



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS**

**“EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
PACIENTES DE LA UMF #20 VILLA DE REYES, S.L.P.”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR SILVIA DORANTES GARCIA

Unidad de Medicina Familiar No 47
Delegación San Luis Potosí

CD DE MEXICO OCTUBRE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INVESTIGADORES:

DRA. SILVIA DORANTES GARCIA

Alumna del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar #20

Villa de Reyes

Matricula: 99255418

Dirección: Javier Mina s/n, col. San Luis Potosí. Mpo. Villa de Reyes, SLP, SLP.

C.P. 78660, San Luis Potosí

Teléfono: 4441422004

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

Asesor Metodológico y Estadístico

Médico Familiar

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos

Generales del IMSS

Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

Diplomado en Investigación

Maestría en Educación

Matricula: 99258201

Dirección: López Hermosa, esq. Valentín Amador, Col. Ferrocarrilera;78310 San

Luis Potosí S.L.P. Teléfono Directo: 8221094

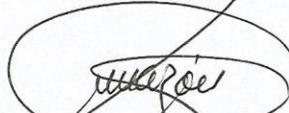
**"EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF # 20 VILLA DE RESYES,
S.L.P."**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

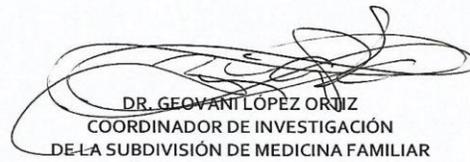
PRESENTA

DRA. SILVIA DORANTES GARCÍA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TÍTULO

**“EFECTOS DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
PACIENTES DE LA U.M.F. No. 29 VILLA DE REYES, S.L.P.”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SILVIA DORANTES GARCÍA

No. DE REGISTRO: R-2016-2402-34

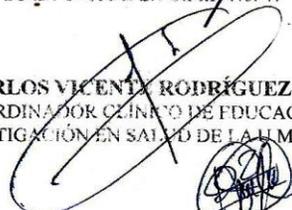
ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS DE GENERALES DEL IMSS.

AUTORIZACIONES:


DRA. GABRIELA VIRGENIA ESCUDERO LOURDES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN


DR. FRANCISCO JAVIER VENEGAS LEDESMA
DIRECTOR DE LA U.M.F. No. 47


DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA U.M.F. No. 47


DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2402** con número de registro **13 CI 24 028 235** ante COFEPRIS
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA **13/09/2016**

DR. SILVIA DORANTES GARCÍA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF #20 VILLA DE REYES, S.L.P."

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-2402-34

ATENTAMENTE


DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Tabla de contenido

Resumen	ii
Tabla de contenido.....	vii
1.-Marco teórico.....	3
Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
Marco conceptual	6
1.-Métodos anticonceptivos temporales	8
1.1.- Métodos anticonceptivos hormonales.....	8
A. Métodos anticonceptivos hormonales combinados	9
B. Métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina.....	17
2. Dispositivos intrauterinos (DIU)	31
2.1. DIU de cobre.....	32
2.2. DIU hormonales.....	37
3. Métodos de barrera.....	39
4. Planificación familiar natural	44
5. Métodos anticonceptivos permanentes	48
5.1. Esterilización quirúrgica femenina.....	49
5.2. Esterilización masculina	50
Estilos de aprendizaje	52
Clasificaciones.....	53
El Modelo de los Cuadrantes Cerebrales de Herrmann.....	53
Los sistemas de representación: visual, auditivo o kinestésico.....	54
Características de los sistemas de representación	55
Sistema de representación visual.....	56
Sistema de representación auditivo	56
Sistema de representación kinestésico	57
Modelo de estilos de aprendizaje de Felder y Silverman	57
2.-Justificación.....	58
3.-Planteamiento del problema.....	64
4.-Objetivo.....	65
5.Hipotesis.....	65

6.-Material y Método.....	66
7.-Recursos, Financiamiento y factibilidad.....	69
8.-Resultados.....	70
9.-Discusión.....	74
10.-Conclusión.....	74
11.-Sugerencias.....	75
12.-Bibliografía.....	76
13.-Anexos.....	78

Resumen

Introducción:

La planificación de la familia significa en principio, lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desean tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. Para ello, la capacitación de este tipo de pacientes es una piedra angular de atención primaria a la salud.

Objetivo:

Determinar el efecto de una estrategia educativa de planificación familiar en pacientes de la UMF #20 villa de reyes, S.L.P.

Intervención, longitudinal, analítico

Material y métodos:

Pacientes en edad reproductiva adscritas a la UMF#20. Realizado de enero a marzo del 2017. Se realizará una recolección de muestra de tipo no probabilístico por conveniencia, a su vez el tamaño de muestra para una estrategia educativa será de 30 pacientes. Criterios de selección: Pacientes de edad menos a 18 años de edad, Pacientes de edad mayor a 36 años, Sin método anticonceptivo, Multíparas, Paciente con patologías que incrementen el riesgo obstétrico.

Resultados:

De la muestra intervenida 30 sujetos, el promedio de calificación fue de 4.5 y al final de 8.5 ($p < 0.05$ con t student), existió una correlación más alta en la esfera ítems referentes a tipos de métodos, se analizaron los estilos de aprendizaje, el estilo pragmático de Honey Alonso ($p < 0.05$ con regresión lineal).

Conclusión:

Una estrategia educativa constructivista, participativa y con análisis de estilos de aprendizaje pueden generar resultados fructíferos en el grado de conocimiento y aprendizaje de las pacientes en referencia a métodos anticonceptivos.

1.- Marco Teórico

Introducción

La planificación de la familia significa en principio, lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desean tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable. No todos los pacientes pueden hacerlo, ya que la definición de planificación incluye el tener conocimiento claro de cómo hacerlo y además contar con los recursos para ello, las personas instruidas, por ejemplo, y de mejor nivel económico generalmente tienen menos hijos que los pobres y menos instruidos. ⁽¹⁾

Desde que se iniciaron los programas de planificación familiar, en los años 60, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten embarazos no deseados. Como resultado, se han salvado las vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Cada año mueren 13 y 14 millones de niños menores de cinco años, por otro lado, a los hombres les ayuda a proporcionar a sus familias una vida mejor, proveerlas de alimentos, ropa, vivienda y educación suficiente; a las mujeres les ofrece mejor posición social y ampliar su perspectiva de futuro, ya que una cuarta parte de las mujeres abandonan los estudios, incluso antes de terminar la enseñanza primaria, a causa de sus embarazos precoces. ⁽²⁾

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el impacto de una intervención educativa en la UMF #20, para el uso de métodos anticonceptivos como método de control del riesgo reproductivo, tomando como principal referente, las estrategias y marco conceptual las siguientes premisas para una estructura de seguridad social en nuestro país, como son:

1. Prestación de los servicios de anticoncepción posparto, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad.

2. Prevención de los embarazos no planeados y no deseados, del aborto y sus complicaciones y de las infecciones de transmisión sexual.
3. Diseño, coordinación y ejecución de procesos de información, educación y comunicación social, dirigida a la población usuaria de los servicios de salud reproductiva.
4. Información y servicios que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción posparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas.
5. Investigación operativa en anticoncepción posparto, con la finalidad de evaluar integralmente los procesos y resultados de las acciones para favorecer la toma de decisiones.
6. Los resultados y el cumplimiento de los objetivos de estas estrategias, dependerán además de la calidad de los procesos educativos y de la información dirigida a la población, las acciones de seguimiento y control, la supervisión, el monitoreo y la evaluación permanente.

Antecedentes

Respecto a los antecedentes podemos citar al Dr. Humberto Fernández Ramos; Dr. Yoan Crespo Estrada y colaboradores ⁽³⁾, quienes realizaron un estudio sobre el impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional en Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba. Se realizó un estudio descriptivo de intervención en las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en la comuna de Labadee del departamento norte de la República de Haití durante el período comprendido entre junio y noviembre de 2006. La muestra quedó constituida por 115 mujeres que acudieron espontáneamente a la consulta de planificación familiar o fueron identificadas en el terreno. Los principales riesgos identificados fueron el período intergenésico corto, la edad mayor de 35 años y la multiparidad; el método anticonceptivo preferido fue el hormonal inyectable, después de las actividades educativas hubo un gran número de pacientes que aceptaron el dispositivo intrauterino (DIU); aquellas que no lo aceptaron refirieron miedo y problemas religiosos, entre otras causas. Las infecciones de transmisión sexual y/o el alto riesgo de contraerlas fueron las contraindicaciones más frecuentes de la implantación de los DIU en las pacientes que aceptaron. Finalmente ellos concluyeron que existió un mínimo de complicaciones y un ahorro importante en el costo en comparación con las formas de control de la natalidad empleadas hasta el momento. ⁽³⁾

De igual modo, el Dr. José Luis Barrientos-Guerrero, Elizabeth de los Reyes-Cortés ⁽⁴⁾ realizaron un estudio en Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. El objetivo de su trabajo fue determinar el perfil socioeconómico y antecedentes ginecoobstétricos de usuarias de métodos de planificación familiar (MPF) de una unidad de medicina familiar (UMF). El estudio fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Muestra no probabilística. Se entrevistó en

la UMF No. 33 en Reynosa, Tamaulipas, México, a 167 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que utilizaban o no algún MPF. Los resultados obtenidos por ellos fueron los siguientes; de las mujeres entrevistadas que tenían vida sexual activa: 83% utilizaba algún tipo de MPF; media de edad 29.9 años, mediana 29, moda 26, mínimo de edad 19 años y máximo 46; 76% estaba casado de ese porcentaje 88% utilizaba algún MPF. De acuerdo con el grado de escolaridad, 17% no utilizaba ningún método de planificación familiar, mientras que 83% de las mujeres en edad fértil usaba algún método. La principal fuente de información sobre el uso de los MPF sigue siendo el médico familiar (MF). Finalmente, los autores concluyeron que es labor del MF conocer el perfil de las pacientes en edad fértil con el fin de orientarlas sobre cada MPF poniendo especial énfasis en el tiempo de duración y efectividad considerando sus expectativas tanto de vida como laborales, económicas, sociales y culturales. ⁽⁴⁾

Por otro lado, Francisco Javier Hagenbeck-Altamirano y colaboradores estudiaron métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad, concluyendo que los métodos de planificación familiar natural tienen un lugar importante en el arsenal general de métodos para espaciar o evitar los embarazos. ⁽⁵⁾

Marco conceptual

La planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, que viene definida por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos. ^(2, 6)

La clasificación y perfil de los métodos anticonceptivos, se han realizado numerosas clasificaciones de los métodos anticonceptivos en base a diversos puntos de vista: su reversibilidad, eficacia, nivel de acción, etc. Las principales características que definen el perfil de un método anticonceptivo cuando se realiza el consejo contraceptivo son la eficacia, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad de uso. ^(2, 6)

Eficacia: es la capacidad que ofrece un método anticonceptivo para impedir la gestación. Su valoración es difícil ya que debería constatarse con la fertilidad espontánea de una pareja o un grupo poblacional determinado. Suele expresarse mediante el índice de Pearl que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizan un método anticonceptivo durante un año. Debe considerarse la eficacia teórica (eficacia de un método utilizado en condiciones óptimas) y la eficacia real (condicionada por posibles fallos humanos en su utilización). ^(2, 6)

Seguridad: capacidad de un método anticonceptivo para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Los procedimientos utilizados para estudiar la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos son los ensayos clínicos, estudios de cohorte, estudios caso control, estudios transversales y el seguimiento de las estadísticas rutinarias del estado de salud de la población. Al analizar la seguridad de los métodos anticonceptivos se debe considerar que la morbilidad de los procesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio son superiores a la del uso de cualquier método anticonceptivo. ^(2, 6)

Reversibilidad: valora la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método determinado.

Complicación-complejidad de uso: el adecuado conocimiento del ciclo menstrual, los establecimientos de una rutina pueden suponer la no correcta utilización de un

método anticonceptivo, sobre todo en personas o grupos de especial vulnerabilidad en nuestro entorno, aspecto a considerar en el consejo contraceptivo. ^(2, 6)

1.-Métodos anticonceptivos temporales

Los métodos anticonceptivos temporales son aquellos métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo. ^(2, 7)

1.1.- Métodos anticonceptivos hormonales

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). ^(2, 7)

Anticonceptivos hormonales se clasifican en:

a) Los métodos anticonceptivos hormonales combinados contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable, transdermico (parche) y transvaginal (anillo).

Mecanismo de acción: principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides.

