

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Estefanía Duda

**PERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES DE EDAD
FÉRTIL QUE CONSUMEN ANTICONCEPTIVOS ORALES
COMBINADOS HACE 1 AÑO**

2025

Tutora: Lic. María Constanza Rossi

Citar como: Duda E. Percepción corporal en mujeres de edad fértil que consumen anticonceptivos orales combinados hace 1 año.[Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3581>

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN:	3
OBJETIVOS:	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	4
MARCO TEÓRICO	5
MATERIALES Y MÉTODOS:	18
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:	18
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	19
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN:	40
CONCLUSION:	43
REFERENCIAS	44
ANEXO 1 :	46
ANEXO 2 Encuesta realizada por Google.	47

INTRODUCCIÓN

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el peso aumentado / ganancia percibida por las mujeres en edad fértil que consumen Anti-conceptivos orales combinados hace 1 año en la provincia de buenos aires durante el periodo de Agosto 2024/ Agosto 2025?

** (la edad fértil según Ennys (Encuesta Nacional de Nutrición y salud) 1 es de 10 a 49 años)

JUSTIFICACIÓN:

La importancia de poder establecer una relación entre la percepción del peso y la realidad de lo que aumentan las mujeres en edad fértil que consumen AOS (anticonceptivos orales) combinados hace años, es:

Para entender la importancia que las mujeres le atribuyen a su peso, a cómo perciben su físico según sus vivencias personales y cómo influye esto en su autoestima. Con la finalidad de ayudarles a lograr cambios de conductas nutricionales adecuadas a sus necesidades, sin que recaigan en conductas de riesgo como dietas extremas para bajar de peso, actividad física excesiva, aislamiento de su entorno por disconformidad consigo mismas, abandono de mediación que pueda promover el aumento de peso, como lo son los AOS (anticonceptivos combinados), ya que la OMS (organización mundial de la salud) refiere que dos tercios de las mujeres sexualmente activas dejaron de usar métodos anticonceptivos por temor a sus efectos secundarios, repercutiendo negativamente todo esto en su salud y logrando que se siga subestimando el peso.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GRAL: Describir el aumento de peso

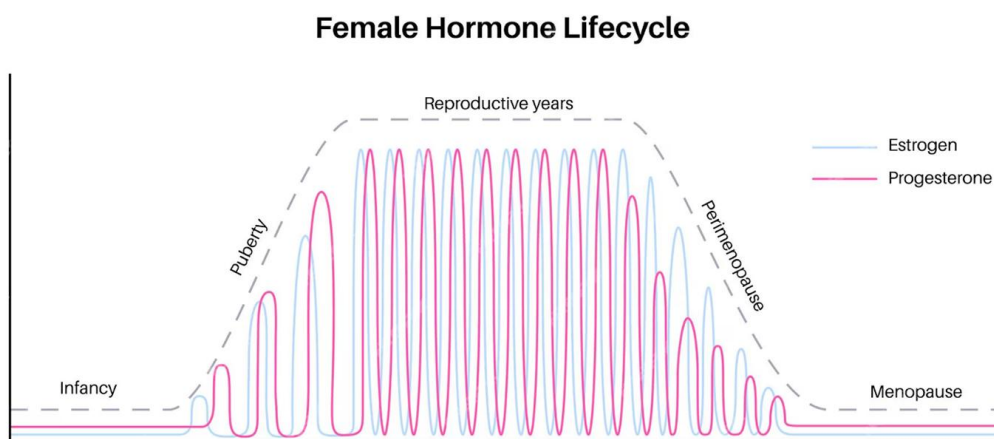
¿Identificar la diferencia que hay entre el aumento de peso total y lo que perciben las mujeres de edad fértil que consumen AOS combinados hace 1 año en la provincia de buenos aires durante el periodo de Agosto 2024/2025?

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Cuantificar kilogramos aumentados durante el año de toma de AOS combinados
- Comparar la coincidencia que hay entre los grados de percepción y el peso aumentado realmente.
- Determinar si hubo cambio en ingesta durante el año de toma de AOS combinados (anticonceptivos orales) .

MARCO TEÓRICO

Para poder hablar de los Anticonceptivos Orales, primero se deberá entrar en contexto sobre cuáles son las etapas hormonales claves en la vida de una mujer. Tendremos aquí la pubertad, la edad fértil y la menopausia. Estas etapas se diferenciarán debido al aumento o disminución de las hormonas femeninas: Estrógeno y la Progesterona.



¿Qué es la pubertad?

Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el aumento gradual de hormonas gonadotropas, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. Se considera inicio puberal normal entre los 8-13 años en las niñas. (1) La menarquia refiere al inicio de los ciclos menstruales.

La edad fértil según la Ennys (9) es de los 10 años hasta los 49 años, mientras que la OMS y El manual de salud sexual y reproductiva la coincidieran desde los 15 años hasta los 49 años. Ambos criterios coinciden que luego de los 49 años inicia la menopausia, la cual está marcada por el fin de la menstruación mensual debido a la pérdida de la función folicular de los ovarios. Esto significa que los ovarios dejan de liberar óvulos para que sean fecundados. Se considera que la menopausia natural se produce tras 12 meses consecutivos sin menstruación, pero podemos encontrarnos con

que algunas mujeres experimentan la menopausia a edades más tempranas (antes de los 40 años) la cual puede deberse a patologías asociadas que no vienen al caso. (2)

Según Guyton y Hall “ el ciclo mensual sexual es la variación rítmica que recibe el nombre de ciclo menstrual, su duración por término medio es de 28 días, pero también puede ser de tan solo 20 días o tan largo como 45 días en algunas mujeres.

El sistema hormonal femenino, consta de tres grupos de hormonas:

1. Una hormona liberadora hipotalámica, denominada **gonadoliberina u hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)**, la cual disminuye de forma mucho menos drástica durante el ciclo menstrual sexual.
2. Las hormonas adenohipofisarias, **hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH)**, ambas secretadas en respuesta a la hormona liberadora GnRH del hipotálamo.
3. Las **hormonas ováricas, estrógenos y progesterona**, secretadas por los ovarios en respuesta a las dos hormonas sexuales femeninas adenohipofisarias.

Estas diversas hormonas se secretan a ritmos muy distintos en las diferentes partes del ciclo sexual femenino mensual.

Este ciclo femenino tiene dos funciones importantes:

- En primer lugar, liberar un único óvulo de los ovarios cada mes, de forma que en situaciones normales solo puede crecer un solo feto.
- La segunda es: la preparación del endometrio uterino para la implantación del óvulo fecundado en el momento preciso del mes.

1. Hormonas gonadotropas y sus efectos sobre los ovarios:

Las alteraciones de los ovarios durante el ciclo sexual dependen por completo de las hormonas gonadotropas (o gonadotropinas), FSH y LH, que son secretadas por la adenohipófisis.

Los ovarios no estimulados por estas hormonas permanecen inactivos, como ocurre durante la niñez, en la cual la secreción de gonadotropinas es casi nula.

Entre los 9 y los 12 años de edad, la hipófisis comienza a secretar cada vez más FSH y LH, lo que culmina con la iniciación de los ciclos sexuales mensuales normales entre los 11 y los 15 años.

Entonces durante cada mes del ciclo sexual femenino ocurren un aumento y una disminución cíclicos tanto de FSH como de LH.

Tras la pubertad, cuando la adenohipófisis comienza a secretar FSH y LH en grandes cantidades, algunos de sus folículos inician el crecimiento.

Durante unos pocos días al comienzo de cada ciclo sexual mensual femenino, las concentraciones de FSH y LH secretadas en la adenohipófisis experimentan un aumento ligero o moderado; el ascenso de FSH es algo mayor y precede en unos días al de LH.

Estas hormonas, sobre todo la FSH, inducen el crecimiento acelerado de 6 a 12 folículos primarios cada mes, el efecto inicial es la proliferación rápida de las células de la granulosa, con lo que las capas de dichas células se multiplican.

Tras la fase proliferativa inicial de crecimiento, que dura unos días, la masa de células de la granulosa secreta un líquido folicular que contiene una elevada concentración de estrógenos, una de las hormonas sexuales femeninas más importantes.

Transcurrida al menos 1 semana de crecimiento, pero antes de que se produzca la ovulación, uno de los folículos comienza a crecer más que los demás, y los 5 a 11 folículos restantes empiezan a involucionar (un proceso denominado atresia); se considera que estos folículos se vuelven atrésicos. Este proceso de atresia es importante, pues en condiciones normales permite que solo uno de los folículos crezca lo suficiente cada mes para ovular, con lo que se suele evitar, que se desarrolle más de un feto en cada embarazo.

El único folículo que alcanza un tamaño de 1 a 1,5 cm en el momento de la ovulación se denomina folículo maduro.

La ovulación de la mujer, que tiene un ciclo sexual femenino normal de 28 días se produce 14 días después del comienzo de la menstruación.

Poco tiempo antes de la ovulación, la pared externa del folículo, que hace relieve, se hincha con rapidez y una pequeña zona del centro de la cápsula folicular, denominada estigma, forma una protuberancia en la cual luego de 30 min, más o menos, el líquido folicular comienza a rezumar a través del estigma y unos 2 min más tarde el estigma sufre una gran rotura y un líquido más viscoso, que ha ocupado la porción central del folículo, se vierte hacia fuera.

