



**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 DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN
EDAD REPRODUCTIVA”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. KARLA BELLO SANTANA

C. CYNTHIA NAYELI ROMAN ESTRADA

Asesor:

M.C. E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA



Iguala de la Independencia, Gro. Julio del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**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 DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN
EDAD REPRODUCTIVA”**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. KARLA BELLO SANTANA

C. CYNTHIA NAYELI ROMAN ESTRADA

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA _____
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ _____
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO _____
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Julio del 2021

RESUMEN

La relevancia de analizar los conocimientos, los comportamientos y explorar las creencias en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual entre jóvenes, se debe a las posibles consecuencias de sus decisiones en el ámbito de la salud reproductiva. Las jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y 19 años de edad, en condiciones inseguras de protección a su salud por la escasa información, lo cual se refleja en la poca utilización de métodos de planificación familiar (MPF), particularmente el condón. **Objetivo.** Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva. **Método.** Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo; transversal y cuantitativo el universo de estudio está compuesto por 50 mujeres en edad reproductiva que son atendidas en el centro de Salud Agustín Batalla de Iguala de la Independencia Guerrero, la muestra fue a conveniencia; se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18; **Resultados.** De la población en estudio el 28% de las mujeres en edad reproductiva tienen de 16 a 20 años de edad, 24% de 21 a 25 años y el 16% cuenta con 26 a 30 años; la mayoría son solteras, en segundo lugar casadas y tercero en unión libre; el 18% son amas de casa y secretaria respectivamente y el 12% son comerciantes; el 36% es profesional, 24% tienen preparatoria y el 20% tienen una preparación a nivel técnico; el 24% tiene 3 hijos y el 20% 1 y 2 hijos respectivamente; el 22% inicio su vida sexual a los 18 años, el 20% a los 15 años y el 18% a los 17; 54% tienen un conocimiento alto de uso de métodos anticonceptivos; el 34% tiene conocimiento medio y el 12% es bajo; los métodos que más utilizan son las inyecciones, preservativo y el DIU; el 76% mencionó que si funciona el condón, el 6% refiere que no funciona y el 14% refiere que no es lo mismo tener relaciones sexuales con condón; la mayoría menciono tener conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual como es la gonorrea, sífilis VIH, virus del papiloma humano; el 86% mencionan que la información sexual lo recibió del personal de salud o de los padres y el 14% refiere no tener conocimientos sexuales; el 58% utiliza métodos tradicionales y el 38% refiere que no; el 20% tienen de 6 a 10 años y de 11 a 15 años de vida sexual activa; motivos por lo cual no utilizan métodos anticonceptivos por razones religiosas (20%), no los conoce (16%) y miedo a efectos secundarios (10%); el 14% de estas mujeres han tenido alguna infección sexual, conocimiento de las formas de evitar un embarazo el 52% mediante el uso de métodos anticonceptivos, el 12% no sabe; la mayoría tienen 2 o más parejas sexuales siendo esto un factor de riesgo para presentar enfermedades de transmisión sexual. **Conclusión.** El nivel de conocimiento de la población en estudio es deficiente por lo que es de suma importancia darles educación sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados, abortos, ETS, y reducir con estas acciones la morbimortalidad materna.

Palabras clave: conocimientos de métodos anticonceptivos, edad reproductiva

SUMMARY

The relevance of analyzing knowledge, behaviors and exploring beliefs in family planning and sexually transmitted diseases among young people is due to the possible consequences of their decisions in the field of reproductive health. The young women begin their sexual life between 15 and 19 years of age, in unsafe conditions of health protection due to the lack of information, which is reflected in the low use of family planning methods (FPM), particularly the condom. Target. To identify the knowledge of contraceptive methods in women of reproductive age. Method. This research work is descriptive; cross-sectional and quantitative, the universe of study is made up of 50 women of reproductive age who are treated at the Agustin Batalla de Iguala de la Independencia Guerrero Health Center, the sample was at convenience; the statistical package SPSS version 18 was used; Results. Of the study population, 28% of women of reproductive age are between 16 and 20 years old, 24% between 21 and 25 years old, and 16% between 26 and 30 years old; the majority are single, in second place married and third in a free union; 18% are housewives and secretaries, respectively, and 12% are merchants; 36% are professional, 24% have high school and 20% have a technical level preparation; 24% have 3 children and 20% 1 and 2 children, respectively; 22% started their sexual life at 18 years old, 20% at 15 years old and 18% at 17; 54% have a high knowledge of the use of contraceptive methods; 34% have average knowledge and 12% are low; the methods they use the most are injections, condoms and the IUD; 76% mentioned that the condom works, 6% said that it does not work and 14% said that having sex with a condom is not the same; most mentioned having knowledge of sexually transmitted diseases such as gonorrhea, syphilis, HIV, human papilloma virus; 86% mention that they received sexual information from health personnel or parents and 14% report not having sexual knowledge; 58% use traditional methods and 38% say they don't; 20% are between 6 and 10 years old and between 11 and 15 years of active sexual life; reasons why they do not use contraceptive methods for religious reasons (20%), do not know them (16%) and fear of side effects (10%); 14% of these women have had some sexual infection, knowledge of ways to avoid pregnancy 52% through the use of contraceptive methods, 12% do not know; most have 2 or more sexual partners, this being a risk factor for presenting sexually transmitted diseases. Conclusion. The level of knowledge of the population under study is deficient, so it is extremely important to educate them on family planning and contraceptive methods to avoid unwanted pregnancies, abortions, STDs, and reduce maternal morbidity and mortality with these actions.

Keywords: knowledge of contraceptive methods, reproductive age

DEDICATORIAS

Esta tesis está dedicada a:

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres Carlos M. Bello y Ma. Del Roció Santana

Quien con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy este sueño más, gracias por inculcarme en mi ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está siempre conmigo.

A mi abuelo Raymundo Bello que fue mi segundo padre por enseñarme a no rendirme y esforzarme cada día más en la vida.

A mis hermanos apoyarme en todo en cada paso que doy.

Finalmente, a mi novio que estuvo ahí apoyándome en cada momento por extenderme su mano y por el amor brindado cada día.

C. KARLA BELLO SANTANA

DEDICATORIAS

Dedicó mi tesis a:

Mis padres Epifanía Estrada Ortiz y Francisco Javier Copeño Castro, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional, gracias a su amor, trabajo y sacrificio hoy estoy cumpliendo uno de mis sueños y meta en mi vida. Tengo a los mejores padres, son mi mayor ejemplo y motivación.

A mis hermanos, Alejandra, Javier y Pedro, mi abuelita Angelita, mi pequeño Dylan Xavier, a mi novio Carlos por estar siempre presentes, por el apoyo incondicional quienes con su cariño me impulsaron en este proceso. A mi abuelito Mario que sé que desde el cielo me guía y me cuida sé que estaría muy orgulloso de mi.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mis mejores amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, siempre las llevo en mi corazón.

C. CYNTHIA NAYELI ROMAN ESTRADA

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento va dirigido a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios y el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de siempre seguir nuestros sueños y metas, agradezco a la institución y mis profesores por las enseñanzas y aprendizaje y amor a mi profesión.

C. KARLA BELLO SANTANA

Agradezco infinitamente a Dios quien bendice mi vida y a mi familia, a mis padres gracias a su amor, trabajo, a la confianza que siempre me han brindado y su sacrificio hoy estoy cumpliendo uno de mis sueños y metas en mi vida. Siempre han sido mi motivo para echarle ganas a todo y esforzarme para no fallarles, es un orgullo ser su hija, tengo a los mejores padres, son mi mayor ejemplo y motivación en la vida, a mi hermosa familia gracias por sus oraciones, consejos y apoyo moral hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma siempre están presentes a cumplir cada uno de mis sueños y metas.

En especial un grato agradecimiento a mi querida directora y tutora de Tesis: LE. Virginia Hernández García, gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo por su magnífica orientación, experiencia, valiosos conocimientos y colaboración en el desarrollo de la Tesis. También un cordial agradecimiento a mis queridos maestros De la universidad Centro Universitario de Iguala quienes día a día me han dado la debida educación y orientación para la culminación de mi carrera profesional, en la rama de Enfermería y obstetricia, por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda. Infinitas gracias

C. CYNTHIA NAYELI ROMAN ESTRADA

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Agradecimientos	iv
Reconocimientos	v
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
II. Revisión de la Literatura	6
Marco Conceptual	6
Marco Jurídico	8
Antecedentes	11
Conocimiento de anticonceptivos	15
Prevalencia anticonceptiva	16
Conceptos	18
Planificación familiar	20
Anticoncepción	23
métodos anticonceptivos	24
Infecciones de transmisión sexual	32
Estudios relacionados	34
III. Metodología	39
IV. Resultados y discusión	48
V. Conclusiones y sugerencias	69
VI. Bibliografía	72
Anexo "A" Consentimiento informado	78
Anexo "B" Instrumento de medición	79

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	48
4.2	Estado civil	49
4.3	Ocupación	50
4.4	Nivel educativo	51
4.5	Número de hijos	52
4.6	Religión	53
4.7	Edad de inicio de su vida sexual	54
4.8	Zona de residencia	55
4.9	Conoce los métodos anticonceptivos	56
4.10	Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza	57
4.11	Percepción del uso del condón	58
4.12	Conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual	59
4.13	Conocimientos sexuales (información sexual recibida por el personal de salud o por los padres de familia).	60
4.14	Utilización de métodos tradicionales	61
4.15	Tiempo de vida sexual activa años	62
4.16	Razones por lo cual no usa anticonceptivos	63
4.17	Ha presentado alguna infección sexual	64
4.18	Tiene conocimiento de las enfermedades sexuales	65
4.19	Barreras religiosas en el uso de los métodos anticonceptivos	66
4.20	Conocimiento acerca de las formas de evitar un embarazo	67
4.21	Número de parejas sexuales	68

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres han empezado su vida sexual activa desde muy temprana edad sin la planificación familiar ni la protección necesaria provocando altos índices de deserción escolar y altas tasas de fecundidad. En nuestra sociedad sigue siendo un tabú hablar de sexualidad, la falta de participación activa de los padres para dar información a sus hijos en este aspecto tan importante trae muchos problemas sociales en nuestro país y sociedad; así tenemos embarazos no deseados, prematuros, muertes materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual (Alba y Cabrera, 2010).

La relevancia de analizar los conocimientos, los comportamientos y explorar las creencias en planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual entre jóvenes, se debe a las posibles consecuencias de sus decisiones en el ámbito de la salud reproductiva. Las jóvenes, en promedio, inician su vida sexual entre los 15 y 19 años, esto ocurre en condiciones inseguras de protección a su salud por la escasa información, lo cual se refleja en la poca utilización de métodos de planificación familiar (MPF), particularmente el condón (alemán et al, 2013).

La educación sexual es un componente importante para la vida para lograr una salud sexual y reproductiva segura que aporte calidad de vida al individuo, la familia y la comunidad (Contreras y Rodríguez, 2013). A pesar del auge que tuvo en los años 80, en nuestra sociedad sigue siendo un tabú hablar de sexualidad, la falta de participación de los padres para dar información a sus hijos en este aspecto tan importante trae muchos problemas sociales en país y sociedad; así tenemos embarazos no deseados, prematuros, muertes materno-infantiles, enfermedades de transmisión sexual (Alba y Contreras, 2010).

Las mujeres están expuestas a mayores riesgos por embarazos no planeados, que pueden terminar en la práctica de abortos en condiciones

inapropiadas, contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otras complicaciones del embarazo.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.

1.1. Planteamiento del Problema.

Los estudios epidemiológicos sobre el estado de salud de la mujer, la edad evolutiva y el campo sexual reproductivo representan el punto de partida para la realización de intervenciones eficaces y apropiadas en el ámbito de la promoción de la salud de la comunidad. En diciembre de 2012 ONUSIDA reporto 32,2 millones de personas infectadas por VIH (virus inmunodeficiencia humana) en el mundo, de ellas 15 millones son mujeres, la mayoría en edad reproductiva, un porcentaje importante en edades comprendidas entre los 20 y 29 años, lo que indica de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, que la infección fue adquirida durante la adolescencia (Restrepo y Restrepo 2015).

En el mundo la transmisión heterosexual es responsable de aproximadamente el 70% de las infecciones informadas, lo cual explica el incremento de casos en mujeres y por consiguiente el número de casos de sida pediátrico. El 90% de estos últimos son resultado de transmisión madre hijo. Existe amplio conocimiento de los factores de riesgo que favorecen la transmisión vertical y las medidas exitosas para disminuirla como son: la prevención primaria, la planificación familiar, el sexo seguro y protegido. Estas estrategias han mostrado gran efectividad en la reducción del número de casos de sida en niños,

pero su implementación aun es bastante deficiente en países en vía de desarrollo (Restrepo y Restrepo 2015).

En América Latina y el caribe, 90% o más de los adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos (18%). Los roles y relaciones de género tienen impactos negativos en las mujeres debido a que todavía existen iniquidades que caracterizan a nuestro país por causa geográfica, cultural, étnica, socioeconómica, edad, género o discapacidad, haciendo énfasis en que realmente no se observa la equidad de género en las decisiones reproductivas.

En Colombia, según el ministerio de protección social, a diciembre de 2005 se ha informado 54.805 casos de infección por VIH. En nuestro país hay 11 millones de mujeres en edad reproductiva, 1,2 millones de gestaciones cada año, la prevalencia de la infección es de 0,6%, lo que implica que cada año se presentan aproximadamente 4.800 embarazos en mujeres VIH positivas, y de no mediar ningún tipo de intervención, 1.440 mujeres transmitirán la infección al recién nacido. A diciembre de 2005 se habían informado 817 casos de infección por transmisión madre hijo. La relación hombre: mujer en Colombia es de 1,8:1 (Restrepo y Restrepo 2015).

Cerca de los embarazos que ocurren cada año en Colombia son no deseados o al menos no planeados, sin embargo esta no es una situación propia de los países en desarrollo; las cifras en Estados Unidos son similares. Una alta proporción de los embarazos no deseados y no planeados se presentan en mujeres que no están empleando métodos anticonceptivos y una proporción menor en mujeres que los emplean mal. Las gestaciones no deseadas y no planeadas tienen un gran impacto sobre la mujer, su pareja, el hijo y la sociedad.

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).

La planificación Familiar (PF) posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, partiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamentos adecuados (edad materna 25 a 35 años y un intervalo intergenésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas. La Planificación familiar le permite a las parejas elegir de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y espaciamento de los embarazos y contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos (Arias et al, 2014).

Por lo anterior expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva?

1.2 Justificación.

La experiencia adquirida en el mundo, indica que es posible mejorar la salud y reducir la fecundidad mediante programas de planificación familiar de alta calidad. Desde el punto de vista científico la investigación ayudara a conocer el nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad reproductiva acerca de los métodos de anticoncepción para que las personas puedan elegir el método anticonceptivo con conocimiento de causa y que sea tratado con respeto.

Es importante diseñar intervenciones educativas dirigidas a los integrantes del equipo de salud que incluya temas sobre los métodos anticonceptivos. La

mayoría de las personas pueden usar métodos sin peligro, sin tener que someterse a exámenes médicos o pruebas de laboratorio. Aunque la mayoría de los métodos anticonceptivos tienen efectos secundarios comunes, rara vez ocurren complicaciones graves. Es importante que el personal de salud informe a las mujeres en edad reproductiva acerca de la eficacia, ventajas y desventajas, efectos secundarios métodos anticonceptivos. Esto aumenta las probabilidades de que no solo adopten el uso de un método anticonceptivo, sino que siga usándolo y esto ayuda a las mujeres a tener una mejor calidad de vida tanto personal como familiar.