Efectividad: es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso

de menos del 1%. (Tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8%. (Tasa típica).

Signos de alarma: en muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos o síntomas: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales dolor intenso en las piernas o el abdomen.

Efectos secundarios posibles: algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náusea y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria anormal, irregularidades menstruales, cambios del estado de ánimo.

b) Los métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable, o subdérmica.

Signos de alarma: en muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos o síntomas: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales dolor intenso en las piernas o el abdomen.

Efectos secundarios posibles: algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náusea y vómitos, mareo, sensibilidad mamaria anormal, irregularidades menstruales, cambios del estado de ánimo. ^(2, 7)

A. Métodos anticonceptivos hormonales combinados

a. 1.- Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Definición: Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno

natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo. ^(2, 8)

Mecanismo de acción: Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Efectividad: Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgo de embarazo accidental al primer año menos de 1%.

Signos de alarma: En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, dolor intenso en las piernas o en el abdomen y dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar en estos casos, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

Efectos secundarios posibles: cefalea, aumento de peso, náuseas y sensibilidad mamaria anormal.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de inyectables combinados.

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Desde la menarquía hasta menos de 40 años de edad.
- Nulíparas, multíparas.
- En el postparto (en mujeres no lactantes) > 21 días.
- Postaborto (primer trimestre, segundo trimestre y posterior al aborto séptico).
- Embarazo ectópico anterior.
- Cirugía pélvica anterior.

- Cirugía menor sin inmovilización.
- Trombosis venosa superficial: várices.
- Cefalea leve o intensa.
- Epilepsia.
- Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante.
- Endometriosis.
- Tumores benignos de ovario (incluye los quistes).
- Dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (Mola Hidatidiforme y-Coriocarcinoma).
- Ectropión cervical.
- Enfermedad benigna de la mama.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Cáncer de ovario y endometrio.
- Fibromas uterinos.
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria o EPI actual.
- Alto riesgo o infección por el VIH/SIDA.
- Tuberculosis.
- Paludismo.
- Historia de diabetes gestacional.
- Enfermedades de la tiroides: bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Talasemia.
- Portadora del virus de la hepatitis.
- Uso de antibióticos, excluida: la Rifampicina.
- Trastornos depresivos.
- Esquistosomiasis.
- Fibrosis del hígado.

Categoría 2: una condición en la que las ventajas de utilizar inyectable combinado generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Pueden usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones;

- Edad mayor o igual a 40 años.
- Lactancia materna > 6 meses postparto.
- Tabaquismo en menor de 35 años.
- Obesidad (índice de masa corporal IMC mayor o igual a 30).
- Historia de hipertensión durante el embarazo.
- Historia familiar de tromboembolismo pulmonar (parientes en primer grado).
- Cirugía mayor sin inmovilización prolongada.
- Tromboflebitis superficial.
- Hiperlipidemias conocidas (Hiperlipidemia severa, Categoría 3).
- Cefalea severa recurrente, incluida migraña sin síntomas neurológicos focales, en menores de 35 años.
- Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).
- Cáncer de cuello uterino (en lapso de espera de tratamiento).
- Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico.
- Diabetes con enfermedad no vascular: no insulino dependiente e insulino dependiente.
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Patología de las vías biliares tratada con colecistectomía o medicamento, sintomática o asintomática.
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo y uso de AOC ó AIC en el pasado.
- Cirrosis leve compensada.
- Enfermedad de células falciformes (anemia drepanocítica).

Categoría 3: condiciones donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar inyectables combinados.

El método no usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto).
- En mujeres no lactando antes de 3 semanas postparto (<21 días).
- Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios y con 35 o más años de edad.
- Hipertensión esencial.
- Historia de hipertensión que no puede ser evaluada (incluyendo la hipertensión en el embarazo).
- Niveles de presión sanguínea (con mediciones apropiadas) de: sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mmHg.
- Hipertensión controlada de manera adecuada, cuando la presión arterial puede ser evaluada.
- Hiperlipidemias severas conocidas (colesterol alto, triglicéridos y otros).
- Migraña sin síntomas neurológicos focales en mayores o = de 35 años.
- Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual por 5 años.
- Diabetes con nefropatía, retinopatía o neuropatía (debe ser evaluada de acuerdo a la severidad de la condición, ya que la severa se convierte en categoría).
- Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Hepatitis viral activa (se recomienda posponer su uso hasta que la función hepática se normalice o hasta tres meses después de que se vuelva sintomática). Si es grave pasa a categoría 4.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumor benigno del hígado (adenoma). Debido a que los ACI son metabolizados por el hígado, en teoría podrían llevar a efectos adversos en la función hepática que ya está comprometida.

Categoría 4: Condiciones que representan un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método.

Este método no puede ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto, si se usan accidentalmente durante el embarazo.
- Lactancia materna (menos de 6 semanas posparto).
- Hipertensión esencial con niveles de presión sanguínea con mediciones apropiadas mayores o igual a 160/100 mmHg y/o con enfermedad vascular.
- Antecedentes o padecimiento actual de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar.
- Inmovilización prolongada después de una cirugía mayor.
- Historia de cardiopatía isquémica o actual.
- Historia de accidente cerebrovascular.
- Enfermedad cardíaca valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- Cefalea severa recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales a cualquier edad.
- Cáncer de mama actual.
- Tumor maligno de hígado mutaciones trombotogénicas conocidas. ^(2, 8)

a. 2.- Parches combinados

Definición: es un plástico pequeño, delgado cuadrado, flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas – una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales, progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer directamente a través de la piel al torrente sanguíneo. ^(1, 2, 8)

Mecanismo de acción: actúa fundamentalmente inhibiendo la ovulación. Las hormonas se absorben por vía transdérmica.

Efectividad: el riesgo del embarazo con el uso correcto es de 0.03% y de 8% con el uso tópico.

Signos de alarma: en muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, visión borrosa, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, dolor intenso en las piernas o en el abdomen, problemas trombo-embólicos. En estos casos la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

Efectos secundarios posibles: algunas mujeres pueden presentar, irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche, cefalea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, sensibilidad mamaria anormal, irregularidades menstruales, síntomas gripales/infección de vías respiratorias altas, irritación, rubor o inflamación de la vagina (vaginitis). En caso de que la sintomatología se leve reforzar la consejería y continuar el método. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

Criterios de elegibilidad médica.

Cumple los mismos criterios de elegibilidad de los anticonceptivos inyectables combinados, excepto:

Tabaquismo: mujer mayor de 35 años con más o igual a 15 cigarrillos por día es categoría 4.

Enfermedad de la vesícula biliar sintomática: tratada medicamente o actual es categoría 3

Hepatitis viral activa es categoría 4

Cirrosis a) leve compensada es categoría 3, b) grave descompensada es categoría 4

Tumores del hígado. Ya sea benigno o benigno o maligno es categoría 4

Los medicamentos que afectan las enzimas hepáticas rifampicina y anticonvulsivantes son categoría 3.

Colestasis relacionada con uso previo de anticonceptivos es categoría 3 (8)

a. 3.- Anillo vaginal combinado

Definición: Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente dos hormonas: una progestina y un estrógeno como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer. Su nombre comercial es NuvaRing. ^(1, 2, 8)

Mecanismo de acción: Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo, inhibiendo la ovulación.

Efectividad: El riesgo del embarazo es 0.03% con el uso correcto y de 8% con el uso tópico.

Signos de alarma: En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos: visión borrosa, dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar, cefalea intensa con síntomas neurológicos focales, dolor intenso en piernas o abdomen, problemas trombo-embólicos. En estos casos, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

Efectos secundarios posibles: algunas mujeres pueden presentar, cefalea, irregularidades menstruales, flujo vaginal blanco, irritación rubor o inflamación de la vagina (vaginitis). En caso de que la sintomatología sea leve, reforzar la consejería y continuar método. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

Criterios de elegibilidad médica.

Cumple los mismos criterios de elegibilidad de los anticonceptivos inyectables combinado, excepto:

Tabaquismo: mujer mayor de 35 años con más o igual a 15 cigarrillos día es categoría 4

Enfermedad de la vesícula biliar sintomática: tratada medicamente o actual es categoría 3

-Hepatitis viral activa es categoría 4.

-Cirrosis: a) leve compensada es categoría 3, b) Grave descompensada es categoría 4.

-Tumores del hígado: Ya sea benigno o maligno es categoría 4.

-Los Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas rifampicina y anticonvulsivantes son categoría 3.

-Colestasis relacionada con uso previo de anticonceptivos es categoría 3

Manejo de efectos secundarios Las mismas recomendaciones que para los inyectables combinados

B. Métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina

b. 1. Anticonceptivos orales solo de progestina

Definición: Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua. ^(1, 2, 8)

Mecanismo de acción: Inhibe la ovulación, Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides, Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio

Efectividad: Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia. En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor. En uso irregular del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12%.

Signos de alarma: Dolor abdominal intenso (signo de alerta de embarazo ectópico), en este caso se debe acudir inmediatamente a consulta.

Efectos secundarios posibles: Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son:

- Más comunes: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia.
- Menos comunes: Cefalea, Sensibilidad mamaria anormal, Náuseas y aumento de peso.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso del método anticonceptivo.

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Desde la menarquia.
- Nulíparas y multíparas.
- Lactancia materna, desde las 6 semanas posteriores al parto.
- En mujeres no lactando, inmediatamente después del parto.
- En el postaborto: Inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre o posterior a aborto séptico.
- Cirugía pélvica anterior.
- En mujeres fumadoras, independientemente de la edad y el número de cigarrillos.
- Obesidad.
- Historia de hipertensión arterial en el embarazo con valores actuales normales.

- Hipertensión arterial controlada de manera adecuada cuando la presión puede ser evaluada, hasta valores de 140-159mm de Hg la sistólica o 90-99 mm Hg la diastólica.
- Historia familiar de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en parientes en primer grado.
- Cirugía mayor o menor sin inmovilización prolongada.
- Trombosis venosa superficial ya sea con venas varicosa o tromboflebitis superficial.
- Cardiopatía valvular no complicada o complicada con hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda.
- Cefalea severa recurrente: incluida migraña sin síntomas neurológicos focales. Si persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 2.
- Epilepsia.
- Trastornos depresivos.
- Endometriosis.
- Tumores benignos de ovario (incluido quistes).
- Dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (Mola Hidatidiforme, Coriocarcinoma).
- Ectropión cervical.
- Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC).
- Cáncer cervical en espera de tratamiento.
- Patología mamaria benigna, antecedentes familiar de cáncer mamario.
- Cáncer endometrial.
- Cáncer ovárico.
- Fibromas uterinos.
- Padecimiento actual o antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses.
- Infección por VIH, Alto riesgo de VIH o SIDA.
- Tuberculosis pélvica y extra pélvica.
- Paludismo.

- Historia de diabetes gestacional.
- Tiroides: bocio simple, hipotiroidismo, hipertiroidismo.
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo.
- Portadoras de hepatitis viral.
- Anemia por deficiencia de hierro, talasemia y anemia drepanocítica.
- Antibióticos (excluyendo Rifampicina y Griseofulvina).
- Esquistosomiasis.
- Fibrosis del hígado.

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Embarazo ectópico anterior.
- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Historia de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar (incluyendo hipertensión durante el embarazo) y niveles elevados de presión arterial sistólica mayor de 160 mmHg y diastólica mayor de 100 mmHg, además de enfermedad vascular.
- Historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Accidente cerebro vascular actual o historia del mismo.
- Cardiopatía isquémica actual o historia de la misma.
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros).
- Sangrado menstrual intenso que incluye patrones regulares e irregulares y/o patrón irregular sin sangrado intenso, así como cualquier sangrado vaginal sin explicación antes de evaluación.

- Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición severa) antes de la evaluación.
- Masa mamaria no diagnosticada.
- Diabetes sin enfermedad vascular dependiente o no de insulina.
- Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por más de 20 años.
- Enfermedad de la vesícula biliar actual con tratamiento médico o quirúrgico o que curse en forma asintomática.
- Historia de colestasis anterior, relacionada con anticonceptivos orales combinados.
- Cirrosis leve (compensada).
- SIDA en tratamiento con antirretrovirales.
- Migraña con síntomas neurológicos, a cualquier edad.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Uso de Griseofulvina.

Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de usar el método.

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna en las primeras 6 semanas postparto
- Trombosis venosa profunda actual.
- Embolia pulmonar actual.
- Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad presente.
- Historia de accidente cerebrovascular (apoplejía).
- Cáncer mamario o en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumores del hígado benigno y maligno.