Este líquido viscoso lleva consigo al óvulo rodeado por una masa de varios miles de pequeñas células de la granulosa denominadas corona radiada. La LH es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación. Sin esta hormona, incluso aunque estén disponibles grandes cantidades de FSH, el folículo no progresa hasta la etapa de la ovulación.

Unos 2 días antes de la ovulación el ritmo de secreción de LH por la adenohipófisis sufre un notable aumento, multiplicándose de 6 a 10 veces hasta alcanzar su máximo unas 16 h antes de la ovulación.

La FSH también aumenta dos o tres veces al mismo tiempo y las dos hormonas actúan de forma sinérgica para hacer que el folículo se hinche con rapidez en los últimos días previos a la ovulación.

La LH tiene también el efecto específico de convertir a las células de la granulosa y de la teca en células secretoras, principalmente de progesterona. Por tanto, el ritmo de secreción de estrógenos comienza a disminuir aproximadamente 1 día antes de la ovulación, a la vez que empiezan a secretarse cantidades crecientes de progesterona.

Al iniciarse la ovulación ocurren:

1. La teca externa (es decir, la cápsula del folículo) comienza a liberar enzimas proteolíticas de los lisosomas, que disuelven la pared de la cápsula folicular debilitándola, causando así una hinchazón adicional de todo el folículo y la degeneración del estigma.
2. Al mismo tiempo, se produce el crecimiento rápido de nuevos vasos sanguíneos en el interior de la pared del folículo y comienzan a secretarse prostaglandinas (hormonas locales que provocan vasodilatación) en los tejidos foliculares.

Estos dos efectos producen trasudación de plasma al interior del folículo, que también contribuye a que este se hinche.

Por último, la combinación de la hinchazón del folículo con la degeneración simultánea del estigma hace que el folículo se rompa y expulse el óvulo.

Durante las primeras horas tras la expulsión del óvulo del folículo, las células de la granulosa y de la teca interna que quedan se convierten con rapidez en células lúteicas. Aumentan dos veces o más de diámetro y se llenan de inclusiones lipídicas que les dan un aspecto amarillento.

Este proceso recibe el nombre de latinización y el conjunto de la masa de células se denomina cuerpo lúteo.

Las células de la granulosa del cuerpo lúteo desarrollan un extenso retículo endoplásmico liso que forma grandes cantidades de las hormonas sexuales femeninas progesterona y estrógenos (con más progesterona que estrógeno durante la fase lútea).

Las células de la teca producen principalmente los andrógenos androstenediona y testosterona, en vez de hormonas sexuales femeninas. Sin embargo, la mayor parte de estas hormonas son convertidas por la enzima aromatasa en estrógenos, hormonas femeninas, por las células de la granulosa.

El cuerpo lúteo crece normalmente hasta alcanzar 1,5 cm de diámetro, alcanzando este estadio de desarrollo unos 7 a 8 días después de la ovulación. Este es un órgano con enorme capacidad secretora y produce grandes cantidades tanto de progesterona como de estrógenos.

Después que la LH (principalmente la secretada durante el pico ovulatorio) actúa sobre las células de la granulosa y de la teca para inducir la luteinización.

Las células luéticas reformadas parecen estar programadas para seguir una secuencia preestablecida de: 1) proliferación; 2) aumento de tamaño, y 3) secreción, seguida luego de 4) degeneración. Todo ello ocurre en unos 12 días.

Los estrógenos en especial y en menor grado la progesterona, ambos secretados por el cuerpo lúteo durante la fase luteínica del ciclo ovárico, ejercen un poderoso efecto de retroalimentación sobre la adenohipófisis para mantener bajos índices de secreción de FSH y de LH.

Además, las células luteínicas secretan pequeñas cantidades de la hormona inhibina, la cual como función principal tienden a inhibir la secreción de FSH por la adenohipófisis.

En consecuencia, las concentraciones sanguíneas de FSH y de LH descienden a valores muy bajos y la pérdida de estas hormonas hace que el cuerpo lúteo degenere por completo, un proceso denominado involución del cuerpo lúteo.

La involución final se produce casi exactamente al final del 12.º día de vida del cuerpo lúteo, es decir, alrededor del 26.º día del ciclo sexual femenino normal, 2 días antes del comienzo de la menstruación.

En ese momento, la interrupción brusca de la secreción de estrógenos, de progesterona y de inhibina por el cuerpo lúteo elimina la inhibición por retroalimentación de la adenohipófisis, permitiendo que comience de nuevo la secreción de cantidades crecientes de FSH y LH. Ambas hormonas inician el crecimiento de nuevos folículos, para comenzar un nuevo ciclo ovárico. Como se expondrá más adelante, la escasez de secreción de estrógenos y progesterona en esta fase también contribuye a la menstruación por el útero.

Función de las hormonas ováricas: Estradiol y Progesterona

Los dos tipos de hormonas sexuales ováricas son los estrógenos y los gestágenos.

El estrógeno más importante, es la hormona estradiol y el gestágeno más importante es, la progesterona.

Los estrógenos promueven principalmente la proliferación y el crecimiento de células específicas del cuerpo que son responsables del desarrollo de la mayoría de los caracteres sexuales secundarios de la mujer.

La función principal de los gestágenos consiste en preparar al útero para la gestación y a las mamas para la lactancia. (3)

Resumen de funciones de hormonas ováricas femeninas:

	ESTRÓGENOS	PROGESTERONA
Útero	<ul style="list-style-type: none"> - Promueven el aumento de su tamaño (hasta triplicarlo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de capacidad secretora del endometrio uterino durante la segunda mitad del ciclo sexual femenino mensual, preparando así el útero para la implantación del óvulo fecundado. - Reduce la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, ayudando así a evitar la expulsión del óvulo implantado.
Trompas de Falopio	<ul style="list-style-type: none"> - Inducen la proliferación de los tejidos glandulares - Aumentan el número de células epiteliales ciliadas que revisten el conducto. - También facilitan mucho la actividad de los cilios, lo cual ayuda a propulsar el óvulo fecundado hacia él. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve la secreción en el revestimiento mucoso de las trompas de Falopio, estas secreciones son necesarias para la nutrición del óvulo fecundado, que se divide a medida que recorre la trompa de Falopio antes de la implantación.
Mamas	<ul style="list-style-type: none"> - Inician el crecimiento de las mamas y del aparato productor de leche y su aspecto externo característicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula el desarrollo de los lobulillos y los alvéolos mamarios, haciendo que las células alveolares proliferen, aumenten de tamaño y adquieran carácter secretor.

Esqueleto	<ul style="list-style-type: none"> - Inhiben la actividad osteoclástica en los huesos y, por tanto, estimulan el crecimiento óseo. - Fomentan la fusión temprana de las epífisis con las diáfisis de los huesos largos. 	
Órganos externos	<ul style="list-style-type: none"> - Crecen los genitales externos, con depósito de grasa en el monte de Venus y los labios mayores. 	

Durante la síntesis se producen primero progesterona y andrógenos (y androstenediona); después, durante la fase folicular del ciclo ovárico y antes de que estas dos hormonas iniciales puedan abandonar los ovarios, la acción de la enzima aromatasa en las células de la granulosa convierte en estrógenos a casi todos los andrógenos y a gran parte de la progesterona.

Como las células de la teca carecen de aromatasa, no pueden convertir andrógenos en estrógenos. Sin embargo, los andrógenos se difunden fuera de las células de la teca hacia las células adyacentes de la granulosa, donde son convertidos en estrógenos por la aromatasa, cuya actividad está estimulada por la FSH.

Durante la fase luteínica del ciclo se forma demasiada progesterona para ser convertida, lo que refleja la gran secreción de esta hacia la sangre circulante .

Tanto los estrógenos como la progesterona viajan en la sangre unidos principalmente a la albúmina y a globulinas, la unión entre estas hormonas y las proteínas plasmáticas es lo suficientemente laxa como para que puedan liberarse con rapidez a los tejidos en un período de alrededor de 30 min.

Por su parte el hígado convierte los potentes estrógenos estradiol y estrona en el estrógeno casi inactivo estriol. Por tanto, la disminución de la función hepática se asocia a un aumento de la actividad de los estrógenos en el organismo, causando en ocasiones hiperestrogenismo.

Una vez revisada la fisiología del ciclo sexual femenino, introduciremos otro concepto importante: **Anticonceptivos orales** : Medicamento hormonal de ingesta diaria diseñado para evitar el embarazo, “Su principal función es actuar inhibiendo la ovulación (interfieren sobre el eje hipotálamo-hipofisario inhibiendo la secreción de gonadotrofinas), mediante la alteración del moco cervical, volviéndolo hostil y difícilmente penetrable para los espermatozoides. “ (2)

LA OMS LOS CLASIFICA DE LA SIGUIENTE FORMA:

► SEGÚN COMPOSICIÓN HORMONAL:

- **ACOS**: Combinados: contienen un estrógeno (generalmente etinilestradiol) y un gestágeno (generalmente progestina).
- Pildoras de solo progestina - PSP

► SEGÚN PAUTA DE TOMA:

- 21 días de tratamiento + 7 días de placebo.
- 24 días de tratamiento + 4 días de
- 28 días de tratamiento (gestágenos solos).