Por otro lado, esta investigación nos permitirá proponer alternativas de solución para ayudar a las personas a reducir los índices de embarazo.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

- 1.3.1.1. ¿Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva?

1.3.2 Objetivo específico.

- 1.3.2.1 Conocer los tipos de métodos anticonceptivos utilizados en la población estudiada.
- 1.3.2.2 Proponer alternativas de solución para incidir en el uso de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. 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. Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Marco Conceptual. En los términos del Artículo 4° 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.

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. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (OMS, 2013).

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes:

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 (UNFPA, 2014).
2. Contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas. La evidencia demuestra que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos mejora la salud materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.
3. Reduce el número de abortos. Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de tres cuartas partes (Singh y Darroch, 2012).
4. 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 infantiles que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre.
5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que, al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral (UNFPA, 2014).
6. 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 (Singh y Darroch, 2012).

7. Disminuye los costos asociados a la atención médica. Por cada dólar invertido en servicios de anticoncepción moderna, se podría ahorrar 1.40 USD en gastos de atención materna y en cuidados del recién nacido (Rodríguez y Lale, 2014).
8. 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.

En resumen, la planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, es un derecho humano, un elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas y las comunidades, así como un aspecto esencial para la igualdad de hombres y mujeres.

En la actualidad, las necesidades y prioridades de la población en materia de salud sexual y reproductiva evidencian que además de los servicios de planificación familiar que son esenciales para limitar o espaciar el número de nacimientos en parejas, también se deben otorgar servicios de anticoncepción a personas que aun cuando no están casadas o unidas, son sexualmente activas y desean evitar un embarazo. Por consiguiente, para satisfacer las necesidades individuales y los ideales reproductivos de personas y/o parejas se deben otorgar servicios de planificación familiar y de anticoncepción (Rodríguez y Lale, 2014).

Marco Jurídico. En México, las acciones de planificación familiar y anticoncepción están respaldadas jurídicamente tanto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otros documentos normativos y legislativos de carácter nacional, como por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, entre los que destaca la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994.

En el ámbito nacional, los principales ordenamientos de tipo jurídico en los que se sustentan las acciones de planificación familiar y salud reproductiva son las siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su Artículo 4º señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Leyes

- Ley General de Población, que en su Artículo 3º, Fracción II, señala que la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país (Ley General de Población, 1974).
- Ley General de Salud, que en su Artículo 3º señala que la planificación familiar es materia de salubridad general, y en sus Artículos 67 a 71 se incluyen diversas disposiciones que le otorgan a la planificación familiar su carácter prioritario, definen los diferentes servicios que incluye la planificación familiar, y le otorga a la Secretaría de Salud la facultad de coordinar las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones de planificación familiar (Ley General de Salud, 2014).
- Ley Federal para prevenir y Eliminar la Discriminación, que en su Artículo 11 señala que los organismos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia llevarán a cabo, entre otras medidas

compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, la impartición de educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto de los derechos humanos (Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2014).

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Población (2012), que en la Sección II del Capítulo Segundo incluye diversas disposiciones para regular las acciones de planificación familiar, entre las que se incluye la gratuidad de los servicios cuando éstos sean otorgados por dependencias y organismos del sector público (Artículo 16).
- Reglamento de la Ley General de Salud (2011), que en su Artículo 17 faculta a los establecimientos de carácter privado para colaborar, entre otros servicios básicos de salud, con la prestación de servicios de planificación familiar. Además, en su Capítulo V (Artículos 116 al 120), incluye diversas disposiciones para la prestación de servicios de planificación familiar (Ley General de Salud, 2011).

Normas Oficiales Mexicanas

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

En el marco de la salud reproductiva, las acciones de planificación familiar también se relacionan con otras Normas Oficiales Mexicanas.

Antecedentes.

Al terminar la Revolución Mexicana las condiciones de salud en México eran dramáticas, ya que prevalecía una alta mortalidad general asociada básicamente a efectos de la lucha armada de 1910, así como a factores nutricionales y de salud pública deficientes, lo que redujo la población del país drásticamente en los años veinte. Ante este escenario, los gobiernos posrevolucionarios promovieron leyes de corte pronatalista (Leyes Generales de Población de 1936 y 1947) (Váldez, 2013), que incentivaron el incremento de la población.

Como resultado de tales políticas de población, la tasa de crecimiento poblacional alcanzó sus niveles más altos durante la década de los años setenta, al ubicarse en 3.5% anual, mientras que la tasa global de fecundidad se situó en casi siete hijos por mujer. La población nacional pasó entonces de 15 a 50 millones de los años veinte a los años setenta (CONAPO, 2010), con una estructura por edad muy joven: 46% de la población tenía menos de 15 años de edad (INEGI, 2000).

El rápido crecimiento de la población que prevalecía en ese entonces, 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.

Nuestro gobierno, atendiendo a las recomendaciones nacionales e internacionales, en 1973 derogó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos y en enero de 1974 decretó la nueva Ley General de Población, en donde se establecieron las bases para la creación de servicios de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud en el sector público. En diciembre del mismo año se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO)

como un organismo intersectorial responsable de la planeación demográfica del país (Ley General de la Población, 1974).

En 1977 se aprueba al primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y se estableció, además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% en 1982 (Martínez, 1985).

A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo del país. En sus inicios sólo se ofertaban en áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las cuales personal voluntario de las propias comunidades desempeñó un papel fundamental. Paralelamente, se fue diversificando la oferta de métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población, y se impulsaron campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población (Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

En la década de los años ochenta, el Programa de Planificación familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post – evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables (secretaría de Salud, 2002).

En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación 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 (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto, México se sumó al pronunciamiento de las naciones Unidas respecto a la importancia de satisfacer las necesidades de las personan en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como requisitos indispensables tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo equilibrado de la población.

En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género (Pérez et al, 2000). A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido continuamente.

A lo largo de sus casi 40 años de vida, el Programa de Planificación Familiar ha tenido importantes avances, pero aún enfrenta grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, gracias a los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales, conforme a las necesidades y prioridades de la población objetivo (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Situación actual y problemática.

Los servicios de planificación familiar instituidos oficialmente en el país en la década de los setenta han sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población. Asimismo, han contribuido a

mejorar la salud reproductiva de la población, particularmente en lo que corresponde a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

En las últimas cuatro décadas se ha observado una disminución importante en el número promedio de hijos por mujer (tasa global de fecundidad), al pasar de 6.8 en 1970 a 2.3 en 2010. Actualmente la tasa de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer (CONAPO, 2010) cercana al nivel de reemplazo generacional que es de 2.1 hijos por mujer, y que se estima se logrará posterior al año 2025 (CONAPO, 2012).

Es importante mencionar que la estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente durante estos últimos 40 años, observándose desde 1970 una disminución en la base debida principalmente al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad productiva y reproductiva (INEGI, 2013). Esta tendencia de la población por edad y sexo plantea el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, principalmente en adolescentes que representan dentro la etapa reproductiva, el grupo de edad (quinquenal) de mayor proporción en ambos sexos (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Las acciones de planificación familiar y anticoncepción están orientadas a mujeres y hombre en edad reproductiva, No obstante, la cobertura de los servicios se ha medido tradicionalmente en términos de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), esto es, mujeres de 15 a 49 años que se encuentran casadas o unidas. Recientemente, se empezó a calcular la cobertura del Programa con relación a las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), que se refiere a mujeres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista (CONAPO, 2011).

De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, el número de Mujeres en edad Fértil (MEF) en el país asciende a 32.7 millones en 2013, lo que representa 27.7% de la población total del país, Durante el periodo 2010-2013 este grupo de población aumentó en 1.15 millones, lo que representa un incremento de 1.2% en dicho periodo.

Por otra parte, con base en los resultados de la Encuesta nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, se estima que el 57.4% de las MEF están casadas o unidas y 52.9% tienen vida sexual activa. Suponiendo que este comportamiento se mantiene, la población potencial del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción asciende en el 2013 a aproximadamente 18.8 millones de MEFU y 17.3 millones de MEFSA, cifras que incrementarán a 19.6% y 18.1 millones respectivamente en 2018 (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Conocimiento de anticonceptivos.

Una condición para que la población acepte el uso de anticonceptivos es la identificación y el conocimiento de las diferentes opciones disponibles para regular la fecundidad. En términos generales, el nivel de conocimiento de MEF sobre métodos anticonceptivos, paso de 89 a 98% de 1976 a 2009, es decir, de acuerdo al último dato disponible, prácticamente la totalidad de las MEF conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo. Sin embargo, el nivel de conocimiento por tipo de anticonceptivo específico varía significativamente de acuerdo con el tipo de método. Así, mientras cerca del 95% de las MEF mencionó en 2009 que conoce las pastillas y el condón, poco más del 91.0% reconoce la oclusión tubaria bilateral (OTB) y las inyecciones, 90.8% el dispositivo intrauterino (DIU) y 86,9% la vasectomía (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Llama la atención que es muy bajo el porcentaje de MEF que conocen los métodos locales y los métodos tradicionales (ritmo y retiro). Un aspecto positivo es que, con excepción de los métodos locales de 1997 a 2009 el porcentaje de las MEF que conoce al menos un método anticonceptivo en específico aumentó en todos los casos, principalmente en lo que corresponde a vasectomía, condón y retiro.

Prevalencia anticonceptiva.

La reducción de la fecundidad y, en consecuencia, del ritmo de crecimiento de la población ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promueven el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se demuestra con los resultados de diferentes encuestas demográficas aplicadas en México desde 1976. De acuerdo con los resultados de estas encuestas nacionales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU paso de 30.2 a 72,3% de 1976 a 3009, lo que coloca a nuestro país con un nivel de uso de anticonceptivos ligeramente por debajo del promedio observado para el conjunto de los países desarrollados (UNFPA, 2012).

No obstante, lo anterior, en los últimos 12 años se observa un incremento de menos de cuatro puntos porcentuales en la prevalencia de uso de anticonceptivos al pasar de 68.5 a 72.3% de 1997 a 2009, lo que indica la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país. En 2009 la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.4%, para después incrementarse a niveles cercanas a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende a menos de 75% en el grupo de edad de 45 a 49 años. Ante estos resultados, resalta el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción particularmente entre adolescentes y jóvenes (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Al interior del país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa. En 2009 Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79.6% lo que coloca a estas entidades federativas con niveles de uso de anticonceptivos semejantes a países desarrollados como la Federación Rusa y estados Unidos de América (UNFPA, 2012).

Por lo contrario, Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Chiapas poseen los porcentajes más bajos de uso de anticonceptivos, por debajo de 61.4% lo que indica que estas entidades federativas presentan un rezago de aproximadamente 17 años en comparación con el avance a nivel nacional. De acuerdo al uso de métodos anticonceptivos por lugar de residencia fue 74.9% en el área urbana y 63.7% en el área rural. Con relación a las mujeres indígenas sólo el 57.9% de las MEFU que hablan lengua indígena utilizan algún método anticonceptivo (Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Los métodos más utilizados en el 2009 fueron la OTB con 50.2% del total de usuarias; DIU con 16.0% y métodos locales con 10.1% (incluye condón femenino con 0.9% y condón masculino con 10%) quedando por debajo del 10% las inyecciones, las pastillas y la vasectomía, así como los métodos tradicionales.

La planificación familiar es un componente de la salud sexual y reproductiva que ha permitido disminuir la mortalidad materna y neonatal, así como mejorar las condiciones de vida de las personas. Para este propósito en todas las instituciones se ha fortalecido la Anticoncepción Post-evento Obstétrico (APEO), con acciones de educación, consejería y provisión de métodos anticonceptivos. De acuerdo con los sistemas de información institucionales, el IMSS Régimen Ordinario, el IMSS Oportunidades y la SEDENA superaron la meta de 70% de cobertura de APEO, con logros de 84.5, 77.4 y 76.6% respectivamente. La Secretaría de Salud, a pesar de que incrementó la cobertura de APEO de 43.2% en 2006 a 58.4% en

2012, se mantuvo muy por debajo de la meta nacional, lo que representa un área de oportunidad (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

En las instituciones públicas de salud en México, las aceptantes de APEO pasaron de 928.5 mil 2006 a 1.26 millones en 2012, lo que representó un incremento de 365 EN DICHO PERIODO. En este caso el IMSS oportunidades y la Secretaria de Salud tuvieron un incremento de 3.0 y 13.8 % respectivamente. En el resto de las instituciones la tendencia es consistente a la baja (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Conceptos.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y potencien la personalidad, la comunicación y el amor”, También expresa que “todas las personas deben tener una vida sexual satisfactoria y segura, gozando de plena capacidad de reproducirse y libertad de decidir” (Vázquez y Daldevich, 2013).

Salud sexual. Es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales en todas las personas (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

La salud sexual. Se considera por la Organización Mundial de la Salud, como una integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y culturales de la persona, por medios que le permitan desarrollar su personalidad, la comunicación, el amor y la realización feliz de su sexualidad (Ayala et al, 2011).

Sexualidad. Se refiere una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos; es un componente esencial de la capacidad de los adolescentes para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad (ENSANUT, 2012).

El concepto de salud reproductiva (reproductive health) o, por llamarlo de manera más adecuada, salud en el campo reproductivo, se introdujo por primera vez en el decenio de 1980 por los de la OMS. El interés por el concepto de salud “de género” como derecho internacional es un fenómeno reciente. En la Conferencia sobre población y desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, se acuñó la definición oficial de salud sexual reproductiva, que se inserta en el contexto de la definición general de salud: “se encarga del sistema, los procesos y las funciones reproductivas en todos los estadios de la vida humana”. Además, se determinó que la salud sexual representa una “integración positiva de los aspectos

somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, de que se enriquezcan la personalidad y las capacidades comunicativas y afectivas”. (Guana, et al 2009)

A partir de estos principios, en el concepto de salud sexual y reproductiva se resalta el poder de la mujer y la calidad de su existencia como proyecto para asegurar el estado de bienestar de las futuras generaciones (OMS, 2012).

Salud reproductiva. Es el estado general de bienestar físico, mental y social de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

Planificación familiar

Se entiende la planificación familiar como el derecho que tienen las parejas para definir libre y responsablemente el número de hijos y el momento de tenerlos. Se debe resaltar la connotación dentro del contexto de los derechos humanos y los derechos reproductivos. En este mismo sentido, el personal de salud debe respetar los valores y creencias de las usuarias, sus circunstancias, percepciones e interpretaciones y debe garantizar una información imparcial y rigurosa para facilitar una decisión suficientemente informada, por parte de la mujer o de la pareja. En ausencia de anticoncepción, aproximadamente el 85% de las parejas tendrán un embarazo al cabo de un año de exposición y los diferentes métodos buscar reducir de manera importante esta cifra. La abstinencia es el único método 100% efectivo (Zuleta, 2015).

Planificación familiar. Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a

obtener el respecto, la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independientemente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas (Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018).