- Durante el uso de Rifampicina, Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos y Primidona, Topiramato, Oxcarbamacepina.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo:

Este método no puede ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo
- Cáncer mamario actual (8)

b.2 Anticonceptivos inyectables solo de progestina

Definición: Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable. ^(1, 2, 8)

Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación, Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides

Efectividad: Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%.

Efectos secundarios posibles: Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos. Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial) ^(1, 2, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de inyectables solo de progestina.

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Mayores de 18 años, hasta 45 años.
- Nuliparidad, multiparidad.
- Lactancia materna después de la sexta semana postparto.
- En mujeres no lactando en el postparto.
- En cualquier momento en el período postaborto.
- Historia de embarazo ectópico.
- Historia de cirugía pélvica.
- En mujeres fumadoras (independientemente de la edad y el número de cigarrillos).
- Historia de presión arterial alta, e hipertensión durante el embarazo; cuando la presión se puede medir y los valores actuales son normales.
- Obesidad.
- Historia familiar de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar (parientes en primer grado).
- Trombosis venosa superficial, venas varicosas, tromboflebitis superficial.
- Cirugía mayor y menor sin inmovilización prolongada.
- Enfermedad valvular cardíaca no complicada y complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- Cefalea moderada.
- Epilepsia.
- Trastornos depresivos.
- Endometriosis.
- Tumores benignos de ovario (incluido quistes).

- Dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma).
- Ectropión cervical.
- Enfermedad mamaria benigna, antecedentes familiar de cáncer mamario.
- Cáncer ovárico o endometrial, mientras esperan tratamiento.
- Fibromas uterinos sin o con distorsión de la cavidad uterina.
- Antecedente o padecimiento actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses.
- Esquistosomiasis.
- VIH positivo, alto riesgo de VIH/SIDA.
- Tuberculosis pélvica y extra pélvica.
- Paludismo.
- Historia de diabetes gestacional.
- Tiroides: bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo.
- Historia de colestásis relacionada con el embarazo.
- Portadores de Hepatitis viral.
- Fibrosis del hígado.
- Anemia por deficiencia de hierro, talasemia y anemia drepanocítica.
- Uso de antibióticos, incluso Griseofulvina.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un inyectable solo de Progestina generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Menores de 18 años y mayores de 45 años.
- Historia de hipertensión arterial, cuando no se puede evaluar, incluyendo la hipertensión en el embarazo.
- Hipertensión controlada, cuando la presión puede ser evaluada.

- Presión arterial actual de 140/90 a 159/99 mm/Hg.
- Antecedente de trombosis venosa profunda y/o enfermedad embólica pulmonar.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros).
- Cefalea severa recurrente incluida migraña con o sin síntomas neurológicos focales.
- Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad y/o duración.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Existe preocupación teórica de que el uso prolongado puede intensificar el progreso del NIC.
- Cáncer de cuello uterino, mientras esperan tratamiento.
- Masa mamaria no diagnosticada.
- SIDA con tratamiento antirretroviral.
- Diabetes sin enfermedad vascular dependiente o no de insulina.
- Enfermedad del tracto biliar, sintomática o asintomática o antecedentes de la misma.
- Historia de colestasis anterior, relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados en el pasado.
- Cirrosis leve compensada.
- Durante el uso de Rifampicina, Fenitoína, Carbamazepina, barbitúricos y Primidona, topiramato y Carbamazepina.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un inyectable solo de Progestina.

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna, menor de 6 semanas postparto.
- Presión arterial mayor o igual de 160/100 mmHg.
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular.

- Múltiples factores de riesgo cardiovascular.
- Trombosis venosa profunda actual, embolismo pulmonar actual.
- Cardiopatía isquémica actual o historia de la enfermedad.
- Accidente cerebro vascular actual o historia del mismo.
- Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales durante el uso, a cualquier edad.
- Sangrado vaginal inexplicado sospechoso de una condición severa antes de la evaluación.
- Cáncer mamario en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.
- Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por más de 20 años.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumores del hígado benigno y maligno.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza un inyectable solo de Progestina.

Este método no debe ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo.
- Cáncer mamario actual. ^(1, 2, 7, 8)

b.3. Anticonceptivo subdérmico solo de progestina (implantes)

Definición: Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeña en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado. ^(1, 2, 7, 8)

Mecanismo de acción: Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides, Inhiben la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos

menstruales, Posibles cambios en el endometrio, No actúan interrumpiendo un embarazo ya existente.

Efectividad: La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 100 mujeres que utilizan los implantes en el primer año de uso. Con la utilización de Jadelle durante los 5 años de uso podría darse un embarazo por cada 100 mujeres y con Norplant en los 7 años de uso alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

Signos de alarma: Dolor intenso en el pecho con dificultad para respirar, Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales, Pueden existir pequeñas complicaciones relacionadas con el procedimiento como hematomas, infección local o dolor, muy rara vez la expulsión del implante.

Efectos secundarios posibles: Los efectos colaterales más frecuentes son: - Alteración del patrón de sangrado menstrual, manifestado ya sea por amenorrea, sangrado intermitente leve o prolongado, Aumento del peso corporal, Acné. Cambios de humor, Cefalea no migrañosa, Nauseas y mareos, Sensibilidad mamaria anormal. ^(1, 2, 7, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Históricamente se consideraba que los métodos anticonceptivos de progestágeno solo, tenían las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados, sin embargo dado que estos no tienen efectos sobre la presión arterial ni sobre la coagulación, su efecto sobre el metabolismo de los lípidos es insignificante y tienen muy poco efecto sobre la función hepática; las contraindicaciones para los implantes de progestágenos solos deben ser consideradas de manera separada de los anticonceptivos orales combinados.

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo Subdérmico solo de Progestina.

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Desde la menarquia en adelante.
- Nulípara o multípara.
- Mayor o igual a seis semanas a menor seis meses post parto en lactancia materna.
- En mujeres no lactantes puede usarse desde el postparto inmediato.
- En el postaborto del primer o segundo trimestre o posterior a aborto séptico, en los primeros 7 días.
- Embarazo ectópico previo.
- Cirugía pélvica anterior.
- En mujeres fumadoras independiente de la edad y del número de cigarrillos menores de 35 años.
- Obesidad: con índice de masa corporal de mayor o igual a 30 Kg por metro cuadrado.
- Historia de hipertensión arterial e hipertensión durante el embarazo, con valores actuales normales.
- Hipertensión arterial controlada cuando la presión puede ser evaluada, hasta valores de 104-150 mm Hg la sistólica ó 90-99 mm Hg la diastólica.
- Historia familiar de trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar (familiares en primer grado).
- Cirugía menor o mayor sin inmovilización prolongada.
- Trombosis venosa superficial ya sea con venas varicosas o tromboflebitis superficial.
- -Enfermedad valvular cardiaca no complicada y complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- Cefalea leve a severa no migrañosa.
- Epilepsia.
- Trastornos depresivos.
- Endometriosis.

- Tumores benignos de ovario (incluido quistes).
- Dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (mola hidatidiforme y coriocarcinoma).
- Ectropión cervical.
- Enfermedad mamaria benigna, antecedente familiar de cáncer mamario.
- Cáncer ovárico o endometrial, mientras esperan tratamiento.
- Fibromas uterinos.
- Antecedente o padecimiento actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Infección de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses.
- VIH seropositiva, SIDA, alto riesgo de VIH/SIDA.
- Esquistosomiasis sin complicaciones.
- Tuberculosis pélvica y extra pélvica.
- Paludismo.
- Historia de diabetes gestacional.
- Tiroides, bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo.
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo.
- Fibrosis del hígado.
- Portadores de hepatitis viral.
- Anemia por deficiencia de hierro, anemia drepanocítica y talasemia.
- Uso de antibióticos (excluidos Rifampicina).

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un método anticonceptivo subdérmico solo de Progestina, generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión)

- Historia de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar (incluida la hipertensión en el embarazo) y niveles elevados de presión arterial sistólica mayor de 160 y diastólica de 100 mm Hg, además de enfermedad vascular
- Historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Mutaciones trombogénicas conocidas: factor V de coagulación Leiden, mutación de protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros)
- Migraña sin síntomas neurológicos focales (aura) independientemente de la edad
- Sangrado menstrual intenso que incluye patrones regular e irregular y/o patrón irregular sin sangrado intenso, así como cualquier sangrado vaginal sin explicación antes de evaluación.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- Cáncer de cuello uterino en espera de tratamiento
- Masa mamaria no diagnosticada
- Tratamiento con antirretrovirales
- Diabetes sin enfermedad vascular no dependiente o dependiente de insulina
- Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por más de 20 años
- Enfermedad de la vesícula biliar actual con tratamiento médico o quirúrgico o que curse en forma asintomática
- Historia de colestasis anterior, relacionada con anticonceptivos orales combinados
- Cirrosis leve compensada
- Uso de Griseofulvina

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método anticonceptivo subdérmico solo de Progestina:

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Lactancia materna menor de 6 semanas postparto.
- Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar actual.
- Cardiopatía isquémica actual o historia de la enfermedad.
- Historia de accidente cerebro vascular.
- Migraña con síntomas neurológicos focales (aura).
- Cáncer mamario actual o en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumores del hígado, benigno y maligno.
- Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: Rifampicina, Fenitoína, Carbamazepina, barbitúricos, Primidona, topiramato y oxcarbamacepina.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza un método anticonceptivo subdérmico solo de Progestina.

Este método no puede ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Cáncer mamario actual ^(1, 2, 7, 8)

2. Dispositivos intrauterinos (DIU)

Definición: Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina. ^(1, 2, 7, 8)

El DIU es una buena alternativa para las usuarias que no desean un embarazo y no quieren usar un método permanente.

Descripción o tipo: Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción.

Existen los no medicados como los de Cobre y los medicados o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero. Los DIU más utilizados actualmente en el país son los no medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A).^(1, 2, 7, 8)

2.1. DIU de cobre

Mecanismo de acción: El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio.^(1, 2, 7, 8)

Un solo mecanismo de acción no explica el efecto de los DIU. Se sabe que la presencia de un cuerpo extraño en el útero, como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides, interfiriendo en su motilidad y supervivencia, alterando o inhibiendo la migración de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto reproductor femenino.^(1, 2, 7, 8)

Asimismo estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño, liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio. También se ha implicado un mecanismo de fagocitosis de los espermatozoides.^(1, 2, 7, 8)

Libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, bloqueando los sistemas enzimáticos sensibles a la relación Cobre – Zinc originando alteraciones bioquímicas, tales como la modificación del PH vaginal, efecto que debilita e

inmoviliza los espermatozoides. También actúa acelerando los movimientos de las trompas de Falopio, impidiendo el transporte o desplazamiento del óvulo y su fecundación. ^(1, 2, 7, 8)

No hay evidencia científica que sustente que los DIU actúan como abortivos.

Efectividad: El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. La Tcu-380A presenta un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%.

Signos de alarma:

- Dolor abdominal severo con o sin fiebre
- Secreción vaginal purulenta
- Hemorragia vaginal
- Amenorrea de 6 semanas o más
- Hilos no visibles, ni palpables ^(1, 2, 7, 8)

Efectos secundarios posibles: El DIU en general es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse de la siguiente manera: Dolor pélvico durante el período menstrual, Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual, Sangrado intermenstrual ^(1, 2, 7, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de DIU

No hay riesgo con el uso de este método en las siguientes condiciones:

- Edad mayor de 20 años.
- Multiparidad.
- Postparto mayor o igual a 4 semanas.

- Postaborto del primer trimestre, en los primeros 7 días.
- Embarazo ectópico anterior.
- Historia de cirugía pélvica.
- Tabaquismo a cualquier edad y número de cigarrillos.
- Obesidad.
- Factores de riesgo múltiples para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Hipertensión arterial o historia de presión arterial alta, con enfermedad vascular.
- Historia de hipertensión cuando no se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo).
- Hipertensión arterial controlada cuando la presión arterial puede evaluarse.
- Niveles elevados de presión arterial bien medidos: sistólica 140 a 159 mmHg ó Diastólica de 90 a 99 mmHg.
- Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 100 mmHg.
- Enfermedad vascular.
- Historia de Trombosis venosa y profunda y embolia pulmonar.
- Trombosis venosa superficial y profunda.
- Embolia pulmonar actual.
- Enfermedad actual o historia de cardiopatía isquémica.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Historia de accidente cerebro vascular.
- Hiperlipidemia conocida.
- Historia de pre-eclampsia.
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Cefaleas moderadas o severas con o sin síntomas neurológicos focales.
- Epilepsia.
- Trastornos depresivos.
- Ciclos menstruales irregulares sin sangramiento abundante.
- Tumores benignos de ovarios.