► SEGÚN FASES:

- **Formulaciones monofásicas**: donde cada tableta activa contiene una dosis constante de estrógenos y gestágenos a lo largo del ciclo.
- **Formulaciones bifásicas**: en que la dosis del estrógeno se mantiene constante a lo largo de las tabletas activas pero la dosis del gestágeno aumenta en la segunda mitad del ciclo.
- **Formulaciones trifásicas**: en las que la dosis de estrógenos aumenta en la mitad del ciclo para disminuir la tasa de sangrado disfuncional, mientras la dosis del gestágeno es inicialmente baja y se aumenta a lo largo del ciclo.

► SEGÚN EL CONTENIDO DE ESTRÓGENO

- AOs de altas dosis: $\geq 50\mu\text{g}$ de etinilestradiol (EE)
- AOs de bajas dosis: 15, 20, 30 o 35 μg de EE o 50 μg de mestranol

► **SEGÚN GENERACION DE GESTÁGENO (relacionado con control de líquidos y acné)**

- **Primera generación: (Noretisterona)**

Diacatato de etinodiol, noretindrona, acetato de noretindrona, dienogest (son menos potentes y pueden causar sangrados irregulares)

- **Segunda generación (Levonorgestrel)**

Norgestrel, levonorgestrel (LNG), norgestimato combinados con 20, 30 o 35 µg de EE.

(Son mas potentes y eficaces, aunque tiene un perfil mas andrógeno, provocando aumento de pelo o acné)/ son las mas seguras a nivel cardiovascular.

- **Tercera generación:**

Desogestrel , gestodeno combinados con 20 o 30 µg de EE (diseñados para reducir los efectos secundarios andrógenicos)

- **Cuarta generación:**

Drospirenona, dienogest y el acetato de nomegestrol (tienen propiedades empleadas como efecto antiandrogénico, ayudan con el acné y son antimineralocorticoides, reduciendo la hinchazón)

En la actualidad **los Anticonceptivos orales combinados** son los que producen mayor controversia debido a que al contener ambas drogas, hay que tener en cuenta que existe una clara relación entre la magnitud del riesgo y la dosis de estrógeno, así como por el tipo de estrógeno utilizado (5)

Estos dependiendo del estado de salud de la mujer, pueden contribuir negativamente a diferentes biomarcadores de riesgo cardiovascular, factores de riesgo de trastornos metabólicos, alterar los niveles de lípidos, la sensibilidad a la insulina, provocar retención de líquidos y como complicación más grave podemos tener Tromboembolia Venosa (TEV)

Por eso mismo se establecen criterios de elegibilidad y criterios ante los cuales está contraindicado el uso de ACOS.

Se encuentran contraindicados: Ante:

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica (incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.)
- Alteraciones de la coagulación

- Migraña con aura
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

También hay un factor importante, que todavía no nombramos, como lo es: **El peso**

¿Que es el peso corporal? El peso corporal es la cantidad de masa total que contiene el cuerpo de una persona. Es una medida muy general, la cual por si sola no indica nada, para eso lo que hacemos es calcular el IMC (el índice de masa corporal) el cual parte de la división entre el peso de la persona en kilogramos sobre la talla de la persona en metros al cuadrado (kg/m²).

Arrojando un valor el cual podremos categorizarlo, según la edad de la persona, para ver en qué situación se encuentra (si hay malnutrición por exceso o por carencia, y en un ideal, si el paciente se encuentra normo nutrido) (7)

Para esto tenemos las tablas de referencia que plantea la OMS (organización mundial de la salud) con sus respectivos puntos de corte.

Tabla de referencia OMS-

CLASIFICACIÓN	IMC kg/m ²
NORMOPESO	18,5 / 24,9
SOBREPESO	25,0 / 29,9
OBESIDAD GRADO 1	30,0 / 34,9
OBESIDAD GRADO 2	35,0 / 39,9
OBESIDAD GRADO 3	+40

En nuestro país y otros se ha sugerido el término “peso corporal saludable” para definir el intervalo de peso corporal que se relaciona con estadísticas de buena salud.

La buena salud abarca desde lo funcional, lo bioquímico y lo psicológico, siendo este un punto no menor, donde entra en juego la “percepción del peso” (8)

Smolak (2004) puntualizó que la imagen corporal es una noción multidimensional en la que confluyen cinco componentes:

1. Perceptivo: que incluye información respecto al tamaño, la forma del cuerpo y de sus partes.

2. Afectivo: que considera los sentimientos que surgen respecto al propio cuerpo o su aspecto.
3. Cognitivo: que contempla los pensamientos, los auto mensajes y las creencias sobre el propio cuerpo.
4. Evaluativo: que comprende el grado de satisfacción con el propio cuerpo y la capacidad de evaluar comparativamente el cuerpo real versus el ideal.
5. Conductual: conformado tanto por indicadores cognitivos como conductuales en relación a la importancia que la persona le atribuye a su apariencia personal.

¿Por qué nos importa estudiar cómo se perciben las mujeres en edad fértil que consumen ACOS con su peso?

Primero analizaremos: ¿Qué ocurre con este durante la toma de ACOS?

MetaAnálisis realizados en México que refieren que “el uso de los anticonceptivos hormonales esta frecuentemente asociado a un incremento del apetito; esto ha sido demostrado en un estudio donde el 39.1% de las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, manifestaron un incremento de apetito con el uso de estos, lo cual también, significo en un aumento de su peso corporal “ (6)

En cuanto a la retención de líquidos que generan los estrógenos debido a retención de sodio y agua, pasará por un período de adaptación generalmente más marcado en los tres primeros meses de consumo de los ACOS debido a procesos de adaptación corporal, para luego disminuir.

Datos de estudios de seguimientos, comprueban que: estas retenciones pueden causar un aumento de 200 gr de peso, en la primera semana del ciclo menstrual, que tienden a perderse durante los días de menstruación. Refiriendo que en 12 meses, puede haber un aumento de peso menor a 2 kg en el año debido a esta causa.

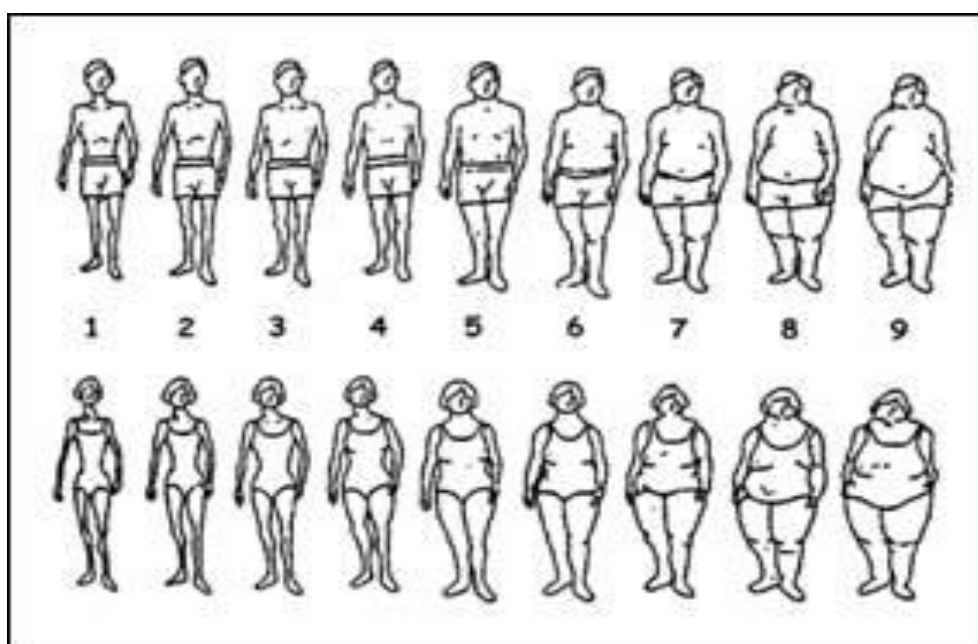
Por lo que se evidencia que este es un factor no significativo y temporal.

Entonces se busca evitar que debido a falta de información que pueden tener las mujeres sobre cuáles de estos efectos adversos son significativamente modificadores de su bienestar físico y mental, recaigan en dietas restrictivas y dañinas para la salud, además de evitar el abandono de los Anticonceptivos combinados, ya que se evidencia mediante un estudio realizado en diversos países europeos: que se entrevistó a más de seis mil mujeres entre 16 y 30 años que usaron anticonceptivos en algún momento de su vida, y se concluyó que casi la cuarta parte de las participantes manifestó que experimentó aumento de peso durante el uso de estos; y que esas mujeres fueron las que tenían mayor probabilidad de abandonar o interrumpir el empleo anticonceptivo. (14)

En el año 2016, un estudio realizado en mujeres de 20 a 30 años con el objetivo de conocer los factores de abandono de los métodos anticonceptivos orales combinados, se obtuvo que entre los efectos reportados con mayor prevalencia fueron las cefaleas con un 32% y el aumento de peso con un 22% , entre otras, lo que dificulta la adherencia a este método y genera su posterior abandono.(6)

A partir del malestar que se evidencia en las mujeres que consumen ACOS debido a su peso corporal, hay herramientas que evalúan la percepción del mismo a través de una imagen administrada a estas, que luego será analizada por el profesional en cuestión.

Escala de percepción de peso según Stunkard



Las siluetas de Stunkard permiten medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla. Para ello, los sujetos deben elegir la figura que más se aproxima a su silueta .

Los resultados ofrecen tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la imagen corporal. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su imagen corporal; si la discrepancia tiene valor positivo, el sujeto tiene un deseo de ser más grande; si la discrepancia tiene un valor negativo, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado.

Asimismo, las siluetas de Stunkard han sido asociadas al IMC (índice de masa corporal) y han demostrado ser un instrumento válido, fiable y efectivo para clasificar a los sujetos según los IMC propuestos por la OMS (organización mundial de la salud) , tanto en el caso de adultos como en el caso de niños y adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El alcance es descriptivo, retrospectivo

POBLACIÓN: Mujeres en edad fértil que consuman anticonceptivos orales hace 2 años, en la ciudad de Buenos Aires.

MUESTRA: No probabilística, por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil.
- Mujeres que consuman anticonceptivos orales hace 1 o mas años.
- Mujeres que residan en la ciudad de Buenos Aires.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no consuman anticonceptivos orales.
- Mujeres que consuman anticonceptivos orales hace menos de 1 año.
- Mujeres que no acepten el consentimiento informado.
- Mujeres que consuman anticonceptivos orales solamente como tratamiento de alguna patología.
- Mujeres que usen otro tipo de método anticonceptivo.
- Deportistas apuntando a nivel profesional, (no recreativo)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	CATEGORÍA	CLASIFICACIÓN	INSTR. DE MEDICIÓN
EDAD FÉRTIL	Período de tiempo (en años) en el que una mujer tiene la capacidad de quedar embarazada	EDAD	<ul style="list-style-type: none"> - 1: 18-29 - 2: 30-39 - 3: 40-49 	Cuantitativa	Encuesta
ANTICONCEPTIVO ORAL	Es un medicamento anticonceptivo tomado vía oral, con la finalidad de evitar el embarazo.	DROGA QUE LO COMPONE	<ul style="list-style-type: none"> - ESTRÓGENO - PROGÉSTERONA - COMBINADOS (ESTRÓGENO Y PROGESTERONA) 	Cualitativa	Encuesta
TIEMPO DE CONSUMO	Acto definido en tiempo de uso de un producto / en este caso se habla de fármaco.	AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1 año - Entre 1 año y 2 años - Entre 2- 3años - 3 o más años. 	Cuantitativa	Encuesta

IMC (INDICE DE MASA CORPORAL)	Es una razón matemática que asocia la masa (peso kg) y la talla (mts) de un individuo para posicionarlo en normalidad o fuera de esta, asociando según edad.	DENTRO O FUERA DE LA NORMALIDAD SEGÚN OMS. (organización mundial de la salud)	<ul style="list-style-type: none"> - 18,5- 24,9 = normo-peso - 25- 29,9 = sobrepeso - 30- 34,9 = obesidad - (criterio hombres y mujeres adultas) 	Cuantitativa	Encuesta (criterios peso y talla)
PERCEPCION CORPORAL	Es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente.	Percepción corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Imagen 1 / Imagen 9 	Cualitativa	Escala de stunkard
HABITO ALIMENTARIO	Son las costumbres y prácticas que una persona tiene a la hora de comer. Estos hábitos incluyen qué alimentos se consumen, en qué cantidad, cuándo se comen, cómo se preparan los alimentos y cómo se lleva a	Tipo de preparaciones/alimentos usados en el día a día y su frecuencia de consumo.	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos enteros - Lácteos descremados - Manteca/crema - Embutidos - Pastelería - Chocolates/golosinas 	Cualitativa/ cuantitativa	Frecuencia de consumo autoadmin.

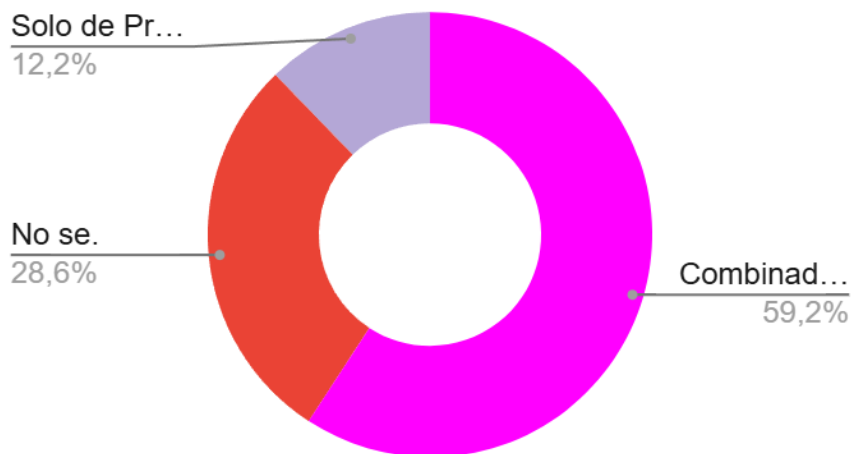
	cabo la ingesta de los mismos.		<ul style="list-style-type: none"> - Snacks salados - Aderezos - Jugos de fruta - Gaseosas - Alcohol - Frutas - Legumbres - Tubérculos - Verduras - Cereales - Cereales integrales - Aceite <p>FRECUENCIA DE CONSUMO</p> <p>(1 vez al día, 1 vez a la semana, 1 vez cada 15 días, 1 vez al mes, Nunca consume).</p>		
ACTIVIDAD FISICA	Refiere cualquier movimiento corporal provocado por	Actividad física(variación)	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento - Disminuyo 	Cuantitativa	Encuesta

	una contracción muscular cuyo resultado implique un gasto de energía.		- Se mantiene igual		
PATOLOGIAS ALIMENTARIAS	Se refieren a trastornos relacionados con el consumo y absorción de alimentos que afectan la salud	Patologías alimentarias	Celiaquia - Intolerancia a la lactosa	Cualitativa	Pregunta a desarrollar

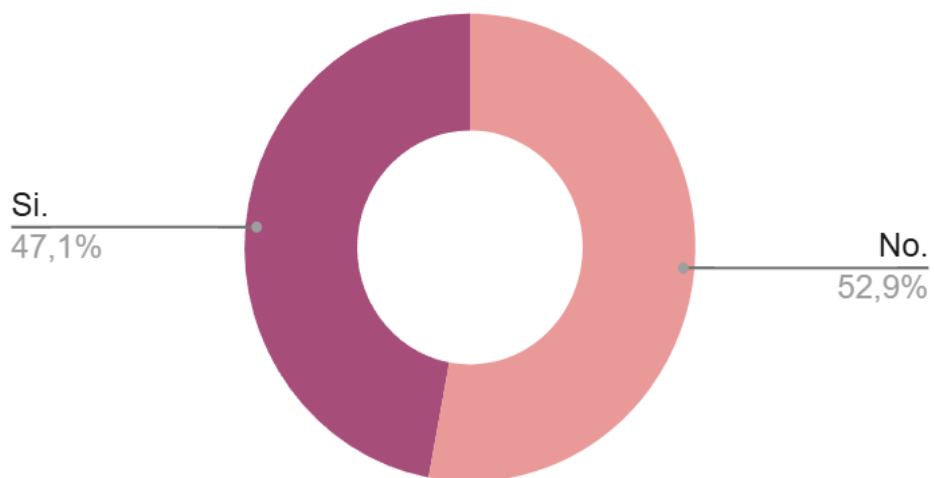
RESULTADOS

*ACOS (ANTICONCEPTIVOS ORALES)

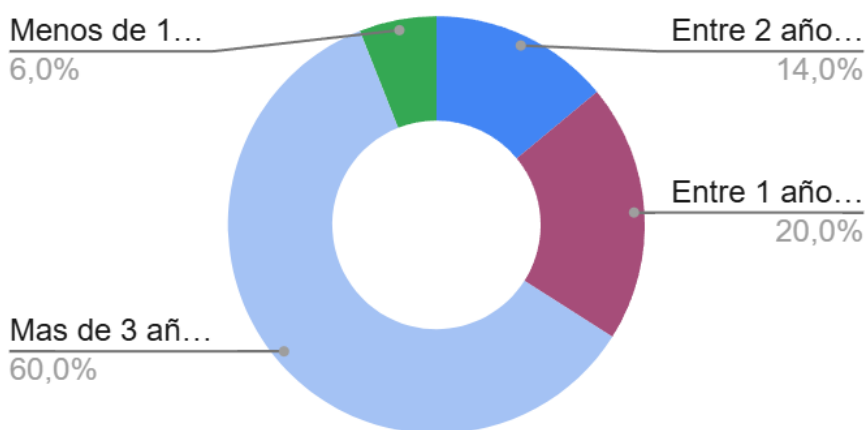
¿Qué tipo de anticonceptivo oral consume?



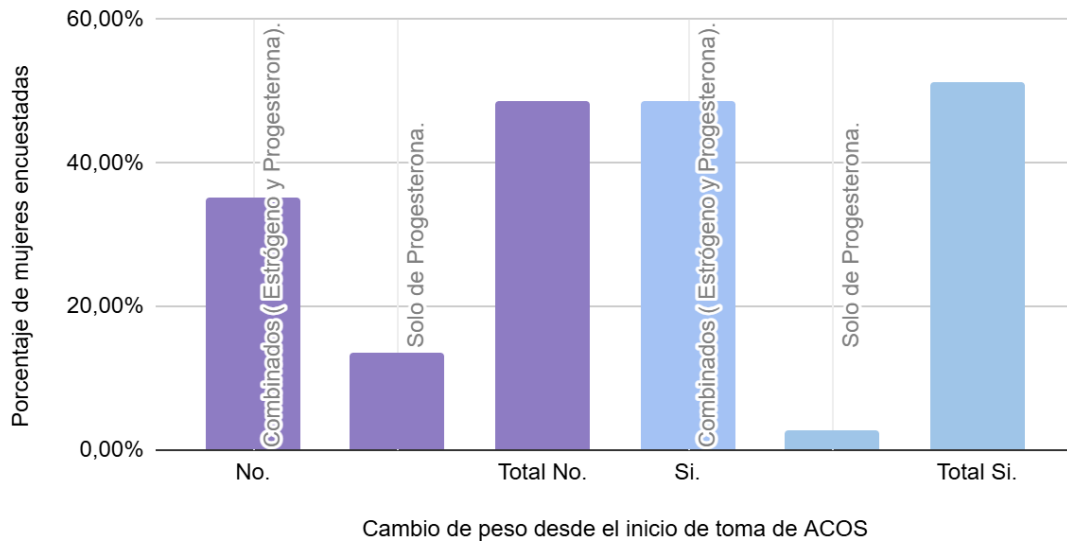
Ha notado algún incremento de peso desde el inicio de la toma de anticonceptivos orales?



¿Hace cuánto tiempo que consume el anticonceptivo oral?



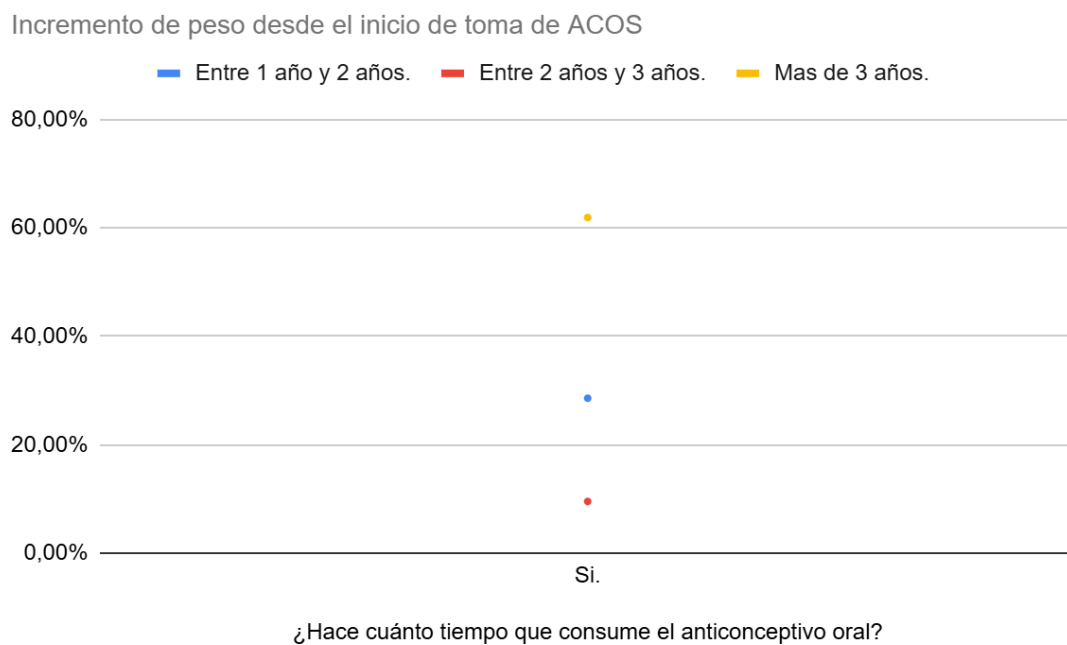
Distribucion de cambio de peso segn tipo de ACOS consumidos



Buscamos analizar qué clase de anticonceptivo, es más usado por las mujeres, así podemos describir como afecta en ellas según tipo de hormonas que se elige.

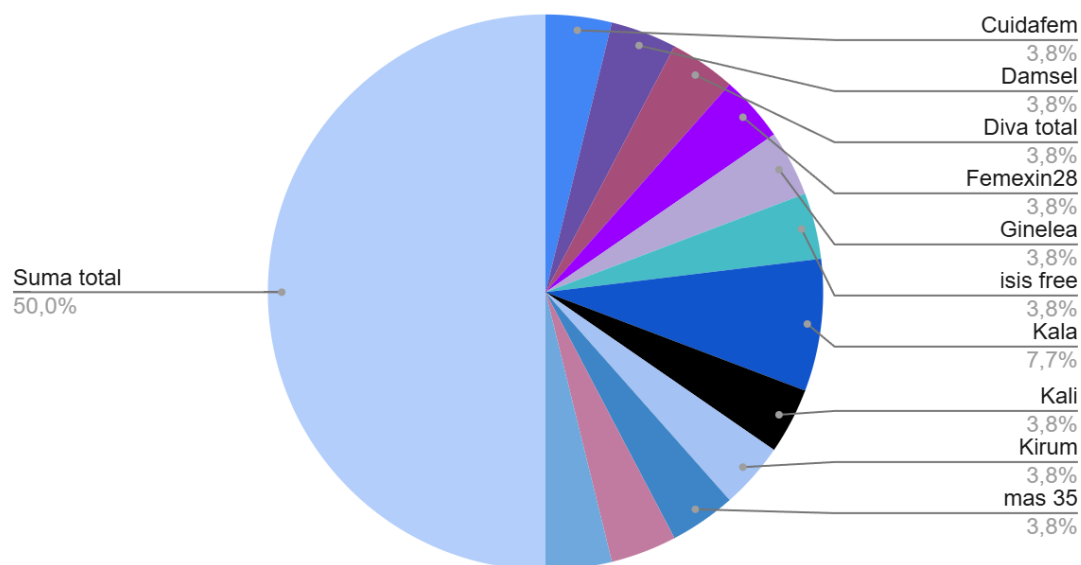
Todas las encuestas demostraron predominancia de anticonceptivos combinados.

Tanto las que notaron cambio (siendo un 49% = a 24 mujeres) que consumen Combinados, como las que dicen no haber sufrido variación en el peso (35% = 17 mujeres) , sigue siendo dominante el ACO combinado.



Este gráfico arroja la información que indica que a mayor tiempo de consumo de anticonceptivos orales, (por causa individual o no) se vio modificado directamente el peso, describiendo que mujeres que tomaban los ACOS hace más de 3 años, el 61 % (equivalente a 30 mujeres) afirma sufrir y mantener el aumento de peso ponderal desde inicio de tomas de ACOS.

Especificacion de marcas que corresponden al porcentaje de personas que no sabian si consumian ACOS combinados o no

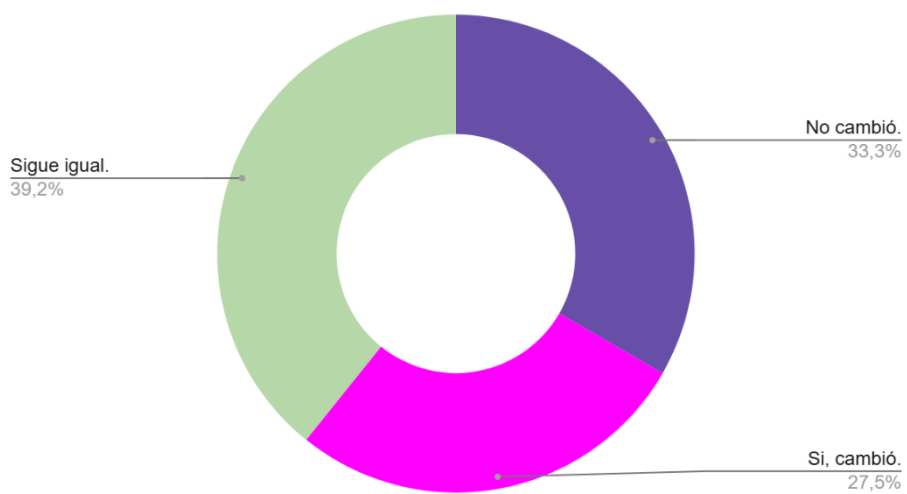


Marcas de anticonceptivos	Perfil de compuestos	Porcentajes
Cuidafem	Combinado	3,8% = 1 persona
Damcel	Combinado	3,8% = 1 persona
Diva total	Combinado	3,8% = 1 persona
Femexin	Combinado	3,8% = 1 persona
Ginelea	Combinado	3,8% = 1 persona
Isis free	Combinado	3,8% = 1 persona
Kala	Combinado	7,7% = 2 personas
Kirum	Combinado	3,8% = 1 persona
M35	Combinado	3,8% = 1 persona
Kali	Solo Progesterona	3,8% = 1 persona

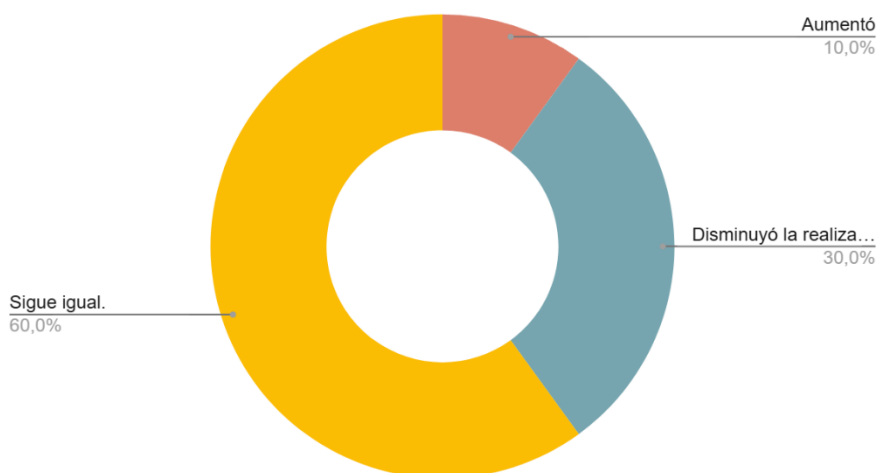
*Se excluyó una encuesta por haber contestado Novafem (anticonceptivo hormonal, inyectable)

Se muestra a través de los datos recopilados en esta pregunta que todas las marcas adicionadas, pertenecían a ACOS combinados, excepto 1 que en el gráfico de torta se encuentra coloreada en negro y en el cuadro resumen se colocó como última opción. , (Se pidió como requisito que escriban marca comercial usada), para poder entender que uso de hormonas le estaba indicado en su tratamiento a aquellas mujeres que no sabían

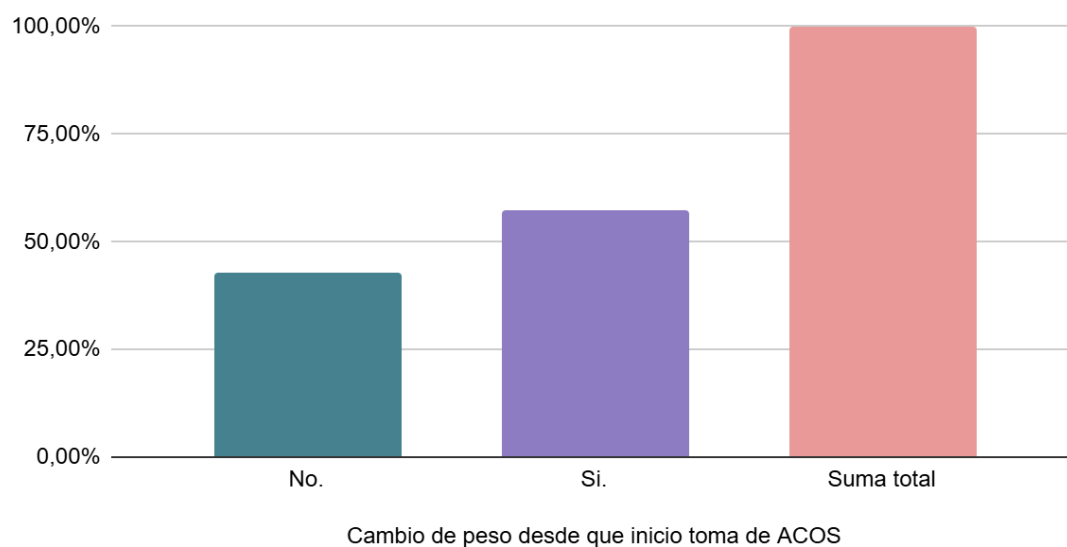
Relación de cambio de dieta luego de iniciar los ACOS.



Cambio de Actividad física desde el inicio de ACOS.



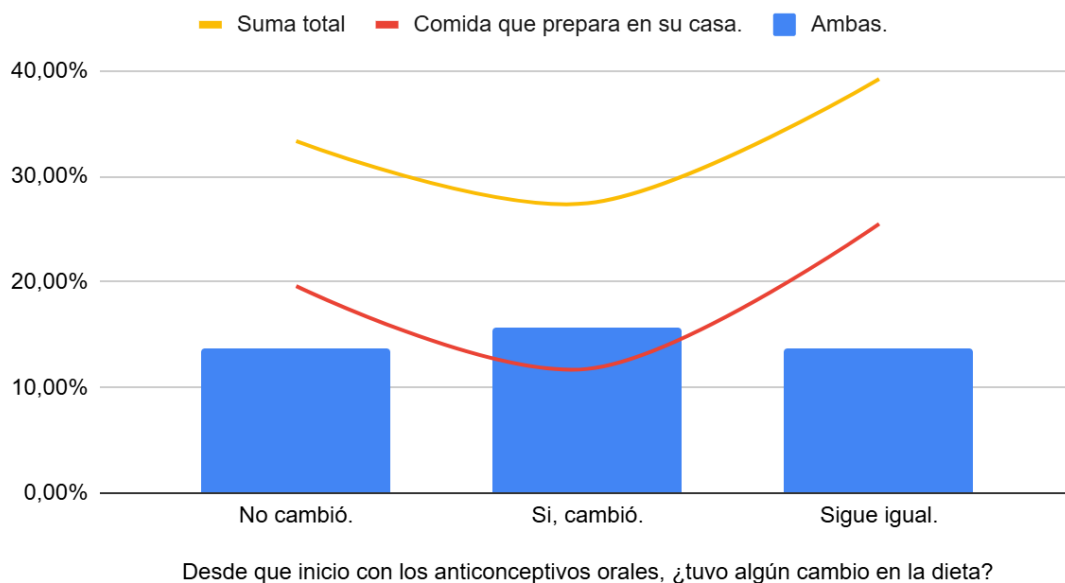
Relación de las mujeres que vieron cambio en la dieta desde el inicio de acos, con el incremento de peso



Este gráfico refleja que las mismas mujeres que refirieron aumentar de peso desde el inicio de toma de ACOS vieron modificada su dieta habitual por diversos factores

Del total de mujeres encuestadas el 58% (equivalente a 29 mujeres) fue el que aseguro el aumento de peso y el cambio en la dieta.

Relación entre elecciones de consumo y alimentos elegidos

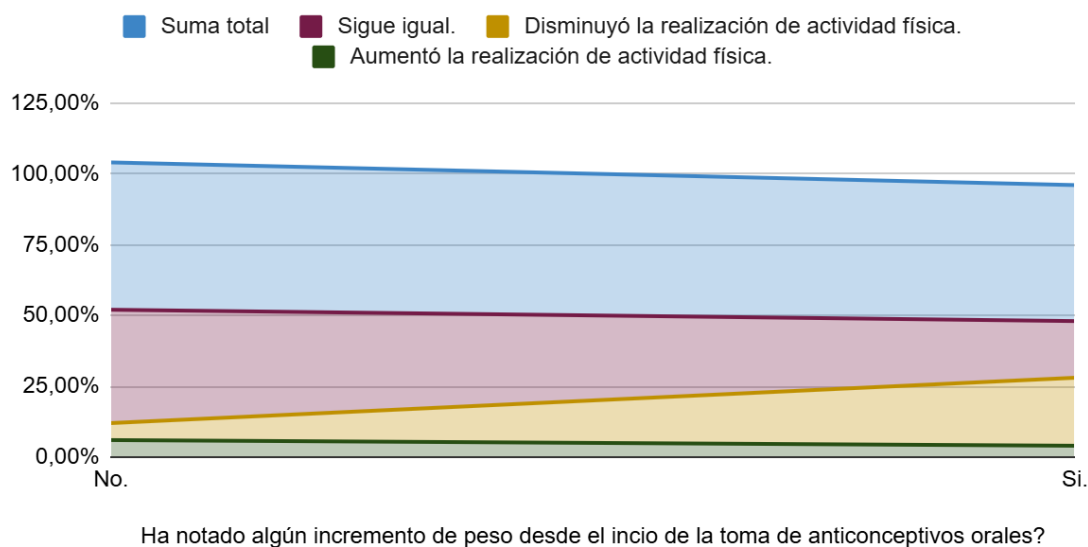


Cuando hablamos de cambios en la ingesta, no solo nos referimos a los alimentos elegidos por los gustos individuales particulares, estos pueden variar debido a múltiples factores durante el mes, las más relevantes en relación a lo que las mujeres que realizaron la encuesta refirieron son:

- Tenemos el factor económico mensual es decir: dependiendo en que día del mes una persona se encuentre, hará determinadas tipos de compras.
- El cambio del clima: refiere al cambio del tipo de preparaciones elegidas, no solo en temperaturas y calidad nutricional, sino también en relación a la disponibilidad de estos en el mercado (estacionalidad de frutas y verduras) .
- Antojos: por ansiedad o por el momento del periodo en el que las mujeres se pueden encontrar.
- Que alimento consume? Relacionado con el ítem 1 mencionado: se abordara aquí, el concepto de alimentos caseros, o comprados, haciendo referencia al nivel socioeconómico y al perfil alimentario que estos tendrán. (Dejando en claro, que ninguna de todas las mujeres eligió comida lista por completo para su consumo único en su día a día) .

Arrojando: que el 57% (28 mujeres) optan por realizar preparaciones caseras, seguido de algunas mujeres que utilizan ambas dos opciones a la hora de alimentarse juntado así un 43%(20 mujeres) en esta opción.

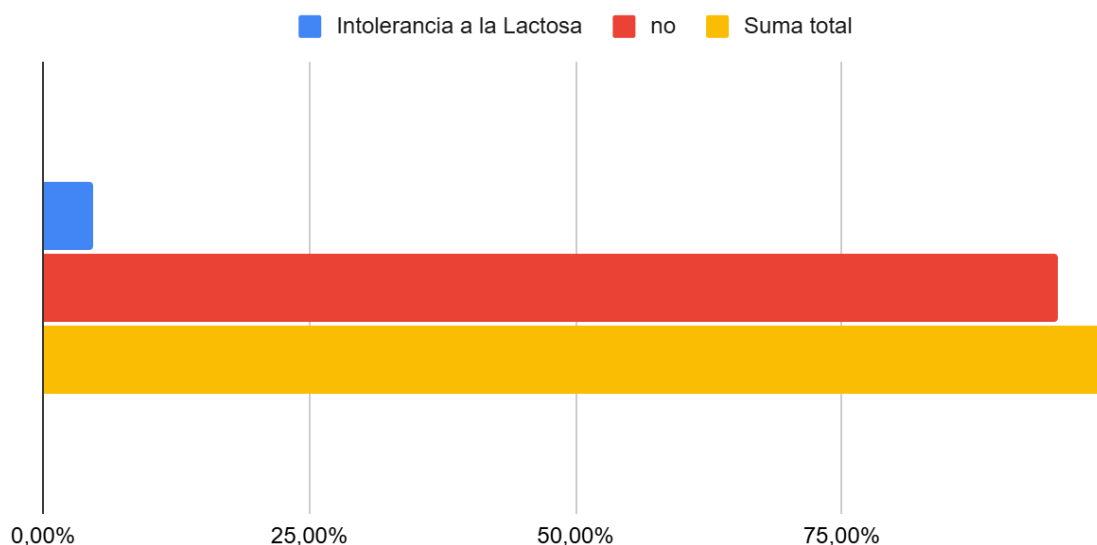
Relación Actividad física desde inicio de ACOS con aumento de peso



Este gráfico hace referencia a la respuesta dada por las mujeres que consumen anticonceptivos orales, las cuales manifestaron que vieron un cambio (aumento de peso) desde el inicio de su toma, y expresan con un 24% (equivalente a 12 mujeres) del total de mujeres encuestadas que durante este periodo, disminuyó la realización de Actividad física (af)

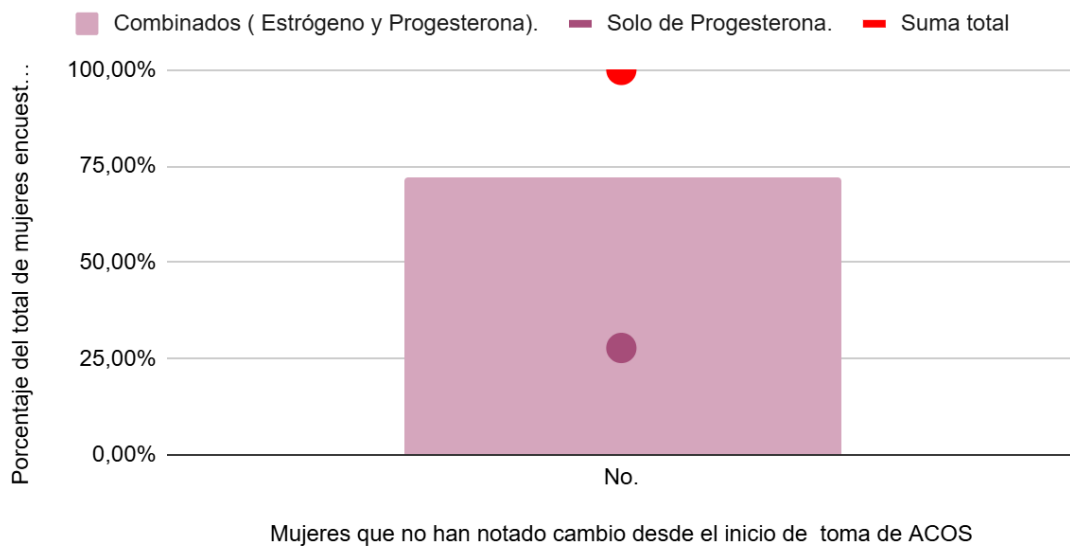
Lo cual sugiere que una de las causas de este aumento de peso tiene como pilar está disminución de af, llevando a una vida más sedentaria y no atribuyendo solamente este aumento de peso a la ingestión de hormonas provenientes de los ACOS.

Relacion de las mujeres que aumentaron de peso post inicio de ACOS y patologias



Se puede apreciar que de las mujeres que participaron de la encuesta, el 4,7% (2 mujeres) tienen alguna patología asociada con la alimentación, especificando que es intolerancia a la lactosa, de igual manera ésta, convivio con ellas desde antes del inicio con ACOS, dejando en claro que no se puede atribuir el aumento de peso, a una injuria nueva de aparición espontánea y crónica.

Tipo de ACO consumido por las mujeres que no notan cambios en su peso desde el inicio de su toma



Resultados de variante NO aumento de peso.

Se analiza que dentro del grupo de mujeres que niegan haber subido de peso desde que iniciaron la toma de ACOS, el 72% (34 mujeres) muestra como droga de elección, los anticonceptivos combinados.

Refiriendo que como antes mostramos, el aumento de peso, es un factor multicausal, no solo responsable de una ingestión de medicación específica, en este caso ACOS.

Para esto, a continuación, se dejarán los datos obtenidos en el recordatorio de 24 hs para ver cuáles son los alimentos de elección en su mayor porcentaje.

Cuestionario de frecuencia de consumo:

Alimento	Mas de 1 vez a la semana	1 vez a la semana	1 vez cada 15 días	1 vez al mes	No consumo
Lácteos enteros	24	5	1	5	15
Lácteos descremados	43	2	1	1	1
Manteca/crema	6	7	10	13	14
Embutidos	2	10	14	16	6
Pastelería	5	13	16	9	6
Chocolates/golosinas	10	19	9	8	2
Snacks salados	-	14	14	17	5
Aderezos	8	10	5	8	17
Jugos de frutas	5	5	7	12	19
Gaseosa	4	8	8	11	19
Alcohol	1	6	15	15	11
Frutas	37	8	2	0	1
Legumbres	18	11	12	2	6
Tubérculos	29	11	8	1	-
Verduras	42	4	1	-	1
Cereales	30	13	3	1	2
Cereales int	25	12	4	4	5
Aceite	37	6	3	1	2

*se modifico los valores descartando 3 encuestas de 51, las cuales respondían que consumían ACOS hace menos de 1 año

Se analizan los resultados: IMC: y describen como afecta con las otras variables

	Peso kg	Talla mts	IMC	Clasificación seg OMS	AF	Dieta cambió	Stunkard elegido	¿Coinciden?
1	64	1.63	24,08	NP	=	=	4	SI
2	70	1.62	26,6	SP	-	NO	5	SI
3	63	1.70	21,7	NP	-	SI	4	NO ST 3
4	73	1.67	26,1	SP	-	SI	5	SI
5	74	1.58	29,6	SP	=	=	5	NO ST6
6	65	1.50	28,8	SP		=	6	NO ST5
7	66	1,63	24,8	NP	=	NO	4	SI
8	48	1,56	19,7	NP	=	=	2	SI
9	56	1,58	22,4	NP	=	NO	3	SI
10	60	1,55	24,9	NP	=	=	5	NO ST4
11	51	1,53	21,7	NP	-	=	4	NO ST3
12	46	1,59	18,1	BP	=	SI	2	NO 1
13	56	1,62	21,3	NP	=	=	3	SI
14	57	1,67	20,4	NP	+	SI	2	NO ST2
15	47	1,50	20,8	NP	=	SI	4	NO ST2
16	51	1,57	20,6	NP	=	=	2	NO ST2
17	65	1,65	23,8	NP	=	=	3	NOST4
18	50	1,60	19,5	NP	=	NO	4	NO ST2
19	65,5	1,59	25,9	SP	=	SI	4	NO ST5
20	65	1,64	24,1	NP	=	=	4	SI
21	56	1,67	20,7	NP	=	=	2	SI
22	63	1,71	21,5	NP	+	+	4	NO ST3
23	57	1,64	21,9	NP	-	NO	2	NO ST3
24	1,53	96	41	OB3	=	SI	6	NO ST9
25	50	1,58	20,0		+	=	1	NO ST2
26	71	1,63	26,7	SP	+	NO	5	SI
27	93	1,56	38,2	OB2	=	NO	8	SI
28	65	1,60	25,3	SP	-	NO	4	NO ST5
29	79	1,65	29	SP	=	=	6	NO ST5

30	78,2	1,58	31,3	OB	-	NO	6	SI
31	52	1,50	23,1	NP	=	=	3	SI
32	63	1,66	22,8	NP	=	NO	4	NO ST3
33	74	1,66	26,85	SP	=	NO	7	NO ST5
34	60	1,57	24,1	NP	-	NO	4	SI
35	78	1,54	32,8	OB2	-	SI	7	SI
36	46	1,56	18,9	NP	+	=	3	NO ST1
37	64	1,61	24,6	NP	=	SI	4	SI
38	62	1,72	20,9	NP	=	=	2	NO ST3
39	92	1,63	34,6	OB2	=	=	6	NO ST8
40	52	1,58	20,8	NP	=	NO	4	NO ST3
41	55	1,53	23,4	NP	-	NO	5	NO ST4
42	54	1,65	19,8	NP	=	=	3	NO ST2
43	83	1,72	28	SP	=	=	7	NO ST6
44	75	1,80	23,1	NP	-	SI	3	SI
45	55	1,60	21,4	NP	=	SI	4	NO ST3
46	55	1,69	19,2	NP	=	=	4	NO ST2
47	53	1,63	19,9	NP	-	NO	4	NO ST2
48	58	1,69	20,3	NP	=	NO	3	SI

*IMC usado para clasificar según OMS

Clasificación	IMC kg/m ²
Normopeso	18,5 / 24,9
Sobrepeso	25,0 / 29,9
Obesidad grado 1	30,0 / 34,9
Obesidad grado 2	35,0 / 39,9
Obesidad grado 3	+40

Lo que arroja este cuadro, es que hay mucha distorsión por parte de las mujeres en relación a sus propios pesos, poniendo generalmente un Stunkard más alto del que realmente es (como mínimo)

Los datos analizados plasmaron: que el 59% (28 mujeres) mostraron que no reconocen su mismo peso en valor dibujos de escala.

Dentro de estas respuestas, lo más común fue encontrar disminución de actividad física y cambio en la dieta desde el inicio de ACOS, lo cual da una visión directa a que, el foco del problema real es integral, y no aislado como se supone.

DISCUSIÓN:

El presente trabajo tiene como resultado, en relación a las respuestas obtenidas de la encuesta realizada:

TIPO DE ANTICONCEPTIVO USADO:

El 59% de las mujeres participantes consumen anticonceptivos orales combinados (es decir que contienen estrógenos y progesterona.)

Además, se analizó la respuesta “no se que tipo de ACOS utilizo” y se obtuvo como resultado, que de ese 23%, solo el 3,8% (equivalente a 1 mujer) utilizaba solo progesterona.

Esto condice con “Las referencias del consenso farmacológico de Anticonceptivos orales” el cual refiere a que “Las formas combinadas son las más utilizadas y consisten en asociaciones de un estrógeno y un progestágeno, teniendo la mayor seguridad anticonceptiva en relación a las de una sola droga comercializadas.”(10)

Esto también se relacionará con que la prescripción de AOs de solamente Progestágenos, es más utilizado, en casos particulares de patologías oncológicas ginecoógicas, en caso de patologías estables con cargas metabólicas activa y en caso de lactancia activa .

Refiriéndose a esto: el mismo artículo nombrado anteriormente: “se deben considerar los anticonceptivos de progestágeno solos, particularmente entre las pacientes obesas mayores de 35 años “, haciendo referencia a la carga que producen los estrógenos a nivel hepático.

Mientras que otro artículo evidencia el uso por excelencia de los AO (anticonceptivo oral) solo de progesterona para el tratamiento de Cáncer de cuello de útero: según en las etapas que se encuentre la mujer a tratar “ En etapas como Ia y Ib es recomendable utilizar un tratamiento con progestágenos a partir de la intervención quirúrgica y durante 6 meses. De la etapa II en adelante, debe agregarse el tratamiento con progestágenos por tiempo indefinido”

O “También se utilizan los gestágenos solos en el caso de hiperplasia quística: 5 a 10 mg del 15to. al 24to. día del ciclo durante 3 a 6 meses” (13)

AOS Y AUMENTO DE PESO:

Cuándo se pregunta en la encuesta realizada si notaron cambios de peso luego del inicio de toma de Acos, y el 52% de las mujeres contesta que no, esto se asociará a que no es un factor unció determinante del aumento de peso (ni la droga utilizada, ni el tiempo consumido), habrían más aspectos amplios a considerar para explicar un posible aumento de peso, así mismo lo refiere el artículo “los aspectos metabólicos de los acos” (11) diciendo que para ver cómo influye un medicamento, hay que estudiar el efecto metabólico de la droga, considerar su potencia, dosis y la vía de administración. Así mismo, el artículo habla de la posibilidad de retención de líquidos inducidos por las hormonas nuevas ingeridas. Diciendo que “El efecto de la AH sobre el peso corporal aún está en debate, a pesar de la noción popular de que la AH conduce al aumento de peso, la evidencia disponible es insuficiente para determinar si la AH tiene algún efecto real sobre el peso.

Sin embargo, la composición corporal puede verse afectada por algunas combinaciones de estrógenos y progestágenos. Ya que los estrógenos pueden activar el sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) y favorecer el aumento de peso. Pero en general, la mayoría de los estudios que evaluaron el efecto de los AH en mujeres consideraron una variación de 1 kg desde el inicio del uso, como insignificante en retención a la acumulación de líquidos” (12)

Lo cual al analizar la escala de stunkard, evidenció una variación de IMC en en 60% de las mujeres, y mostró un amplio rango de kilogramos percibidos de más. Por lo que 1 kg en época menstrual de retención de líquidos, no justificaría la distorsión física percibida.

Nos encontramos también con: Otras hipótesis que se plantean sobre el efecto que provocaría el consumo de ACOS sobre el apetito. Y si nos referimos al impacto que tiene la variación hormonal con el aumento de ansiedad/ hambre, seguimos sosteniendo según el artículo: variables emocionales y food craving, que estas variaciones solo ocurren en determinados momentos del ciclo.

Estas variaciones están relacionadas con la acción hormonal de los estrógenos y la progesterona y, su influencia en el apetito y estado de ánimo. Estudios recientes sustentan un incremento de la ingesta alimentaria y hambre emocional durante la fase lútea en comparación con la fase folicular y fase ovulatoria. Aparentemente, altos niveles de progesterona incitan a un mayor consumo de alimentos, actuando así, como una hormona orexígena e inhibiendo, además, el efecto anorexígeno atribuido al estradiol (estrógenos). No obstante, la información existente sobre el mecanismo de acción de las hormonas ováricas y su impacto sobre el comportamiento alimentario es controvertida y se necesita una mayor investigación al respecto

Por otra parte, este incremento energético atribuido a la fase lútea se manifiesta en ocasiones en forma de food craving, el cual se define como un deseo irresistible de consumir comida. Investigaciones previas señalan que dicho deseo intenso de consumir alimentos no implica necesariamente un comportamiento alimentario patológico.

No obstante, puntualizan que el ansia de comida puede precipitar en episodios de atracones alimentarios. Así mismo, esa apetencia irresistible alimentaria tiende a ser específica de un producto alimentario concreto. En mujeres, durante el ciclo menstrual, se observa una apetencia incrementada del consumo de chocolate mayoritariamente pero también de dulces en general y productos salados

A nivel de comparativa entre las diversas fases del periodo menstrual la experiencia food craving también varía. Según literatura previa, el craving menstrual se da en mayor proporción durante la fase lútea y se ve incrementado días previos a la menstruación. Por último, desde una perspectiva psíquica, las emociones también afectan al comportamiento alimentario. En mujeres, el consumo de chocolate y alimentos dulces es considerado como una forma de aliviar la sintomatología premensual asociada a la fase lútea y así, obtener un efecto placentero al consumir este tipo de producto (12).

Lo que no indicaría que sea un cambio significativo en el peso, sino que habría que abordar el aumento de peso, desde una manera más de hábitos día a día.

CONCLUSION:

Este estudio se centró en analizar los patrones de alimentación, junto con más factores asociados, en mujeres que consumen ACOS orales como método de anticoncepción, para abordar como repercute esto, en su imagen corporal.

Pudiendo observar que a medida que pasa el tiempo, hay un patrón que sigue aumentando referido con las costumbres alimentarias desfavorables tal y cual lo indica la ENNYS 2, los cuáles repercutieron a nivel nutricional, metabólico, social y psicológico (junto con una disminución de actividad física) lo que provocó la distorsión en la imagen corporal manifestado por las mujeres en edad fértil que consumen ACOS.

Por lo cual se requiere realizar cambios a través de la educación alimentarias y pautas de vida saludable en la población participante de este estudio con la finalidad de lograr el empoderamiento de las mujeres que consumen ACOS, para evitar conductas de riesgo que puedan llevar a cabo por su disconfort físico/mental.

REFERENCIAS

1. Pubertad y Adolescencia. **Guemes Hidalgo, M., Ceñal Gonzales Fierro, M.J y Hidalgo Vicario, M.I.** Madrid : Adolescere, 2017, Vol. 5.
2. **Cabezas Cruz, Evelio, y otros.** Salud sexual y reproductiva- Manual de procedimientos . La Habana : eCIMED, 2017.
3. **Guyton , Arthur y Hall, Jhon. E.** Guyton y Hall- Tratado de fisiologia medica. s.l. : Elsevier, 2016. Edicion 13 .
4. **Perkal, G., y otros.** Guía clínica sobre el uso de anticonceptivos orales en la adolescencia. •Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. s.l. : Adolescere , 2018.
5. **Palacios, S, y otros.** Anticonceptivos combinados orales (ACOs). Recomendaciones de la asociación latinoamericana de anticoncepción. 2022.
6. Efectos metabólicos y cambio ponderal por el uso de anticonceptivos hormonales: Una revisión narrativa. **Chero-García, Darlene, y otros.** Lima, Peru : Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 2021.
7. **OMS.** Organización mundial de la salud . [En línea] 1 de Marzo de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
8. EL PESO CORPORAL SALUDABLE: DEFINICIÓN Y CÁLCULO EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. **López, