



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
POR MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN XALTIANGUIS,  
GRO.**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C. JACQUELINE MONTSERRAT PRADO JAIMES**

**Asesor:**

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Septiembre del 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
POR MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN XALTIANGUIS,  
GRO.**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C. JACQUELINE MONTSERRAT PRADO JAIMES**

**Dirigido por:**

M.C. E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

**SINODALES**

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

\_\_\_\_\_

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ  
Secretario

\_\_\_\_\_

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO  
Vocal

\_\_\_\_\_

Iguala de la Independencia, Gro. Septiembre del 2019

## RESUMEN

**Introducción:** La planificación familiar (PF) y la anticoncepción (AC) constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar el convencimiento y aceptación de la metodología anticonceptiva. La información adecuada en planificación familiar es de fundamental importancia, ya que posibilita al cliente ejercer sus derechos, reconocer métodos contraceptivos y hacer elecciones con autonomía. Existen diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud. **Objetivo:** Evaluar en la población el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y conocer la frecuencia de uso de los mismos. **Metodología:** El trabajo de investigación se llevará a cabo tomando en cuenta un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos. El universo está constituido por una población de 55 mujeres en edad fértil que acuden a cita médica al centro de Salud de Xaltianguis, municipio de Acapulco de Juárez, Guerrero. **Resultados:** De un total de 55 mujeres en edad fértil encuestadas, los resultados mostraron: el rango de edad de las participantes osciló entre 16 a 50 años, de las cuales 56% se encuentran casadas, 27% en unión libre, 13% solteras y 4% son divorciadas. En lo que se refiere al conocimiento de los métodos anticonceptivos 96% de ellas respondieron que sí y solo 4% no conocen ni han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, siendo el DIU y el condón masculino los métodos más conocidos (71.7%) y los espermicidas los menos conocidos 9.4%, 65% de las mujeres encuestadas usan un método anticonceptivo en la actualidad, mientras que 35% de ellas no usan ninguno. **Conclusiones:** Del universo de estudio, la gran mayoría conoce los métodos anticonceptivos, pero no todas hacen uso de ellos.

**Palabras clave:** métodos anticonceptivos, conocimiento, uso, planificación familiar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Family planning (FP) and contraception constitute a fundamental basis of reproductive health given its potential social and health benefits. During the puerperium there is a close contact of the health personnel with the patient, which should encourage the conviction and acceptance of the contraceptive methodology. Family planning has important consequences for the reproductive health of the population. It helps to reduce maternal and infant morbidity and mortality through the spacing of pregnancies and the beginning of fertility. The appropriate information in family planning is of fundamental importance, since it allows the client to exercise their rights, recognize contraceptive methods and make choices with autonomy. There are several socio-cultural barriers that usually intervene in the acceptance of different family planning methods, such as women's autonomy, socio-cultural norms, myths and rumors about the family planning method of counseling, questions of gender and discrimination, and access to programs of health. **Objective:** To evaluate in the population the level of knowledge about contraceptive methods and know the frequency of their use. **Methodology:** The research work will be carried out taking into account a descriptive, transversal and quantitative methodological design to identify the knowledge and use of contraceptive methods. The universe is made up of a population of 55 women of childbearing age who attend a medical appointment at the Health Center of Xaltianguis, municipality of Acapulco de Juárez, Guerrero. **Results:** Of a total of 55 women of childbearing age surveyed, the results showed: the age range of the participants ranged from 16 to 50 years, of which 56% are married, 27% in free union, 13% single and 4% are divorced. Regarding the knowledge of contraceptive methods 96% of them responded that yes and only 4% do not know or have heard of contraceptive methods, the IUD and the male condom being the best known methods 71.7% and the least known spermicides 9.4%, 65% of the women surveyed currently use a contraceptive method, while 35% of them do not use any. **Conclusions:** Of the universe of study, the vast majority knows the contraceptive methods, but not all make use of them.

**Keywords:** contraceptive methods, knowledge, use, family planning.

## DEDICATORIAS

El presente trabajo lo dedico principalmente a mis padres, quienes han sido mi motor día con día y han estado a mi lado desde el principio de este y todos mis sueños. Gracias a ellos por cada día creer y confiar en mí, ha sido, es y será siempre ser un orgullo ser su hija. Los amo.

A mi hermano, que a pesar de la distancia siempre ha estado pendiente de mí y con sus palabras me alentó a seguir siempre adelante, superarme y dar lo mejor de mí.

A las personas que estuvieron conmigo de principio a fin y me ayudaron a la elaboración y culminación de este proyecto.

A mis ángeles que desde donde estén me cuidan siempre.

Con amor, Jacky.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los profesores del Centro Universitario de Iguala, por con su experiencia, conocimientos y enseñanzas formarme como la profesionista que ahora he logrado ser.

A mi asesora de Tesis que con sus conocimientos y paciencia me ayudó a terminar este proyecto.

Con amor y respeto, Jacky.

## ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Abstract	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de gráficos	vi
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivo general	7
1.3 Objetivos específicos	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Concepto de Planificación Familiar	10
2.3 Importancia de la Planificación Familiar	13
2.4 Beneficios de la Planificación Familiar	14
2.5 Concepto de los Métodos Anticonceptivos	17
2.6 Clasificación y descripción de los Métodos Anticonceptivos	18
A) Naturales	19
B) De Barrera	22
C) Químicos	23
D) Hormonales	24
E) Quirúrgicos	33
2.7 Importancia del uso de los métodos anticonceptivos	33
2.8 Beneficios del uso de los métodos anticonceptivos	34
2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar	35
2.10 Papel de enfermería en la planificación familiar	40
III. METODOLOGÍA	43
IV. RESULTADOS	53
Discusión	73
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	75
VI. BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXO A. Consentimiento informado	82
ANEXO B. Encuesta	83
ANEXO C. Resultados de la investigación	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 4.1 Edad	53
Gráfico 4.2 Estado Civil	54
Gráfico 4.3 Nivel de Estudios	55
Gráfico 4.4 Ocupación	56
Gráfico 4.5 Conocen o han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos	57
Gráfico 4.6 Qué son los métodos anticonceptivos	58
Gráfico 4.7 Métodos anticonceptivos que conocen	59
Gráfico 4.8 Forma de obtención de la información	60
Gráfico 4.9 Uso de MAC en la primera relación sexual	61
Gráfico 4.10 Método que usaron en la primera relación sexual	62
Gráfico 4.11 ¿Por qué no usaron MAC en su primera relación sexual?	63
Gráfico 4.12 Lugar de parto	64
Gráfico 4.13 Métodos ofertados en el Sector Salud	65
Gráfico 4.14 Toma de decisiones respecto al uso de MAC	66
Gráfico 4.15 Método usado actualmente	67
Gráfico 4.16 MAC que conocen según nivel de estudios	69
Gráfico 4.17 Uso de MAC según nivel de estudios	70
Gráfico 4.18 MAC que usa según la edad	71

## ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro 4.1 Edad	87
Cuadro 4.2 Estado Civil	88
Cuadro 4.3 Nivel de Estudios	88
Cuadro 4.4 Ocupación	89
Cuadro 4.5 Conocen o han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos	89
Cuadro 4.6 Qué son los métodos anticonceptivos	89
Cuadro 4.7 Métodos anticonceptivos que conocen	90
Cuadro 4.8 Forma de obtención de la información	91
Cuadro 4.9 Uso de MAC en la primera relación sexual	91
Cuadro 4.10 Método que usaron en la primera relación sexual	92
Cuadro 4.11 ¿Por qué no usaron MAC en su primera relación sexual?	92
Cuadro 4.12 Lugar de parto	93
Cuadro 4.13 Métodos ofertados en el Sector Salud	93
Cuadro 4.14 Toma de decisiones respecto al uso de MAC	94
Cuadro 4.15 Método usado actualmente	94
Cuadro 4.16 MAC que conocen según nivel de estudios	95
Cuadro 4.17 Uso de MAC según nivel de estudios	97
Cuadro 4.18 MAC que usa según la edad	98

## I. INTRODUCCIÓN

La planificación familiar (PF) y la anticoncepción (AC) constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la PF contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio (Betania, 2013).

El uso de métodos de planificación familiar se ha convertido en uno de los determinantes principales de la fecundidad, ya que es una de las herramientas primordiales de control natal y se constituye como uno de los instrumentos más importantes con los que cuenta la población para planificar el tamaño apropiado de la familia. Así mismo, se considera que una mayor aceptación y uso de dichos métodos disminuye la exposición al riesgo de embarazo; situación que conlleva a una posible reducción del tamaño de los hogares, lo cual trae efectos positivos en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos en términos de cobertura y calidad en salud, educación y otras variables socioeconómicas (Torres, 2009).

Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar el convencimiento y aceptación de la metodología anticonceptiva. Es indudable, que el hecho de ofrecer una atención de calidad en planificación familiar durante el embarazo y puerperio, contribuye en forma importante a reducir la morbilidad materno-infantil (Castañeda, 2008).

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población. Contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil a través del espaciamiento de los embarazos y el inicio de la fecundidad. La anticoncepción forma parte integral de la salud de mujeres y hombres, y brinda un importante beneficio en la calidad de vida al ofrecer más herramientas para garantizar que la decisión respecto a cuándo comenzar a utilizar un método anticonceptivo, y cuál es el que se adecua mejor a los propósitos reproductivos de cada persona, involucra tanto a los interesados como al sector salud (Barrientos, 2014). Los programas de planificación familiar están asociados con una menor fertilidad y una menor mortalidad materna. A través de los programas de planificación familiar, las mujeres obtienen acceso a los anticonceptivos, lo que aumenta la probabilidad de que puedan alcanzar el tamaño de familia deseado (Prata, 2017).

La salud reproductiva y sexual es fundamental para la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. La elección de anticonceptivos es esencial para promover la salud de las personas y permitir el desarrollo. La información adecuada en planificación familiar es de fundamental importancia, ya que posibilita al cliente ejercer sus derechos, reconocer métodos contraceptivos y hacer elecciones con autonomía. Debe abarcar orientaciones sobre métodos, así como salud sexual y reproductiva. Además de eso, los servicios de salud deben disponer de métodos y técnicas para el control de la fecundidad (Pierre, 2010).

La oferta de métodos anticonceptivos con el objetivo de la elección autónoma apunta para la necesidad de que los servicios proporcionen una amplia gama de opciones, para que los clientes puedan elegir libremente, de forma segura y confiable el método más adecuado, para los diferentes momentos de su vida reproductiva, de acuerdo con su historia de la salud y adaptación (Pierre, 2010).

Existen diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo, los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población (Zavala, 2009).

En el caso de las instituciones de salud, el problema suele limitarse a la falta de autonomía de la mujer en cuanto a sus decisiones reproductivas se refiere, y a los mitos generados en torno a los métodos de planificación familiar. Sin embargo, existen pocas referencias nacionales en las cuales se defina estadísticamente cuál o cuáles son los motivos por los que las pacientes rechazan los métodos de planificación familiar postparto (Arévalo, 2009).

El crecimiento de la población y el tamaño de las familias se han estudiado ampliamente por las implicaciones que genera sobre variables tan relevantes como el crecimiento económico, el empleo, la pobreza y la calidad de vida de los hogares. De esta manera, la fecundidad es considerada como uno de los elementos más importantes del crecimiento poblacional, encontrándose dentro de sus determinantes principales, el estrato socioeconómico, la jefatura femenina, el nivel educativo, el empleo femenino, el aborto, y el uso de la planificación familiar (Flórez y Soto, 2007).

Este último determinante es uno de los más importantes de la fecundidad, ya que se constituye como la mejor alternativa con la que cuenta una familia para planear el tamaño óptimo del hogar, y para garantizar una adecuada salud sexual y reproductiva; así mismo, para la sociedad en general el uso adecuado de métodos

de planificación es una herramienta de vital importancia para controlar las altas tasas de fecundidad (Flórez y Soto 2007).

## **1.1 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 el África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. 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 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7% (OMS, 2018).

En México la información acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se ha obtenido de las diferentes encuestas y censos nacionales. De un total de 21.3 millones de habitantes en México, el 20% son adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, el 23% de estos ya ha iniciado su vida sexual y el 67% utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Del mismo modo, de las 31.1 millones de mujeres a nivel mundial se encuentran en edad fértil y el 53.7% son sexualmente activas, de estas el 76.1% están expuestas potencialmente a un embarazo (Vargas, 2016).

Aunque el uso de la planificación familiar ha aumentado durante un período de tiempo, la tasa de fertilidad total y la tasa de crecimiento de la población siguen

siendo altas. La alta tasa de crecimiento de la población puede asociarse con un mayor nivel de pobreza, así como con la mortalidad materna, la salud infantil deficiente y la salud materna. Para controlar la alta fertilidad, el uso de la planificación familiar es esencial (Armah, 2018).

En México, la media de edad para la primera relación sexual en mujeres, de 15 a 19 años, fue de 15.4 años,6 de acuerdo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. La misma encuesta reveló que 23% de la población mexicana de 12 a 19 años ya había iniciado su vida sexual, con una proporción mayor en hombres (25.5%), respecto a las mujeres (20.3%); 90% mencionó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, entre los métodos más utilizados se ubicó el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales (Sánchez, 2015). En un estudio realizado por (Ayala, 2011), en Guadalajara, México, se encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), internet (2%) y la familia (2%).

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos (Estrada, 2008).

## 1.2 Justificación

El motivo de este estudio es obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la comunidad, ya que es primordial que se conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, y demás problemas sociales que trae consigo.

Los métodos anticonceptivos de la planificación familiar para las mujeres en edad fértil, el conocimiento y el autocuidado están íntimamente ligados para prevenir los riesgos que pueden causar el aborto, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, la disminución de la mortalidad materna perinatal y la muerte. El personal de la salud altamente capacitado debe brindar más conocimientos sobre el autocuidado para disminuir la pobreza y gozar de los beneficios, así como en el aspecto sanitario (OMS, 2013).

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar los intervalos de tiempo de los embarazos, mediante la aplicación de los métodos anticonceptivos y las técnicas de reproducción asistida. La planificación familiar, además de ser un derecho, es una actividad preventiva, ya que en el año 2011 el 40% de los embarazos fueron no deseados o planificados según la Organización Mundial de la Salud.

Se considera la necesidad de determinar la situación actual de los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la planificación familiar que tiene la población, para saber qué aspectos de los temas relacionados a la planificación familiar y anticoncepción necesitan ser atendidos y reforzados; y así

lograr que la información brindada les permita tomar las mejores decisiones que favorezcan a su salud.

Por ello esta investigación es importante ya que nos permitirá conocer el nivel de conocimientos, actitud y práctica sobre el uso de los métodos anticonceptivos en la población.

## **1.2 Objetivo General**

- Identificar en la población el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y conocer la frecuencia de uso de los mismos.

## **1.3 Objetivos Específicos**

- Identificar los argumentos manifestados por la población en la aceptación o rechazo de métodos de planificación familiar.
- Determinar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- Conocer los factores asociados respecto al uso o desuso de los métodos anticonceptivos.
- Identificar los métodos de planificación familiar utilizados por la comunidad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes.