- Ectropión cervical.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).
- Patología mamaria.
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria con embarazo subsecuente
- Fibromas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina.
- Esquistosomiasis.
- Tuberculosis no pélvica.
- Paludismo.
- Diabetes.
- Enfermedad de la tiroides.
- Patología de vías biliares.
- Historia de colestasis.
- Hepatitis viral.
- Cirrosis.
- Tumores benignos o malignos del hígado.
- Uso de antibióticos y otros medicamentos.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un Dispositivo Intrauterino, generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Menor de 20 años.
- Nuliparidad.
- En el postparto menor de 48 horas.
- Postaborto de segundo trimestre.
- Anomalías anatómicas que no deformen la cavidad uterina.
- Cardiopatía valvular complicada con hipertensión pulmonar, fibrilación auricular y/o historia de endocarditis bacteriana sub aguda.

- Ciclos menstruales regulares o irregulares con sangrado abundante y prolongado.
- Historia de sangrado vaginal de causa desconocida (cuando es continuación del método).
- Endometriosis.
- Dismenorrea severa.
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria sin embarazo subsecuente.
- Vaginitis sin cervicitis purulenta, incluida tricomonas y vaginosis bacteriana.
- ITS, excepto VIH y hepatitis.
- Riesgo aumentado de ITS y de VIH SIDA.
- Continuación en SIDA.
- Tratamiento con antirretrovirales.
- Talasemia y enfermedad de células falciformes.
- Anemia por deficiencia de hierro.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un DIU.

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- En el postparto tardío (de 48 horas a 4 semanas).
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (Mola Hidatidiforme).
- Cáncer ovárico.
- En mujeres con más de un compañero sexual o cuya pareja tenga más de una compañera sexual, por el riesgo aumentado de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS).
- SIDA para inicio.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el DIU.

Esté método no puede ser usado en las siguientes condiciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- En los primeros 3 meses después de una sepsis puerperal.
- En los primeros 3 meses después de un aborto séptico.
- Anormalidades anatómicas que deforman la cavidad uterina.
- Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna (coriocarcinoma).
- Cáncer de cuello uterino en espera de tratamiento.
- Cáncer del endometrio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad.
- Cavidad uterina distorsionada por otra causa.
- Cervicitis purulenta, gonorrea o infección por Clamidia.
- Enfermedad Pélvica inflamatoria (EPI) activa ó en los últimos 3 meses.
- Infección de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses.
- Tuberculosis pélvica. ^(1, 2, 7, 8)

2.2. DIU hormonales

Definición: Los DIU hormonales liberan diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel, una progestina usada ampliamente en los implantes y los anticonceptivos orales. Está disponible en el mercado con el nombre comercial de Mirena. (8)

Mecanismo de acción: Su principal mecanismo de acción es la supresión del crecimiento del endometrio.

Efectividad: Los DIU hormonales son altamente efectivos. El índice de falla al primer año de uso es de 0.6 a 0.8%.

Efectos secundarios posibles: Cambios en el patrón menstrual: menor sangrado, sangrado infrecuente o irregular, amenorrea o sangrado prolongado, acné, cefalea, mastalgia, náusea, ganancia de peso, mareos, cambios en el estado de ánimo. (1, 2, 7, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Los criterios para el uso de los DIU hormonales son muy similares a los de los DIU de cobre, excepto en los casos siguientes en los cuales su contenido hormonal incrementa el riesgo de uso:

- En las primeras 48 horas post parto es categoría 3.
- Cuando hay múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: categoría 2.
- En los casos de hipertensión arterial es categoría 2 cuando la presión no se puede medir, cuando es mayor de 160 mmHg la sistólica o mayor de 100 mmHg la diastólica y cuando hay enfermedad vascular.
- En los casos de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es categoría 2 cuando hay historia de ellas y 3 cuando es padecimiento actual.
- En casos de cirugía mayor con inmovilización prolongada es categoría 2.
- En las mutaciones trombo génicas conocidas es categoría 2.
- En la cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular e hiperlipidemias conocidas es categoría 2.
- En la migraña con aura, a cualquier edad, su continuación es categoría 3.
- En las enfermedades de la mama es categoría 2 si hay nódulo sin diagnóstico, categoría 3 en cáncer de mama previo y sin evidencia de enfermedad por 5 años, y categoría 4 en cáncer de mama actual.
- Si hay historia de colestasis relacionada con uso previo de AOC es categoría 2
- En la hepatitis viral activa es categoría 3.
- En la cirrosis leve o compensada es categoría 2 y en la grave o descompensada es categoría 3 .

- En los tumores del hígado tanto benignos como malignos es categoría 3.
 - En todo tipo de anemia puede usarse sin restricciones, ya que es categoría 1.
- (8)

3. Métodos de barrera

Definición: Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación). ^(1, 2, 7, 8)

Descripción o tipo Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

Físicos:

- Preservativo o condón (masculino – femenino).
- Diafragma.
- Capuchón cervical.

Químicos o espermaticidas de uso vaginal:

- Óvulos.
- Tabletas.
- Espumas.
- Cremas.
- Jalea.
- Película.

Mecanismo de acción:

Físicos: Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física. ^(1, 2, 7, 8)

Químicos: Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación. ^(1, 2, 7, 8)

Condomes

Descripción.

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas. ^(1, 2, 7, 8)

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual. ^(1, 2, 7, 8)

Efectividad: Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica).

En condiciones habituales de uso el condón masculino tiene tasa de embarazo accidental del 15% (tasa típica).

En el caso del condón femenino estos porcentajes son de 5% para la tasa teórica y 21% para la tasa típica.

Beneficios: Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección). ^(1, 2, 7, 8)

Efectos secundarios posibles: En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método. La alergia al látex puede

manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.
(1, 2, 7, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

No existe ninguna condición médica para limitar su uso, excepto cuando haya alergia al látex o al espermaticida.

El uso de lubricantes con base de aceite, crema vaginal de Clindamicina y crema vaginal de antimicóticos, pueden dañar el condón de látex. (1, 2, 7, 8)

Diafragma (con espermicida) y Capuchón cervical

Descripción: El diafragma es una cúpula de hule que cubre el cuello del útero y generalmente se utiliza con crema espermicida. El capuchón cervical es similar al diafragma, pero más pequeño. (1, 2, 7, 8)

Efectividad: En condiciones habituales de uso, la tasa de embarazo accidental es del 20%(tasa típica. Usado en forma correcta y sistemática la tasa de embarazo accidental del diafragma es de 6% y la del capuchón de 9%(tasa teórica). El capuchón cervical en mujeres con hijos reduce su efectividad, y tiene tasa típica de 40% y teórica de 26%(muy poco efectivo)

Efectos secundarios posibles:

- Lesión vaginal por técnica incorrecta para remoción del diafragma.
- Dolor debido a la presión en la vejiga y el recto por tamaño inadecuado para la usuaria.
- Vaginitis
- Secreción vaginal inusual

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un diafragma y capuchón cervical.

En general no existen condiciones médicas que restrinjan su uso.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar Diafragma y Capuchón Cervical generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Mujeres post parto (hay mayor riesgo de falla).
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda.) El riesgo de infección del tracto urinario con el diafragma puede aumentar el riesgo en una paciente con endocarditis bacterial subaguda.
- Infección del tracto urinario.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar Diafragma y Capuchón cervical.

El método no es usualmente recomendado en las siguientes condiciones:

- Historia de síndrome de shock toxico (el síndrome de shock toxico ha sido reportado en asociación con el uso de la esponja anticonceptiva y el diafragma).
- Alergia al látex
- Alto riesgo de VIH, SIDA ^(1, 2, 7, 8)

Espermaticidas

Descripción: Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynol – 9 y otro inerte. ^(1, 2, 7, 8)

Efectividad: En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental es del 6% (tasa típica), con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica).

Efectos secundarios posibles: Algunas mujeres pueden presentar irritación en el tejido vaginal si lo usan varias veces en un mismo día. En raras ocasiones presentan reacción alérgica local. En ambos casos se debe reforzar la consejería y orientar a que se elija otro método si es necesario. ^(1, 2, 7, 8)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.

En general no existen condiciones médicas que restrinjan su uso.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en las siguientes condiciones:

- Cáncer cervical en espera de tratamiento.

.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizarlo.

No existen condiciones para esta categoría.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud.

Esté método no puede ser usado en las siguientes condiciones:

-Riesgo de VIH, VIH y SIDA. (El uso repetido y en altas dosis de nonoxinol-9 puede causar irritación vaginal y cervical o abrasiones.). (1, 2, 7, 8)

4. Planificación familiar natural

Definición: Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyendo la infertilidad natural post parto (MELA) y que no requiere el uso de métodos hormonales o de barrera. (1, 2, 7, 8, 9)

Estos métodos se subdividen en: Métodos de abstinencia periódica; que pueden basarse en el calendario o en síntomas, y retiro voluntario, y el de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA).

La utilización de estos métodos requiere de la participación activa de la pareja y el correcto conocimiento de los cambios fisiológicos que se presentan durante el ciclo menstrual y que pueden ser alterados por factores emocionales, ingesta de medicamentos que modifican el ánimo como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos, uso prolongado de ciertos antibióticos o antiinflamatorios no esteroideos. Estos medicamentos pueden demorar la ovulación, etc. (1, 2, 7, 8, 9)

Métodos de abstinencia periódica y retiro voluntario.

Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la

observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación. (1, 2, 7, 8, 9)

Descripción o tipos Basados en el calendario:

- Método del calendario (ritmo).
- Método de los días fijos o de días standard(collar).
- Basados en síntomas.
- Método del moco cervical (Billings) y método de dos días.
- Método de la temperatura corporal basal.
- Método sintotérmico.
- Método del retiro voluntario (coito interrumpido).

Mecanismo de acción: Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación (abstinencia periódica), o al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación (retiro voluntario). (1, 2, 7, 8, 9)

Efectividad: Estos métodos bajo condiciones de uso correcto y consistente, proporcionan una efectividad teórica mucho mayor que la efectividad típica.

Retiro voluntario (coito interrumpido): Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso, del 27%.

Método del calendario: La tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso es 9% (tasa teórica). En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental durante el primer año es del 20% (tasa típica).

Métodos de signos indicadores de ovulación (temperatura y moco cervical):

Temperatura, moco cervical Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 3% (tasa teórica) Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 20% (tasa típica) 2 ó más signos indicadores (sintotérmico) Tasa de

embarazo accidental durante el primer año de uso del 1% (tasa teórica) Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 15% - 20% (tasa típica).

Método de los días fijos (collar): son correcto (sin relaciones sexuales durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5% como tasa de embarazo en un año;

Uso correcto y combinado con otro método (sin relaciones sexuales o con relaciones sexuales protegidas durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5.7%, como tasa de embarazo en un año. ^(1, 2, 7, 8, 9)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Existen condiciones fisiológicas y clínicas que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual y/o alterar los signos y síntomas de fertilidad, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender y usar.

Estas condiciones incluyen:

- Edad (alrededor de la menarquia y en la premenopausia).
- Lactancia materna.
- Puerperio.
- Postaborto.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Ciclos menstruales con sangrado abundante y prolongado.
- Sangrado vaginal de causa desconocida.
- Hemorragia uterina anormal por EPI.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).
- Cáncer cervical.
- Ectropión cervical.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria, actual o en los últimos 3 meses.
- Infección de Transmisión Sexual, actual o en los últimos 3 meses.
- Accidente cerebro vascular.

- Tumores hepáticos (benignos o malignos).
- Hipertiroidismo.
- Hipotiroidismo.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Uso de medicamentos incluidos: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, tratamientos ansiolíticos.
- Trastornos emocionales.
- Cambios bruscos de peso corporal (obesidad o delgadez).

Método de lactancia y amenorrea (MELA).

Definición: Es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes.

- Amenorrea.
- Lactancia exclusiva o casi exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.
- Dentro de los primeros 6 meses postparto.

Mecanismo de acción: La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

Efectividad: Es sumamente efectivo. La tasa de embarazo accidental es del 2%. La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

No existen condiciones médicas en las cuales el MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada de un impacto negativo en la salud materna. En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado. ^(1, 2, 7, 8, 9)

Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de proporcionar al niño un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades.

Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna, también pueden afectar la duración de la aménorrea haciéndola menos útil como una elección con fines de planificación familiar. Estas incluyen:

- Infecciones tales como hepatitis viral activa.
- Lesiones sifilíticas en la mama.
- Portador del VIH.