La planificación Familiar permite tener el número de hijos deseados y determinar el intervalo entre cada embarazo esto se logra mediante la aplicación de los diferentes métodos anticonceptivos. Dentro de los diferentes fines de la planificación familiar, se encuentra el retraso del primer embarazo, espaciamiento de los nacimientos y limitaciones definitiva de los mismos cuando se ha alcanzado el tamaño de familia deseado: la planificación familiar permite concebir el número de hijos deseados, en el momento planeado (OMS, 2014).

La OMS identifica los siguientes beneficios de la planificación familiar:

1. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momentos tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y pueden posponerlos en los jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. También puede evitar el embarazo de las mujeres en edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos (OMS, 2014).
2. Reducción de la mortalidad de los menores de un año. La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de

mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar (OMS, 2014).

3. 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).
4. 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. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos (OMS, 2014).
5. Disminución del embarazo de adolescentes. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad (OMS, 2014).
6. Menor crecimiento de la población. La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos

que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo (OMS, 2014).

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).

Anticoncepción

Entender la concepción facilita la comprensión de las medidas que pueden tomarse para evitar el embarazo. La planificación familiar consiste en la prevención del embarazo hasta el momento deseado. Pueden usarse diversas medidas para prevenir la fertilización del ovulo femenino. La abstinencia, o abstención del coito, es el único método 100% seguro para evitar un embarazo accidental. Los beneficios añadidos de la abstinencia incluyen la disminución del riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Otras medidas incluyen métodos disponibles con y sin receta médica. Los métodos que consisten en una barrera contra el semen también reducen el riesgo de transmisión de enfermedades (Mendoza et al, 2011).

La selección del anticonceptivo más adecuado sigue siendo un problema difícil de resolver. Para esto, es preciso tener en cuenta algunas dificultades relacionadas con:

- ✚ Falta de información o conocimientos distorsionados.
- ✚ Escasos centros asistenciales específicos.
- ✚ Características propias de la personalidad de la paciente.
- ✚ Vergüenza ante la consulta que involucre sexualidad.

- ✚ Mensajes contradictorios de los pares.
- ✚ Actitudes negativas del profesional ya sean verbales o gestuales.

En la orientación sobre un método anticonceptivo en una adolescente, el profesional debe valorar algunos aspectos, entre ellos:

- ✚ Maduración física.
- ✚ Maduración psíquica.
- ✚ Frecuencia de relaciones sexuales.
- ✚ Expectativas frente a un posible embarazo.
- ✚ Estabilidad de la pareja.
- ✚ Nivel sociocultural.
- ✚ Posibilidad de controles periódicos.

Los objetivos de una intervención profesional comprometida deben apuntar a:

- ✚ El uso correcto del método anticonceptivo
- ✚ La disminución del embarazo no deseado
- ✚ La disminución del número de abortos
- ✚ Una sexualidad placentera y sin riesgo (Vazquez y Daldevich, 2013).

Métodos anticonceptivos.

Para el profesional de la salud, es imprescindible:

- ✚ Poseer un conocimiento acabado de los diferentes métodos anticonceptivos (MAC).
- ✚ Respetar los derechos de los adolescentes, independientemente de las propias creencias.
- ✚ Reconocer las decisiones de los adolescentes acerca de su sexualidad genital.

- ✚ Conocer las dificultades de los adolescentes para elegir y utilizar un MAC.

No existe un MAC ideal: no obstante, es necesario que el que se lija cumpla con algunos requisitos, entre los que se destacan:

- ✚ Reversibilidad
- ✚ Alta efectividad
- ✚ Demandar un mínimo de planificación y motivación
- ✚ Efectos colaterales mínimos Vázquez y Daldevich, 2013).

Asimismo, es fundamental que el profesional tratante conozca los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS los cuales son:

- ✚ Categoría I: no existen restricciones al uso del método
- ✚ Categoría II: Las ventajas son mayores que los inconvenientes teóricos o demostrados, y puede utilizarse dentro de determinados parámetros
- ✚ Categoría III: Condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero pueden existir excepciones en determinados casos
- ✚ Categoría IV: uso contraindicado.

Estos criterios son aplicables a todos los métodos anticonceptivos y consideran edades, patologías y situaciones especiales. Además, se debe incluir la anticoncepción en la lactancia y la de emergencia como situaciones especiales

Métodos anticonceptivos.

Métodos de abstinencia periódica.

Consisten en evitar tener relaciones sexuales durante el periodo de ovulación de la mujer:

- ✚ La responsabilidad del uso debería ser compartida.

- ✚ No protege contra las infecciones de transmisión sexual.
- ✚ No hay requisitos previos para su uso, salvo la consejería.

La mujer tiene que aprender a reconocer el periodo fértil de su ciclo menstrual y las características de cada uno de los métodos. Solo podrían utilizarlos las mujeres con ciclos reguladores, bajo riesgo de adquirir ITS, con una pareja muy motivada para su cumplimiento y que tengan capacidad de aprendizaje para su implementación. Por lo tanto, no se recomiendan si presentan ciclos irregulares, en el posparto, durante la lactancia o en la adolescencia. Los métodos de abstinencia periódica son los que se describen a continuación.

método Ogino-Knaus o método de cálculo por el calendario.

Los días fértiles se obtienen mediante cálculos numéricos, por lo que se deben controlar los ciclos menstruales durante todo un año previo al uso de este método. La mujer tiene que restar 18 al número de días de duración del ciclo más corto que tiene en su registro y, luego, restarle 11 al número de días de duración del ciclo más largo. La tasa de fracasos es amplia, porque las ovulaciones irregulares se producen con relativa frecuencia (Vázquez y Daldevich, 2013) Método del ritmo, que consiste en abstenerse de tener sexo en los momentos de fertilidad. Esta medida no es costosa, pero requiere de un monitoreo preciso del ciclo menstrual, el cual puede ser irregular en la adolescencia, lo que dificulta el monitoreo (Johnson, 2011).

Método de la temperatura basal.

Se sustenta en que, desde la ovulación hasta la menstruación, la temperatura normalmente se eleva medio grado centígrado, debido al efecto termogénico de la progesterona. El periodo de seguridad es a partir del segundo y tercer día del ascenso de la temperatura; de esta forma, este queda limitado a alrededor de 10 días en que puede mantener relaciones sexuales. La mujer se

debe tomar la temperatura de la misma manera (oral, rectal o vaginal) y a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse y registrarla en un gráfico (Vázquez y Daldevich, 2013).

Método de Billings o de moco cervical.

Se fundamenta en los cambios del moco cervical. Cerca del periodo de la ovulación. Aumenta el moco, el cual se vuelve más filante; estos son los días fértiles, por lo tanto, son los días de abstinencia. Antes de estos días, y después de ellos, el moco es escaso (días infértiles). Cabe destacar que el moco también se altera ante la existencia de infecciones locales. Dado que en los primeros años de la adolescencia los ciclos menstruales no son totalmente regulares ni ovulatorios, este método no es el más aconsejable para esta etapa de la vida.

Ventajas y desventajas de los métodos de abstinencia periódica:

Ventajas:

- ✚ Carecen de efectos colaterales o adversos.
- ✚ Bajo o nulo costo.

Desventajas:

- ✚ Alta motivación y cooperación de la pareja.
 - ✚ Necesidad de ciclos regulares.
 - ✚ Instrucción y entrenamiento previo.
 - ✚ Resolución de la conflictiva sexual.
 - ✚ Tranquilidad respecto de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- (Vázquez y Daldevich, 2013).

Dispositivos intrauterinos.

Los dispositivos intrauterinos (DIUs) son métodos anticonceptivos de acción prolongada como son los DIU con cobre (DIU-CU) y los DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LING). (OMS, 2018).

Anticonceptivos con progestágeno solo.

Entre los anticonceptivos con progestágeno solo (APS) se incluyen los implantes con progestágenos solo, los anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS) y los anticonceptivos orales con progestágenos solo (AOPS). La mayoría de las mujeres pueden usar APS de manera segura.

La APS no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, Si existe riesgo de IRS/VIH se recomienda el uso correcto y consistente de preservativo como es el condón masculino y femenino.

✚ Implantes con progestágeno solo: Anticoncepción de acción prolongada como:

- Levonorgestrel (LNG): los implantes que contienen LNG son Norplant*, Jadell* y Sino-implant*.
- Norplant* es un implanta de 6 varillas: cada varilla contiene 36 mg de LNG.
- Jadelle* es un implante de 2 varillas: cada varilla contiene 75 mg de LNG
- Etonogestrel (ETG): Los implantes que contienen ETG son implanon* y Nexplanon*. Ambos son implantes de una sola varilla que contiene 68 mg de ETG (OMS, 2018).

✚ Los anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS).

Entre estos anticonceptivos inyectables se incluye el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y el enantato de noretisterona (EN-NET). Entre estos tenemos:

1. AMPD-IM= 150 mg de AMPD administrado por vía IM.
2. AMPD-SC= 104 mg de AMPD administrado por vía subcutánea.
3. EN-NET= 200 mg de EN-NET administrado por vía IM. (OMS, 2018).

Anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS).

La AOPS contienen solamente un progestágeno y ningún estrógeno. Estos se pueden proporcionar a una mujer con anticipación, junto con instrucciones adecuadas para iniciar el uso de píldoras, siempre que la mujer reúna los requisitos médicos (mujeres con ciclo menstrual, mujeres con amenorrea, puerperio con lactancia materna y sin lactancia materna, posaborto, cambio de método cuando el anterior era hormonal, cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal, Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de levonorgestrel) (OMS, 2018)

Anticonceptivos hormonales combinados.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHCs) hacen referencia a productos anticonceptivos que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Entre ellos tenemos anticonceptivos orales combinados (AOCs), el parche anticonceptivo combinado, el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC) y los anticonceptivos inyectables combinados (AICs). Estos anticonceptivos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidos el VIH. Si existe riesgo se recomienda el uso correcto y consistente del preservativo (OMS, 2018)

Anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción de emergencia (AE) o anticoncepción poscoital, hace referencia a métodos anticonceptivos que pueden usarse para evitar el embarazo en los primeros días después del coito. También se utiliza en caso de emergencia después de tener relaciones sexuales sin protección, tras la falta o el uso incorrecto de un anticonceptivo (ejemplo, olvidarse de tomar una píldora o un preservativo que se rompe) y después de sufrir una violación o ser forzada a tener relaciones sexuales. Se administra:

✚ PAE-LING

- Dosis única: 150 mg (2 comprimidos de 0.75 mg)
- Dosis dividida: 1 dosis de 0.75 mg seguida de una segunda dosis de 0.75 mg 12 horas después.

✚ PAE combinadas:

- Dosis dividida: 1 dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0.50 mg de LNG, seguida de una segunda dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0.50 mg de LNG 12 horas después. (OMS, 2018)

Métodos quirúrgicos definitivos.

Son opciones a las cuales tienen derecho las parejas, independientemente de su edad y de su paridad, aunque estos aspectos se deben tener en cuenta en el momento de tomar la decisión. El personal de la salud debe conocer y valorar las circunstancias que llevan a la decisión de un método que se debe asumir como definitivo y debe explicar ampliamente tanto el procedimiento y sus connotaciones como la existencia de múltiples alternativas temporales, con el fin de tener un consentimiento realmente informado.

Oclusión tubárica.

Mediante diferentes técnicas se obstruye el paso de los espermatozoides dentro de las trompas de Falopio. Se puede realizar vía vaginal, abdominal o transcervical. La vía vaginal, no se recomienda porque se asocia con mayor morbilidad. La vía abdominal se puede abordar mediante laparoscopia o mini laparotomía. La efectividad, frecuencia y gravedad de la morbilidad importante son similares entre ambas técnicas, pero la morbilidad menor ocurre con menos frecuencia con la última (Zuleta, 2015).

La tubectomía vía abdominal es el método quirúrgico más utilizado, se puede realizar después de un aborto si no hay infección, en el posparto inmediato- dos días- o al terminar el puerperio, durante una cesárea, de manera simultánea con otros procedimientos quirúrgicos ginecológicos o general o en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando se garantice que no exista un embarazo. Está indicada en cualquier mujer, no tiene contraindicaciones absolutas, aunque algunas condiciones médicas pueden llevar a que se difiera su realización, tal como la enfermedad pélvica inflamatoria activa, la infección en el sitio de abordaje o alguna condición médica general que requiera una compensación previa con el fin de disminuir los riesgos durante el acto anestésico y quirúrgico (Zuleta, 2015).

Adicional a las potenciales complicaciones de cualquier acto quirúrgico algunas mujeres pueden desarrollar dolor pélvico crónico y algunas manifiestan aparición de sangrado uterino anormal o dolor cíclico, sin embargo se sabe que en muchos casos no son una consecuencia del procedimiento sino que son condiciones médicas preexistentes que estaban controladas por los métodos hormonales que venían empleando estas mujeres y que quedan desenmascarados al no requerirlos más como métodos anticonceptivos. La posibilidad de falla es baja (7,5 a 37 por 1000 dependiendo del método, la edad de la mujer al momento del procedimiento y el tiempo de seguimiento), un tercio de esos embarazos ectópicos. Hasta un 20% de las mujeres más jóvenes luego de

que realizan la tubectomía solo solicitaban recanalización, de los cuales un 8% y 25% serán exitosas, dependiendo de la técnica de la tubectomía, de la técnica de la recanalización y de la experiencia de los operadores. Entre 1% y 7% de los embarazos luego de recanalización son ectópicos (Zuleta, 2015).

Infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son enfermedades que se adquieren especialmente durante las relaciones sexuales penetrativas del pene o lengua a vagina, ano o cavidad oral, produciendo signos y síntomas principalmente en los genitales y algunas en otros órganos. También pueden ser asintomáticas, y aun así logran ser transmitidas. Ciertas ITS se transmiten al recién nacido durante la gestación, el parto, o la lactancia. Existen más de 30 patógenos entre bacterias, virus y parásitos transmisibles sexualmente y en el mundo ocurren cada año más de 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas y protozoarias transmitidas sexualmente. Entre la ITS más comunes están: sífilis, clamidia, blenorragia (gonorrea), herpes simple, tricomoniasis, condilomatosis, hepatitis B y C, infección por virus de la inmunodeficiencia humana VIH/sida (Gallego, 2015).

Factores de riesgo:

- ✚ Múltiples parejas sexuales o cambio frecuente de pareja sexual.
- ✚ Infidelidad de la pareja.
- ✚ No uso de condón.
- ✚ Falta de reconocimiento de signo y síntomas asociados a ITS.
- ✚ Relaciones sexuales bajo influencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- ✚ Pertenecer a grupos de riesgo: trabajadores sexuales, población móvil (conductores, marineros), hombres que tienen sexo con hombres, drogadictos, indigentes, encarcelados, desplazados, militares.

- ✚ Las mujeres tienen más riesgo de adquirir ITS y VIH debido a que son receptoras de fluidos durante el coito, a la falta de habilidades o condiciones para negociar el sexo seguro y a la frecuente subordinación a sus parejas (Gallego, 2015).

Clasificación por síndrome:

- ✚ Úlceras genitales. Pueden ser limpias o sucias, dolorosas o no, únicas o múltiples y de diferentes tamaños. Las infecciones involucradas son herpes genital (virus del herpes simple), sífilis (*Treponema pallidum*), chancroide (*Haemophilus ducreyi*), linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis*), granuloma inguinal (*Klebsiella granulomatis*).
- ✚ Secreción uretral cervical (uretritis o cervicitis). La secreción puede tener color amarillo o verdoso, y en los hombres se asocia a ardor al orinar. En las mujeres la cervicitis por lo general es asintomática pero puede producir flujo vaginal y sangrado posterior al coito o sangrado fácil en la toma de muestra para citología. Los gérmenes implicados son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*.
- ✚ Flujo vaginal. Se reconoce por ser más abundante que la secreción vaginal normal, puede tener color amarillo, grisáceo o blanco, mal olor y producir prurito. Las infecciones implicadas son tricomoniasis (*Trichomona vaginalis*), vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*), candidiasis (*Candida albicans*). Es pertinente anotar que la vaginosis y la candidiasis no son consideradas como ITS.
- ✚ Verrugas genitales (condilomatosis). Tienen aspecto de coliflor y tendencia a la recurrencia, pueden agruparse y crecer de manera que forman la llamada “cresta de gallo”, se producen mayormente por el virus del papiloma humano. La sífilis en el estadio secundario produce los condilomas planos.
- ✚ Dolor abdominal bajo. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se manifiesta con dolor abdominal bajo, flujo vaginal, fiebre, dolor durante el coito y malestar general; sin embargo muchos casos son asintomáticos,

principalmente los producidos por clamidia. Los gérmenes implicados son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

- ✚ Prurito genital. Puede ser causado por infecciones parasitarias, las más frecuentes son pediculosis púbica (*Phthirus pubis*) y la escabiosis (*Sarcoptes scabiei*) (Gallego, 2015).

Estudios relacionados

Calidad técnico-científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. Introducción: Identificar la aplicación de los requerimientos técnico-científicos que los profesionales de enfermería tienen en cuenta en el desarrollo del programa de planificación familiar, es importante para orientar la calidad del cuidado y la reducción de riesgos que amenazan la salud de usuarios, acorde con el ideal de atención en la salud sexual y reproductiva. **Objetivo:** Identificar el cumplimiento del profesional de enfermería de los aspectos técnico – científicos del programa de planificación familiar, en una institución de salud. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal. Población: usuarios del programa de planificación familiar. Muestra: 345 usuarias, 11 enfermeros. Se aplicó un instrumento que evalúa la calidad del cuidado brindado en relación con: la humanización del cuidado, satisfacción con la atención, cumplimiento de aspectos técnico – científicos y disponibilidad de recursos. Procesamiento y análisis de datos: epidata 3, Stata v12. **Resultados:** El 97,9% de los profesionales diligenció adecuadamente los formatos de historia clínica y los hallazgos identificados en la consulta. El 98% de las usuarias no recibió asesoría en derechos sexuales y reproductivos. En el 98,5% de los casos de inserción de implante subdérmico, se aplicó el consentimiento informado a usuarias. El 84% de las usuarias no recibió información sobre: el uso de preservativo como método de doble protección, la importancia del autoexamen de mama el 90%, ni de la citología el 60,5%. **Conclusiones:** Es notoria la falta de información a usuarias sobre cuidados sexuales y reproductivos y los derechos relacionados con estos

cuidados. Fue positivo el cumplimiento de aspectos éticos en la atención (García et al 2018).

Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar **Introducción:** la participación de los hombres en la planificación familiar es todavía insuficiente, lo que se traduce en una escasa presencia masculina en estos servicios. **Objetivo:** identificar los conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. **Métodos:** estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuanti – cualitativo en el que participaron 75 compañeros sentimentales de las mujeres que acudieron a la consulta de planificación familiar en los dos policlínicos del municipio Sagua la Grande en la provincia de Villa Clara, en el periodo comprendido entre mayo y julio de 2013. **Resultados:** los conocimientos y actitudes de los hombres estudiados presentaron brechas desfavorables para la planificación familiar efectiva en la pareja; su escasa utilización y participación de los hombres en las consultas de planificación familiar está influenciada por estos, vinculado a los condicionamientos de género subyacentes. **Conclusiones:** los conocimientos y actitudes de los compañeros sentimentales de las mujeres que acuden a la consulta no fueron satisfactorios, por lo que se debería profundizar en investigaciones futuras y considerar el tema en los diseños de programas enfocados a la salud sexual y reproductiva de los varones (Rodríguez et al, 2016).

Atención de enfermería en planificación familiar. Objetivo: Determinar la calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería a las usuarias y la satisfacción en la atención. **Método:** Estudio de carácter cuantitativo de alcance descriptivo, tipo corte transversal; con 345 usuarias mayores de 14 años; realizado entre octubre de 2013 a junio de 2014, en una institución de primer nivel de atención en salud, en la ciudad de Bucaramanga. **Resultados:** Edad mínima 14 años; el 63,19% (n=218) vive en unión libre; edad mínima de inicio de relaciones sexuales 12 años y máxima 25 años. En el 25,8% (n=89) no se garantizaba la privacidad; el 87,54% (n=302) de los consultorios no contaban con baño para

usuarias. No saludan, ni se refieren al usuario por su nombre, en el 3,77% (n=13) y el 14,78% (n=51) respectivamente. En el 11,59% (n=40) no se explicó el procedimiento antes de ejecutarlo y más del 90% no brindó asesoría en derechos sexuales y reproductivos. El 50,43% (n=174) de los usuarios consideró bueno el trato recibido; un 99,66% (n=344) calificó de buena a excelente la asesoría; el 52,46% (n=181) califica como buena la atención; el 97,97% (n=338) y el 99,13% (n=342) recomendarían y volverían a la institución. **Conclusión:** los usuarios en general refieren la calidad como buena en la atención brindada. Se hace necesario promover los derechos sexuales y reproductivos durante la consulta del programa (Camargo et al, 2016).

Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. Introducción. Si la práctica sexual se da sin planificación ni protección necesaria, se convierte en una amenaza que deriva en problemas como: deserción escolar, altas tasas de fecundidad por embarazos no planificados, que terminan en aborto o muertes maternas e infantiles, enfermedades de transmisión sexual. **Objetivo.** Identificar la práctica y la actitud de la planificación familiar en la población rural y urbana de Tabasco, México, durante el año 2013 – 2014. **Material y Método.** Diseño: cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra: no probabilística por conveniencia. Variables sociodemográficas: Área Geoestadística Básica (AGEB), Zona Rural (ZR) y Zona Urbana (ZU), Práctica: Uso (U) y Conocimiento (C), Actitud de Planificación Familiar (APF): Medio de Comunicación masiva Confiable (MCC), solicitud de información a una Institución de Salud (IIS). Se aplicó el Instrumento de valoración de Práctica y Actitud hacia Planificación Familiar (IPAPF). **Resultados.** 450 entrevistas donde predominó: la ZR (50.6%), por edad de 21 – 29 años (44.13%), por sexo el femenino (53.55%). Se observó que en el UPF, la ZR (61.4%) usó por lo menos un método, el CPF fue regular y la APF fue positiva en ambas AGEB. El MCC fue el internet en ambas AGEB (40%) y la IIS (30%) del cual la mujer es quien más solicita (64.3%). **Conclusión.** En la investigación se observó que el tener el CPF y la APF, no influye en el UPF lo que coincide con lo reportado por otros autores. El CPF regular no coincide con lo

reportado por otros autores. El CPF regular no coincide con las investigaciones recientes, reportan que el CPF debe ser alto. El MCC internet no coincide con lo descrito a nivel mundial, donde señalan a la Televisión. Esta información proporciona bases científicas para elaborar Estrategias Gerenciales y Educativas (Arias et al, 2014)

Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería.

Introducción. Existen riesgos de salud reproductiva para los adolescentes con repercusiones para su vida futura, como el embarazo no planeado y las enfermedades de transmisión sexual. Los estudiantes de enfermería no están exentos de los mismos riesgos. **El objetivo** de este trabajo fue analizar la relación entre los conocimientos, comportamientos y creencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de Enfermería.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio analítico, transversal y correlacional en 300 estudiantes de la licenciatura de Enfermería, de 17 a 24 años. Se diseñó un instrumento con base en indicadores de la Organización Mundial de la Salud. Los datos se procesaron en el Statistical Package for the Social Sciences para el análisis descriptivo e inferencial. **Resultados.** Participaron 300 estudiantes, de primero a cuarto año escolar. La edad promedio fue de 20 ± 1.6 años DS. El 70.7% resultó sexualmente activo. Los conocimientos fueron diferentes según la edad, el estado civil y el nivel escolar: inferiores en menores de 19 años ($t=5.217$, $g/=298$, $p=0.001$). La asociación entre los conocimientos y comportamientos mostró una correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral), directamente proporcional ($rP=0.139$, $p < 0.05$). Las creencias se relacionaron positivamente con la edad. **Conclusiones.** Los conocimientos se relacionan con la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad. Los comportamientos son similares, independientemente de los conocimientos, influenciados por las creencias (Alemán et al, 2013).

Conocimientos de enfermería acerca de los métodos anticonceptivos en el contexto del Programa de Salud de la Familia. La anticoncepción ha ganado más espacio para el debate en los últimos 40 años. La enfermera como profesional que tiene participación activa en este proceso debe ayudar, efectivamente, a las personas que optan por buscar la anticoncepción y el servicio de salud pública. El objetivo fue evaluar los conocimientos de las enfermeras acerca de los métodos anticonceptivos en el contexto del Programa de Salud de la Familia (PSF) acerca de los métodos anticonceptivos. Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, realizado entre julio y noviembre de 2007. Los participantes del estudio fueron 71 enfermeras del PSF de Fortaleza. La mayoría de las enfermeras, 59 (83,1%), es de sexo femenino y 22 (31%) trabajan en el PSF alrededor de 4 a 6 años. Las enfermeras demostraron un mayor conocimiento acerca de los métodos naturales de anticoncepción y los ítems con mayor porcentaje de errores fueron los métodos de barrera. Se encontró que el conocimiento de las enfermeras acerca de métodos anticonceptivos no era suficiente, necesitando más actualización y capacitación de estos profesionales (Moura et al, 2010).

III. METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

Este trabajo de investigación es de tipo descriptivo porque permite dar a conocer explícitamente la realidad sobre este tema y proporcionar su descripción; transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014), y cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 50 mujeres en edad reproductiva que son atendidas en el centro de Salud Agustín Batalla de Iguala de la Independencia Guerrero. La muestra fue a conveniencia ya que se tomó en cuenta a la totalidad de la población que asistía a consulta en esta institución de salud.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad reproductiva
- Consentimiento informado por parte de las mujeres encuestadas

Criterios de exclusión

- Mujeres en edad reproductiva que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
VI. Métodos anticonceptivos	Son métodos naturales y hormonales para evitar los embarazos	Sirven para el control de la reproducción, lo cual permite que las personas controlen el número de hijos que desean.	Socio Demográficas	Edad de ejercicio profesional Estado civil Ocupación Nivel Educativo Número de hijos Religión	a) 10-15 años a) 16-20 años b) 21-25 años c) 26-30 años d) 31-35 años e) 36-40 años f) Más de 41 años a) Casada b) Soltera c) Unión libre d) Divorciada e) Viuda a) Ama de casa b) Comerciante c) Secretaria d) Otro: especificar a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Técnica f) Profesional a) 1 hijo b) 2 hijos c) 3 hijos d) 4 hijos e) 5 hijos f) 6 hijos g) 7 hijos h) Más de 7 hijos a) Católica b) Testigo de Jehová c) Protestante Otro (especificar)

				<p>Edad de inicio de su vida sexual</p> <p>Zona de residencia</p>	<p>a) 11 años b) 12 años c) 13 años d) 14 años e) 15 años f) 16 años g) 17 años h) 18 años i) Otra edad (especificar)</p> <p>a) Urbana b) Rural</p>
Conocimiento de métodos anticonceptivos		Conocimientos que tienen las mujeres de los diferentes métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados.	Datos analíticos	<p>Conoce los métodos anticonceptivos</p> <p>Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza</p> <p>Percepción del uso del condón</p> <p>Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Utilización de métodos tradicionales</p> <p>Tiempo de vida sexual activa. años</p>	<p>a) Si b) No</p> <p>a) Preservativo b) Píldora c) Inyectable d) DIU e) Ritmo f) Ligadura de trompas g) Método tradicional h) Otros métodos modernos i) No los utiliza</p> <p>a) Si funciona b) No funciona c) No es lo mismo tener relaciones con condón</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Si b) No</p> <p>a) Menos de 1 año b) 1-5 años c) 6-10 años</p>

					<ul style="list-style-type: none"> d) 11-15 años e) 16-20 años f) 20-25 años g) Más de 26 años
				<p>Razones por lo cual no utiliza métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) No tiene relaciones sexuales b) Embarazada c) Desea más hijos d) Se operó su pareja e) Miedo a efectos secundarios f) No los conoce g) Razones religiosas y otras
				<p>Ha presentado alguna infección sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No c) Cual (especifique)
				<p>Tiene conocimiento de las enfermedades sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
				<p>Barreras religiosas en el uso de los métodos anticonceptivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Si b) No
				<p>Conocimiento acerca de las formas de evitar un embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Con el uso de métodos anticonceptivos b) Sin tener relaciones sexuales c) Platicando con la pareja d) Recibiendo orientación sexual e) Otros: f) No sabe
				<p>Número de</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) 1

				parejas sexuales	b) 2 c) 3 d) Más de tres
--	--	--	--	---------------------	--------------------------------

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Guerrero, el cuál fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 8 preguntas cerradas y en la fase analítica contiene 13 preguntas cerradas

Trabajo de campo: Se programó entrevistas previas con los responsables de la institución de salud para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética del estudio y la confiabilidad de las respuestas de las mujeres en edad fértil en estudio. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de las mujeres en edad reproductiva detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizar los ajustes necesarios.

La recolección de los datos del personal de enfermería se realizó en el Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Guerrero, para conocer el conocimiento de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva, se les explico el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado.

Análisis de los datos.

La recolección de la información se utilizó la estadística descriptiva de razones y porcentajes; la información se presenta en cuadros estadísticos.

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 obtuvo el consentimiento informado por escrito de las mujeres en edad reproductiva que participaron en el estudio.

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.- E consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunirse 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 Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó en la población objeto de estudio.

Datos sociodemográficos

Tabla No. 1 Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	10-15 años	4	8.0	8.0	8.0
	16-20 años	14	28.0	28.0	36.0
	21-25 años	12	24.0	24.0	60.0
	26-30 años	8	16.0	16.0	76.0
	31-35 años	2	4.0	4.0	80.0
	36-40 años	4	8.0	8.0	88.0
	Más de 41 años	6	12.0	12.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

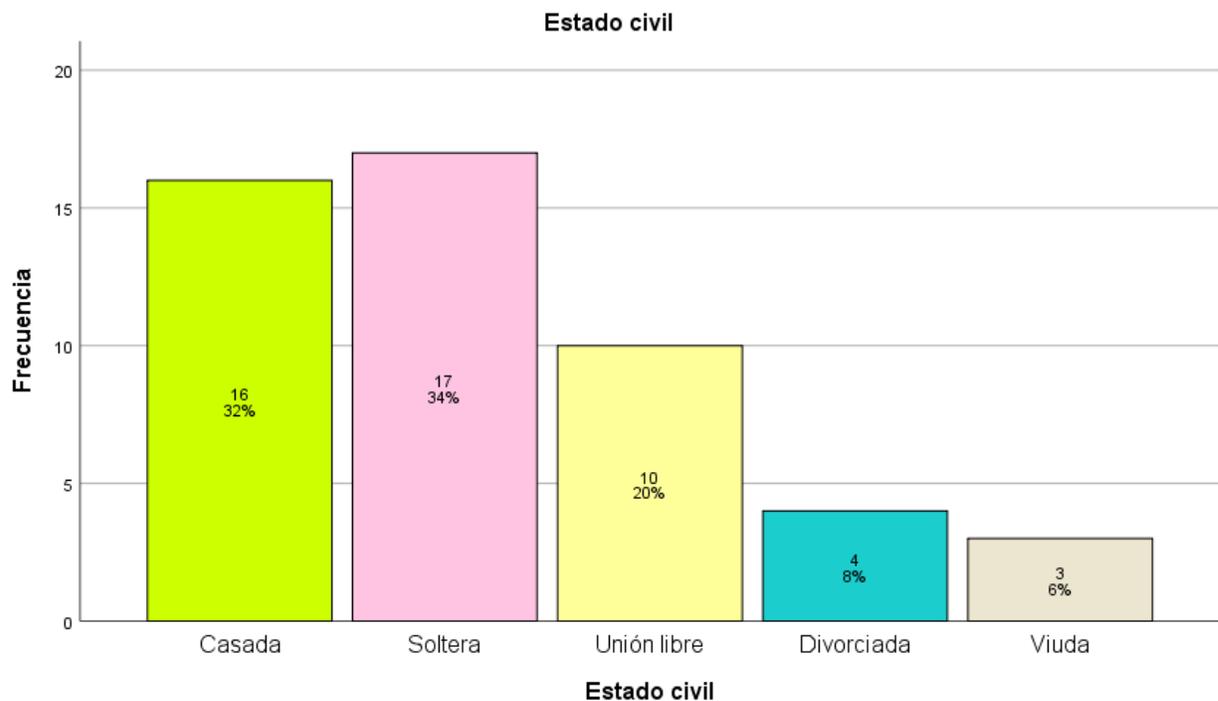
De la población en estudio se encontró que el 28% de las mujeres en edad reproductiva tienen de 16 a 20 años de edad, 24% de 21 a 25 años y el 16% cuenta con 26 a 30 años.

Cuadro No. 2 Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	16	32.0	32.0	32.0
	Soltera	17	34.0	34.0	66.0
	Unión libre	10	20.0	20.0	86.0
	Divorciada	4	8.0	8.0	94.0
	Viuda	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación al estado civil la mayoría son solteras, en segundo lugar casado y tercero en unión libre.



Cuadro No. 3 Ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	9	18.0	18.0	18.0
	Comerciante	6	12.0	12.0	30.0
	Secretaria	9	18.0	18.0	48.0
	Intendente	2	4.0	4.0	52.0
	Empleada	4	8.0	8.0	60.0
	Enfermera	5	10.0	10.0	70.0
	Estudiante	3	6.0	6.0	76.0
	Odontóloga	2	4.0	4.0	80.0
	Fisioterapeuta	1	2.0	2.0	82.0
	Docente	2	4.0	4.0	86.0
	Profesionista	1	2.0	2.0	88.0
	Fisicoculturista	1	2.0	2.0	90.0
	Ingeniera civil	1	2.0	2.0	92.0
	Licenciada en cosmetología	1	2.0	2.0	94.0
	Nutrióloga	2	4.0	4.0	98.0
	Licenciada en derecho	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación a la ocupación el 18% son amas de casa y secretaria respectivamente y el 12% son comerciantes.

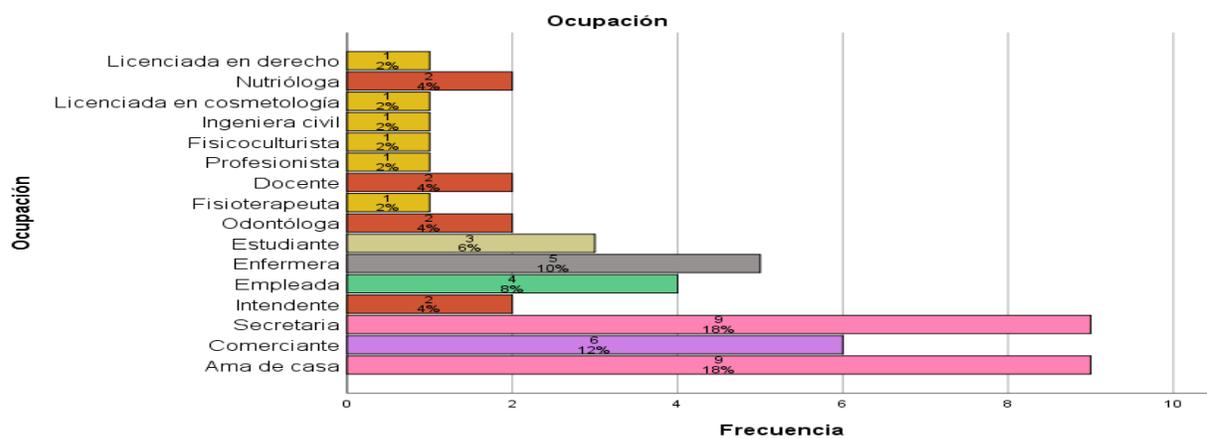


Tabla No. 4 Nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	1	2.0	2.0	2.0
	Primaria	3	6.0	6.0	8.0
	Secundaria	6	12.0	12.0	20.0
	Preparatoria	12	24.0	24.0	44.0
	Técnica	10	20.0	20.0	64.0
	Profesional	18	36.0	36.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

El nivel educativo de la muestra estudiada el 36% es profesional, 24% tienen preparatoria y el 20% tienen una preparación a nivel técnico. Esto es importante para la aceptación de los métodos de planificación familiar.

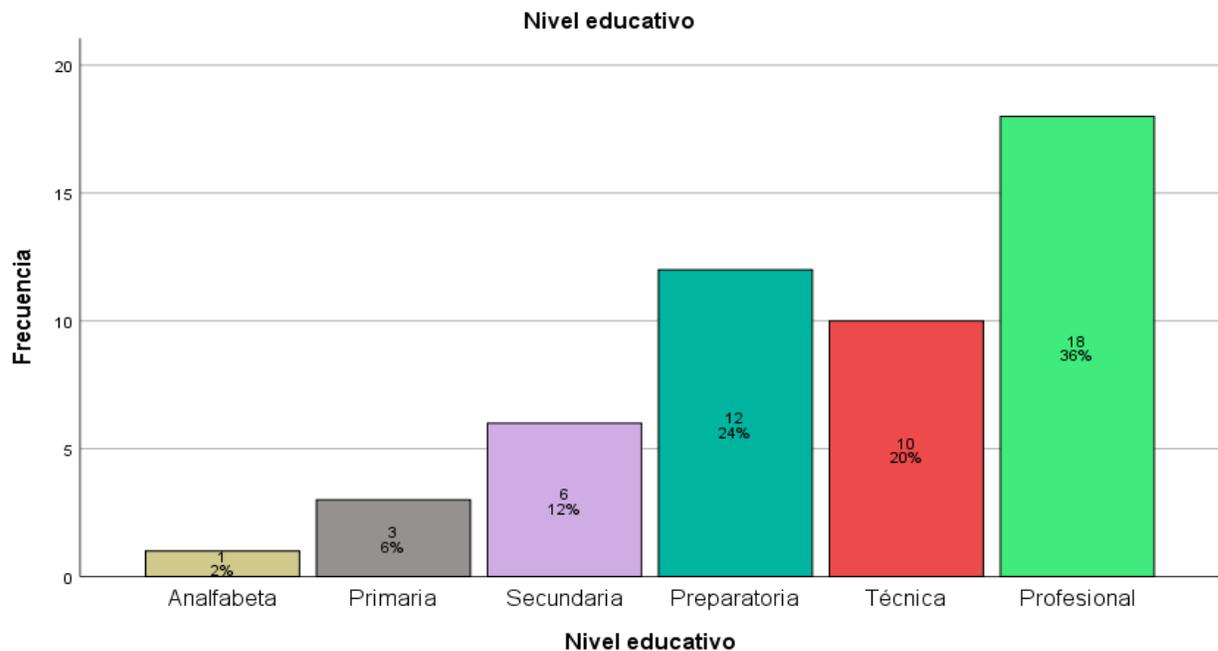


Tabla No. 5 Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 hijo	10	20.0	20.0	20.0
	2 hijos	10	20.0	20.0	40.0
	3 hijos	12	24.0	24.0	64.0
	4 hijos	8	16.0	16.0	80.0
	5 hijos	1	2.0	2.0	82.0
	6 hijos	1	2.0	2.0	84.0
	Más de 7 hijos	1	2.0	2.0	86.0
	Ninguno	4	8.0	8.0	94.0
	No contesto	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla” de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

El 24% de la población estudiada menciona que tiene 3 hijos y el 20% 1 y 2 hijos respectivamente.

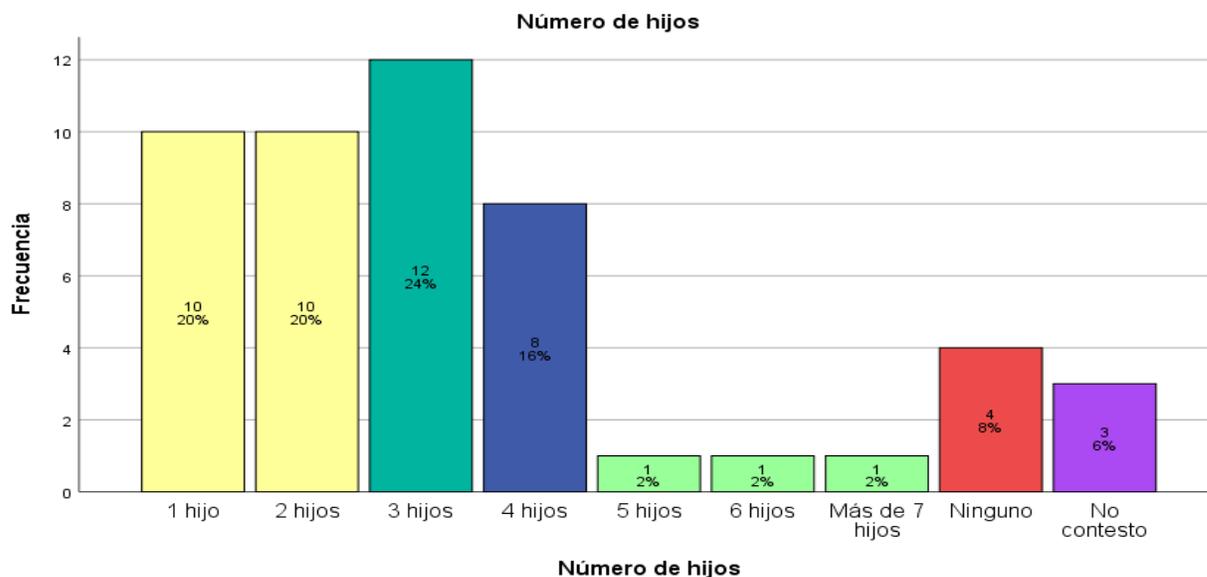


Tabla No. 6 Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	33	66.0	66.0	66.0
	Testigo de Jehová	6	12.0	12.0	78.0
	Protestante	2	4.0	4.0	82.0
	Cristiana	5	10.0	10.0	92.0
	Creyente	1	2.0	2.0	94.0
	Mormón	2	4.0	4.0	98.0
	Sin religión	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla" de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

Es importante conocer la religión de las mujeres encuestadas porque algunas veces esto influye en la no aceptación de los métodos anticonceptivos.

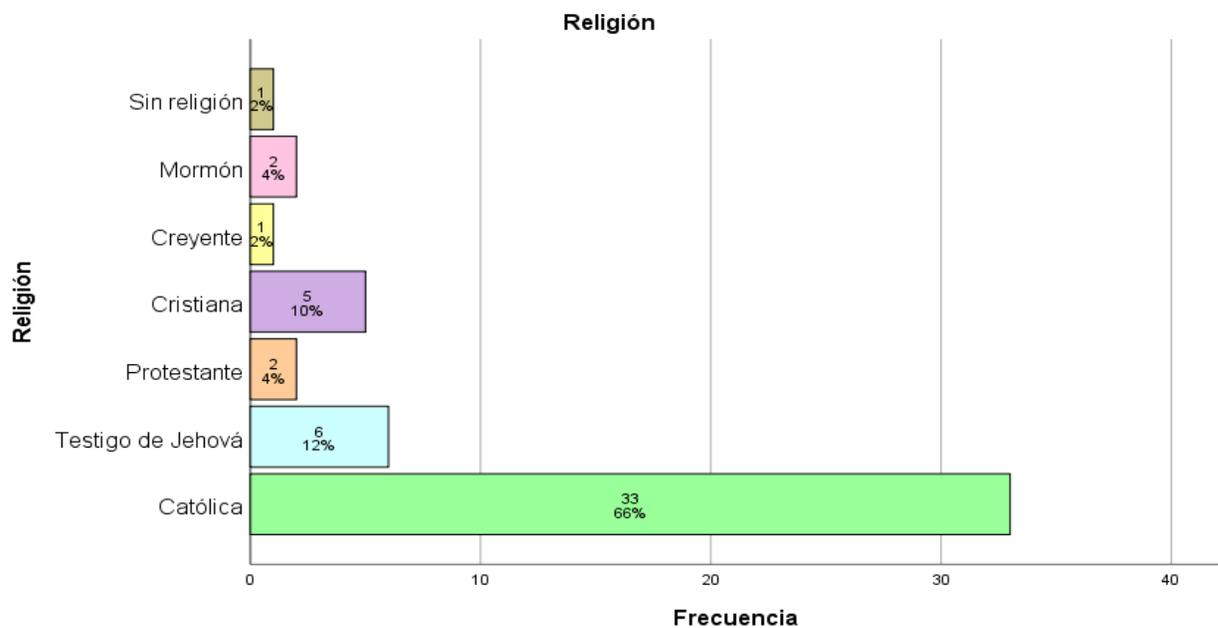


Tabla No. 7 Edad de inicio de su vida sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soy virgen	1	2.0	2.0	2.0
	7 años	1	2.0	2.0	4.0
	11 años	1	2.0	2.0	6.0
	14 años	4	8.0	8.0	14.0
	15 años	10	20.0	20.0	34.0
	16 años	3	6.0	6.0	40.0
	17 años	9	18.0	18.0	58.0
	18 años	11	22.0	22.0	80.0
	19 años	1	2.0	2.0	82.0
	20 años	1	2.0	2.0	84.0
	21 años	2	4.0	4.0	88.0
	22 años	1	2.0	2.0	90.0
	23 años	2	4.0	4.0	94.0
	25 años	1	2.0	2.0	96.0
	28 años	1	2.0	2.0	98.0
	No recuerdo	1	2.0	2.0	100.0
	Total		50	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

El 22% de las mujeres inicio su vida sexual a los 18 años, el 20% a los 15 años y los 17 a los el 18%.

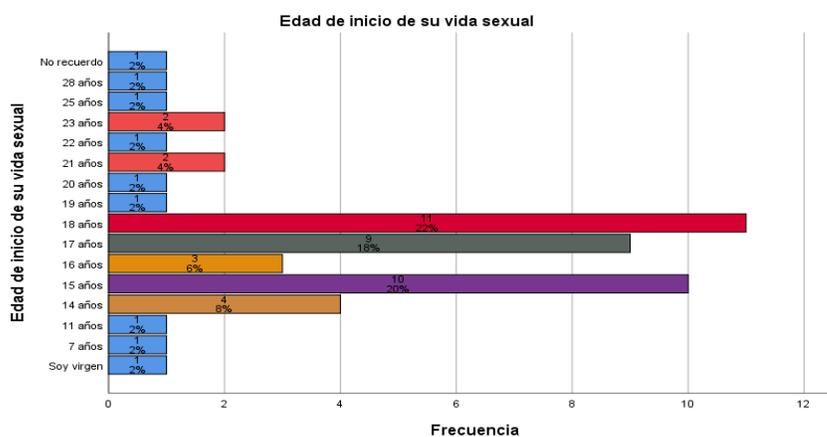


Tabla No. 8 Zona de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbana	45	90.0	90.0	90.0
	Rural	5	10.0	10.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

La mayoría de las mujeres encuestadas viven en zona urbana en un 90%.



Datos analíticos.

Tabla No. 9 Conoce los métodos anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo (no conoce ningún método)	6	12.0	12.0	12.0
	Medio (si conoce de 1 a 3 métodos)	17	34.0	34.0	46.0
	Alto (conoce más de 4 métodos)	27	54.0	54.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación a los métodos anticonceptivos el 54% tienen un conocimiento alto de estos , el 34% tiene conocimiento medio y el 12% es bajo.

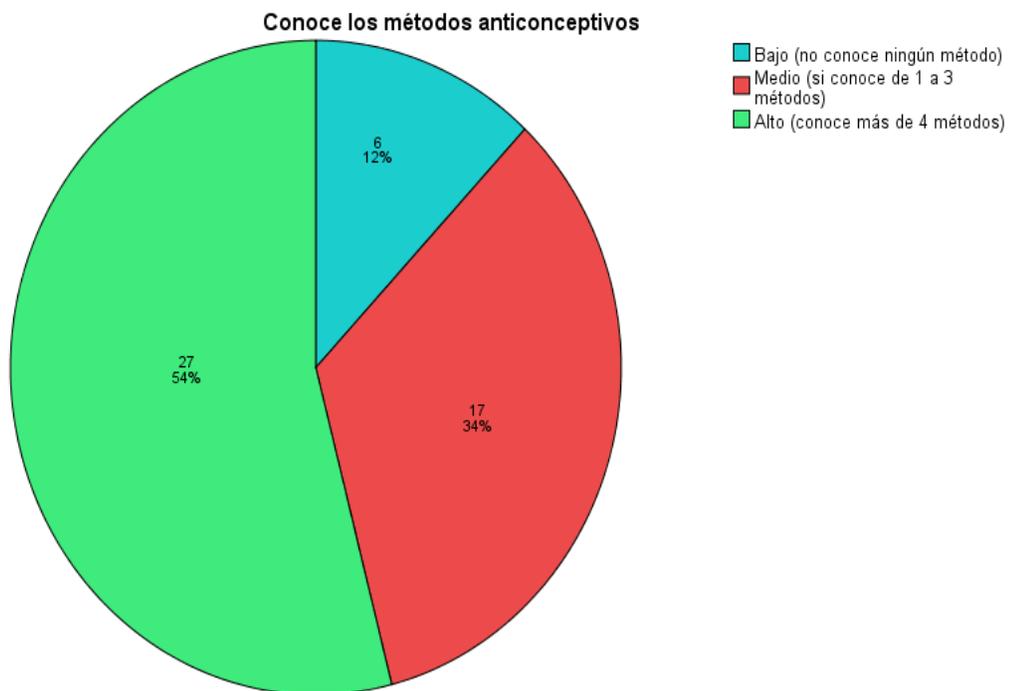


Tabla No. 10 Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Preservativo	11	22.0	22.0	22.0
	Píldora	2	4.0	4.0	26.0
	DIU	6	12.0	12.0	38.0
	Inyectable	12	24.0	24.0	62.0
	Ritmo	4	8.0	8.0	70.0
	Ligadura de trompas	5	10.0	10.0	80.0
	Método tradicional	5	10.0	10.0	90.0
	No los utiliza	4	8.0	8.0	98.0
	No contesto	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

Los métodos que más utilizan son las inyecciones, preservativo y el DIU.

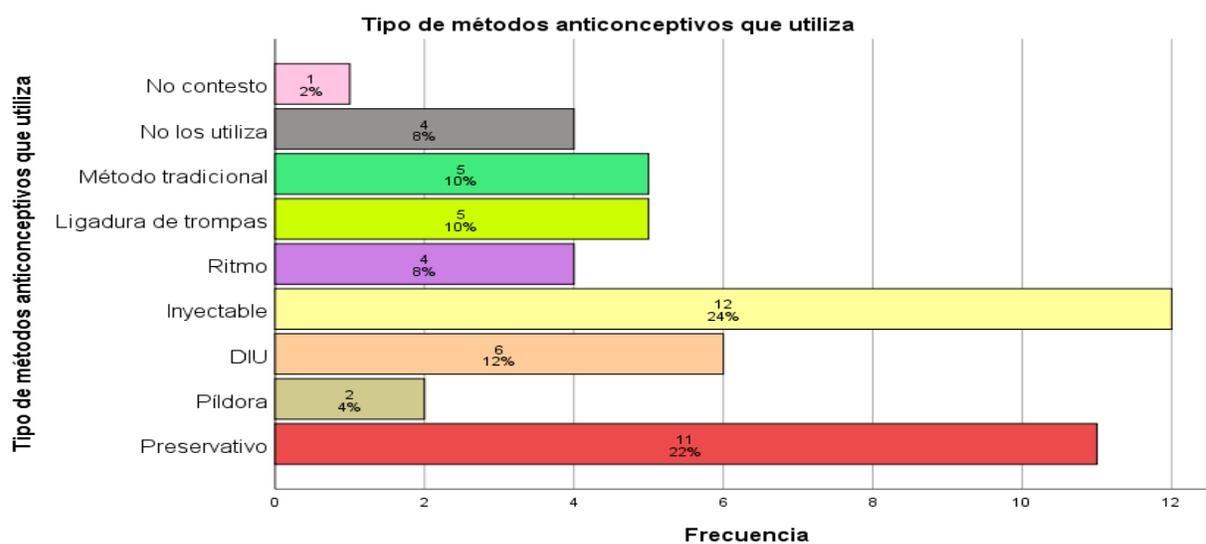


Tabla No. 11 Percepción del uso del condón

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si funciona	38	76.0	76.0	76.0
No funciona	3	6.0	6.0	82.0
No es lo mismo tener relaciones con condón	7	14.0	14.0	96.0
No contesto	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación a la percepción del uso del condón el 76% mencionó que si funciona como método anticonceptivo, el 6% refiere que no funciona y el 14% refiere que no es lo mismo tener relaciones sexuales con condón.

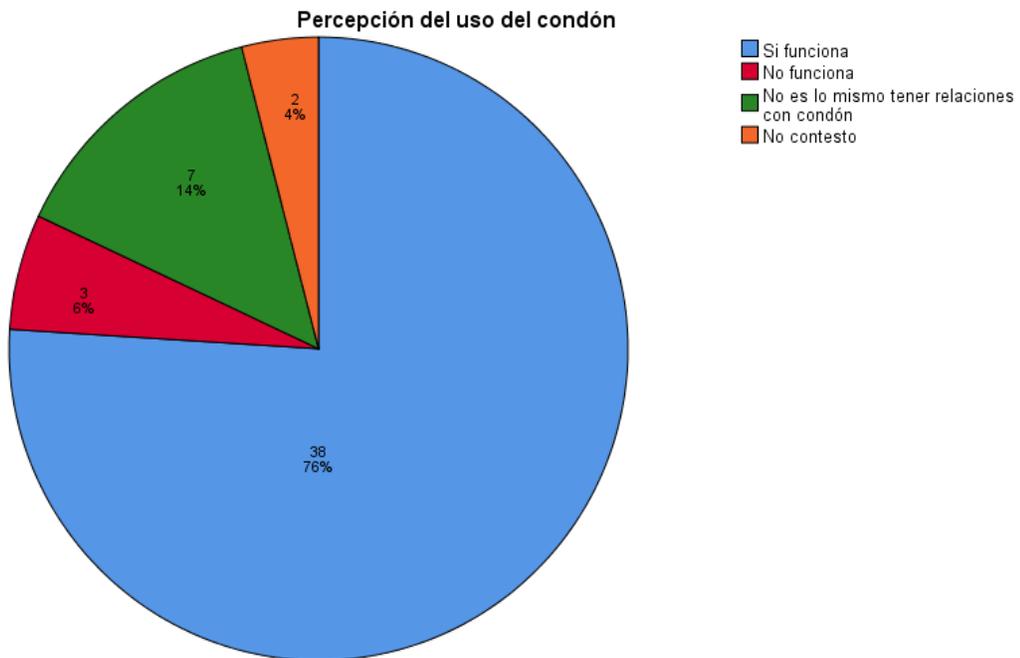


Tabla No. 12 Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	47	94.0	94.0	94.0
	No	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

La mayoría de la población en estudio menciona tener conocimiento de las enfermedades de trasmisión sexual como es la gonorrea, sífilis VIH, virus del papiloma humano.

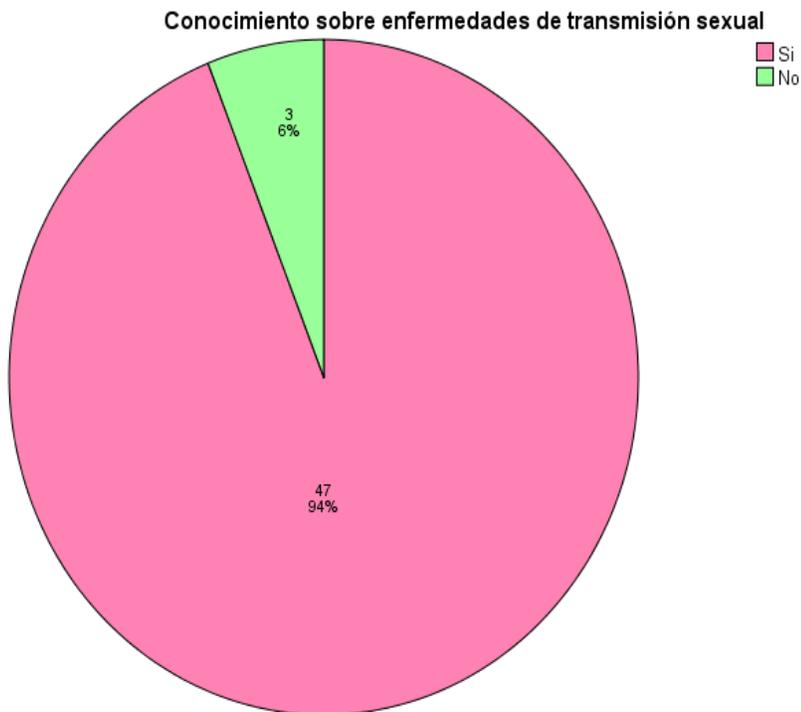


Tabla No. 13 Conocimientos sexuales (información sexual recibida por el personal de salud o los padres de familia)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	43	86.0	86.0	86.0
	No	7	14.0	14.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

El 86% mencionan que la información sexual lo recibió del personal de salud o de los padres y el 14% refiere no tener conocimientos sexuales.

Conocimientos sexuales (información sexual recibida por el personal de salud o los padres de familia)

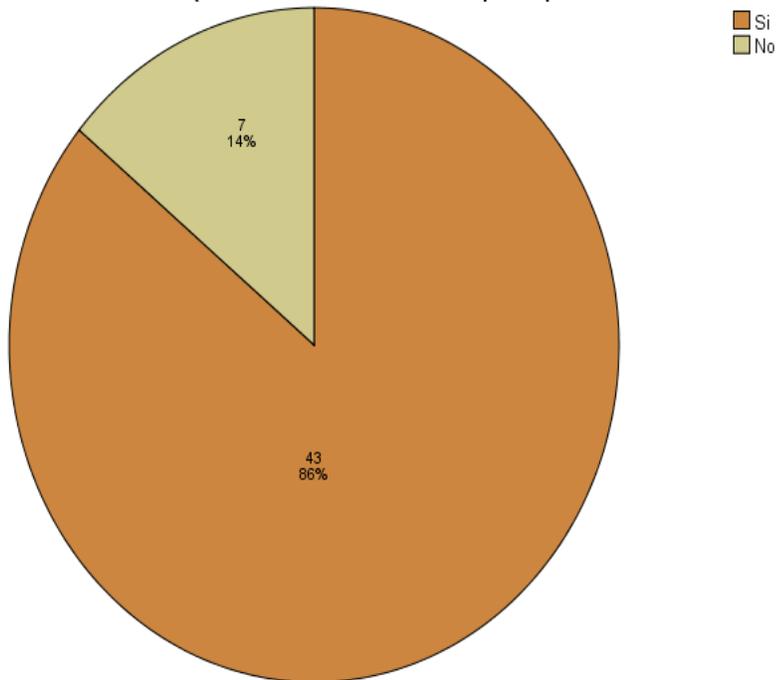


Tabla No. 14 Utilización de métodos tradicionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	29	58.0	58.0	58.0
	No	19	38.0	38.0	96.0
	No contesto	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación al uso de métodos tradicionales el 58% menciona que si los utiliza y el 38% refiere que no.

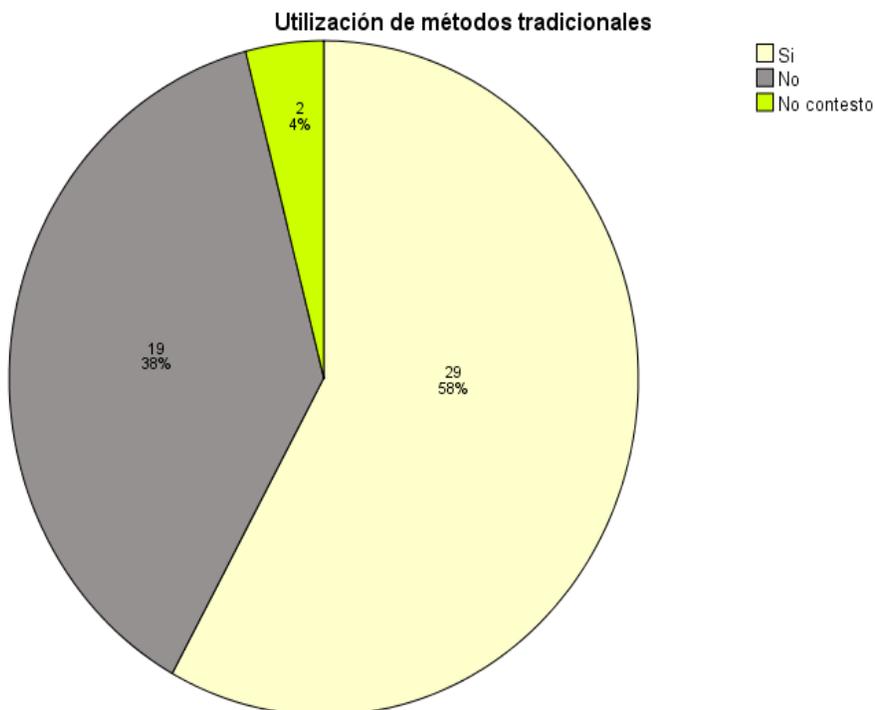


Tabla No. 15 Tiempo de vida sexual activa años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	4	8.0	8.0	8.0
	1-5 años	9	18.0	18.0	26.0
	6-10 años	10	20.0	20.0	46.0
	11-15 años	10	20.0	20.0	66.0
	16-20 años	5	10.0	10.0	76.0
	21-25 años	4	8.0	8.0	84.0
	Más de 26 años	7	14.0	14.0	98.0
	No contesto	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

De acuerdo a la vida sexual activa de la muestra en estudio menciono el 20% que tienen de 6 a 10 años y de 11 a 15 a los de vida sexual activa.

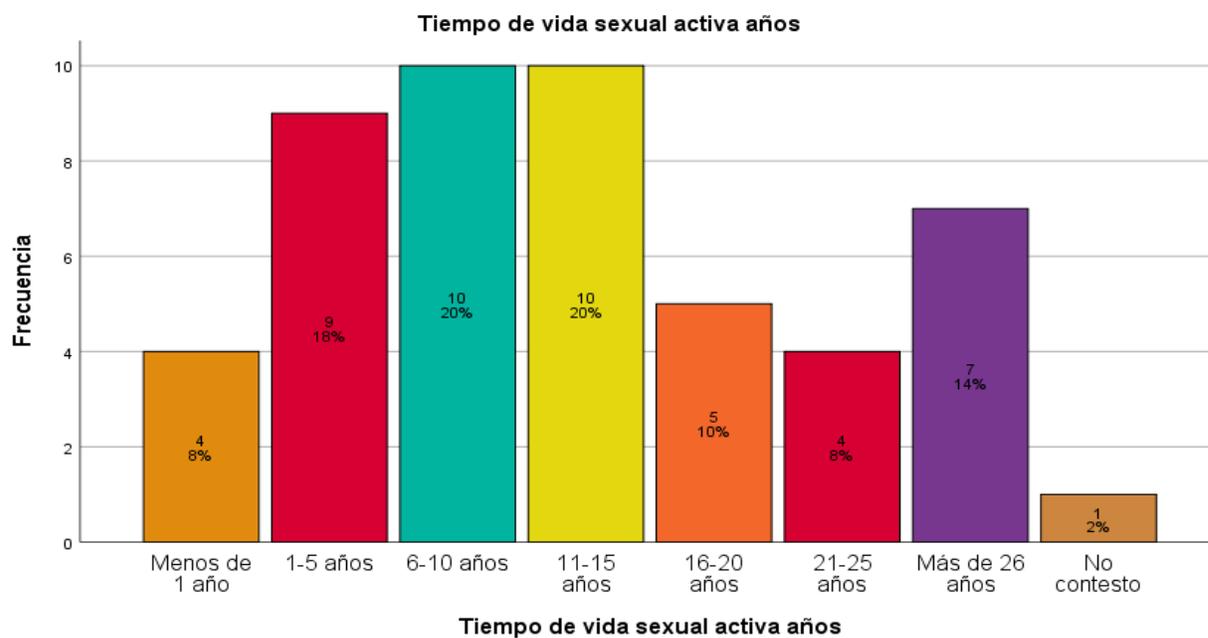


Tabla No, 16 Razones por lo cual no usa anticonceptivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No tiene relaciones sexuales	7	14.0	14.0	14.0
Embarazada	2	4.0	4.0	18.0
Desea más hijos	2	4.0	4.0	22.0
Se operó su pareja	2	4.0	4.0	26.0
Miedo a efectos secundarios	5	10.0	10.0	36.0
No los conoce	8	16.0	16.0	52.0
Razones religiosas y otras	10	20.0	20.0	72.0
Nunca he usado	2	4.0	4.0	76.0
Subdérmico	1	2.0	2.0	78.0
No contesto	11	22.0	22.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación a los motivos por lo cual no utilizan métodos anticonceptivos mencionaron que son por razones religiosas (20%), no los conoce (16%) y miedo a efectos secundarios (10%). Es importante darles a conocer los diferentes métodos anticonceptivos para evitar este tipo de tabúes.

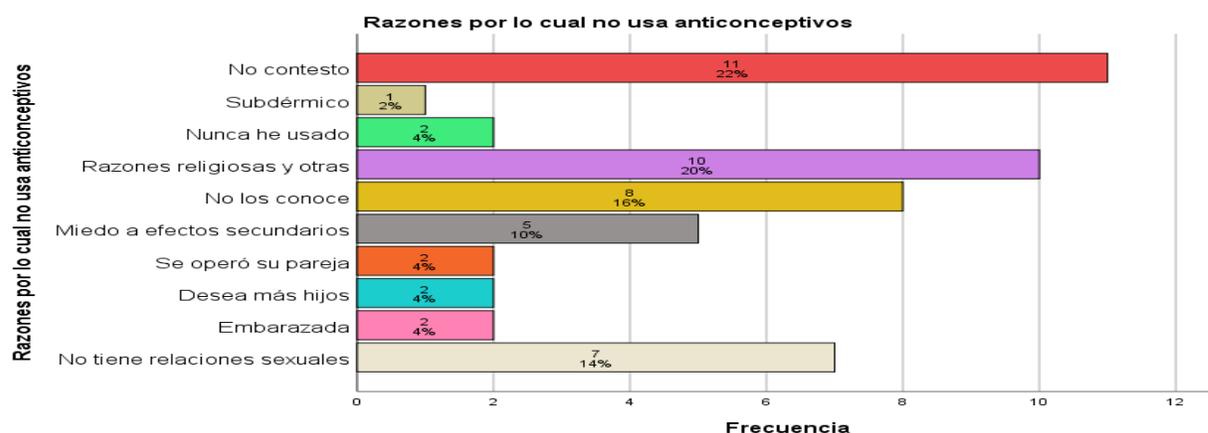


Tabla No. 17 Ha presentado alguna infección sexual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	14.0	14.0	14.0
	No	42	84.0	84.0	98.0
	No contesto	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

De la muestra en este trabajo de investigación el 14% de las mujeres refieren haber tenido alguna infección sexual. Es importante darles a conocer las enfermedades de transmisión sexual para evitar complicaciones durante el embarazo para el binomio madre-hijo.

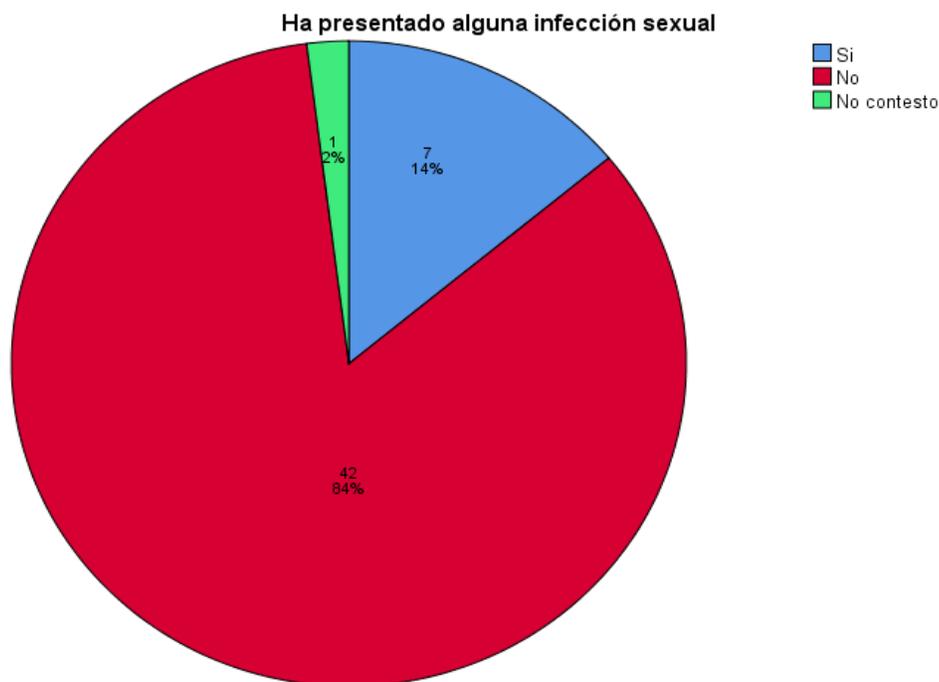


Tabla No. 18 Tiene conocimiento de las enfermedades sexuales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	38	76.0	76.0	76.0
	No	11	22.0	22.0	98.0
	No contesto	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual refiere el 76% tener conocimiento y el 22% no tiene información de esto. La educación sexual es importante en la población en edad reproductiva para evitar la presentación de estas enfermedades

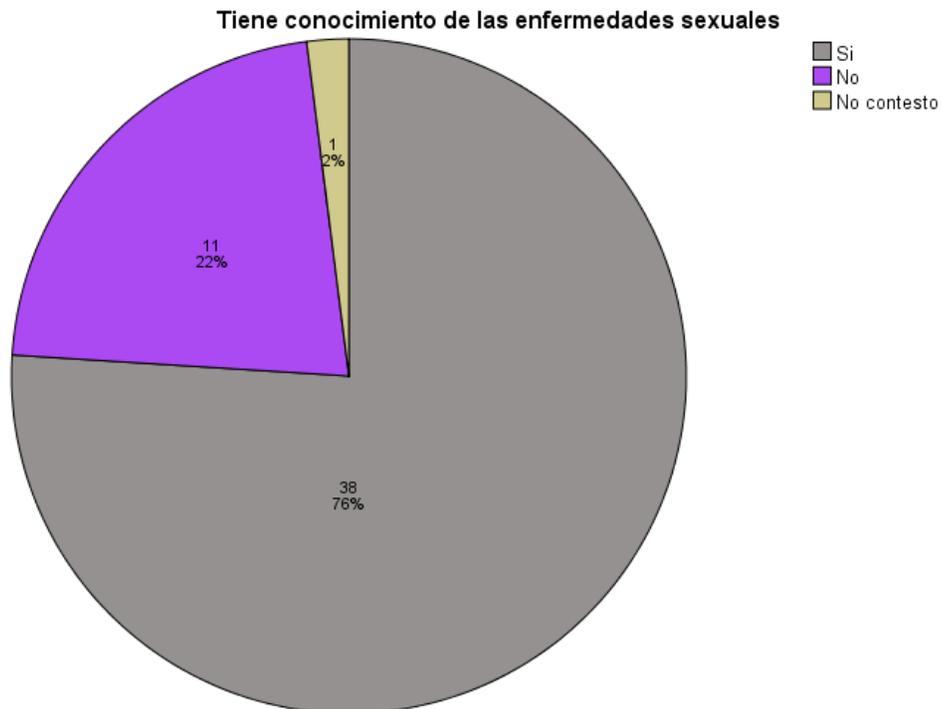


Tabla No. 19 Barreras religiosas en el uso de los métodos anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	20.0	20.0	20.0
	No	38	76.0	76.0	96.0
	No contesto	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

El 20% de esta población menciona tener barreras religiosas en el uso de los métodos anticonceptivos. Es importante concientizar a esta población sobre la importancia que tiene estos métodos para evitar los embarazos no deseados, ETS, y la morbilidad materna.

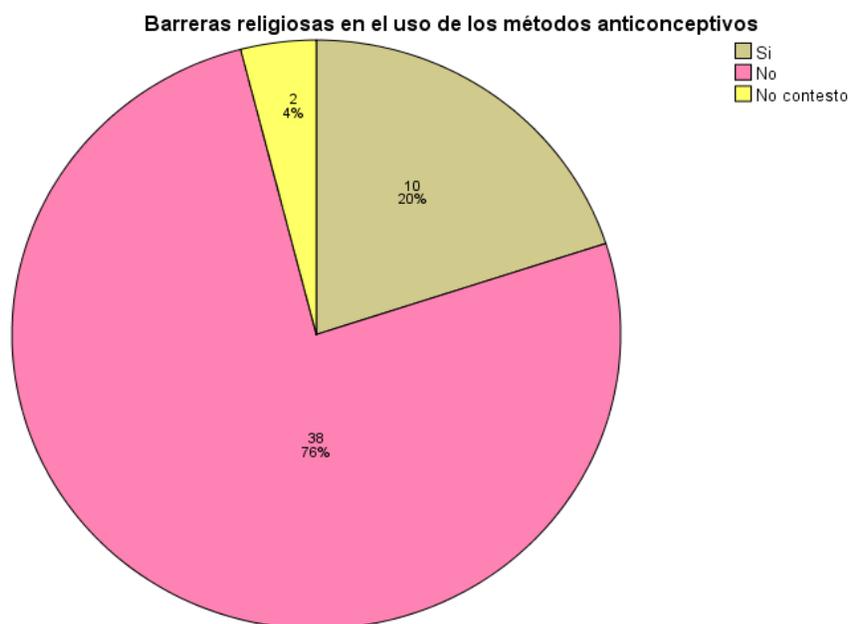


Tabla No. 20 Conocimiento acerca de las formas de evitar un embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Con el uso de métodos anticonceptivos	26	52.0	52.0	52.0
Sin tener relaciones sexuales	3	6.0	6.0	58.0
Platicando con la pareja	5	10.0	10.0	68.0
Recibiendo orientación sexual	8	16.0	16.0	84.0
No sabe	6	12.0	12.0	96.0
No contesto	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud “Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación al conocimiento acerca de las formas de evitar un embarazo el 52% mediante el uso de métodos, el 12% no sabe y el 4% no contesto. SE debe de dar orientación sexual a toda la población para evitar embarazos no deseados.

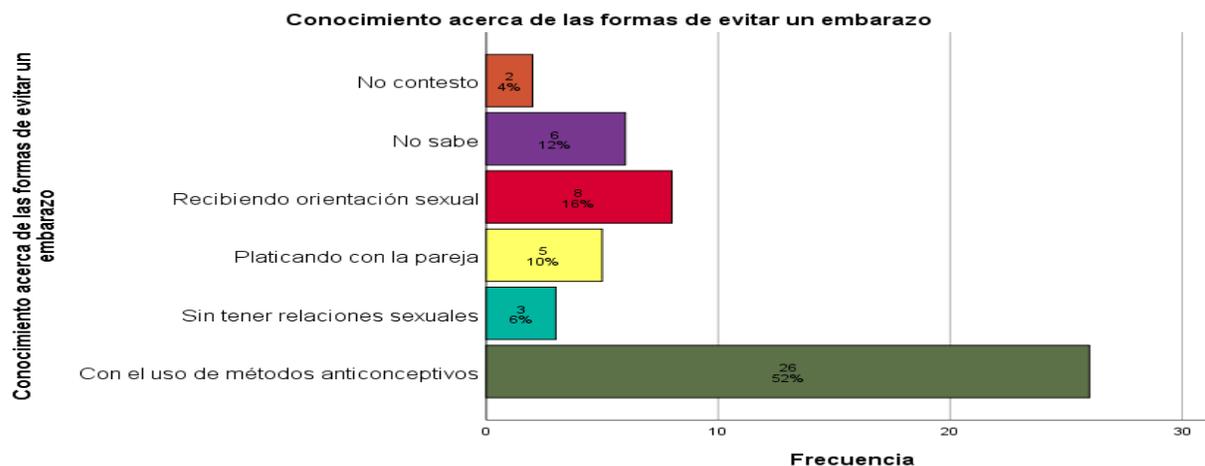
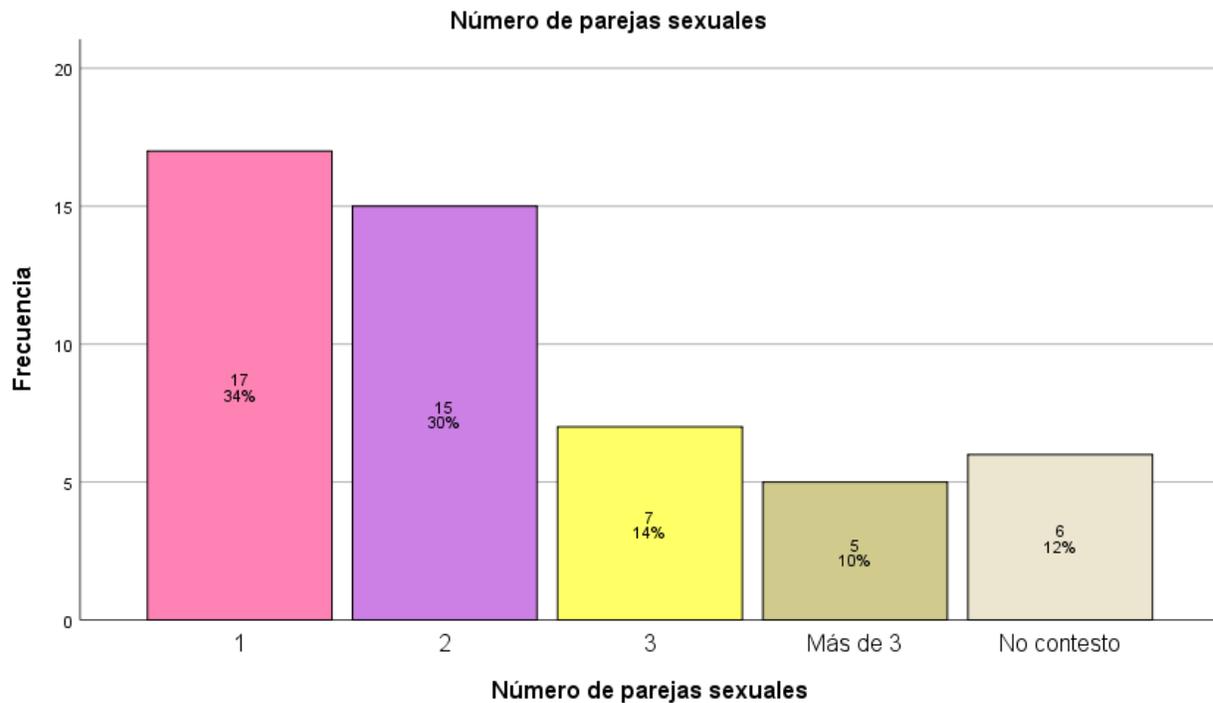


Tabla 21 Número de parejas sexuales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	17	34.0	34.0	34.0
	2	15	30.0	30.0	64.0
	3	7	14.0	14.0	78.0
	Más de 3	5	10.0	10.0	88.0
	No contesto	6	12.0	12.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para conocer los conocimientos de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva del Centro de Salud "Agustín Batalla de Iguala de la Independencia, Gro. N=50

En relación al número de parejas sexuales tenemos que la mayoría tienen 2 o más parejas sexuales siendo esto un factor de riesgo para presentar enfermedades de transmisión sexual.



V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones:

Es importante establecer las acciones necesarias para que en todos los centros de atención cuenten con métodos anticonceptivos modernos que permitan a mujeres y hombres seleccionar la mejor opción para regular su fecundidad, mediante la educación y comunicación para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.

De las mujeres encuestadas refieren algunas no tener información sobre la salud sexual por lo que es de suma importancia darles educación sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados, abortos, ETS, y reducir con estas acciones la morbilidad materna.

Sugerencias.

Asegurar la oferta de anticonceptivos y la calidad de los servicios en todo el país que permita satisfacer las necesidades específicas de la población de planificación familiar y anticoncepción.

Atender el rezago en áreas y grupos de la población como son los adolescentes, la población indígena y áreas rurales.

Incentivar la participación del hombre en la planificación familiar y en la paternidad responsable.

Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS

Orientación – consejería de los métodos anticonceptivos post-evento obstétrico.

Fortalecer las acciones de planificación familiar y anticoncepción para satisfacer las necesidades de cada etapa de la vida reproductiva.

Promoción y difusión en los diferentes medios de comunicación de la planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Prevenir embarazos en mujeres con alto riesgo obstétrico.

Fomentar la aceptación de métodos definitivos entre la población masculina y femenina.

Recomendar a las adolescentes el uso de los implantes subdérmicos para espaciar o prevenir los embarazos.

El personal de salud deberá ofrecer servicios de planificación familiar a hombres y mujeres antes de la concepción, incluso si no tienen hijos.

Utilizar una guía de educación para la salud individualizada y /o en pareja, para evitar embarazos no planeados y preservar la salud y la fertilidad.

Promover métodos eficaces para la planificación familiar, para evitar embarazos y abortos inseguros, reduciendo así la morbi-mortalidad materna y la infertilidad secundaria

Incluir la participación de la pareja del género masculino con el fin de lograr acuerdos de control de fertilidad y planificación familiar.

Recomendar la realización de la oclusión tubárica bilateral y la vasectomía para aquellas personas con paridad satisfecha

Se recomienda el uso de condón como método de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual

Brindar asesoramiento prenatal mediante el uso de folletos para promover la planificación familiar.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Alba R, Cabrera D. Conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico "Federico Páez" del Cantón Otavalo. Provincia de Imbabura: s,n,. 2010
- Alemán RS, Cortéa EI, Pérez CR. Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de trasmisión sexual en estudiantes de enfermería. Bol. Med. Hospi Infant; México 2013; 70(1):19-25
- Arias AI, Cruz DA, Ramírez RMO. Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. Salud de Tabasco, vol 20, núm. 2 mayo-agosto 1014. Pp. 37-43
- Ayala C. MM., Vizmanos L. B. Portillo D. R. A. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(2) 86-92
- Camargo RMI, Fajardo PMT, García RA. Atención de Enfermería en la Planificación Familiar. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 77-90
- Canales H. Francisca. Metodología de la Investigación. 1ra. Edición. México: Editorial Limusa; 2011 pág. 327
- Contreras PME, Rodríguez CA. Propuesta de Programas Educativos sobre Sexualidad para estudiantes de primer año de la facultad de tecnología de la salud, 2009-2010. En: Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Experiencias en el contexto cubano, La Habana; CENESEX; 2013.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). La Situación Demográfica de México 2010. México, 2010.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de la Población de México. 2012

Disponible <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Perfiles de la Salud Reproductiva: República Mexicana, México, 2011

Chandramohan Sriram. Knowledge among rural women about family planning methods in poomnamalle block of thiruvallur district. Tamilnadu: a crosssectional study. 3. Tamilnadu: Indian Streams Research Journal, 2014, Vol 4. 2230-7850

ENSANUT, 2012

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La promesa de igualdad de género. Salud Reproductiva y Objetivos de desarrollo del Milenio Estado de la población Mundial 2005, abril 2014, 117 (33).

Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp:swp05.pdf>

Gallego DF, 2015. Botero J., Jubiz A., Henao G. Obstetricia y Ginecología: Infecciones del tracto urinario. Texto Integrado Novena Edición, Fondo editorial CIB, Medellín Colombia.

García RA, Camargo RM, Fajardo PM. Calidad técnico científica del cuidado de enfermería en el programa de planificación familiar. Revista de la Universidad Industrial de Santander: Salud. Vol. 50, num 1. 2018

Guana M., Coscarella P. y Proietti P. 2009. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A. M., Pellegrini M. G., Piga M. D., Vicario M. Enfermería Ginecoobstetrica: Salud y Bienestar de la mujer en el campo sexual reproductivo. 1ra. Edición. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V., México. pág. 697

Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: Editorial MC.-Graw-Hill; 2014 pág. 600

INEGI. Indicadores sociodemográfico de México 1930-2000. México 2000.

INEGI. Perfil sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos, México 2013

Johnson Joyce Y. Enfermería Materno-Neonatal. Editores Manual Moderno. 2011

Ley General de Población. Art. 3 Fracción II. Diario Oficial de la Federación (DOF) de enero de 1974.

Ley General de Población. Art. 3. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 7 de enero de 1974. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref7LGP/lgp_orig_07ene74_ima.pdf

Ley General de Salud. Art. 3, Art. 67. Diario Oficial de la Federación (DOF). Última reforma publicada DOF 02-04-2014
Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/rpdf/26.1.pdf>

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Art. 11. Diario Oficial de la Federación (DOF). 11 de junio de 2014. Última reforma publicada DOF 20-03-21014.

Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>

Martínez MJ. La Revolución Demográfica de México 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF. 1985

Mendoza D., Hernández MF, Valencia JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En la situación demográfica de México. 2011. México: CONAPO; 2011

Moura LE, Derreira SS, Costa MML, De Sousa AP, Américo CF, Bezerra PAK. Conocimiento de enfermería acerca de los métodos anticonceptivos en el contexto del programa de salud de la familia. Enfermería Global, 2010. Pp 1-10

Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el DOF con nota aclaratoria el 16 de enero del 2004. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23html>

Organización Mundial de la Salud. 2012

Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva No. 351, Mayo de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es>

Organización Mundial de la Salud, 2014

Organización Mundial de la Salud, 2018. Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.

Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Programa Sectorial de Salud

Pérez PG, et al. El Cambio de Paradigmas de la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva. Secretaria de Salud, México 2000.

Reglamento de la Ley General de Población Sección II del capítulo Segundo, Art. 16. Diario Oficial de la Federación (DOF). 14 de abril 2000. Última reforma publicada DOF 28-09-2012.

Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf

Reglamento de la Ley General de Salud. Art. 17. Art. 16 a 20 Diario Oficial de la Federación (DOF). 5 de abril de 2003. Última reforma publicada DOF 08-06-2011. Disponible en:

http://www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/regley/Reg:LGS_MPS5.pdf

Restrepo M. C. M., Restrepo E. O. L. 2015. Botero J., Júbiz A., Henao G. Obstetricia y Ginecología: Salud sexual y reproductiva en la adolescente (texto integrado). 9ª edición, Editorial Corporación para la Investigación Biológicas (CIB) Fondo editorial. Colombia.

Rodriguez MI, Say L, Temmerman M. Family planning versus contraception: what is in a name? The Lancet Global Health; Early Online Publication 01 de marzo 2014 (vol 2, Número 3, páginas E131-E132).

Rodríguez MV, Díaz BZ, Castañeda AI. Rodríguez CA. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Revista Cubana de Salud Pública. 2016; 42(1): 101-114

Secretaria de Salud. El derecho a la libre decisión. La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva: Primera edición 2002. P. 17-18

Singh, Susheela and Jacqueline E, Darroch. 2012. Adding it Up. Cost and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012. New York; Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

Disponible <http://www.guttmacher.org/pibs/AIU-2012-estimates.pdf>

Singh S. Darroch JE, Adding it UP: Cost and Benefits of contraceptive services estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund UNFPA, June 2012.

Tapia CA, Villaseñor FM, Nuño GBI. Conocimiento y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios, Guadalajara, México: Revista Médica IMSS, 2008, Vol 46.

UNFPA. Si a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Estado de la Población Mundial 2012, Abril 2014, 97(71).

[http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/portadas/EdoPoblación Mundial_2012.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/portadas/EdoPoblaciónMundial_2012.pdf)

Valdez LM. Hacia una nueva Ley General de Población, el reloj demográfico avanza. UNAM, México, 2013.

Vázquez S., Daldevich D. Anticoncepción en la adolescencia. Lewital, G. Ginecología de niñas y adolescentes, diagnóstico, tratamiento y prevención 1ra. Edición, Buenos Aires. Ediciones Journal, 2013.

ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva”. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que doy mi consentimiento firmando esta carta.

Firma de la enfermera (o)

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva, Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial

I. Datos sociodemográficos.

Lea atentamente las preguntas antes de contestar.

Subraye la pregunta, lo que corresponda a sus características:

1. Edad

- a) 10-15 años
- b) 16-20 años
- c) 21-25 años
- d) 26-30 años
- e) 31-35 años
- f) 36-40 años
- g) Más de 41 años

2. Estado civil

- f) Casada
- g) Soltera
- h) Unión libre

- i) Divorciada
- j) Viuda

3. Ocupación

- e) Ama de casa
- f) Comerciante
- g) Secretaria
- h) Otro: especificar. _____

4. Nivel educativo

- g) Analfabeta
- h) Primaria
- i) Secundaria
- j) Preparatoria
- k) Técnica
- l) Profesional

5. Número de hijos

- i) 1 hijo
- j) 2 hijos
- k) 3 hijos
- l) 4 hijos
- m) 5 hijos
- n) 6 hijos
- o) 7 hijos
- p) Más de 7 hijos

6. Religión

- d) Católica
- e) Testigo de Jehová
- f) Protestante

g) Otro (especificar): _____

7. Edad de inicio de su vida sexual

- j) 11 años
- k) 12 años
- l) 13 años
- m) 14 años
- n) 15 años
- o) 16 años
- p) 17 años
- q) 18 años
- r) Otra edad (especificar): _____

8. Zona de residencia

- c) Urbana
- d) Rural

Datos analíticos:

9. Conoce los métodos anticonceptivos

- a) Bajo (no conoce ningún método)
- b) Medio (si conoce de 1 a 3 métodos)
- c) Alto (conoce más de 4 métodos)

10. Tipo de métodos anticonceptivos que utiliza

- j) Preservativo
- k) Píldora
- l) Inyectable
- m) DIU
- n) Ritmo
- o) Ligadura de trompas

- p) Método tradicional
- q) Otros métodos modernos
- r) No los utiliza

11. Percepción del uso del condón

- d) Si funciona
- e) No funciona
- f) No es lo mismo tener relaciones con condón

12. Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual

- c) Si
- d) No

13. Conocimientos sexuales (información sexual recibida por el personal de salud o los padres de familia).

- a) Si
- b) No

14. Utilización de métodos tradicionales

- a) Si
- b) No

15. Tiempo de vida sexual activa años

- h) Menos de 1 año
- i) 1-5 años
- j) 6-10 años
- k) 11-15 años
- l) 16-20 años
- m) 20-25 años
- n) Más de 26 años

16. Razones por lo cual no usa anticonceptivos

- h) No tiene relaciones sexuales
- i) Embarazada
- j) Desea más hijos
- k) Se operó su pareja
- l) Miedo a efectos secundarios
- m) No los conoce
- n) Razones religiosas y otras

17. Ha presentado alguna infección sexual

- d) Si
- e) No
- f) Cual (especifique): _____

18. Tiene conocimiento de las enfermedades sexuales

- c) Si
- d) NO

19. Barreras religiosas en el uso de los métodos anticonceptivos

- a) Si
- b) No

20. Conocimiento acerca de las formas de evitar un embarazo

- g) Con el uso de métodos anticonceptivos
- h) Sin tener relaciones sexuales
- i) Platicando con la pareja
- j) Recibiendo orientación sexual
- k) Otros: _____
- l) No sabe

21. Número de parejas sexuales

- e) 1
- f) 2
- g) 3
- h) Más de tres

Gracias por tu participación