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural (Programa de Acción Específico, Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

El rápido crecimiento de la población que prevalecía en los años setenta, no solamente en México sino a nivel mundial, fue motivo de gran preocupación en las Naciones Unidas, señalando a la planificación familiar como un elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico y para elevar el nivel de vida de la población (Programa de Acción Específico, Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Se estima que la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de los sesenta, cuando registró un nivel de 7.3 hijos promedio por mujer. En las siguientes décadas, los logros alcanzados en materia de salud y educación y en el mejoramiento de la condición social de la mujer, contribuyeron a impulsar la caída acelerada de la fecundidad. Desde entonces, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de casi seis hijos por mujer en 1974, a 2.2 hijos para

el año 2006. Sin embargo, esta reducción no es homogénea en todo el país, los estados de Guerrero, Chiapas y Aguascalientes presentan el mayor número de hijos en promedio por mujer en edad fértil (2.56, 2.51 y 2.40, respectivamente); en contraparte, el Distrito Federal tiene el promedio más bajo de hijos por mujer, 1.68. (Hernández, 2013).

Cuando la tasa de crecimiento poblacional empezó a declinar en los años setenta y ochenta, el interés por el control de los nacimientos también disminuyó. Sin embargo, nuevas fuerzas entraron en la arena de la regulación de la fertilidad: grupos de mujeres organizadas que consideran el control de la fertilidad como un derecho individual, y científicos y autoridades de la salud pública que identificaron la anticoncepción y el espaciamiento de los nacimientos como una herramienta muy importante en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de niños y mujeres (Hernández, 2013).

En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación activa del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería. Esta Norma fue actualizada en 2004 (Programa de Acción Específico, PF y AC 2013-2018).

En México en 1994 se fortaleció el Programa de Planificación Familiar al integrarse el concepto holístico de la salud reproductiva, implementando un subcomponente de anticoncepción Posparto, trans-cesárea, poscesárea y Posaborto; este Programa se otorgó en las Unidades Médicas desde las décadas

de los sesenta considerada como prioridad de atención dentro del Plan Nacional de salud. Como resultado de este avance en el Estado de Guerrero el impacto del Programa de Planificación Familiar ha sido evidente, principalmente por la aceptación que ha tenido la población. En las últimas tres décadas se ha notado un descenso en los niveles de fecundidad asociados a incrementos importantes en el uso de los métodos anticonceptivos; a principio de la década de los 70'S el promedio de hijos por mujer era superior a 8, mientras que en la actualidad el número esperado es cercano a 2.5 (Reséndiz, 2010).

## **2.2 Concepto de Planificación Familiar**

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en 1970: “La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia”. Para estos fines se necesita educación y asesoramiento en sexualidad y medicina preventiva y servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y realicen asistencia sanitaria en tratamiento de infertilidad, asesoramiento genético y detección precoz de patologías que puedan repercutir en la fecundidad (Valero, 2012).

La Planificación Familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por mujeres y hombres para el control de la reproducción con el objetivo de decidir el número de hijos que se desea tener, según las circunstancias personales. No obstante, la planificación familiar contempla igualmente la educación sexual, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el

asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad (Consejo Nacional de Población, 2013).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud reproductiva como “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Arias, 2014). En los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Plan Nacional de Desarrollo, 2013).

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces (Plan Nacional de Desarrollo, 2013).

La planificación familiar se inserta en el campo de la salud sexual, entendiéndose ésta como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y que no se incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género (Laza, 2008).

Por “planificación familiar” se entiende todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los Dispositivos Intrauterinos, los productos inyectables, o los preservativos para hombres y mujeres. Los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva (Chandramohan, 2014).

La OMS define a la Planificación Familiar como "una manera de pensar y de vivir que es adoptada voluntariamente, sobre la base de conocimientos, actitudes y decisiones responsables por parte de individuos y parejas, con el fin de promover la salud y el bienestar de grupo familiar y por lo tanto contribuir de manera eficaz al desarrollo social de un país" (Chandramohan, 2014). Ahora bien, de acuerdo a la literatura los programas de planificación familiar y su efectividad son los que inciden en mayor medida en el descenso de la fecundidad, los programas de planificación familiar “son un conjunto de servicios que, en general, tienen por objeto reducir los costos de control de la fecundidad. Ellos suelen incluir la prestación de los servicios y dispositivos, así como la educación reproductiva” (Torres, 2009).

“La planificación familiar permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos”; de igual forma ayuda a que la decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo se tome con total libertad favoreciendo el bienestar y la salud de la población. Adicionalmente esta se presenta como una de las variables más asociadas a la calidad de los niños medida en términos de educación y salud (Torres, 2009).

Existen diferentes formas y métodos de planificación familiar, sin embargo, todos tienen un mismo fin. Cada método es diferente y su utilidad depende de los principios, valores y necesidades de cada persona y pareja, así como de la seguridad que cada método ofrece. A cada mujer y a cada pareja le corresponde el derecho de elegir de manera libre, responsable e informada, el método de planificación familiar que prefiera utilizar (OMS, 2014).

### **2.3 Importancia de la Planificación Familiar**

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamientos adecuados (edad materna de 25 a 35 años y un intervalo ínter genésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas. Todo esto contribuye a disminuir las presiones en las ciudades, evitando conflictos y conservando los recursos (Arias, 2014).

Contribuye a que las personas alcancen una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico (Planificación Familiar y Anticoncepción, 2016).

La planificación familiar constituye, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva. Se considera un derecho humano, esencial a la dignidad humana. Según la OMS, cada año los embarazos no planificados causan al menos, más de 40 millones de abortos, de los cuales alrededor de la mitad se realizan en condiciones desfavorables y son, muchos de ellos, causa de muertes maternas (Fernández, 2013). A pesar de la existencia de varios métodos anticonceptivos en su mayoría dirigidos a la mujer, aún existe en nuestro país una alta tasa de natalidad, muchos de los cuales son producto de: embarazos no planificados, no deseados y de estos algunos terminan en aborto (Chandramohan, 2014).

#### **2.4 Beneficios de la Planificación Familiar**

La planificación familiar y anticoncepción tiene diversos beneficios para la población, entre los cuales se pueden mencionar:

- 1) Apoya a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva, entre ellas en el ejercicio de su derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, tener o no descendencia, el número y el momento para tenerla (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).
  
- 2) La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. También puede evitar el

embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayor riesgo. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener (OMS, 2014).

- 3) Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos y, por tanto, reduce la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos. En países en desarrollo, el riesgo de prematurez y de bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tiene 60% más de probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre (Cleland, 2014).
- 4) 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 (OMS, 2014).
- 5) Prevención de la infección por el VIH y el SIDA. La planificación familiar disminuye 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 (OMS, 2014).
- 6) Poder de decisión y una mejor educación. La 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 (OMS, 2014).

- 7) Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar el desarrollo económico. Un estudio realizado en 48 países, estimó que el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza habría disminuido una tercera parte si las tasas de natalidad hubieran bajado a cinco por mil habitantes en la década de los ochenta (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).
- 8) La planificación familiar ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados, que, en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos (Laza, 2008).
- 9) Contribuye a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. La planificación familiar es una de las intervenciones más costo-efectivas para preservar el equilibrio del ambiente para las generaciones futuras (Programa de Acción Específico, Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018).
- 10) La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de recién nacidos infectados y huérfanos. 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 (OMS, 2014).

## 2.5 Concepto de los “Métodos Anticonceptivos”

El control de la natalidad (anticoncepción) es la técnica orientada a evitar el embarazo, y permite a las parejas planificar y decidir cuándo y cuántos hijos tener. Para ello, se utiliza alguno de los diferentes métodos prescritos por médicos especialistas, dirigidos principalmente a la mujer (PROFECO, 2019). Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado (Aguilar, 2011).

Se clasifican según la forma como actúan: mecánicos o de barrera, químicos, quirúrgicos y naturales.

El condón o preservativo, el Dispositivo Intrauterino (DIU) y el diafragma son métodos mecánicos, las hormonas contenidas en los anticonceptivos orales e inyectables, así como las sustancias químicas de los espermicidas son métodos químicos (Aguilar, 2011). La vasectomía y la salpingoclasia son métodos quirúrgicos permanentes que se realizan mediante cirugía. El ritmo, la temperatura, el método Billings, el coito interrumpido y el método sintotérmico son ejemplos de métodos naturales y son poco eficaces (Soto, 2014).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, los métodos anticonceptivos (MAC) son “aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma natural o permanente”. La anticoncepción se considera relevante en la medida en que contribuye a que las personas disfruten una vida sexual y reproductiva plena, a través de “la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de

mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual” (Covarrubias, 2016). Según la OMS, los anticonceptivos se clasifican en modernos (temporales o permanentes) y tradicionales. Ya sean condones, píldoras, Dispositivo Intrauterino (DIU) o espermicidas (PROFECO, 2019).

## 2.6 Clasificación y descripción de los Métodos Anticonceptivos

Las principales características que definen el perfil de un método anticonceptivo cuando se realiza el consejo contraceptivo son:

- **Eficacia:** que proporcione el más reducido índice de Pearl (IP). (eficacia anticonceptiva de cada método de planificación familiar)
- **Seguridad:** buen control del ciclo, lo cual representa seguridad para la usuaria.
- **Reversibilidad:** posibilidad de que la usuaria vuelva a embarazarse si así lo desea.
- **Menor repercusión:** que presente un mínimo de efectos colaterales (metabolismo de lípidos, carbohidratos y coagulación sanguínea).
- **Accesibilidad:** que esté al alcance (económico, social etc.) de la usuaria.

- **Aceptabilidad:** un hormonal es bien aceptado cuando ha cumplido con las características requeridas; por lo tanto, tendrá como consecuencia la continuidad.
- **Continuidad:** si se cumplen todos los requerimientos anteriores entonces daremos continuidad al método anticonceptivo.

### **A) Naturales**

Los métodos naturales de regulación de la fertilidad son aquellos que se basan en las variaciones fisiológicas que se producen durante el ciclo menstrual de la mujer para evitar la unión del óvulo y el espermatozoide sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan. Dado que la ovulación en la mujer se produce habitualmente una sola vez por ciclo y el óvulo tiene escasa viabilidad si no es fecundado, se evita el coito con eyaculación intravaginal en los días que se presupone ocurrirá dicha ovulación y se permite en los días en los que la posibilidad de gestación se supone es muy baja (Valero, 2012).

**Método de Ogino (Ritmo):** Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer.

Para identificar el período fértil se debe:

- Registrar en un calendario los días de las menstruaciones (desde el inicio hasta su término) durante 6 ciclos.
- Identificar el ciclo menstrual más corto y más largo.

- Recordando que el ciclo menstrual es el período comprendido entre el primer día de la menstruación y el día que antecede el primer día de la siguiente menstruación.
- Aplicar la siguiente fórmula para calcular el período fértil:  
Restar 18 al ciclo más corto para obtener el primer día del período fértil.  
Restar 11 al ciclo más largo para obtener el último día del período fértil.  
Ejemplo: si una mujer tuvo 6 ciclos como los que siguen: 29 días, 30 días, 28 días, 31 días, 32 días y 31 días. Tomar el ciclo más corto, de 28 días, y restar 18, el resultado es 10. Tomar el ciclo más largo, de 32 días, y restar 11, el resultado es 21. En este caso, el período fértil está comprendido entre el 10<sup>o</sup> y el 2<sup>o</sup> día del ciclo (Soledad, 2017).

**Método de Billings (moco cervical):** Este método se basa en uno de los mejores marcadores de ovulación, que es el cambio de características en las secreciones vulvares, secundarias a los cambios en la secreción de moco por las glándulas endocervicales a través del ciclo menstrual (Haghenbeck, 2012). Debe enseñarse a la mujer a detectar el moco tipo E o estrogénico, que es transparente, filante y lubricante; en el área genital inicia su aparición 5 a 6 días antes de la ovulación. El moco tipo G o progestacional causa una mínima o nula secreción, señalando que la ovulación ya ocurrió. Si bien todos estos cambios son fáciles de aprender, se sugiere su enseñanza por un instructor capacitado y por un periodo de 3 a 6 meses de duración, llevando un registro gráfico todos los días y todos los ciclos (Haghenbeck, 2012).

**Método de la temperatura basal:** El fundamento de este método es la elevación de la temperatura que se produce poco después de la ovulación y se mantiene hasta la siguiente menstruación. Esta elevación se debe a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal

estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura (Abizanda, 2010).

**Método sintotérmico:** Se combinan los métodos de secreciones vaginales (Billings) para identificar el inicio de la ventana de fertilidad y la elevación de la temperatura basal (característica de la ovulación) para saber cuál es el final de la ventana de fertilidad. La mujer lleva una gráfica con los cambios diarios en sus secreciones vaginales y se toma la temperatura basal (en la mañana, previo a cualquier actividad física y después de 4 a 5 h de sueño continuo). Es necesario un termómetro calibrado para los límites de temperatura específicos. Algunas usuarias también valoran la posición y la textura del cuello uterino por examen digital. La eficacia de este método con un uso correcto es de 98%, mientras que con un uso típico es de 80 a 87% (Haghenbeck, 2012).

**Coito interrumpido:** Aunque no es considerado un método anticonceptivo por numerosos autores es el procedimiento anticonceptivo más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón y utilizado ampliamente en la actualidad, con porcentajes de uso muy variables entre el 5 al 70% ya que muchas parejas combinan el coito interrumpido con el preservativo, que colocan en el momento previo a la eyaculación (Valero, 2012).

Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de producirse la eyaculación. Es un método sin costo alguno, que no necesita adiestramiento ni control médico y cuya eficacia anticonceptiva oscila entre el 10 al 20%, relacionado con la posible presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio y un bajo autodominio por parte del varón. Se ha asociado el uso del coito interrumpido con frustración e impotencia en el varón y congestión pélvica y frigidez en la mujer (Valero, 2012).

## **B) De barrera**

La finalidad de estos métodos anticonceptivos es la de impedir que los espermatozoides lleguen al orificio cervical, interponiendo un obstáculo mecánico o mecánico-químico entre ambos. Estos métodos ofrecen, en mayor o menor medida, protección frente al cáncer de cérvix y las ETS, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Abizanda, 2010).

**Preservativo masculino y femenino:** Compuestos de látex, tienen un 98% de eficacia anticonceptiva. Entre sus ventajas, son los únicos métodos que previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS). Ofrecen la posibilidad de añadir espermicida y en el caso de personas alérgicas al látex se pueden utilizar preservativos de poliuretano. Dadas sus características, es un método anticonceptivo de primera elección para adolescentes y/o relaciones de riesgo (relaciones esporádicas, pareja no estable, desconocimiento del estado de salud de la pareja, etc.), por lo que ocupan un importante lugar en la educación para la salud (EPS) (Obaya, 2014). Si el condón se utiliza correctamente, su efectividad es elevada, su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al DIU (método doble), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS (Peláez, 2016).