Condiciones que afecten al recién nacido y puedan afectar la lactancia materna son:

- Deformidades congénitas de la boca.
- Hendiduras palatinas.
- Recién nacido de bajo peso o prematuro.
- Algunos desequilibrios metabólicos de la infancia.

Mujeres que ingieren medicamentos como: Reserpina, Ergotamina, antimetabolitos, ciclosporinas, corticosteroides (altas dosis), Bromocriptina, drogas radioactivas, litio, ciertos anticoagulantes y antidepresivos. ^(1, 2, 7, 8, 9)

-

5. Métodos anticonceptivos permanentes

Definición: Para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar los Métodos Anticonceptivos Permanentes se entenderán que son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para

las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía). (1, 2, 7, 8, 9)

5.1. Esterilización quirúrgica femenina

La esterilización femenina es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa). La esterilización quirúrgica femenina puede clasificarse según:

- Momento de realización:
 - Postparto.
 - Intervalo.

- Por la vía de acceso utilizada:
 - Mini laparotomía.
 - Laparoscopia.
 - Laparotomía.

Mecanismo de acción: El bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación. (8)

Efectividad: La tasa de falla durante el primer año de uso es de 0.2% al 0.5% durante el primer año de uso. La probabilidad acumulada de una mujer a embarazarse hasta los 10 años después de la esterilización es estimada en 0.8% para las esterilizaciones postparto y 0.2% para las de intervalo. En general, mujeres esterilizadas en edades jóvenes tienen tasa de falla mayor que las esterilizadas a mayor edad.

Signos de alarma: Fiebre, Dolor severo en región abdominal, Distensión abdominal, Sangrado. Si después del egreso hospitalario se detecta algún signo de alarma asociado con el procedimiento la usuaria debe ser referida en forma inmediata a un servicio de salud para su atención. (1, 2, 7, 8, 9)

Efectos secundarios posibles: No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento, ya sea anestésico o quirúrgico. (1, 2, 7, 8, 9)

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

La esterilización quirúrgica no tiene ninguna contraindicación médica especial y se realizará en cualquier momento a toda usuaria que voluntariamente lo solicite, siempre que se esté razonablemente seguro que no hay un embarazo. Que haya recibido consejería específica apropiada y que haya firmado o autorizado un consentimiento informado, independiente de la edad y paridad. Los casos especiales en cuanto al carácter voluntario se realizarán de acuerdo al marco legal vigente. (1, 2, 7, 8, 9)

5.2. Esterilización masculina

Definición: Es un método permanente que evita la fertilidad en el hombre. Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente, el semen es eyaculado sin espermatozoides. (1, 2, 7, 8, 9)

Mecanismo de acción: El bloqueo de los conductos deferentes hace que el semen sea expulsado sin espermatozoides.

Efectividad: En los casos en los que el hombre no se puede hacer el espermograma tres meses después del procedimiento para analizar si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. Esto significa que de 97 a 98 mujeres de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho vasectomía no quedaran embarazadas. (1, 2, 7, 8, 9)

En los casos que se realice el espermograma después de la vasectomía hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han practicado vasectomía no quedaran embarazadas. La vasectomía no tiene toda la eficacia hasta 3 meses después del procedimiento.

Signos de alarma: Fiebre, Dolor severo, Inflamación, Sangrado de herida operatoria o hematoma escrotal.

Efectos secundarios posibles: No se conocen efectos secundarios asociados directamente al método.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

La vasectomía es un procedimiento seguro y se realizará a todo usuario que voluntariamente lo solicite, siempre que haya recibido consejería específica apropiada, además de firmar un consentimiento informado. Existen muy pocas condiciones médicas que influyen sobre la elegibilidad del método. (1, 2, 7, 8, 9)

Estilos de aprendizaje

Son un conjunto de características psicológicas, de rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que se conjuntan para expresarse de una manera determinada cuando una persona debe enfrentar una situación de aprendizaje y cada individuo tiene los suyos en particular.¹⁰

A su vez los rasgos cognitivos tienen que ver con la forma en que los estudiantes estructuran los contenidos, forman conceptos, interpretan lo aprendido, resuelven problemas, seleccionan medios de representación, etc. Así podemos encontrar que los rasgos afectivos con las motivaciones y expectativas que influyen en el aprendizaje.¹¹

No hay estilos puros de aprendizaje, al igual que no hay estilos de personalidad puros: todas las personas utilizan diversos estilos de aprendizaje, aunque uno de ellos suele ser el predominante. Los estilos de aprendizaje no son inamovibles, son relativamente estables, es decir, que pueden cambiar. Ningún estilo mejor o peor que otro y todos son flexibles.¹²

Clasificaciones

Aunque existen muchas muy variadas clasificaciones, una de las más relevantes y que es más utilizada es la de Honey y Mumford quienes la propusieron en 1992. Esta clasificación los divide en: Activos que son los individuos que buscan experiencias nuevas, son de mente abierta, nada escépticos y acometen con entusiasmo las tareas nuevas. Tienen como características: Animadores, Improvisadores, Arriesgados y Espontáneos^(10, 11, 12)

También tenemos los Reflexivos que son los sujetos que anteponen la reflexión a la acción observa con detenimiento las distintas experiencias. Sus características incluyen: Concienzudos, Receptivos, Analíticos y Exhaustivos.^(10, 11, 12)

Dentro de la misma clasificación están también los Teóricos: Son las personas que buscan la racionalidad y la objetividad huyendo de lo subjetivo y lo ambiguo. Sus características son: Metódicos, Lógicos, Objetivos, Críticos y Estructurados. Por último en esta clasificación encontramos a los Pragmáticos: A las personas que entran dentro de este estilo les gusta actuar rápidamente y con seguridad con aquellas ideas y proyectos que les atraen. Sus características son: Experimentadores, Prácticos, Directos y Eficaces. ^(10, 11, 12)

El Modelo de los Cuadrantes Cerebrales de Herrmann

Ned Herrmann elaboró un modelo que se inspira en los conocimientos del funcionamiento cerebral. Lo describe como una metáfora y hace una analogía de nuestro cerebro con el globo terrestre con sus cuatro puntos cardinales. ^(13, 14, 15)

A partir de esta idea representa una esfera dividida en cuatro cuadrantes, que resultan del entrecruzamiento del hemisferio izquierdo y el derecho del modelo Sperry, y de los cerebros cortical y límbico del modelo McLean. Los cuatro cuadrantes representan cuatro formas distintas de operar, de pensar, de crear, de aprender y, en suma, de convivir con el mundo. Las características de estos cuatro cuadrantes son: cortical izquierdo, límbico izquierdo, límbico derecho y cortical derecho ^(13, 14, 15)

Los sistemas de representación se desarrollan más cuanto más los utilizamos. La persona acostumbrada a seleccionar un tipo de información absorberá con mayor facilidad la información de ese tipo o, planteándolo al revés, la persona acostumbrada a ignorar la información que recibe por un canal determinado no aprenderá la información que reciba por ese canal, no porque no le interese, sino porque no está acostumbrada a prestarle atención a esa fuente de información. ^(13, 14, 15)

Utilizar más un sistema implica que hay sistemas que se utilizan menos y, por lo tanto, que distintos sistemas de representación tendrán distinto grado de desarrollo. (13, 14, 15)

Los sistemas de representación: visual, auditivo o kinestésico

Cada vez que estudiamos algo utilizamos un sistema de representación. Cada ejercicio, cada actividad, cada experimento, presentará la información de una determinada manera y pedirá que utilicemos unos sistemas de representación concretos. (13, 14, 15)

El que utilicemos actividades visuales, auditivas o kinestésicas influye en el aprendizaje. Cuando nos presentan información, o cuando tenemos que hacer un ejercicio, en nuestro sistema de representación preferido nos es más fácil entenderla. (13, 14, 15)

Todos tenemos nuestras preferencias y estilo de aprendizaje a la hora de estudiar. Al igual que todos los profesores tienen su propio estilo de dar clase, y ese estilo también se refleja en como emplean los distintos sistemas de representación. La mayoría de nosotros tendemos a utilizar más un sistema de representación que otro. (13, 14, 15)

Características de los sistemas de representación

Sistema de representación visual

Cuando pensamos en imágenes (por ejemplo, cuando 'vemos' en nuestra mente la página del libro con la información que necesitamos) podemos traer a la mente mucha información a la vez, por eso la gente que utiliza el sistema de representación visual tiene más facilidad para absorber grandes cantidades de información con rapidez. (13, 14, 15)

Visualizar nos ayuda además, a establecer relaciones entre distintas ideas y conceptos. Cuando alguien tiene problemas para relacionar conceptos muchas veces se debe a que está procesando la información de forma auditiva o kinestésica.^(13, 14, 15)

La capacidad de abstracción está directamente relacionada con la capacidad de visualizar. También la capacidad de planificar. Esas dos características explican que la gran mayoría de los alumnos universitarios sean visuales. Los alumnos visuales aprenden mejor cuando leen o ven la información de alguna manera.^(13, 14, 15)

Sistema de representación auditivo

Cuando recordamos utilizando el sistema de representación auditivo lo hacemos de manera secuencial y ordenada. En un examen alguien que vea mentalmente la página del libro podrá pasar de un punto a otro sin perder tiempo, porque está viendo toda la información a la vez. Sin embargo, quien utiliza el sistema auditivo necesita escuchar su grabación mental paso a paso. Quienes memorizan de forma auditiva no pueden olvidarse ni una palabra, porque no saben seguir.^(13, 14, 15)

Por el contrario, la persona visual que se olvida de una palabra no tiene mayores problemas, porque sigue viendo el resto del texto o de la información. El sistema auditivo no permite relacionar conceptos o elaborar conceptos abstractos con la misma facilidad que el sistema visual y además no es tan rápido. Es, sin embargo, fundamental en el aprendizaje de los idiomas, y naturalmente, de la música. Los auditivos aprenden mejor cuando reciben las explicaciones oralmente y cuando pueden hablar y explicar esa información a otra persona.^(13, 14, 15)

Sistema de representación kinestésico

Cuando procesamos la información asociándola a nuestras sensaciones y movimientos, a nuestro cuerpo, estamos utilizando el sistema de representación kinestésico. Utilizamos este sistema, naturalmente, cuando aprendemos un deporte, pero también para muchas otras actividades.²⁵

Aprender utilizando el sistema kinestésico es lento, mucho más lento que con cualquiera de los otros dos sistemas, el visual y el auditivo. Se necesita más tiempo para aprender a escribir a máquina sin necesidad de pensar en lo que uno está haciendo que para aprenderse de memoria la lista de letras y símbolos que aparecen en el teclado.^(13, 14, 15)

El aprendizaje kinestésico también es profundo. Nos podemos aprender una lista de palabras y olvidarlas al día siguiente, pero cuando uno aprende a andar en bicicleta, no se olvida nunca. Una vez que sabemos algo con nuestro cuerpo, que lo hemos aprendido con la memoria muscular, es muy difícil que se nos olvide.²⁶

Quienes utilizan preferentemente el sistema kinestésico necesitan, por tanto, más tiempo que los demás. Los alumnos kinestésicos aprenden cuando hacen cosas como, por ejemplo, experimentos de laboratorio o proyectos. El alumno kinestésico necesita moverse. Cuando estudian muchas veces pasean o se balancean para satisfacer esa necesidad de movimiento.^(13, 14, 15)

Modelo de estilos de aprendizaje de Felder y Silverman

Esta clasificación de los estilos de aprendizaje se realiza por medio de un test de 8 preguntas y las respuestas obtenidas se comparan con una tabla y se dividen en:

Sensitivos: son las personas que son concretos, prácticos, orientados hacia hechos y procedimientos; les gusta resolver problemas siguiendo procedimientos muy bien establecidos; tienden a ser pacientes con detalles; gustan de trabajo

práctico (trabajo de laboratorio, por ejemplo); memorizan hechos con facilidad; no gustan de cursos a los que no les ven conexiones inmediatas con el mundo real. (13, 14, 15)

Intuitivos: son individuos conceptuales; innovadores; orientados hacia las teorías y los significados; les gusta innovar y odian repetir; prefieren descubrir posibilidades y relaciones; comprenden rápidamente nuevos conceptos; trabajan bien con abstracciones y formulaciones matemáticas; no gustan de cursos que requieren mucha memorización o cálculos rutinarios. (13, 14, 15)

Visuales: Son los que en la obtención de información prefieren representaciones visuales, diagramas de flujo, diagramas, etc.; recuerdan mejor lo que ven, aprenden mejor de la observación. (13, 14, 15)

Verbales: las personas que prefieren obtener la información en forma escrita o hablada; recuerdan mejor lo que leen o lo que oyen. (13, 14, 15)

Activos: individuos que tienden a retener y comprender mejor nueva información cuando hacen algo activo con ella (discutiéndola, aplicándola, explicándosela a otros). Prefieren aprender ensayando y trabajando con otros. (13, 14, 15)

Reflexivos: Estos individuos tienen que aprender meditando, pensando y trabajando solos. Pueden retener y comprender mejor una nueva información pensando y meditando sobre ella. (13, 14, 15)

Secuenciales: Aprenden en pequeños pasos incrementales cuando el siguiente paso está siempre lógicamente relacionado con el anterior; ordenados y lineales; cuando tratan de solucionar un problema tienden a seguir caminos por pequeños pasos lógicos. (13, 14, 15)

Globales: Son los que aprenden a grandes saltos, aprendiendo nuevo material casi al azar y “de pronto” visualizando la totalidad; pueden resolver problemas complejos rápidamente y de poner juntas cosas en forma innovadora. Pueden tener dificultades, sin embargo, en explicar cómo lo hicieron. ^(13, 14, 15)

Inductivo: Pueden entender mejor la información cuando se les presentan hechos y observaciones y luego se infieren los principios o generalizaciones ^(13, 14, 15)

Deductivo: Prefieren deducir ellos mismos las consecuencias y aplicaciones a partir de los fundamentos o generalizaciones y así poder aprender mejor. ^(13, 14, 15)

2.-Justificación

Tienen como finalidad ampliar y mejorar la información de estrategias educativas de la población sobre Planificación Familiar, y sobre los diferentes métodos que pueden utilizarse en mujeres en edad reproductiva y que se han desarrollado con éxito en los últimos años para mejorar la calidad de vida de las derechohabientes de la UMF #20 de Villa de Reyes, San Luis Potosí, México. ^(1, 2)

Las estrategias educativas de la planificación familiar en la población derechohabiente de la UMF # 20 nos permitirá mejorar las condiciones de vida y de salud de toda la familia. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de la comunidad de Villa de Reyes. ^(1, 2)

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. Con estas estrategias de planificación familiar permitirá espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados,

incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. Reducir la mortalidad infantil en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. ^(1, 2)

Prevención de la infección por el VIH y el SIDA estas estrategias educativas de planificación familiar disminuirán el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH. ^(1, 2)

Poder de decisión y una mejor educación con las estrategias educativas de planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos. ^(1, 2)

Disminución del embarazo de adolescentes Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad derechohabiente de la UMF #20 y en general. ^(1, 2)

Constructivismo en la educación y su aplicación a los pacientes.

El constructivismo es una corriente filosófica que tiene sus orígenes en los filósofos griegos: Sócrates y Platón; el primero con su mayéutica, y el segundo con su dialéctica (en el sentido de que es el sujeto el que construye el conocimiento). Pero, en términos psicológicos y educativos, se considera como el Padre del constructivismo a Piaget con su epistemología genética. Otra postura constructivista la aporta Vigotsky, al considerar un aprendizaje social del sujeto cuando éste realiza el aprendizaje en interacción con otros. ⁽¹¹⁾

Aprender es una cualidad evolutiva vinculada al desarrollo de los individuos y derivada de su necesidad de adaptación al medio que les rodea. El aprendizaje entendido como una construcción de conocimientos implica la comprensión de su dimensión como proceso y como producto; es decir, el camino a través del cual el alumno elabora los conocimientos. El constructivismo surge como una corriente epistemológica con el propósito de discernir los problemas de la formación del conocimiento en el ser humano. ⁽¹¹⁾

La visión constructivista del aprendizaje se origina en el auge del enfoque cognitivo de la Psicología contemporánea en general y en los estudios sobre el desarrollo en particular, situando su objetivo principal en el estudio de cómo los procesos de aprendizaje que se encuentran relacionados con la edad se vinculan estrechamente con las estructuras cognitivas del individuo. ⁽⁹⁾

Entre las corrientes psicológicas que apoyan la postura constructivista se encuentra la teoría psicogenética donde las aportaciones de Piaget han fundamentado la concepción constructivista del desarrollo del conocimiento y, en su deseo de explicar el desarrollo de la inteligencia lógica, propone que los seres humanos se desarrollan cognitivamente en relación con el medio mediante la adaptación (asimilación y acomodación) y la organización de sus estructuras

cognoscitivas. Vigotsky enfoca el constructivismo desde una perspectiva social y cultural para explicar cómo se ubica la acción humana en ámbitos culturales, históricos e institucionales y, partiendo de ello, las tradiciones culturales y prácticas sociales son las que regulan, transforman y expresan la psicología del individuo. Ausubel en la década de los sesentas hizo importantes aportaciones como la teoría del aprendizaje verbal significativo, concibiéndolo como un proceso que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas de los estudiantes y, en su postura constructivista, propone que el aprendizaje no es una asimilación pasiva de información literal ya que el individuo transforma y estructura e interacciona porque existe interacción entre la información exterior, los conocimientos previos y las características del aprendiz. Para él existen dos grandes dimensiones en el aprendizaje: la referente al modo en que se adquiere el conocimiento (recepción o descubrimiento) y la relativa a la forma en que el conocimiento se va incorporando a la estructura cognitiva del aprendiz (repetición y significativo). También precisó que el aprendizaje de conceptos no se alcanza por asociaciones; por el contrario, para que se lleve a cabo se requiere la intervención de la comprensión. ⁽¹³⁾

El aprendizaje significativo implica un procesamiento muy activo de la información por aprender por lo que debe hacerse lo siguiente: Juicio de pertinencia para establecer qué ideas existentes en la estructura cognitiva del aprendiz están más relacionadas con los nuevos contenidos por aprender. Determinar discrepancias y similitudes entre las ideas actuales y las previas. Reformular la información para poderla asimilar a la estructura cognitiva del individuo. Si no hay reconciliación entre las ideas previas y actuales, el alumno realiza un análisis y síntesis con la información, reorganizando sus conocimientos a través de una explicación amplia. Para lograr el aprendizaje significativo la nueva información debe relacionarse de modo no arbitrario y sustancial con las experiencias y conocimientos previos del alumno, su competencia cognitiva, la motivación intrínseca y los contenidos deben tener significado lógico. Sin embargo, la satisfacción de estas condiciones sólo se

logra cuando el docente está verdaderamente motivado, posee un dominio de los contenidos relacionados con la disciplina que imparte y está capacitado para enseñar significativamente. (13)

De acuerdo a los planteamientos ausubelianos, la secuencia de los contenidos curriculares debe partir de lo más simple a lo complejo. Por otro lado, Coll sugiere que los contenidos curriculares deben agruparse en tres áreas básicas: conocimiento declarativo, procedimental y actitudinal. El conocimiento declarativo saber qué es imprescindible en todas las asignaturas y tiene dos dimensiones: El conocimiento factual referente al conocimiento de hechos e información verbal que los alumnos deben aprender en forma literal como la Anatomía humana. Se relaciona la asimilación memorística, no comprensiva de la información y no son importantes los conocimientos previos. El conocimiento conceptual, que se construye a partir de conceptos, principios y explicaciones estableciendo el significado esencial e identificando las características definitorias. Para comprender lo que se está aprendiendo es fundamental el uso de los conocimientos previos pertinentes que posee el alumno, por ejemplo, conocimiento de fisiología normal como base para la comprensión de la fisiopatología de una determinada enfermedad. (10)

El aprendizaje de contenidos procedimentales o saber hacer, implica la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos etcétera. En la enseñanza de un procedimiento es necesario plantear el desarrollo ideal, las rutas correctas para la realización exitosa, errores frecuentes en su ejecución y alternativas de solución en caso de complicaciones. La enseñanza de procedimientos desde el punto constructivista se basa en el traspaso progresivo del control y responsabilidad en el manejo de la competencia procedimental mediante la participación guiada y la asistencia continua del profesor que genera mejoras en la realización del procedimiento por el alumno. En cuanto a los contenidos actitudinales y valórales, se considera que las actitudes son constructos que median nuestras acciones y están compuestas de tres elementos

básicos: componente cognitivo, afectivo y conductual. El valor es una cualidad por la que una persona, un objeto o hecho, despierta mayor o menor aprecio, admiración o estima. Las actitudes están influenciadas por experiencias personales, actitudes significativas de otras personas y el contexto sociocultural, por lo que, las escuelas deben desarrollar y fortalecer el respeto al punto de vista de otro, la solidaridad, la cooperatividad, etcétera. ^(10,11)

La enseñanza no se puede resumir a la recepción de información factual, sino que requiere de experiencias de aprendizaje significativo que permitan adquirir información valiosa e incidan en el comportamiento de los alumnos, en la manifestación de una comprensión crítica de la realidad, en el desarrollo de habilidades específicas para el diálogo, la autodirección, la participación activa, la cooperación y la tolerancia. Estos postulados también pueden ser aplicados en la construcción del aprendizaje en Medicina tanto en el aula, en la consulta, en el pase de visita y en el quirófano. El aula de enseñanza es fundamental dado que es ahí donde se puede hacer una evaluación de los conocimientos generales de los alumnos al ingresar a las especialidades médicas para establecer un promedio e iniciar el enlace con los conocimientos relacionados a la especialidad con los contenidos generales de la especialidad que posteriormente serán de mayor complejidad. ^(10,11)

De igual manera, permite al alumno desarrollar su capacidad para aprender conceptos e interactuar activamente con el docente y sus compañeros (pluridireccional), así mismo modificar las ideas erróneas de los contenidos por aprender. ^(10,11)

3.- Planteamiento del problema

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía). (2)

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- Poca variedad de métodos;
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- Oposición por razones culturales o religiosas;
- Servicios de mala calidad;
- Errores de principio de los usuarios y los proveedores
- Barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de

servicios de planificación familiar. En África, el 23.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta las necesidades insatisfechas representan un 10.9% y un 10.4%, respectivamente. (World Contraceptive Reports 2013, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas) ⁽²⁾

Mejorar y promover estrategias educativas de planificación familiar en la población derechohabiente en edad reproductiva de la UMF #20 de la localidad de Villa de Reyes. Así prevenir de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar familiar. ⁽²⁾

4.- Objetivos:

4.1.- Objetivo general:

Efecto de una estrategia educativa de planificación familiar en pacientes de la UMF #20 villa de reyes, S.L.P.

4.2.- Objetivos específicos:

- Determinar el factor o subtema de la estrategia educativa de planificación familiar con mayor cambio favorable en la paciente post-intervención.
- Determinar la esfera o tópico de la estrategia educativa de planificación familiar con menor cambio favorable en la paciente post-intervención.
- Evaluar el cambio antes y después de la evaluación con una evaluación construida con ronda de expertos de la estrategia educativa de planificación familiar

5.- Hipótesis:

5.1.- Hipótesis de investigación:

Existe un efecto favorable de una estrategia educativa de planificación familiar en pacientes de la UMF#20 villa de reyes, S.L.P.

5.2.- Hipótesis nula o alternativa:

Existe un efecto favorable de una estrategia educativa de planificación familiar en pacientes de la UMF #20 Villa de Reyes, S.L.P.

6.- Material y métodos:

6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

- Cuasi experimental, intervención, prospectivo.

6.2.- Universo de estudio:

- Pacientes en edad reproductiva adscritas a la UMF#20

6.3.- Unidad de investigación:

- Paciente en edad reproductiva adscritas a la UMF#20

6.4.- Límite de tiempo:

- Enero a marzo del 2017

6.5.- Muestra:

Se realizará una recolección de muestra de tipo no probabilístico por conveniencia, a su vez el tamaño de muestra para una estrategia educativa será de 30 pacientes.

6.6.- Criterios de selección:

6.6.1.- Criterios de inclusión:

- Pacientes de edad menos a 18 años de edad
- Pacientes de edad mayor a 36 años de edad.
- Sin método anticonceptivo.
- Multíparas.
- Paciente con patologías que incrementen el riesgo obstétrico.

6.6.2.- Criterios de exclusión:

- Pacientes sin afiliación vigente.
- Paciente que no desee participar.

6.6.3.- Criterios de eliminación:

- Paciente que no cumpla el 80 % de asistencia al curso.

6.7.- Variables de estudio:

Definición de variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala
Efecto de estrategia educativa	Dependiente	Cambio significativo estadístico de carácter favorable post intervención educativa	Cambio significativo estadístico de carácter favorable post intervención educativa y medidas a través de una evaluación y la implementación de un MPF.	Escala del 1-100	Proporcional
Resultados de Estrategia Educativa en Planificación Familiar en Primer Nivel de Atención	Independiente	Resultados en calificaciones al final del Curso Planificación familiar.	Resultados en calificaciones al inicio y al final del Curso de Planificación familiar, reportada en el portafolio de evidencias.	Escala del 1-100	Proporcional
Edad de la paciente	Control	Edad Biológica en años de la paciente	Edad Biológica en años de la paciente reportada en la inscripción del curso	Edad en años	Proporcional
Escolaridad	Control	Grado de estudios	Grado de estudios al inicio del curso	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Ordinal
Número de hijos	Control	Número de hijos vivos	Número de hijos vivos	Número absoluto de 1-10.	Proporcional
Tipo de comunidad	Control	Comunidad en base a tasa poblacional del lugar donde vive	Comunidad en base a tasa poblacional del lugar donde vive por número de habitantes	Rural (<2500 hab) Urbana (>2500 hab)	Nominal.

6.8.- Procedimientos:

- Se procederá a someter el proyecto de investigación al Comité Local de Ética e Investigación en Salud de la Delegación San Luis Potosí.
- Posteriormente se gestionarán los permisos pertinentes para implementar la estrategia educativa de Planificación familiar.
- Subsecuentemente se procederá a evaluar estrictamente los criterios de selección de los expedientes de los alumnos(pacientes).

- En un siguiente proceso se procederá a desglosar los instrumentos de evaluación generados por el equipo investigador.
- Se realizará invariablemente una captura de la información en el programa SPSS 21 y se realizará un análisis descriptivo e inferencial.
- Por supuesto, se calculará o estimara el efecto de aprendizaje post intervención de las pacientes que participaron en dicha estrategia.
- Se emitirán los resultados a las autoridades delegacionales correspondientes, todo ello con la finalidad de crear nuevas líneas estratégicas y de mejora con los resultados de esta estrategia diseñada en un tema prioritario como lo es la planificación familiar.

6.8.- Plan de Análisis:

Se realizará estadística descriptiva con medidas de tendencia central y análisis inferencial con Chi cuadrada (asociaciones entre dimensiones de conocimiento y aprovechamiento) y t de student. (Diferencia de medias de las calificaciones, se utilizará el coeficiente de aprendizaje.

6.9.- Instrumentos de recolección de información:

(Véase anexos)

6.10.- Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizará de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, **es un estudio sin riesgo, ya que se tomaran los datos de los portafolios de evidencia del Curso.**

Respecto al Artículo 21, este estudio no requiere consentimiento informado ya que solo se analizará la información obtenida de los expedientes académicos de los alumnos profesionales de la salud que llevaron el curso.

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.11.- Productos esperados:

- Análisis de los resultados de la Estrategia Educativa en planificación familiar.
- Difusión de los resultados a nivel delegacional, para realizar planes estratégicos de mejora en este tema prioritario en salud.

7.- Recursos, financiamiento y factibilidad:

1.- Humanos: Investigadores principales

2.- Materiales:

Computadora (\$5000 pesos)

Impresora (\$1000 pesos)

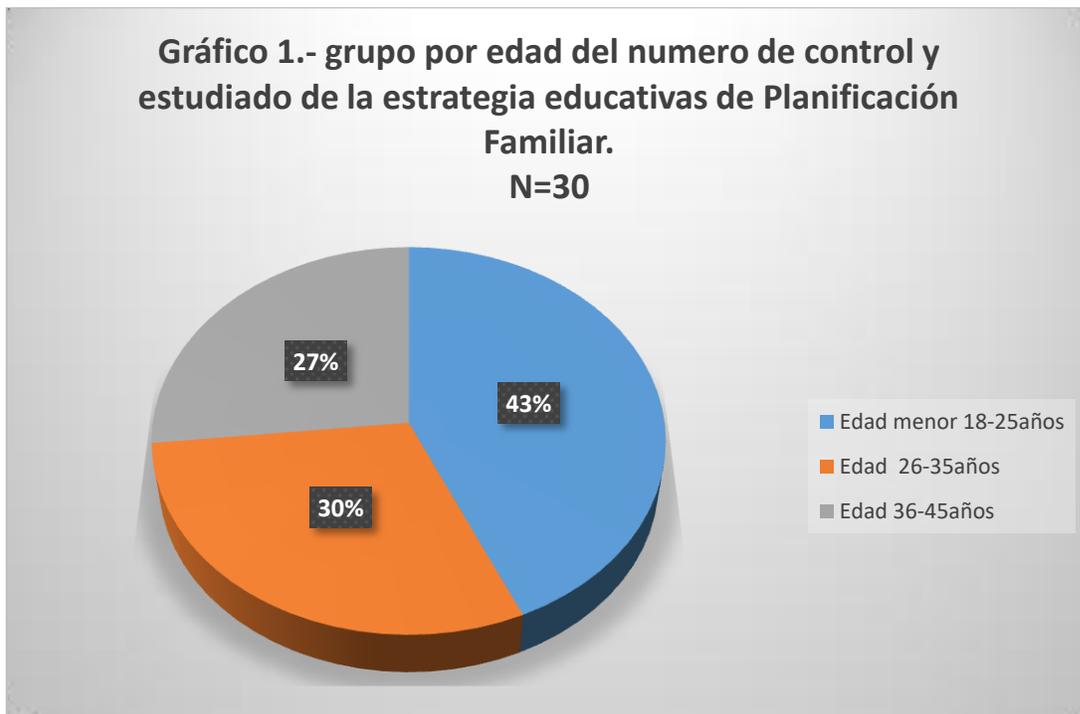
Cartuchos de tinta negra (5) (\$1500 pesos)

1000 hojas blancas tamaño carta (\$100 pesos)

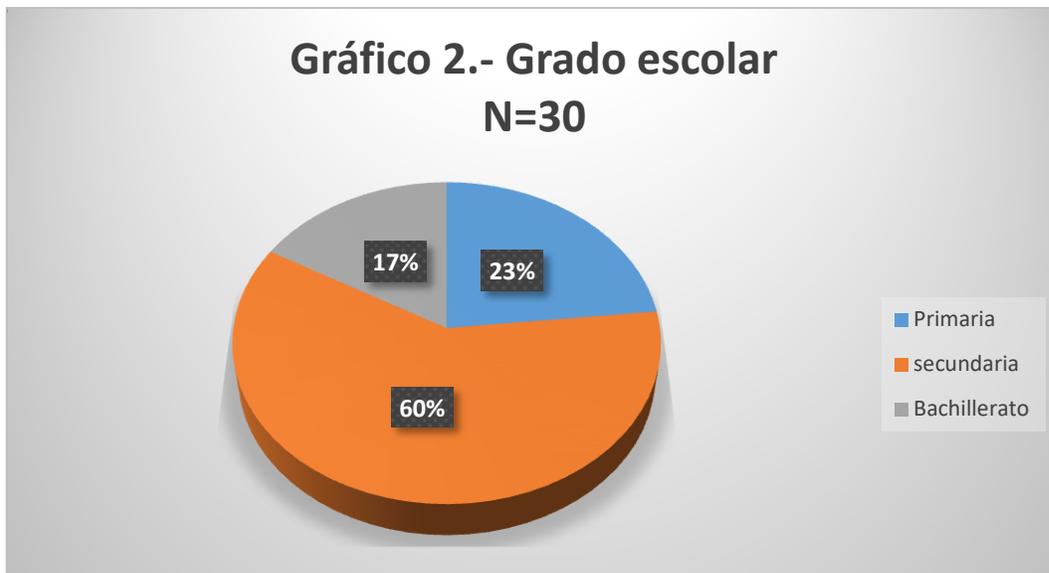
Lápices (10) (\$50 pesos)

Plumas negras (10) (\$50 pesos)

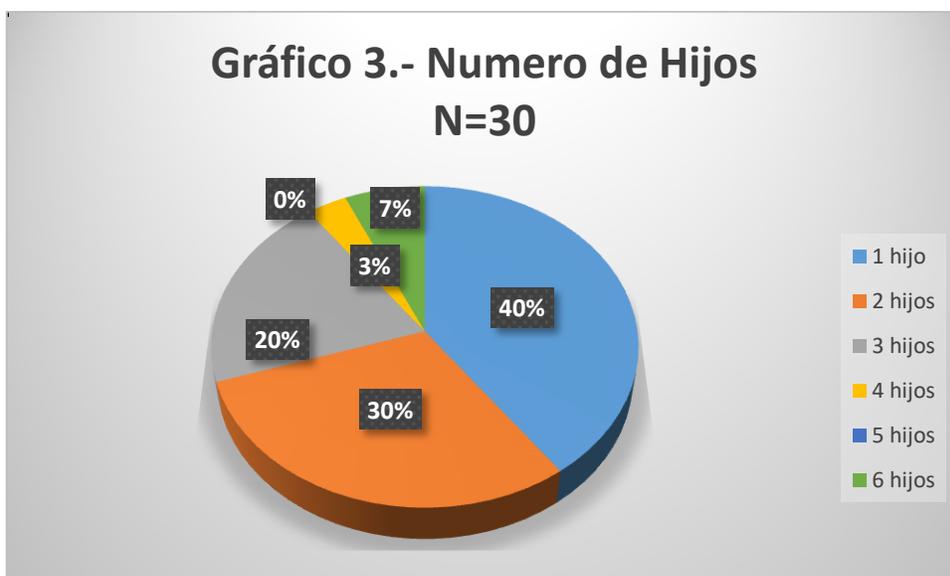
8.- Resultados.



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal: En este gráfico se puede apreciar en mayor porcentaje en edades de menor de 18-25años de edad.



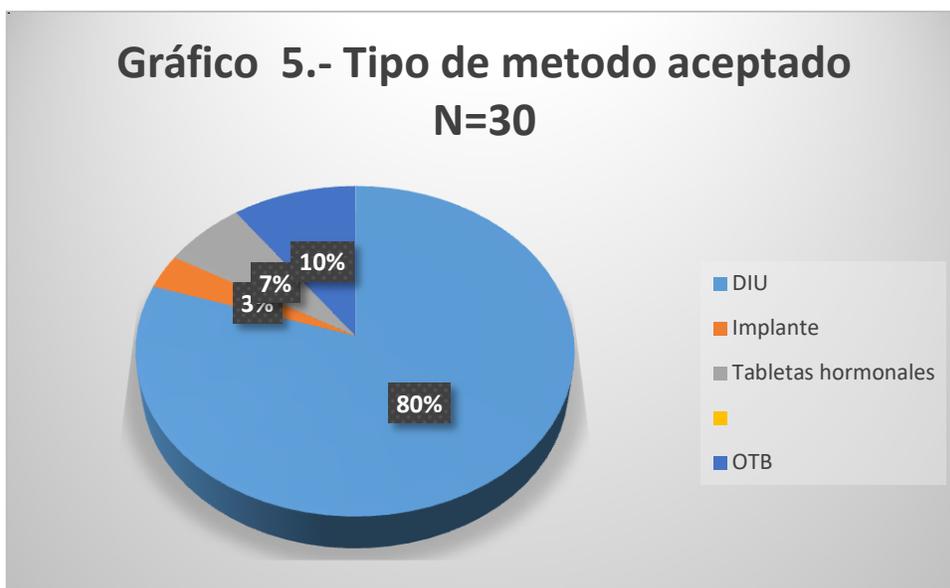
Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal :En este gráfico se puede apreciar que el grado de escolaridad mayor es de Secundaria.



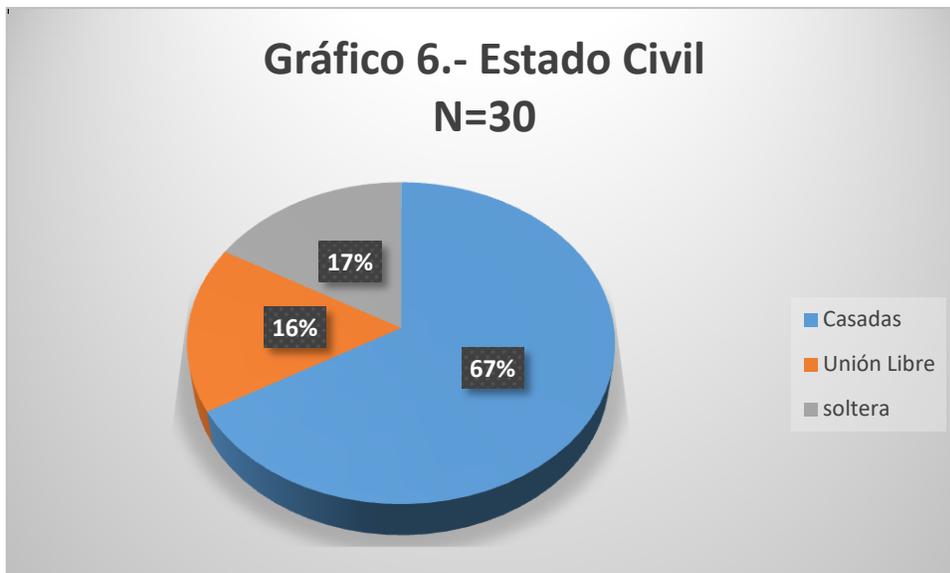
Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal :En este gráfico se puede apreciar que predominan el número de hijos de 1 y 2 refleja que las estrategias educativas implementadas arrojan buenos resultados.



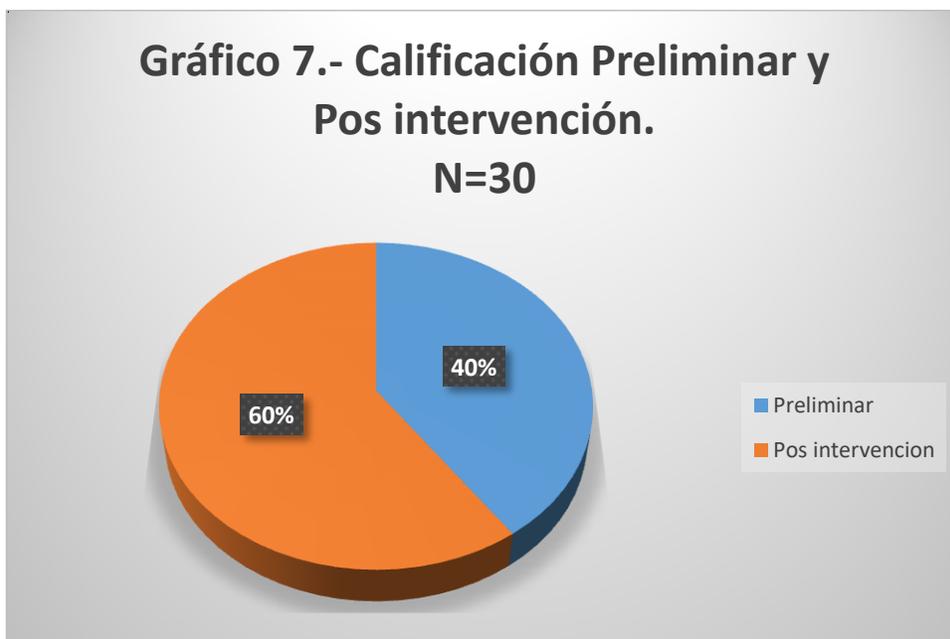
Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal: En este gráfico se puede apreciar mayor participación de la población urbana.



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal: En este gráfico se puede apreciar que las estrategias educativas tienen efecto positivo al aceptar el 100% algún método anticonceptivo de la población estudiada, con predominio del DIU.



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal: En este gráfico se puede apreciar que el mayor porcentaje del estado civil son casadas.



Fuente: Hoja de recolección de datos. Excel y SPSS21.Descripción Causal: En este gráfico se puede apreciar que la estrategia educativa tuvo efecto positivo en el grupo estudiado.

De la muestra intervenida 30 sujetos, el promedio de calificación fue de 4.5 y al final de 8.5 (p =menor0.05 con t student), existió una correlación más alta en la esfera ítems referentes a tipos de métodos, se analizaron los estilos de aprendizaje, el estilo pragmático de Honey Alonso (p =menor 0.05 con regresión lineal).

9.- Discusión

En la estrategia educativa implementada en Villa de Reyes en la Unidad de Medicina Familiar #20, el 80% de la población pos intervención aceptó el DIU, el 10% OTB, el 7% Implante y un 3% Tabletas Hormonales; con respecto a los antecedentes podemos citar al Dr. Humberto Fernández Ramos; Dr. Yoan Crespo Estrada y colaboradores⁽³⁾, quienes realizaron un estudio sobre el impacto de una estrategia, coincidiendo con su resultado que después de las actividades educativas hubo un gran número de pacientes que aceptaron el dispositivo intrauterino (DIU); aquellas que no lo aceptaron refirieron miedo y problemas religiosos, entre otras causas.

En comparación con el estudio realizado en la unidad de medicina familiar No. 33 de Reynosa, Tamaulipas, México. Con la unidad de medicina Familiar No.20 de villa de Reyes; predomina la edad menor de 18-25 años 43% y con un porcentaje considerable en edad de 36-45 años 27%, con un porcentaje de 60% de escolaridad secundaria, en una población mayormente urbana, casada en un 67% por lo que implementar más estrategias educativas ayudara a esta población Mientras que en la UMF No.33 el mínimo de edad 19 años y máximo 46; 76% estaba casado de ese porcentaje 88%, De acuerdo con el grado de escolaridad, 17% no utilizaba ningún método de planificación familiar, mientras que 83% de las mujeres en edad fértil usaba algún método.

En ambos estudios y en comparación con el de la UMF No.20 de Villa de Reyes, S.L.P. si existe un claro éxito de las estrategias educativas en Planificación Familiar.

10.- Conclusiones

Una estrategia educativa constructivista, participativa y con análisis de estilos de aprendizaje pueden generar resultados fructíferos en el grado de conocimiento y aprendizaje de las pacientes en referencia a métodos anticonceptivos

11.-Sugerencias

- 1.- Implementar curso en estrategias educativas a la población de Villa de Reyes y en especial a la población Rural, para concientizar a esa población.
- 2.-Implementar las estrategias educativas en planificación familiar a nivel Local, Estatal y Federal.
- 3.-Concientizar a la población menor de 15 a 25 años para evitar embarazos a temprana edad y por lo tanto complicaciones como muerte materna.
- 4.-Implementar las estrategias educativas a estudiantes de secundaria ya que es una población vulnerable.

12.-BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gutiérrez D. (1992). "Salud Reproductiva: Concepto e importancia". Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- 2.- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.
- 3.- Estrada Astral, Ivonne Lídice, Rodríguez Gutiérrez, Katia, Fernández Ramos, Humberto, Crespo Estrada, Yoan, Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional Archivo Médico de Camagüey [en línea] 2008, 12 (Abril-Junio)
- 4.- Barrientos-Guerrero JL, de los Reyes E. Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2014;21(2):39-41.
- 5.- Hagenbeck Altamirano Francisco Javier, Ayala Yáñez Rodrigo, Herrera Meillón Héctor. Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad *Ginecol Obstet Méx* 2012; 80(4): 276-284
- 6.- Marielena Prendes L. Orlando Lescay M, Wilfredo Guibert R. Planificación de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;14(3):236-42.
- 7.- Ignacio González L, Emilia Miyar P. Consideraciones sobre planificación: métodos anticonceptivos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(4):367-78
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Serie Paltex. 2003(7):5-45.
- 9.- De la Caridad M Labrada Prendes, Guilbert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):360-6.

10.- Punto de encuentro entre constructivismo y competencias. Mtra. Leticia Cuevas Guajardo, C.D. Virginia E. Rocha Romero, †, C.D. Rosa Casco Munive, † M.C. Mario Martínez Farelas §1. Delors, J. Al Mufti, I. Amagi, I. y colaboradores (1997). *La educación encierra un tesoro*. México: UNESCO.

11.- Fernández Collado, Epifanio (2005). Valoración del enfoque constructivista de las competencias en enfermería en la Universidad Europea de Madrid. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*. Volumen 13, Número 10 Noviembre/Diciembre, 2005. pp. 304-313.

12.- Frade Laura (2009). Matices: las diferencias entre el enfoque por competencias y el constructivismo. Calidad Educativa Consultores. Vol. 6.

13.- Estilos de aprendizaje. Mtra. Bertha Patricia Legorreta Cortés REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFÍA. ALBUERNE, Fernando. *Estilos de aprendizaje y desarrollo: perspectiva evolutiva*. En *Infancia y aprendizaje*. Journal for the study of education and development N° 67, pp.19-34 (1994).

14.- ALONSO, Catalina y otros. *Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y de mejora*. Ediciones Mensajero. Bilbao. España (1995).

15.- ALONSO, C.; Gallego, D.; HONEY, P. (1994). *Los Estilos de Aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y Mejora*. Bilbao: Ediciones Mensajero (6ª Edición). CUESTIONARIO HONEY-ALONSO de *Estilos de Aprendizaje*. <http://www.estilosdeaprendizaje.es/menuprinc2.htm> (revisado 22 mayo 2008)

13.- Anexos

Cronograma de actividades IMSS							
	1	2	3	4	5	6	7
Fase conceptual							
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de la bibliografía							
Definición del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Diseño y planeación							
Selección del diseño							
Identificación de la población a estudiar							
Especificación de los métodos para medir variables							
Diseño de muestreo							
Terminación y revisión del plan de investigación							
Registro							
Fase empírica							
Colecta de datos							
Preparación de datos para el análisis							
Fase analítica							
Análisis de datos							
Interpretación de resultados							
Fase de difusión							

- 1.- marzo de 2016
- 2.- abril y mayo 2016
- 3.- mayo de 2016
- 4.- marzo y abril de 2017
- 5.- abril de 2017
- 6.- mayo de 2017
- 7.- mayo de 2017

Anexo 1. Tabla de Recolección de Información

Tabla de recolección de información del Portafolio de Evidencias.	
Paciente	
Sexo	
Edad	
Población	
Número de hijos	
Grado escolar	
Calificación Preliminar	
Calificación Pos intervención	
Aplicación de Método	

PROGRAMA ACADÉMICO		
Sesión 1	Contenido	Tiempo
Inicio	<ul style="list-style-type: none">• Introducción al curso.• Integración grupal.• Entrega del programa y establecimiento de los compromisos.• Información de las características de las sesiones.• Evaluación inicial: instrumento con casos clínicos problematizados implementado por personal ajeno al estudio (Jefe de Trabajo Social).	45min

Sesión 2	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo
Conceptos y derechos de planificación familiar	Reconocer los conceptos de planificación familiar de acuerdo a la GTAPF, NOM.,OMS	GTAPF, PF educación sexual y NOM Ver bibliografía 1,2,7,8	SQA			50 min
Sesión 3	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo
Clasificación de planificación familiar	Conocer todos los métodos de planificación familiar existentes para una libre elección de acuerdo a su historial clínico OMS GPC y NOM.	GNPF,GT APF, NOM, véase bibliografía de la tesis 2,,4,5,6,7,8	Discusión Guiada			50 min
Sesión 4	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo
Salud reproductiva, Riesgo reproductivo	Reconocer condiciones de riesgo biológicos y sociales de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar	GPF, así como la bibliografía 2,7,8,	Debate			50 min
Sesión 5	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva	fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para facilitar responsablemente el cuidado de la salud	De la siguiente bibliografía 7,8 bibliografía de la tesis	Mapa conceptual			50 min
.						
Sesión 6	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo
Consejería y elección libre e informada de planificación familiar	Genera y facilitar un rol docente de la paciente hacia sus compañeras del curso para adoptar una elección libre de un método.	De la siguiente bibliografía véase 2,3,7,8, de la tesis	Juego de Serpientes y escaleras en equipo			50 min
Sesión 7	Objetivo del tema	Contenidos de la unidad	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempo
Final	Aplicación de instrumento Despedida del curso Entrega de constancias Reflexiones finales	Mismo	Evaluación y conclusiones			50 min

Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"EFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF #20 VILLA DE REYES, S.L.P."						
Patrocinador externo (si aplica):	-----						
Lugar y fecha:	-----						
Número de registro:	En trámite.						
Justificación y objetivo del estudio:	Participar en una estrategia educativa para incrementar el aprendizaje en planificación familiar.						
Procedimientos:	Aplicación de Estrategia Educativa mediante 6 sesiones.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Fortalecimiento en los indicadores de aplicación de MPF/MC/CSG						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará de acuerdo a resultados obtenidos.						
Participación o retiro:	Participación activa.						
Privacidad y confidencialidad:	Individualizada.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.						
Beneficios al término del estudio:	-----						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Silvia Dorantes García</u>						
Colaboradores:	<u>Dr. Zavala Cruz Gad Gamed. Asesor Metodológico.</u>						

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

