, por ejemplo: cansancio, ansiedad, tensión y calambres.

TRATAMIENTO: Acciones adoptadas para restaurar la salud, prevenir la enfermedad o atenuar los síntomas.

TROMPAS DE FALOPIO: Canal de comunicación del fondo uterino a los alrededores del ovario, de 15 cm de largo, que sirve para la recepción y transporte del óvulo y, después de la fecundación, para la nutrición y transporte del cigoto al útero.

TUMOR: Crecimiento exagerado de tejido. Cuando es maligno se le denomina neoplasia.

USUARIO: Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

USUARIO POTENCIAL: Hombres y mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que actualmente no usan un método anticonceptivo.

ÚTERO: Lugar donde crece y se desarrolla el feto cuando se produce el embarazo. Es denominado vulgarmente 'matriz', órgano musculoso en forma de pera invertida, algo

aplastado en dirección dorsoventral. Se encuentra entre la vejiga y el recto y mide entre 7 y 9 cm en estado no gestante. Sus paredes interiores están recubiertas por un tejido que se llama endometrio especialmente diseñado para recibir al embrión fecundado.

VAGINA: Estructura musculo-membranosa en la mujer, que se extiende desde el cuello uterino hasta la vulva.

VASECTOMÍA: Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: El virus que causa el SIDA. Previamente conocido como LAV y HTLV III, el término VIH fue escogido por un panel científico de virólogos y otros investigadores para denominar al virus del SIDA.

ANEXO E. SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS:

AE: Anticonceptivo de emergencia

AHC: Anticoncepción hormonal combinada

AIC: Anticonceptivo inyectable combinado

AIPS: Anticonceptivo inyectable con progestágeno solo

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

AMPD-IM: Acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular

AMPD-SC: Acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo

AO: Anticonceptivo oral (píldora)

AOC: Anticonceptivo oral combinado (píldora)

AOPS: Anticonceptivo oral con progestágeno solo

APS: Anticonceptivo con progestágeno solo

APEO: Anticoncepción post evento obstétrico

ASRM: *American Society For Reproductive Medicine*

AUP: Acetato de ulipristal

AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado

AVP: Anillo vaginal liberador de progesterona

CaCU: Cáncer de Cérvix Uterino

CDC: Centros para el Control y la Prevención de enfermedades de los Estados Unidos

CI: Coito interrumpido

CIRE: Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación

CME: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica

CRPD: Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad

DIU: Dispositivo intrauterino

DIU-Cu: DIU con cobre

DIU-E: DIU para anticoncepción de emergencia

DIU-LNG: DIU liberador de Levonorgestrel

DOF: Diario Oficial de la Federación

DU: Dispositivo Uterino
EE: Etinilestradiol
EAI: Enfermedad Autoinmune
EMA: Agencia Europea de Medicamentos
Emb: Embarazo
ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
EN-NET: Enantato de noretisterona
EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria
EST: Procedimientos de esterilización (quirúrgica masculina y femenina)
ETG: Etonogestrel
Eutócico: Parto normal
FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos
FUM: Fecha de última menstruación
FUR: Fecha de Última Regla
g: Gramo
HFE: Hormona Folículo Estimulante
ICPD: Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo
IEBEM: Instituto de la Educación Básica del Estado de Morelos
IM: Intramuscular
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
IMC: Índice de masa corporal
IP: Inhibidores de la proteasa
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITIAN: Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos/ nucleótidos
ITS: Infección de transmisión sexual
LGP: Ley General de Población
LM: Lactancia materna
LNG: Levonorgestrel
MAC: Método anticonceptivo
MEF: Mujeres en Edad fértil
MELA: Método de amenorrea de lactancia

MBCF: Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
MPF: Método de Planificación Familiar
mg: Miligramo
N°: Número
NOM: Norma Oficial Mexicana
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
PAC: Parche anticonceptivo combinado
PAE: Píldora anticonceptiva de emergencia
PAP: Papanicolau
PIG: Periodo intergenésico
PDS: Píldora del día después
PF: Planificación Familiar
PRONABE: Programa Nacional de Becas
RPS: Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos
(publicación OMS)
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIU: Sistemas intrauterinos
SPF: Servicios de Planificación Familiar
SSA: Secretaría de Salud
SSM: Servicios de Salud Morelos
TEDA: Teoría General del Déficit del Autocuidado
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
USAID: Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional
USFDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
µg: Microgramos