Orientaciones al usuario por parte de la enfermera:

- Advertir que el preservativo es de un solo uso.
- Explicar su correcta colocación: Colocar el preservativo masculino con el pene en erección, apretando el extremo mientras se desliza hasta la base del pene y retirar al finalizar la relación sexual mientras el pene está todavía

erecto. El preservativo femenino es una funda que debe colocarse en el interior de la vagina antes de la penetración, sosteniendo el anillo interno con los dedos pulgar y medio e insertándolo en la vagina. El anillo del otro extremo del preservativo debe dejarse por fuera de la vagina cubriendo la vulva. Para retirarlo, apretar, girar y deslizar lentamente el anillo externo, asegurándose de que el semen quede en su interior (Obaya, 2014).

- Explicar ventajas frente a otros métodos anticonceptivos (Obaya, 2014).

**Diafragma:** Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida. Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm (NOM-005-SSA2-1993). Antes de indicar el uso de este método, se debe determinar la medida exacta para cada usuaria, esto se realizará con un examen cérvico vaginal previo. Para su uso se debe introducir el diafragma menos de 6 horas antes de tener relaciones sexuales y retirarlo por lo menos 6 horas después, pero no más de 24 horas. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 82% y puede aumentar su efectividad combinándolo con otros métodos de barrera (NOM-005-SSA2-1993).

### **C) Químicos**

**Esponja vaginal:** Se trata de un círculo de poliuretano de 7 cm de diámetro y 2.5 cm de grosor del que cuelga una cinta de una de sus caras para permitir su extracción. Además, contiene nonoxinol-9 como espermicida. La vida media de cada esponja es de 24 horas, lo que permite varios coitos, aunque no se debe sobrepasar ese tiempo para evitar la proliferación del estafilococo dorado. Éste

podría ser causa de infección, a veces grave (síndrome del shock tóxico) (Navarro, 2014).

Indicaciones a la paciente por parte de la enfermera:

- No debe colocarse con la menstruación.
- Antes de la colocación dentro de la vagina debe humedecerse en agua para activar el espermicida. Después se introduce en el fondo de la vagina. La mujer debe comprobar su posición, asegurándose de que el cérvix queda bien cubierto (Navarro, 2014).

**Espermicidas:** Son productos químicos en forma de jaleas, cremas, espumas y óvulos que se colocan dentro de la vagina. Los espermicidas matan o inmovilizan a los espermatozoides, impidiendo su entrada al útero, evitando así el embarazo. Deben ser colocados antes de cada relación sexual, los comprimidos y óvulos deben ser colocados en la vagina por lo menos 10 minutos antes de iniciar la relación sexual, los otros (jalea, crema, espuma) necesitan menos o ningún tiempo de espera. La duración del efecto anticonceptivo es de aproximadamente una hora. Para cada relación sexual debe usar una dosis nueva (Soledad, 2017).

#### ***D) Hormonales***

La anticoncepción hormonal utiliza la acción de las hormonas del sistema reproductivo para impedir el embarazo, ya que interfieren en la sincronización de los mecanismos de la ovulación, transporte tubárico, crecimiento y transformación endometrial y las modificaciones del moco cervical (Abizanda, 2010).

## Hormonales Combinados

Los Anticonceptivos Hormonales Combinados son fármacos compuestos por un estrógeno y un progestágeno, ambos sintéticos, que pueden administrarse a través de distintas vías y cuyo mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación, lo que les confiere una alta eficacia anticonceptiva, reversible tras la suspensión de su administración.

El estrógeno que contienen todos los preparados comercializados utilizados en la actualidad es el Etinil Estradiol, la dosis es variable dependiendo del tipo de preparado oscilando entre 50 y 15 microgramos diarios. El progestágeno difiere en los distintos preparados comercializados, todos ellos tienen una potente actividad antigonadotrófica, lo que les confiere la alta eficacia anticonceptiva, y una actividad progestagénica y anti estrogénica.

**Hormonales Combinados Orales:** Existen muchas presentaciones de anticonceptivos combinados orales (ACO) que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados (Oizerovich, 2015). De acuerdo a las dosis de hormonas que contienen los comprimidos en un ciclo de uso los ACO pueden ser:

- Combinados monofásicos: todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos. Administración vía oral, durante 21-24 días, de un preparado con estrógenos y progestágenos, con una dosificación igual en todos los comprimidos.

- Combinados trifásicos: Administración vía oral, de un preparado de estrógeno y progestágeno, a distinta dosis según los comprimidos, ajustándose más al ciclo fisiológico de la mujer. Así, se parte de una determinada dosis de estrógeno y progestágeno en los 6 primeros días, que aumenta en los 5 comprimidos siguientes, para finalizar, en los 10 últimos disminuyendo la dosis de estrógeno y aumentando la del gestágeno. Todos ellos con dosis bajas de estrógenos y un progestágeno de 2ª generación (levonorgestrel) o de 3ª generación (gestodeno) (García, 2012).

Orientaciones a la usuaria por parte de la enfermera:

- Explicar el correcto uso de la anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO): El inicio de la toma del anticonceptivo debe de ser el primer día de menstruación, utilizando además un método de barrera durante los 7 primeros días. Es importante recalcar a la mujer que debe de elegir el mismo momento del día para la toma de la píldora (Obaya, 2014).
- Explicar los efectos adversos que pueden aparecer, ya que son la primera causa de abandono de este tipo de anticoncepción. Entre ellos están la cefalea, tensión mamaria, mareo, náuseas y sangrado intermenstrual. Normalmente, aparecen dentro de los 3 primeros meses de la toma y luego suelen desaparecer. Pese a la creencia extendida, la anticoncepción hormonal combinada oral no produce aumento significativo del peso (Obaya, 2014).
- Interacción medicamentosa con anticonvulsivantes, antibióticos y antirretrovirales. En este caso debe de utilizarse un método de barrera durante el tratamiento y hasta 7 días después de haber finalizado el mismo (Obaya, 2014).

Pautas de actuación ante las siguientes situaciones:

- Si olvido menor a 12 horas, tomar el comprimido del día.
- Si olvido mayor a 12 horas, tomar el comprimido del día siguiente y utilizar método de barrera durante 7 días.

Si existe diarrea o vómitos en las 3 horas posteriores a la administración, nueva toma del comprimido.

**Hormonales Combinados Inyectables:** Inyección de aplicación intramuscular mensual, cada 30 días, en la misma fecha calendario: se recomienda recordar el día en que se aplicó la primera inyección y luego, en los meses sucesivos, aplicar las siguientes inyecciones en esa misma fecha. La inyección puede darse hasta con 3 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva. Se recomienda hacerlo siempre el mismo día (Oizerovich, 2015).

**Parche anticonceptivo:** El parche anticonceptivo es un parche transdérmico plástico, fino, de color beige, que pertenece al grupo de anticonceptivos hormonales combinados. La parte adhesiva contiene los principios activos que se liberan de forma continua a través del torrente circulatorio (Pérez, 2015). El anticonceptivo tiene una vida útil de siete días y debe ser renovado durante tres semanas consecutivas. Debe cambiarse el mismo día de cada semana, ya que está diseñado para que actúe exactamente durante 7 días. En la cuarta semana, cuando debe iniciar el período de menstruación no debe utilizarse (Pérez, 2015).

El parche anticonceptivo es pequeño, flexible y muy fino. Se aplica directamente sobre la piel seca y se adhiere perfectamente siendo eficaz incluso cuando se realizan actividades físicas que implican gran sudoración o el contacto

permanente con el agua (Pérez, 2015). Según el Instituto Mexicano del Seguro Social este novedoso contraceptivo cuenta con una efectividad mayor a 99%.

Orientación a la usuaria por parte de la enfermera:

- Inicio de este anticonceptivo el primer día de menstruación, colocando el parche en abdomen, glúteo, parte exterior del brazo o parte superior de la espalda, presionando sobre la piel sana, limpia y seca (Obaya, 2014).
- Es importante explicar a la mujer que la colocación y retirada del parche debe de coincidir el mismo día de la semana (Obaya, 2014).

Actuación a seguir antes las siguientes situaciones:

Pérdida del parche:

- Menor o igual a 24 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 24 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método de barrera durante 7 días.

Retraso en cambio de parche:

- Menor o igual a 48 horas: colocar nuevo parche y continuar con el ciclo.
- Mayor a 48 horas: colocar nuevo parche, iniciar nuevo ciclo y usar método de barrera durante 7 días (Obaya, 2014).

**Anillo vaginal:** El anillo vaginal contiene 2,7 mg de etinilestradiol y 11,7 mg de etonogestrel dispersos uniformemente dentro del cuerpo del mismo. Una vez

introducido en la vagina por la usuaria permite una liberación constante de 15 µg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel. Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y la mujer tendrá el sangrado por privación (sangrado menstrual). Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo (Oizerovich, 2015). El anillo puede retirarse durante 3 horas sin que suponga una pérdida de eficacia anticonceptiva, (por ejemplo, para mantener relaciones sexuales) y posteriormente volver a colocarse (Obaya, 2014).

### **Hormonales Solos**

Los anticonceptivos sólo de progestágenos son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer. Existen diferentes derivados de la progesterona que posibilitan, a su vez, distintas vías de administración (vía oral, intramuscular, intrauterina y subdérmica). Está especialmente indicado en postparto, puerperio, lactancia o si la anticoncepción con estrógenos está contraindicada debido a migraña, tensión mamaria, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, lupus o hábito tabáquico de más de 15 cigarrillos al día. Este método es también utilizado como tratamiento de menorragia, dismenorrea y anemia (Obaya, 2014).

**Hormonales Orales Solos:** Los anticonceptivos de solo progestágeno (ASP) orales de levonorgestrel y linestrenol actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina. Se debe tomar una pastilla todos los días a la misma hora. Al terminar un envase, sea de 28 o 35 comprimidos, se inicia la toma de uno nuevo al día siguiente. No debe haber descanso entre el final de un envase y el inicio del siguiente. Es

importante respetar la hora de toma de la pastilla. El margen de seguridad anticonceptiva es de 3 horas (Oizerovich, 2015).

Actuación a seguir ante las siguientes situaciones:

- Si se produce un olvido de la toma mayor a 12 horas, se debe de tomar la píldora olvidada y usar un método anticonceptivo de barrera durante 7 días.
- Ante vómito producido dentro de la primera hora tras la toma, se debe de administrar una nueva píldora (Obaya, 2014).

**Hormonal Inyectable Solo (Trimestral):** El anticonceptivo inyectable trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) actúa por anovulación. Se administra mediante una inyección intramuscular de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas) fecha calendario, desde la primera inyección. La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días o 13 semanas) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente (Oizerovich, 2015).

**Pastilla de emergencia:** La píldora poscoital, anticoncepción de emergencia (AE), anticoncepción de urgencia, o contracepción preimplantacional es una forma de anticoncepción que puede ser adoptada por la mujer después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o por el fallo de un método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado. La anticoncepción de emergencia no protege contra las infecciones de transmisión sexual. La eficacia en la reducción del riesgo embarazos no deseados de las píldoras anticonceptivas de emergencia es, según

la OMS, del 60 al 90%. Para aumentar la eficacia la contracepción de emergencia debe administrarse cuanto antes, si fuera posible durante el día siguiente a la relación sexual (Pérez, 2015).

Mecanismo de acción:

- Detener o retrasar la ovulación.
- Evitar que los espermatozoides fertilicen cualquier óvulo liberado.
- Evitar que el óvulo ya fecundado por un espermatozoide migre al útero para implantarse y desarrollarse.

**Dispositivo Intrauterino (DIU):** Dispositivo de cobre que provoca una reacción inflamatoria de cuerpo extraño a nivel uterino y que impide la implantación del óvulo en el endometrio. La eficacia anticonceptiva de este dispositivo es de 5 años (Obaya, 2014). El dispositivo intrauterino puede tener diversas formas, pero todos tienen en el extremo inferior dos hilos para su extracción. El DIU es un método anticonceptivo válido para todas las mujeres, aunque es utilizado preferiblemente en mujeres que han tenido un parto vaginal pues presentan una mayor dilatación del cuello uterino (Obaya, 2014).

Su colocación debe de realizarse en los siguientes momentos:

- Durante la menstruación.
- Hasta 48 horas tras el parto vaginal, inclusive inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.
- Tras el alumbramiento en caso de parto por cesárea.
- En la 6ª semana de postparto o pasadas 6 semanas de un aborto de segundo o tercer trimestre.

- Inmediatamente después de abortos de primer trimestre, ya sean espontáneos o inducidos.

Orientaciones a la mujer por parte de la enfermera:

- Explicar qué es el dispositivo intrauterino y cuál es su mecanismo de acción.
- Evitar relaciones sexuales y tampones los 3 días tras inserción.
- Observar las compresas para descartar expulsión en menstruación.
- Realizar autocontrol de los hilos tras menstruación.
- Acudir a consulta si: retraso menstrual mayor a 15 días, menorragia, dolor en hipogastrio y/o dispareunia, fiebre de foco desconocido, hilos demasiado largos o no palpación de los mismos.
- Posibles efectos secundarios: menorragia, sangrado pre/ inter y/o post menstrual, dolor menstrual.
- En el caso de que la inserción del DIU se realice con más de 40 años, el dispositivo puede retirarse en la menopausia.

**Implantes subdérmicos:** Son una o dos cápsulas de un plástico especial (silastic o etilen vinil acetato/EVA), que se colocan bajo la piel en la parte interna del brazo o antebrazo y que liberan en un ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno, para conseguir el efecto anticonceptivo deseado (Soledad, 2017). Modo de colocación: Inserción entre el primer y quinto día de menstruación por el ginecólogo o por un médico de familia entrenado. Entre los posibles efectos secundarios causados por el uso de este método anticonceptivo se pueden mencionar: amenorrea, mal control del ciclo sobre todo durante el primer año de uso, mastitis, metrorragia (Obaya, 2014).

## **E) Quirúrgicos**

**Vasectomía:** Es un método contraceptivo que actúa interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes evitando la presencia de espermatozoides en el semen. Se trata de un método de cirugía ambulatoria sencillo, de unos 15–20 minutos de duración, realizado con anestesia local y que consiste en la sección de ambos conductos deferentes por vía escrotal (Navarro, 2014). Debe considerarse como método irreversible y definitivo ya que las técnicas de anastomosis microquirúrgicas, a pesar de conseguir una Re permeabilización de aproximadamente el 98% de los casos, raramente consiguen restablecer la capacidad fértil. Esta capacidad es más difícil de conseguir a medida que pasan los años desde que se realiza la vasectomía (Navarro, 2014).

**Oclusión Tubárica Bilateral:** Es un método anticonceptivo irreversible y de alta eficacia que consiste en el bloqueo de ambas trompas de Falopio por medios mecánicos o físicos para impedir el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, y por lo tanto la fecundación (Navarro, 2014). Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. No obstante, debe advertirse a la usuaria la probabilidad de falla. El procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nulíparas o multíparas, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha, riesgo reproductivo alto, retraso mental (NOM-005-SSA2-1993).

### **2.7 Importancia del uso de los métodos anticonceptivos**

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre,

responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud (Aguilar, 2011). Se debe tener en cuenta que los métodos anticonceptivos son un factor clave para el progreso social, económico y político de una región.

La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación (Valero, 2012). A los profesionales de la salud les corresponde fortalecer y promover el conocimiento por parte de la población en general de los métodos anticonceptivos, las ventajas de su uso y las consecuencias de una vida sexual sin precauciones (Chelhond, 2012).

## **2.8 Beneficios del uso de los métodos anticonceptivos**

La anticoncepción tiene claramente beneficios para la salud, ya que la prevención de los embarazos no deseados da lugar a una disminución posterior de la mortalidad y morbilidad materna e infantil (OMS, 2014). Además de reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil, el acceso a métodos anticonceptivos y su uso también contribuyen a que la persona pueda tomar el control de su sexualidad, la salud y la reproducción, lo que contribuye a lograr una vida sexual satisfactoria (OMS, 2014).

Algunos métodos anticonceptivos, además de proteger de los embarazos no previstos protegen, entre otras cosas, el bienestar de la mujer, tal es el caso de los anticonceptivos hormonales combinados que pueden mantener la regularidad del ciclo menstrual, disminuir el sangrado excesivo y prevenir o mejorar la anemia

ferropénica, la dismenorrea, la hemorragia uterina disfuncional, el síndrome premenstrual y el dolor durante la ovulación (Muñoz, 2015).

El uso de los métodos anticonceptivos permite a las personas disfrutar de su sexualidad sin riesgo de adquirir enfermedades, o adquirir un embarazo no deseado (Vinueza, 2018). El uso de 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. El preservativo es altamente eficiente para reducir la transmisión sexual del VIH. Su efectividad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual se sitúa en el 95%. Los preservativos son muy accesibles, económicos y no necesitan prescripción médica. Además, son fáciles de usar y no tienen efectos secundarios (OMS, 2018).

## **2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar**

### 1. Objetivo y campo de aplicación

#### 1.1. Objetivo

El objetivo de esta Norma es uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.

## 4. Disposiciones generales

### 4.1 Servicios de planificación familiar

4.1.1 Los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, atención materno-infantil, detección del riesgo preconcepcional, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, además del manejo de la perimenopausia y la posmenopausia. La prestación de los servicios deberá otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población.

La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante:

- a. Prevención
- b. Orientación-consejería
- c. Atención general y específica

4.1.3 La prestación de los servicios de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.

4.1.4 Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar, para recibir atención cuando tenga alguna duda, presente o refiera algún efecto colateral imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no hubiera

cita concertada, debiendo ser atendido a la brevedad posible por personal capacitado.

#### 4.4 Consejería

##### 4.4.1 Características

4.4.1.1 La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

4.4.1.2 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- Adolescentes
- Usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente
- Población de diferentes etnias (indígenas)
- Individuos que presentan limitaciones físicas
- Responsables legales de individuos que presentan limitaciones psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión
- Mujeres en el posparto o poscesárea con un producto de alto riesgo
- Hombres y mujeres, cuando su hijo recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia
- Mujeres con riesgo reproductivo u obstétrico alto
- Personas que no saben leer y escribir

- Personas que no hablen el mismo idioma que hable el consejero

La consejería dará orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles o estériles, se acompañará de la referencia oportuna a las unidades de salud donde sea posible el estudio y seguimiento de los casos.

4.4.1.3 La consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se dará especial atención a la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como a sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, a fin de lograr la mayor efectividad del método seleccionado. Deberá incluirse siempre, la advertencia de que la práctica responsable de la sexualidad y el uso del condón son las únicas formas de protección a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.

4.4.1.4 La consejería facilita el proceso de decisión de utilizar o no un método anticonceptivo. La decisión del usuario debe ser respetada en forma absoluta y por ningún motivo se inducirá la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

4.4.1.7 El prestador de servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tiene la obligación de:

- Informar sobre los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.
- Brindar atención y servicios de salud reproductiva y planificación familiar con calidad y calidez. Así como los suministros en planificación familiar por el

tiempo que sea requerido para asegurar la continuidad y el cumplimiento de los ideales reproductivos de la persona.

- Permitir que el usuario decida libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y del método de control de la fertilidad que mejor cumpla sus expectativas.
- Ofertar métodos de control de la fertilidad efectivos y exentos de riesgos y daños a la salud.
- Garantizar que, al brindar la información, orientación, consejería y servicios, éste sea en un ambiente privado libre de interferencias y que la información personal proporcionada sea confidencial.
- Otorgar un trato digno con respeto, consideración y atención.
- Considerar la opinión y los puntos de vista sobre los servicios prestados.

#### 4.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

4.5.1 Los métodos anticonceptivos se aplican para regular la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, con el fin de prevenir embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, se clasifican en temporales y permanentes.

##### 4.5.1.2 Métodos temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivos intrauterinos.
- e) Condón masculino y femenino.
- f) Métodos de barrera y espermicidas.
- g) Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica.

#### 4.5.1.3 Métodos permanentes

- a. Oclusión Tubárica Bilateral.
- b. Vasectomía.

### **2.10 Papel de enfermería en la planificación familiar**

El personal de Enfermería es un elemento clave en la aplicación, ejecución y continuidad de las prácticas de planificación familiar, siendo fundamental la capacidad y la competencia por parte de la enfermera, ésta es capaz de dar informaciones precisas y responder a las preguntas de los usuarios, contribuyendo a la autonomía de sus clientes; posee suficientes conocimientos técnicos, científicos y culturales, con el fin de atender a la necesidad de servicios de salud sexual y reproductiva de quienes les consultan, incluyendo la capacidad de proporcionar información y comunicarse adecuadamente. Es necesario que los profesionales de salud conozcan las necesidades de las personas que atienden para prestar asistencia en su totalidad, promoviendo la salud y generando la calidad de vida (Moura, 2010).

La enfermera comunitaria desempeña un rol fundamental en el aprendizaje en salud de las personas de su comunidad teniendo en cuenta el entorno, en interacción constante con la persona, en el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden utilizando la Educación para la Salud (Pérez, 2016). Los métodos anticonceptivos han ido evolucionando según las necesidades de la población, por lo que es necesario que la enfermera comunitaria posea conocimientos actualizados que potencien su capacidad de actuación ante la población susceptible, ya que el asesoramiento anticonceptivo es la piedra angular de la elección libre del método por parte del usuario/a, lo que determina su posterior grado de implicación (Obaya, 2014).

La eficacia de los métodos anticonceptivos depende de la actuación de los profesionales de la salud, incluyendo a la enfermera, pues las informaciones de los diferentes métodos y la forma correcta de transmitirlos están directamente relacionadas con la conquista de la autonomía de mujeres al servicio de la planificación familiar y con la seguridad del uso de los anticonceptivos (Anes, 2013).

El consejo contraceptivo es una práctica sanitaria en la que se facilita una información equilibrada y objetiva de cada uno de los métodos anticonceptivos que permita al usuario, en función de sus características individuales o de pareja, la adopción de un método anticonceptivo que le sirva para conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductiva. No existe un método anticonceptivo ideal de aplicación universal ya que cada uno presenta ventajas e inconvenientes y cada persona o pareja tiene su propia idiosincrasia. La adopción de un método anticonceptivo evitará embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, permitiendo separar sexualidad de procreación (Valero, 2012).

Como enfermeras, el trabajo relacionado con la planificación familiar debe relacionarse con el desarrollo de estrategias para brindar asesoramiento tanto a hombres como a mujeres y alentarlos a tomar una decisión mutua y segura (Hirani, 2018). La información adecuada sobre planificación familiar es de fundamental importancia, ya que le permite al cliente ejercer sus derechos, reconocer los métodos anticonceptivos y tomar decisiones independientes. Debe incluir orientación sobre los métodos, así como la salud sexual y reproductiva. Además, los servicios de salud deben tener métodos y técnicas para controlar la fertilidad. La provisión de métodos anticonceptivos, con miras a la elección autónoma, señala la necesidad de que los servicios brinden una amplia gama de opciones para que los clientes puedan elegir de forma libre, segura y confiable el método más apropiado

para los diferentes momentos de su vida reproductiva. Según su historia de salud y adaptación (Pierre, 2010).

El personal de salud deberá informar y aconsejar a los usuarios sobre los efectos secundarios comunes del método anticonceptivo de elección, así como corregir los conceptos erróneos acerca de los mismos, también recomendar el uso de doble método con condón para la prevención del VIH (GPC PF, 2014) En definitiva, el papel de la enfermera es proporcionar una buena información para que sea la usuaria la que lleve a cabo la elección del método en función de sus características y preferencias, facilitándoles la posibilidad de resolver dudas acerca del manejo del método, bien programando consultas para valorar la tolerancia a éste o bien disponiendo de personal para resolver las dudas que vayan surgiendo con el uso (Menéndez, 2007).

### **III. METODOLOGÍA.**

#### **3.1. Diseño Metodológico.**

El trabajo de investigación se llevará a cabo tomando en cuenta un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva.

#### **3.2. Universo y muestra**

El universo está constituido por población: 55 mujeres en edad reproductiva que asisten a consulta médica al Centro de Salud en Xaltianguis, municipio de Acapulco de Juárez, Guerrero. La muestra fue un muestreo a conveniencia.

#### **3.3. Criterios de selección:**

##### **3.3.1 Criterios de inclusión.**

Todas las mujeres en edad reproductiva que asisten al Centro de Salud en Xaltianguis, municipio de Acapulco de Juárez, Guerrero.

##### **3.3.2 Criterios de exclusión.**

Mujeres que no se encuentran en edad reproductiva.

##### **3.3.3 Criterios de Eliminación.**

Usuaris que no deseen participar en el presente estudio de investigación.

### **3.4. Material y método.**

Para la recolección de datos, se utilizará una encuesta de elaboración propia.

#### **VARIABLES ESTUDIADAS:**

1. Edad.
2. Estado civil.
3. Nivel de estudios.
4. Ocupación actual.
5. Conoce o ha escuchado hablar de los métodos anticonceptivos.
6. Que son los métodos anticonceptivos.
7. Que métodos anticonceptivos conocen.
8. Forma de obtención de la información de los métodos anticonceptivos.
9. Inicio de vida sexual.
10. Uso de algún método anticonceptivo. (si-no) ¿Por qué?
11. Número de hijos.
12. Lugar de parto.
13. Oferta de métodos de planificación familiar al momento del parto. ¿Cuál?
14. Quien toma las decisiones respecto al uso de los métodos anticonceptivos.
15. Uso de método anticonceptivo en la actualidad. ¿Cuál? ¿Por qué?

### **3.5. Análisis de los datos.**

Los datos serán vaciados en una base de datos del programa Excel, para el procesamiento estadístico. Para el análisis e interpretación de resultados se utilizarán las estadísticas: descriptiva con el cálculo de frecuencias y porcentajes.

### 3.6. Ética del estudio

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito de las usuarias que acuden al Centro de Salud de Xaltianguis para la implementación de la encuesta para identificar el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva.

Para este trabajo se consideraron los aspectos Éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, de acuerdo al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo 1, de los siguientes artículos que a la letra dice:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;
- III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles,
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la investigación de atención a la salud y, en su caso, de la secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y esté los autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml., en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de

administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayo con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19.- Es responsabilidad de la investigación de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la

naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I.- La justificación y los objetivos de la investigación;

II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III.- Las molestias o los riesgos esperados.

IV.- Los beneficios que puedan observarse;

V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

## **Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.**

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios -que en teoría tienen igual fuerza moral- guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes

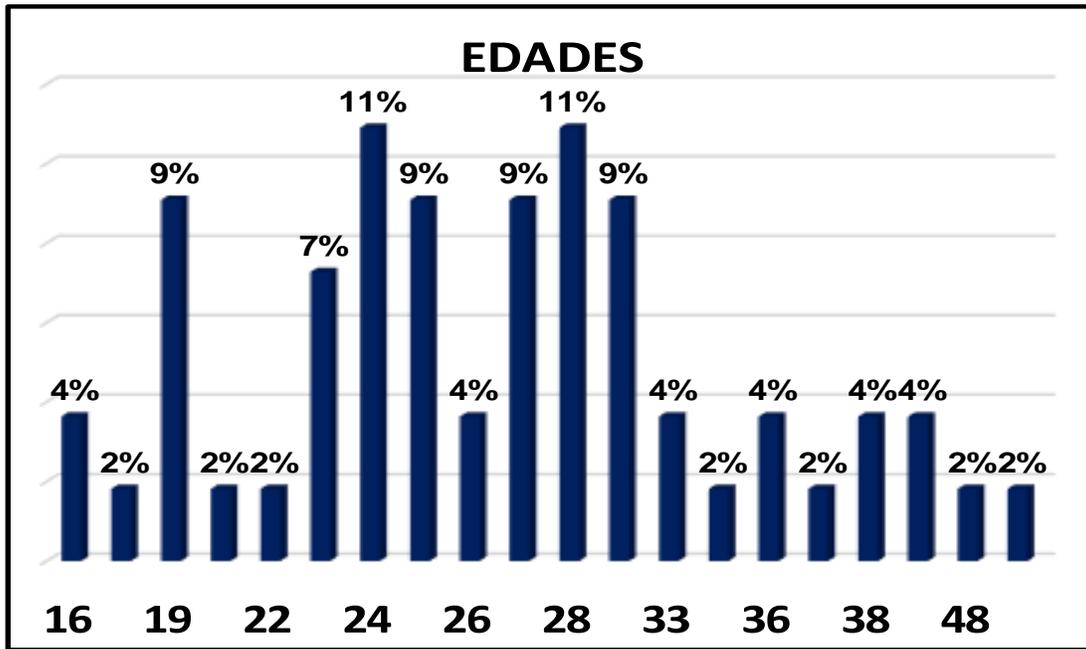
para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

#### IV. RESULTADOS

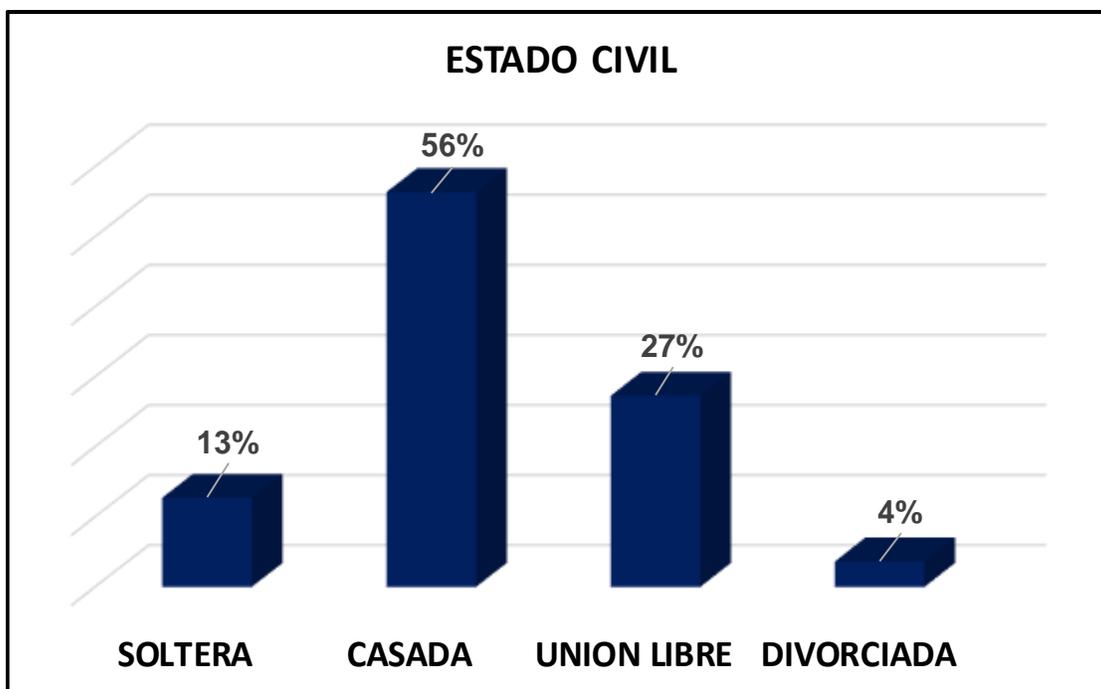
Gráfico 4.1 Edad



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

De un total de 55 mujeres en edad fértil encuestadas, los resultados mostraron: el rango de edad de las participantes osciló entre 16 a 50 años, con una media de 29, una mediana de 27 y una moda de (24 y 28).

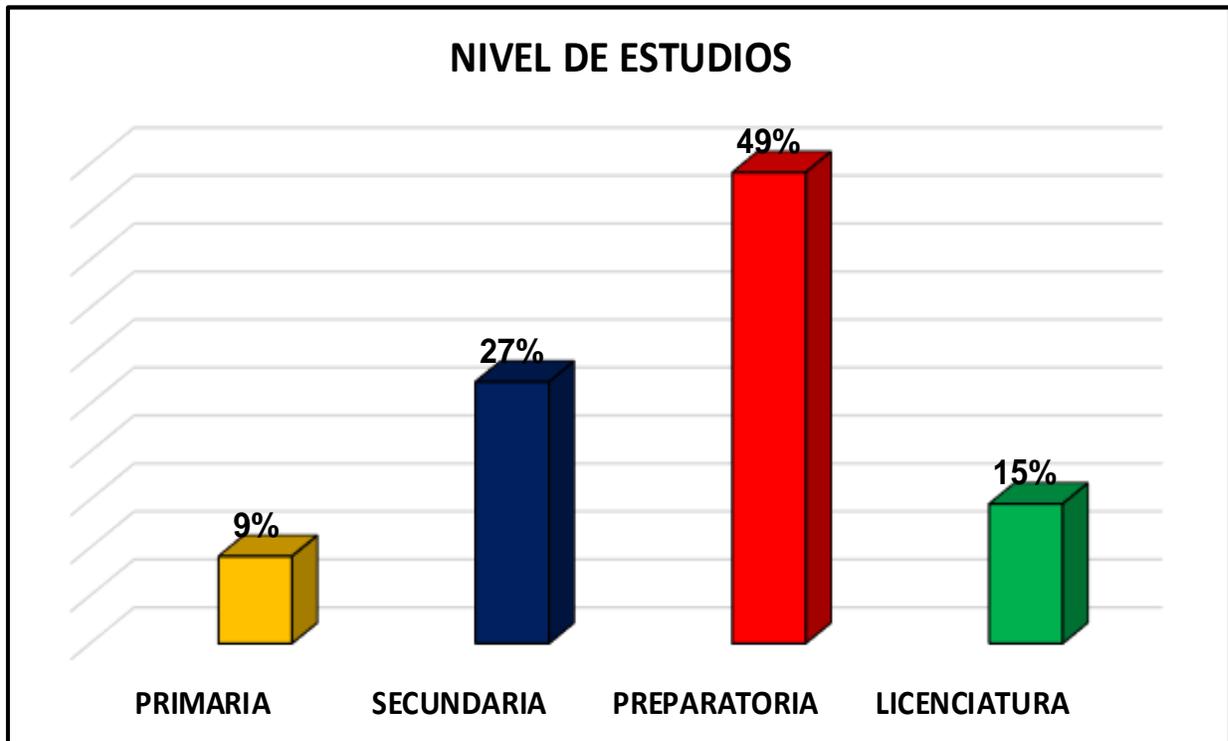
Gráfico 4.2 Estado Civil



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

En relación al estado civil, 13% de las encuestadas se encuentran solteras, 56% son casadas, 27% se encuentran en unión libre y 4% refieren ser divorciadas.

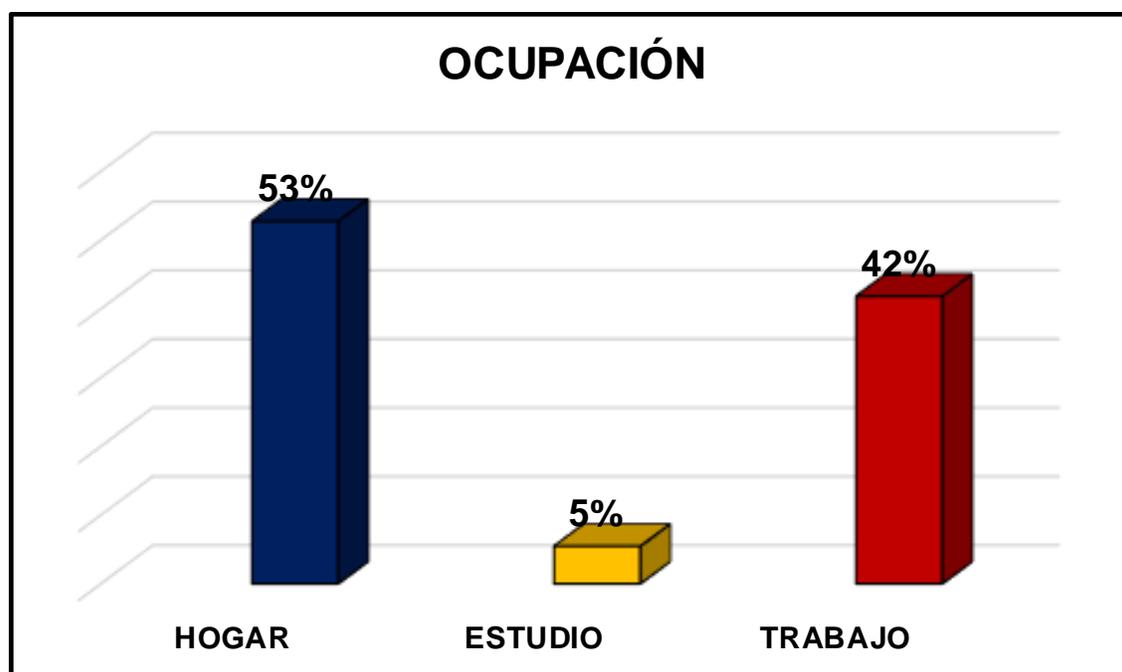
Gráfico 4.3 Nivel de Estudios



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

En lo referente a la educación, 9% de las mujeres encuestadas cursaron sus estudios a nivel primaria, 27% de ellas tienen estudios en secundaria, 49% a nivel preparatoria y 15% tienen estudios de licenciatura.

Gráfico 4. 4 Ocupación



*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

La mayoría de las mujeres encuestadas tienen como ocupación el hogar, en segundo lugar, se encuentran quienes se dedican a trabajar y por último las que están todavía cursando sus estudios.

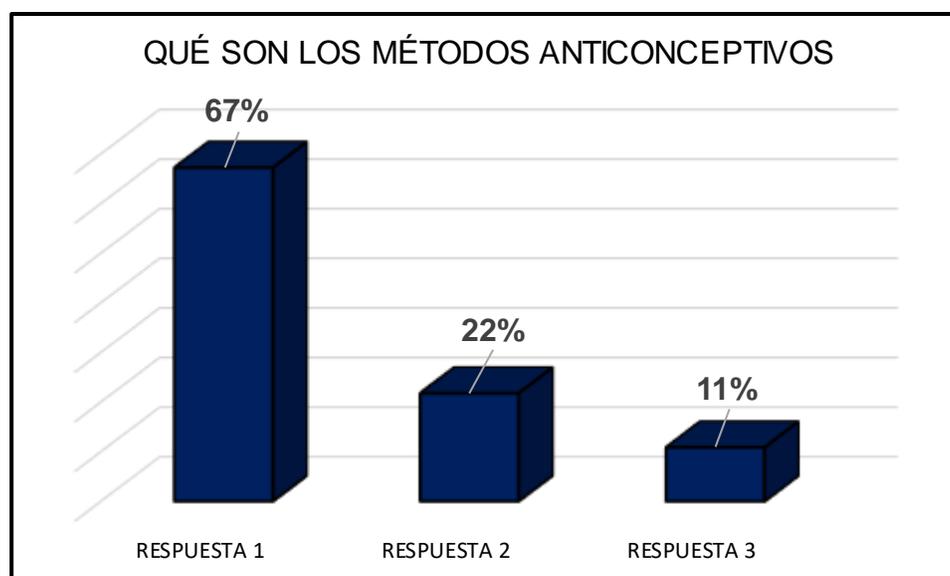
Gráfico 4. 5 Conocen o han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Al cuestionar a las participantes sobre si conocen o han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos el 96% de ellas respondieron que sí y solo el 4% no conocen ni han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos.

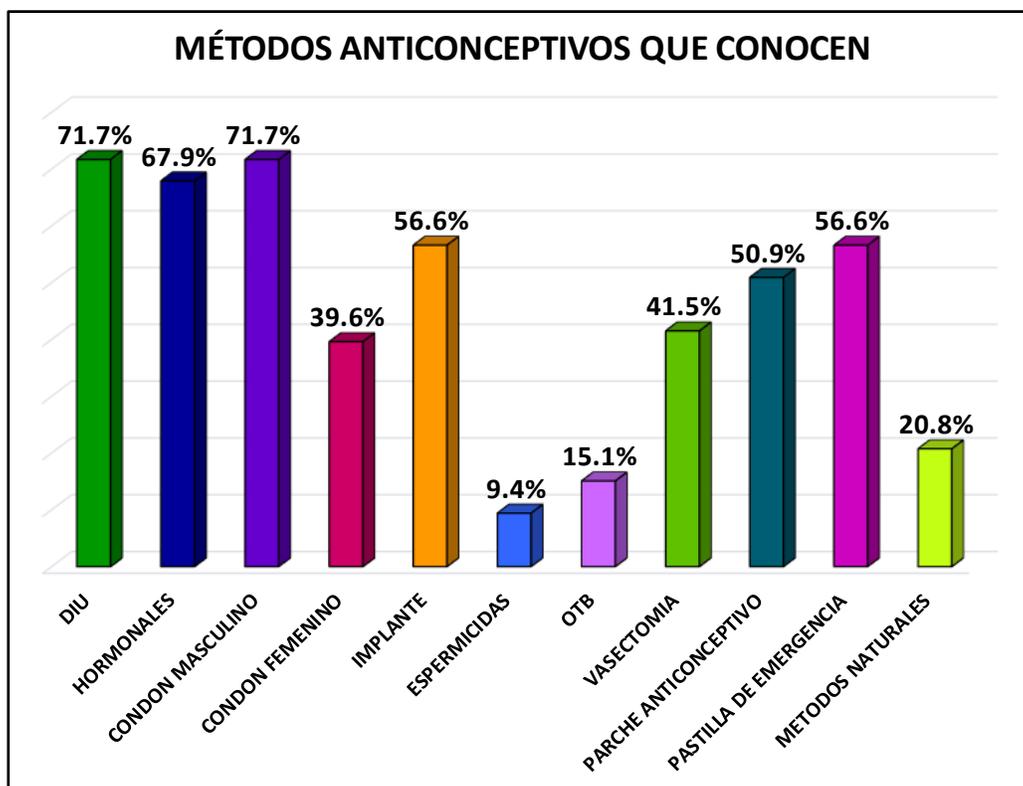
Gráfico 4. 6 Qué son los métodos anticonceptivos



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Al pedirle a las participantes que definieran según sus conocimientos y según las respuestas ofrecidas en la encuesta aplicada los resultados fueron 67% de ellas seleccionaron la respuesta 1 “son toda sustancia, objeto o procedimiento que se utiliza para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente y prevenir enfermedades de transmisión sexual”, 22% eligieron la respuesta 2 que menciona, “son objetos o sustancias que usas para no embarazarte” y 11% eligieron la respuesta 3 “es toda sustancia u objeto que se usa para prevenir enfermedades de transmisión sexual”.

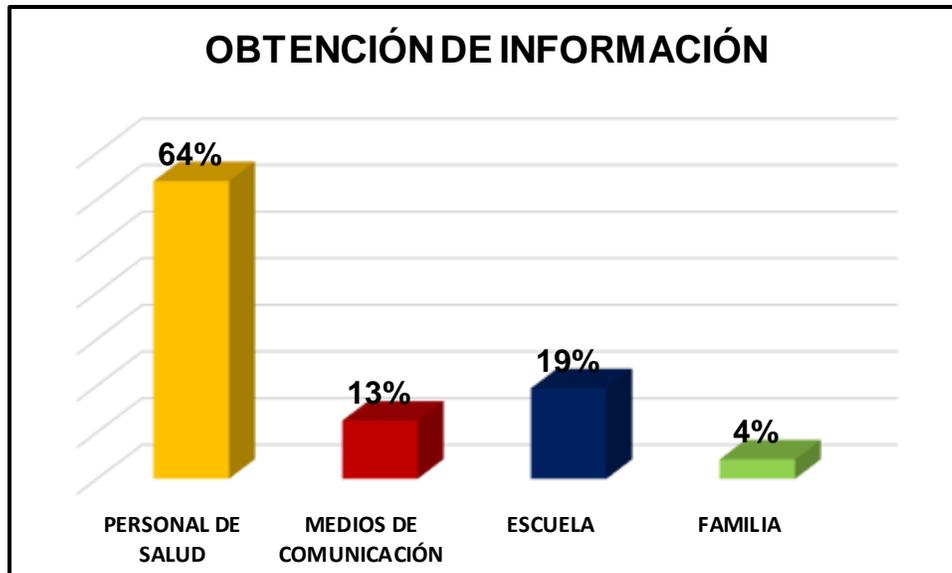
Gráfico 4. 7 Métodos anticonceptivos que conocen



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Los resultados obtenidos en las encuestas referente al conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos arrojaron lo siguiente: del 100% de las mujeres encuestadas, 71.7 % conocen el DIU, los métodos hormonales los conocen 67.9%, 71.7% conocen el condón masculino, el condón femenino 39.6%, 56.6% conocen el implante subdérmico, los espermicidas son conocidos tan solo por 9.4%, 15.1% de las mujeres conocen la Oclusión Tubárica Bilateral, la vasectomía es conocida por 41.5%, 50.9% conocen el parche anticonceptivo, la pastilla de emergencia la conocen el 56.6% y los métodos naturales son conocidos por el 20.8%.

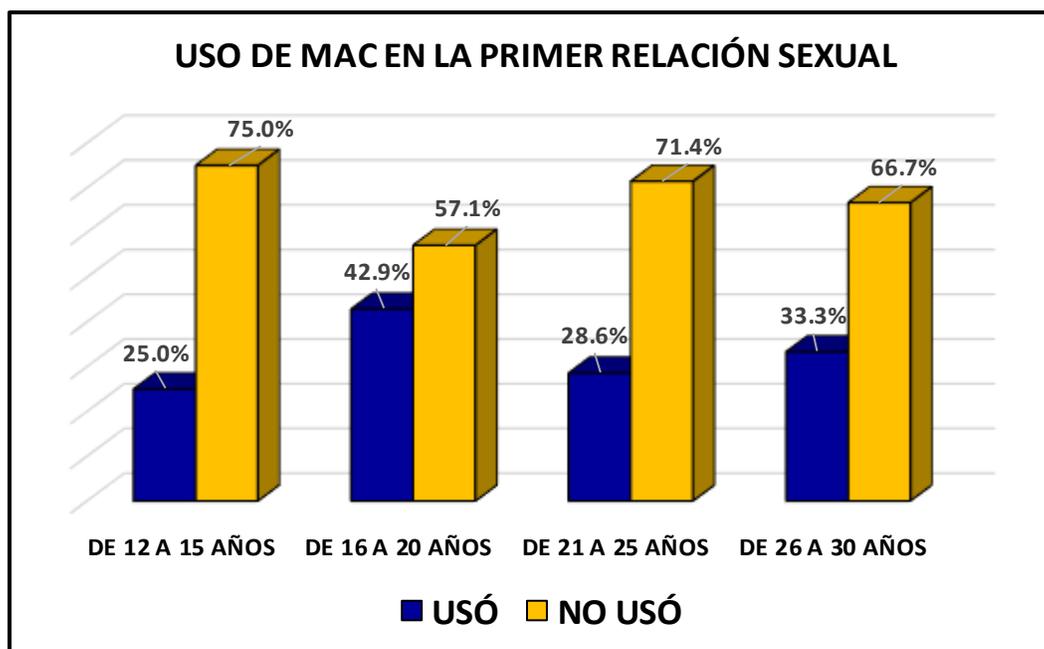
Gráfico 4. 8 Forma de obtención de información



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Según las respuestas proporcionadas por las encuestadas, 86.8% de ellas obtuvieron información de los MAC por medio del personal de salud, 17% obtuvieron la información a través de los medios de comunicación, (el internet, la televisión, el radio, las revistas/periódicos, etc.) La escuela brinda información al 26.4% de las mujeres y 5.7% obtiene información de la familia.

Gráfico 4. 9 Uso de MAC en la primera relación sexual

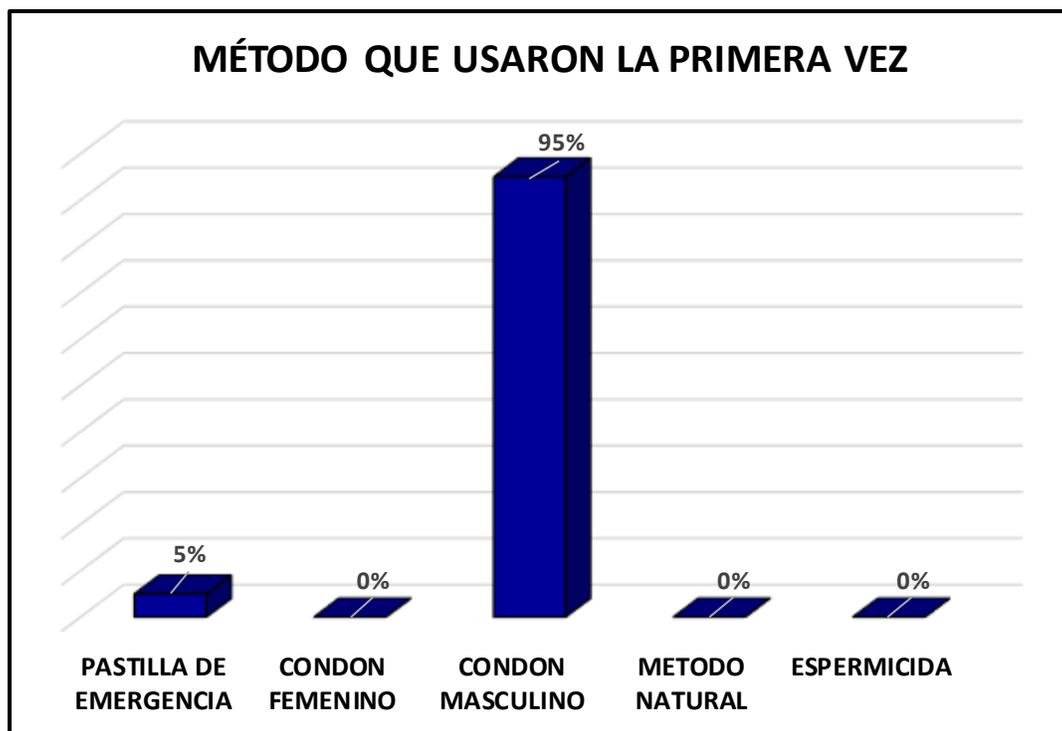


Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

La edad de inicio de vida sexual va en un rango de 12 a 30 años, en donde 16% de las participantes iniciaron a la edad de 12-15 años, 65% a la edad de 16-20 años, 13% iniciaron entre los 21-25 años y 6% iniciaron su vida sexual entre los 26-30 años.

En relación al uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual las respuestas obtenidas dieron como resultado lo siguiente: en las edades de 12-15 años el 25% de las encuestadas usaron un método anticonceptivo, mientras que el 75% no usó, de 16-20 años usaron un método anticonceptivo el 42.9% y un 57.1% no usó, en el rango de edad de 21-25 años 28.6% usó método anticonceptivo y el 71.4% no usó, de 26-30 años 33.3 % usó un método anticonceptivo en su primera relación sexual mientras que el 66.7% no usó.

Gráfico 4. 10 Método que usaron en la primera relación sexual



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

El método más usado en la primera relación sexual fue el condón masculino con un uso de 95%, el motivo de uso de este método fue en la mayoría de las respuestas, “para no embarazarme”, “porque era el método al que se podía acceder más fácilmente” y hubo respuestas más completas en las que las encuestadas respondieron: “para evitar un embarazo no deseado y para protegerme de las enfermedades de transmisión sexual”. En segundo lugar y con una gran diferencia el uso de la pastilla emergencia con un 5%, la respuesta explicada para el uso de este método fue “para evitar un embarazo no deseado” siendo estos los dos únicos métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual.

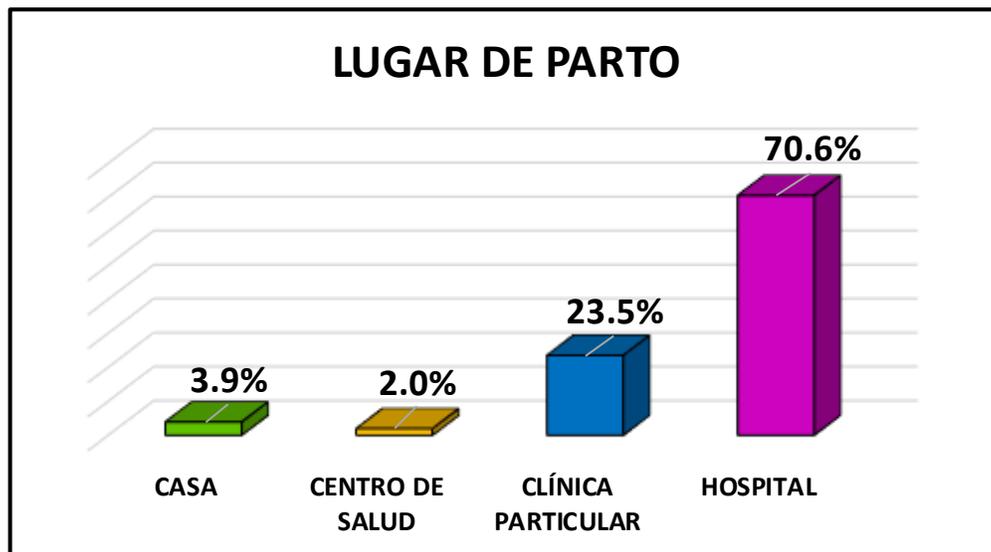
Gráfico 4. 11 ¿Por qué no usaron MAC en su primera relación sexual?



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Los motivos expresados por las participantes para no usar método anticonceptivo en la primera relación sexual fueron: porque la primera vez fue con mi esposo 24.5%, 9.4% respondió que no usó por inmadurez, 5.7% no quiso usar por decisión propia, 3.8% por desinformación, expresando que no conocían lo que son los métodos anticonceptivos, 1.9% por reacciones secundarias ocasionadas por el uso de los métodos y el 17% no respondió esta pregunta.

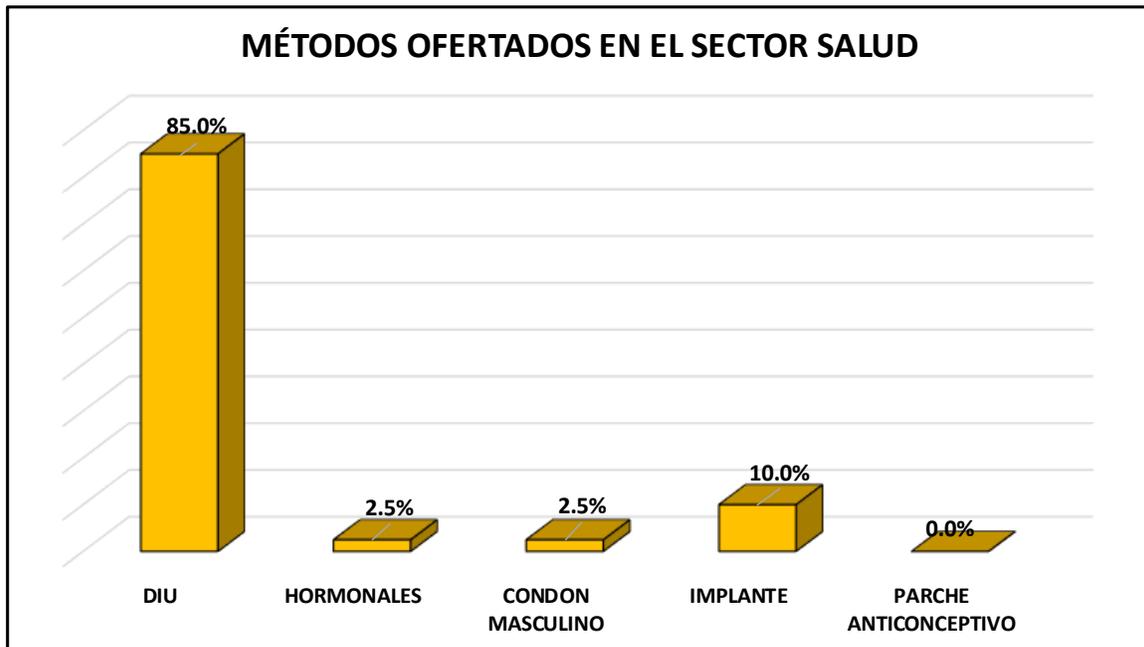
Gráfico 4. 12 Lugar de parto



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Respecto al lugar donde tuvieron su parto las mujeres las respuestas fueron: las mujeres encuestadas, el hospital tiene el primer puesto con el 70.6% en atención de partos donde la oferta de métodos de planificación familiar fue hecha en un 91.7% y 8.3% no recibió oferta de algún método, 23.5% fue atendida en una clínica particular, aquí un 58.3% recibió oferta de MAC y 41.7% no recibió oferta alguna, 2% tuvo su parto en un centro de salud en donde al 100% no se le ofertó ningún método de planificación familiar y 3.9% tuvieron parto en casa.

Gráfico 4. 13 Métodos ofertados en el Sector Salud



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

En la oferta de métodos de planificación familiar el DIU es el método más ofertado al momento del posparto teniendo un 85%, el implante subdérmico tiene un 10%, los métodos anticonceptivos hormonales tienen un 2.5% al igual que el condón masculino.

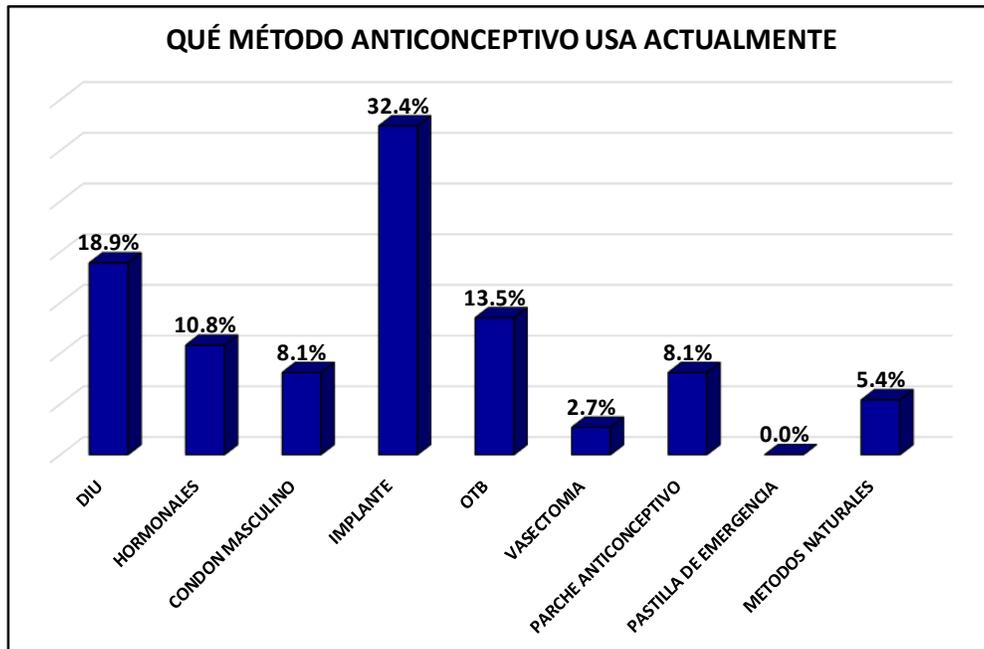
Gráfico 4. 14 Toma de decisiones respecto al uso de MAC



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

La toma de decisiones respecto al uso de los métodos anticonceptivos en la relación según las respuestas de las participantes, los resultados fueron los siguientes: 73% respondieron que ambos toman la decisión, 20% respondió “Yo”, en donde 64% de ellas dijeron que sus parejas saben de sus decisiones y el resto 36% no saben de las decisiones de usar o no un MAC, 5% respondió que es su pareja quien toma la decisión del uso de un MAC y un 2% no respondió.

Gráfico 4. 15 Método usado actualmente



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

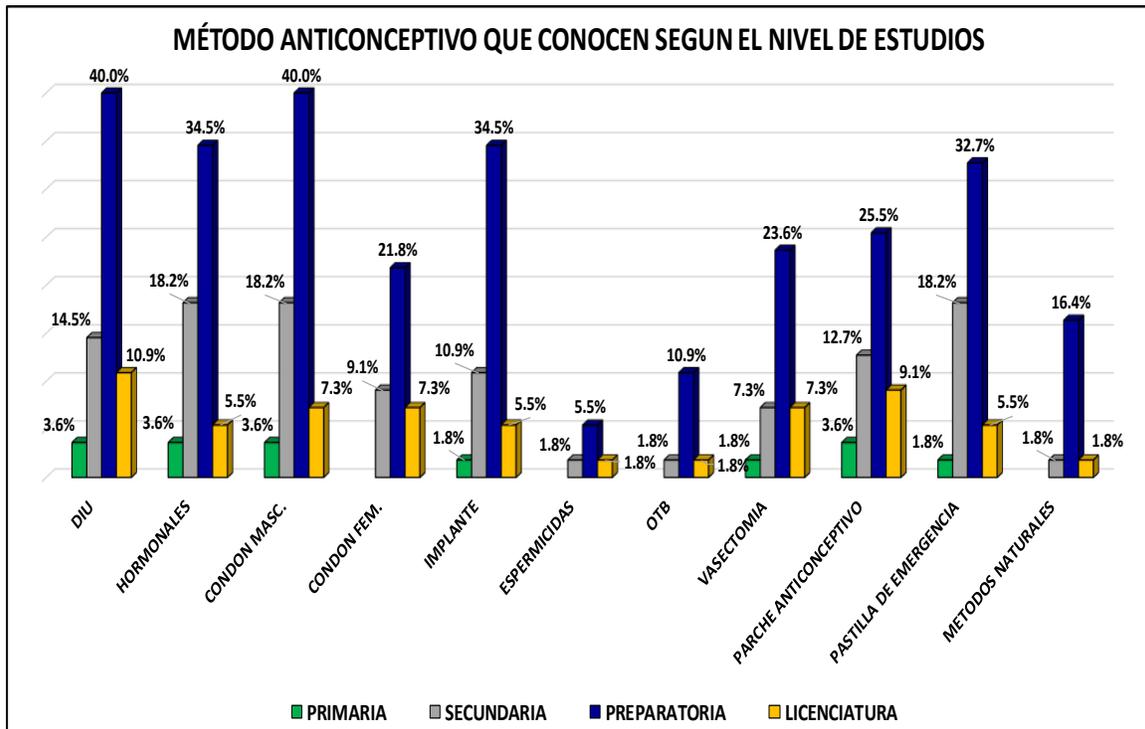
Las respuestas de las encuestas arrojaron como resultado que 65% de las mujeres encuestadas usan un método anticonceptivo en la actualidad, mientras que 35% de ellas no usan ninguno, entre los métodos usados encontramos que el implante subdérmico lo usan mayormente, teniendo un 32.4%, seguido del DIU con un 18.9% de uso, la Oclusión Tubárica Bilateral tiene un 13.5%, 10.8% de las encuestadas usan los métodos hormonales, el parche anticonceptivo y el uso del condón masculino tienen 8.1% de uso, los métodos naturales son usados por un 5.4% de las encuestadas y el 2.7% expresó que su pareja tiene la vasectomía.

En las respuestas obtenidas al preguntar el porqué del uso de los métodos anticonceptivos, la mayoría respondió “porque no quiero embarazarme”, mientras que otras respondían “para no embarazarme y evitar enfermedades de transmisión

sexual”, esta respuesta fue proporcionada por aquellas mujeres que usan el método doble de anticoncepción; algunas otras que mencionaban el uso del implante subdérmico especificaban que era el único método que su cuerpo aceptaba y no les causa reacciones secundarias, otras preferían el parche anticonceptivo por la comodidad que implica el uso de este, algunas más usaban algún método por indicación médica, pues habían tenido cesárea y por el bienestar de su salud tienen que esperar para poder tener otro embarazo.

En las respuestas del porque no usan método anticonceptivo algunas respuestas fueron: “porque no tengo pareja actualmente”, “dejé de cuidarme para tener más hijos”, “mi esposo/pareja no quiere que me cuide”, “tengo pareja estable”, entre otras.

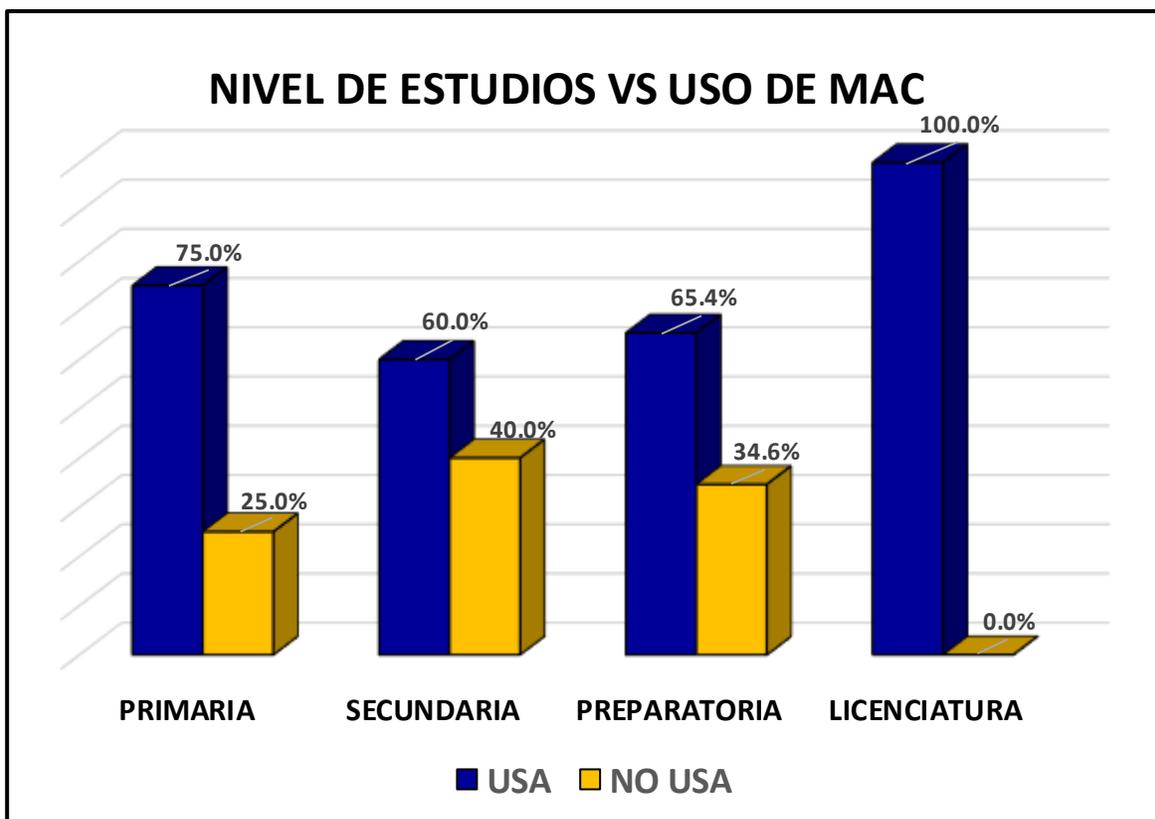
Gráfico 4. 16 MAC que conocen según nivel de estudios



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Al hacer la comparación de los métodos anticonceptivos que conocen en relación con el nivel de estudios que tiene cada una de las encuestadas se obtuvieron los siguientes resultados: las que solo tienen nivel primario son las que menos métodos anticonceptivos conocen, mientras que quienes tienen nivel preparatorio son las que conocen en mayor número los métodos anticonceptivos.

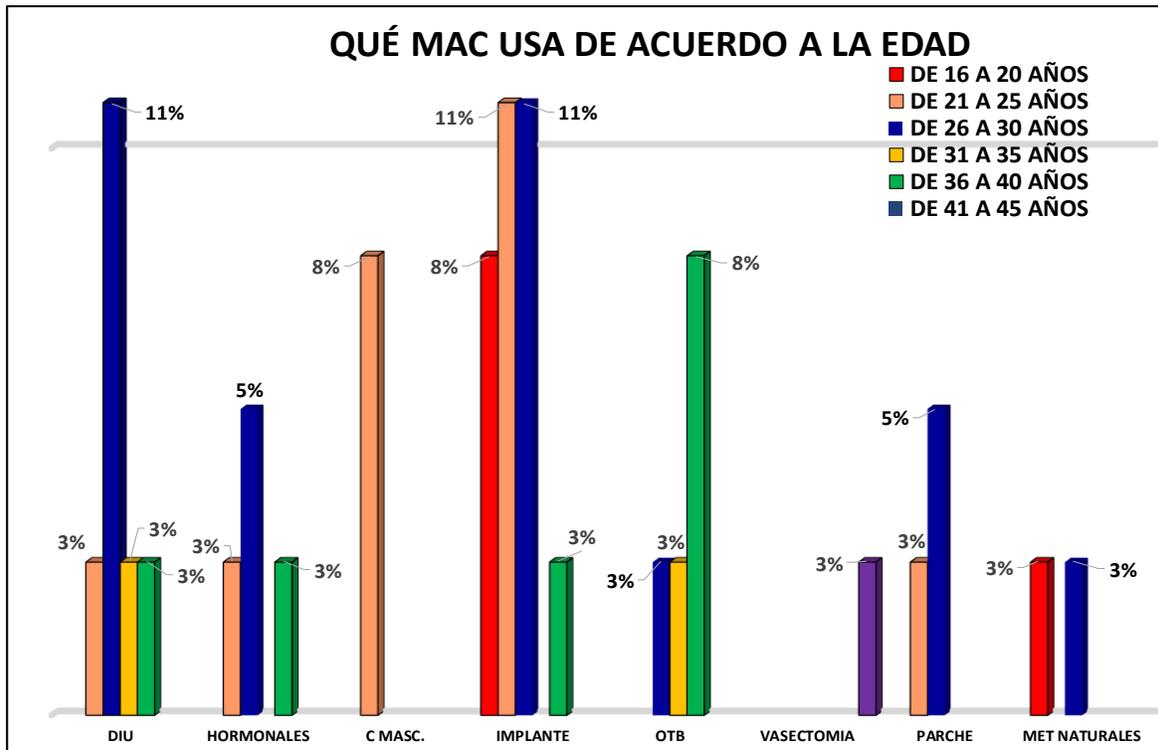
Gráfico 4. 17 Uso de MAC según nivel de estudios



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Se hizo una comparación en cuanto al nivel de estudios y el uso de los métodos anticonceptivos, dando como resultado que quienes tienen estudios a nivel licenciatura son las que usan en un 100% los métodos anticonceptivos, seguidas de las que tienen nivel primario con un 75% de uso de MAC, continúan las que tienen nivel preparatorio y secundario con 65.4% y 60% respectivamente.

Gráfico 4. 18 MAC que usa según la edad



Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

En el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad, los resultados obtenidos demostraron que el método de mayor elección entre las mujeres de 21-30 años es el implante subdérmico, teniendo un 11% de respuesta en el método que usan actualmente, al igual que el Dispositivo Intrauterino con un 11% de uso entre mujeres de 26-30 años.

Las razones expresadas por las encuestadas en el uso del implante subdérmico fue que es un método con el que se sienten cómodas y no les causa molestias, entre las razones del uso del DIU estuvieron que es el método que no les causa reacciones, entre las que describieron subir de peso, descontrol del ciclo

menstrual, entre otras. Los métodos de planificación familiar usados entre las mujeres de 36-40 años es el DIU, los métodos hormonales, el implante subdérmico y, usado mayormente la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), en esta ultima la razón de uso es por ya tener una paridad satisfecha. En el caso de una encuestada (45-50 años) expresó que ella no usa método anticonceptivo porque su esposo tiene la vasectomía. Los métodos naturales y el implante subdérmico son los métodos de elección entre las jóvenes de 16-20 años.

## Discusión

De los resultados obtenidos a través de las encuestas se observó en la población estudiada que la mayoría tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos (96%), siendo el dispositivo intrauterino y el condón masculino los métodos que más conocen, ambos con 71.7%, mientras que los espermicidas son los métodos menos conocidos (9.4%). No obstante, no tienen un conocimiento completo de lo que son los métodos, pues en las respuestas ofrecidas hubo quienes respondieron: “son sustancias u objetos que usas para no embarazarte”, siendo que los métodos anticonceptivos tienen mayores beneficios que solo prevenir un embarazo.

Al hacer la relación entre los métodos anticonceptivos que conocen y el nivel de estudios, los resultados demostraron que son las de nivel preparatorio quienes conocen la mayor cantidad de métodos anticonceptivos, posiblemente porque son quienes tienen una vida sexual más activa. Sin embargo, de acuerdo al nivel de estudios y el uso de los métodos demostró que quienes tienen nivel licenciatura son quienes más usan los métodos de anticoncepción, lo que se entiende que entre mayor grado de estudios se tienen mayor grado de conocimiento sobre los beneficios del uso de ellos.

El personal de salud es de donde las encuestadas obtienen la mayor cantidad de información de los métodos de planificación familiar, lo cual demuestra que el equipo de salud, principalmente enfermería, que es con quienes las usuarias tienen un primer contacto cumplen con la promoción del uso de los métodos anticonceptivos, en último lugar se tiene a la familia, probablemente porque las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos sigue siendo un tema tabú entre la familia, principalmente entre padres e hijos.

Puede ser que por la misma situación del tema tabú en las familias las jovencitas que tienen su primera relación sexual no usaron un método anticonceptivo, dado que las respuestas obtenidas al cuestionar sobre el uso de un MAC en la primera vez fueron que no usaron por desinformación (3.8%), por inmadurez (9.4%), porque ninguno de los dos sugirió el uso de algún método, entre otras respuestas.

El método de planificación familiar de mayor elección entre las mujeres de 21–25 años es el implante subdérmico, lo eligen por ser un método que implica comodidad al usarlo según las mujeres que respondieron usarlo, así mismo lo eligen las mujeres de 26–30 años, en cuanto a la Oclusión Tubárica Bilateral, es un método de planificación familiar definitivo, por lo mismo es elegido por las mujeres que ya tienen una paridad satisfecha, y de mayor edad. Los métodos naturales son utilizados en menor medida y es usado solo por las mujeres de 16-20 años, quienes expresaron usar el método de coito interrumpido, dando el control al hombre, fueron estas mismas mujeres quienes expresaron que no usan algún otro método debido a que su pareja no les deja usarlos, pues son ellos quienes toman la decisión de si usar o no métodos anticonceptivos en la relación.

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La conclusión al realizar este trabajo es que el uso de los métodos anticonceptivos es conocido por un gran número de la población, sin embargo, al no tener una definición completamente correcta de ellos, las mujeres solo los usan para prevenir un embarazo y no los usan para prevenir enfermedades de transmisión sexual, algunas mujeres hicieron elección de los métodos anticonceptivos por indicación médica, para tener un periodo intergenésico que no afecte a su salud. Existen algunas otras que no recurren al uso de ningún método de planificación familiar porque su pareja no lo permite, lo que demuestra que aún existe el machismo entre la sociedad.

La población que acude a consulta médica al Centro de Salud en Xaltianguis, presenta una gran aceptación de los métodos anticonceptivos, la población joven tiene los conocimientos básicos para el uso correcto de los métodos de planificación familiar y anticoncepción.

### **Recomendaciones:**

Las escuelas son una fuente de información por lo cual en ellas se debería hablar más con los estudiantes sobre el uso de los métodos anticonceptivos entre los jóvenes para tratar de evitar los embarazos no deseados y de esta manera disminuir el abandono escolar.

Una buena estrategia para promover el uso de los métodos anticonceptivos en la población sería proporcionar mayor y mejor información en las unidades de

salud, proporcionar la confianza a la población para que se acerque al personal y se le puedan resolver las dudas en cuanto a los MAC, ya que es el personal de salud la principal fuente de información sobre el tema de la planificación familiar en la población.

Se debe hacer mayor promoción al uso de los métodos anticonceptivos y no usarlos simplemente para evitar un embarazo, sino para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, recurrir al uso de doble protección, incentivar a las mujeres a tomar sus propias decisiones en la elección y uso de un método de planificación familiar.

Incluir a la pareja en las asesorías de la planificación familiar, de esta manera, ambos tendrían la información necesaria y sobre todo correcta acerca de los métodos anticonceptivos y así se puede eliminar el pensamiento machista en donde sea solo el hombre quien tome la decisión.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Allen-LB, Villalobos-HA, Hernández S-MI, Suárez-L. (2013) Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*. vol. 55 (Supl. 2), pp 235-240.
- Arias-II, Cruz-A & Ramírez-MO. (2014). Practica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. *Salud en Tabasco*. Vol. 20. N° 2. pp 37-43
- Armah-EK (2018) Perception of Family Planning Use among Married Men and Women in Anomabu Community. *J Contracept Stud* Vol.3
- Ayala-M, Vizmanos-B, Portillo-R (2011) Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecología Obstetricia Méx*. pp 86-92
- Barrientos-JL & De Los Reyes-E. (2014) Perfil de las usuarias de métodos de planificación familiar en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. Vol. 21 pp 33-65
- Cartín-M, Nielssen-M. (2013) Métodos anticonceptivos en el siglo XX: mujeres que se opusieron a maridos, familia y credo religioso. *Rev. Costarr Salud Pública*. vol. 22 pp 169 - 178
- Chelhond-EA.; Contreras-L, Ferrer-M; Rodríguez-I. (2012). Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela.

Fernández-B, Mariño Membribes-ER, Ávalos-MM, & Baró-VG. (2013). Information about contraception and contraceptive methods in adolescents in "La Lisa" Municipality. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 3-7

García-A; Camargo-M, Fajardo-M. (2018). Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 50.

Haghenbeck-FJ; Ayala-R; Herrera-H. (2012). Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. *Ginecología y Obstetricia de México*. 80 (4) pp 276-284

Hirani MF, Soomar SM (2018) Involving Males from Community in Family Planning Program. *Crit Care Obst Gyne Vol.4*

Moura-E., Ferreira-S., Costa-ML, De Sousa-P., Américo-CF, & Bezerra-AK (2010). Conocimiento de enfermería acerca de los métodos anticonceptivos en el contexto del programa de salud de la familia. *Enfermería Global*. Vol. 20. pp 1-10.

Muñoz-MT. (2015) Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. *Revista Española Endocrinología Pediátrica Vol. 6*

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de mayo de 1994.

- Obaya-C. (2014) Planificación familiar desde la consulta de enfermería de atención primaria. *Revista de SEAPA*. pp 62-81
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones.
- Peláez-J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1)
- Pérez-K, Serrano-M, Hernández-K, & Fernández-H. (2016). Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*, 32, pp 218-225.
- Pérez-L, Aparicio-C. (2015). Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. *Rev. Nac.* Vol. 7. pp 24-34
- Pierre-L & Clapis-MJ. (2010). Family Planning in a Family Health Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1161-1168.
- Posada-M. & Mora-B. (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, vol. 28, pp 1-13.
- Reséndiz-C, Reyes-M, Cuatmatzi-MT. (2010). Información sobre Planificación Familiar que recibieron las adolescentes después de un evento obstétrico. *Enfermería universitaria*. pp 15-20

Rodríguez-MI, Say-L & Temmerman-M. (2014) Family planning versus contraception: what's in a name? *The Lancet Global Health*; Vol. 2

Sánchez-MC, Dávila-R, Ponce-ER. (2015) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten. Fam.* 22 (2)

Solana-A & González-JR. (2015). Métodos anticonceptivos en las mujeres inmigrantes y el papel de la enfermera: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*. Vol. 14. pp 455-466.

Soledad-VS. (2017) ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Torres-M & González-P. (2009). Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. *Universidad Militar Nueva Granada*. Vol. 17. pp 171-182.

Vargas-S, (2016). Evaluación del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la preparatoria No 2 de la ciudad de Tulancingo de Bravo, Hidalgo. (tesis de pregrado). *Escuela de Salud Pública en México*.

Yeshialem-E, Ali-R, Edosa-D (2018) Determinants of Long Acting and Permanent Family Planning Methods Utilization among Women of Reproductive Age in Ilu Aba Bor Zone, South West Ethiopia, 2016. *J Med Res Health Educ*. Vol.2

Zavala-MA; Correa-R, Posada-SE, Domínguez-A, Barojas-J. (2009). Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral posparto,

en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México.  
Revista de los estudiantes de la universidad industrial de Santander.

## ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO



### CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Este es un estudio que se realiza con el objetivo de identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos entre las mujeres de edad fértil que acuden a consulta médica al Centro de Salud de Xaltianguis, municipio de Acapulco de Juárez.

La participación es voluntaria, antes de tomar una decisión, lea con atención lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta anónima con sus datos generales para lo cual se le pide veracidad y seriedad al momento de la encuesta.
2. Toda información obtenida en el presente estudio es confidencial y solo tendrá acceso a ella usted y el investigador.
3. En caso de no estar dispuesto a participar en el estudio, usted. tendrá derecho a retirarse voluntariamente.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, accedo a participar en el presente estudio y me someto a todas las exigencias que éste supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento

\_\_\_\_\_

Nombre del Participante

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO B. ENCUESTA

### CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA



## ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Selecciona con una "X" la respuesta que consideres correcta.

Estado civil:

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Otro: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios:

- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Otro: \_\_\_\_\_

1. Actualmente, ¿A qué se dedica?

- Al hogar
- Estudio
- Trabajo
- Otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Conoces o has escuchado hablar de los métodos anticonceptivos?

Si \_\_\_ No \_\_\_

**3. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?**

- Son toda sustancia, objeto o procedimiento que se utiliza para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente y prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- Son objetos o sustancias que usas para no embarazarte.
- Es toda sustancia u objeto que se usa para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

**4. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "T" de cobre o DIU     | <input type="checkbox"/> Obstrucción Tubaria Bilateral |
| <input type="checkbox"/> Hormonales inyectables | <input type="checkbox"/> Vasectomía                    |
| <input type="checkbox"/> Condón masculino       | <input type="checkbox"/> Parche anticonceptivo         |
| <input type="checkbox"/> Condón femenino        | <input type="checkbox"/> Pastilla de emergencia        |
| <input type="checkbox"/> Implante subdérmico    | <input type="checkbox"/> Métodos naturales             |
| <input type="checkbox"/> Espermicidas           | <input type="checkbox"/> Otros: _____                  |

**5. ¿De qué forma obtuviste información sobre los métodos anticonceptivos?**

- Personal de Salud
- Medios de comunicación (internet, radio, TV, etc.)
- Escuela
- Familia
- Otro: \_\_\_\_\_

**6. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?**

\_\_\_\_\_

**7. ¿Usaste algún método anticonceptivo en tu primera relación?**

- Si Cual: \_\_\_\_\_
- No

¿Por qué?

---

---

---

**8.** Número de hijos:

---

**9.** ¿En qué lugar tuviste tu parto?

Casa

Hospital

Centro de salud

Otro:

Consultorio medico

---

Clínica particular

**10.** Al momento del parto, ¿el personal de salud te ofreció algún método de planificación familiar?

Si

No

Cual: \_\_\_\_\_

**11.** En tu relación, ¿Quién toma las decisiones respecto al uso de métodos de anticoncepción?

Ambos

Mi pareja

Yo. ¿Tu pareja sabe de tus decisiones? Si \_\_\_ No \_\_\_

**12.** ¿Usas algún método anticonceptivo en la actualidad?

Si \_\_\_ No \_\_\_

**13. ¿Cuál?**

---

---

**14. ¿Por qué?**

---

---

---

## ANEXO “C” RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro 4. 1 Edad

Edad	Fo	%
16	2	4%
18	1	2%
19	5	9%
20	1	2%
22	1	2%
23	4	7%
24	6	11%
25	5	9%
26	2	4%
27	5	9%
28	6	11%
30	5	9%
33	2	4%
34	1	2%
36	2	4%
37	1	2%
38	2	4%
39	2	4%
48	1	2%
50	1	2%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 2 Estado Civil

<b>Estado civil</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Soltera	7	13%
Casada	31	56%
Unión Libre	15	27%
Divorciada	2	4%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 3 Nivel de estudios

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Primaria	5	9%
Secundaria	15	27%
Preparatoria	27	49%
Licenciatura	8	15%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 4 Ocupación

Ocupación	Fo	%
Hogar	29	53%
Estudio	3	5%
Trabajo	23	42%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Cuadro 4. 5 Conocen o han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos

Respuesta	Fo	%
Sí	53	96%
No	2	4%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Cuadro 4. 6 Qué son los métodos anticonceptivos

Respuesta	Fo	%
Respuesta 1	37	67%
Respuesta 2	12	22%
Respuesta 3	6	11%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55

Cuadro 4. 7 Métodos anticonceptivos que conocen

<b>Método</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	38	71.7%
Hormonales	36	67.9%
Condón masculino	38	71.7%
Condón femenino	21	39.6%
Implante	30	56.6%
Espermicidas	5	9.4%
OTB	8	15.1%
Vasectomía	22	41.5%
Parche anticonceptivo	27	50.9%
Pastilla de emergencia	30	56.6%
Métodos naturales	11	20.8%

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 8 Forma de obtención de información

<b>Forma de obtención</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Personal de salud	46	86.8%
Medios de comunicación	9	17.0%
Escuela	14	26.4%
Familia	3	5.7%

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 9 Uso de MAC en la primera relación sexual

<b>Edad (Sí usaron)</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
De 12 a 15 años	2	25.0%
De 16 a 20 años	15	42.9%
De 21 a 25 años	2	28.6%
De 26 a 30 años	1	33.3%
<b>Total</b>	<b>20</b>	
<b>Edad (No usaron)</b>		
De 12 a 15 años	6	75.0%
De 16 a 20 años	20	57.1%
De 21 a 25 años	5	71.4%
De 26 a 30 años	2	66.7%
<b>Total</b>	<b>33</b>	

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 10 Método que usaron en la primera relación sexual

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Pastilla de emergencia	1	5%
Condón femenino	0	0%
Condón masculino	19	95%
Método natural	0	0%
Espermicida	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 11 ¿Por qué no usaron MAC en su primera relación sexual?

<b>Respuestas</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Porque fue con mi esposo	13	24.5%
Inmadurez	5	9.4%
No quise	3	5.7%
Desinformación	2	3.8%
Por reacciones secundarias	1	1.9%
No respondió	9	17.0%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>62.30%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 12 Lugar de parto

Lugar	Fo	%
Casa	2	3.9%
Centro de salud	1	2.0%
Clínica particular	12	23.5%
Hospital	36	70.6%
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 13 Métodos ofertados en el Sector Salud

Método anticonceptivo	Fo	%
DIU	34	85.0%
Hormonales	1	2.5%
Condón masculino	1	2.5%
Condón femenino	0	0.0%
Implante	4	10.0%
Parche anticonceptivo	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 14 Toma de decisiones respecto al uso de MAC

<b>Quién toma la decisión</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
Ambos	40	73%
Mi pareja	3	5%
Yo	11	20%
No respondió	1	2%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.00%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 15 Método usado actualmente

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	7	18.9%
Hormonales	4	10.8%
Condón masculino	3	8.1%
Implante	12	32.4%
OTB	5	13.5%
Vasectomía	1	2.7%
Parche anticonceptivo	3	8.1%
Pastilla de emergencia	0	0.0%
Métodos naturales	2	5.4%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>99.90%</b>

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 16 MAC que conocen según nivel de estudios

<b>Método anticonceptivo (Primaria)</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	2	3.6%
Hormonales	2	3.6%
Condón masculino	2	3.6%
Condón femenino	0	0%
Implante	1	1.8%
Espermicida	0	0%
OTB	0	0%
Vasectomía	1	1.8%
Parche anticonceptivo	2	3.6%
Pastilla de emergencia	1	1.8%
Métodos naturales	0	0%

<b>Método anticonceptivo (Secundaria)</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	8	14.5%
Hormonales	10	18.2%
Condón masculino	10	18.2%
Condón femenino	5	9.1%
Implante	6	10.9%
Espermicida	1	1.8%
OTB	1	1.8%
Vasectomía	4	7.3%
Parche anticonceptivo	7	12.7%
Pastilla de emergencia	10	18.2%
Métodos naturales	1	1.8%

<b>Método anticonceptivo (Preparatoria)</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	22	40.0%
Hormonales	19	34.5%
Condón masculino	22	40.0%
Condón femenino	12	21.8%
Implante	19	34.5%
Espermicida	3	5.5%
OTB	6	10.9%
Vasectomía	13	23.6%
Parche anticonceptivo	14	25.5%
Pastilla de emergencia	18	32.7%
Métodos naturales	9	16.4%

<b>Método anticonceptivo (Licenciatura)</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
DIU	6	10.9%
Hormonales	3	5.5%
Condón masculino	4	7.3%
Condón femenino	4	7.3%
Implante	3	5.5%
Espermicida	1	1.8%
OTB	1	1.8%
Vasectomía	4	7.3%
Parche anticonceptivo	5	9.1%
Pastilla de emergencia	3	5.5%
Métodos naturales	1	1.8%

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 17 Uso de MAC según nivel de estudios

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(Sí usa)</b>		
Primario	3	75.0%
Secundaria	9	60.0%
Preparatoria	17	65.4%
Licenciatura	8	100.0%
<b>Total</b>	<b>37</b>	
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(No usa)</b>		
Primario	1	25.0%
Secundaria	6	40.0%
Preparatoria	9	34.6%
Licenciatura	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>16</b>	

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*

Cuadro 4. 18 MAC que usa según la edad

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(16-20 años)</b>		
Implante	3	8%
Métodos naturales	1	3%
<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(21-25 años)</b>		
DIU	1	3%
Hormonales	1	3%
Condón masculino	3	8%
Implante	4	11%
<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(26-30 años)</b>		
DIU	4	11%
Hormonales	2	5%
Implante	4	11%
OTB	1	3%
Parche anticonceptivo	2	5%
Métodos naturales	1	3%
<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(31-35 años)</b>		
DIU	1	3%
OTB	1	3%

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(36-40 años)</b>		
DIU	1	3%
Hormonales	1	3%
Implante	1	3%
OTB	3	8%
<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>(45-50 años)</b>		
Vasectomía	1	3%

*Fuente: cuestionario de elaboración propia para identificar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la población de Xaltianguis, Guerrero N=55*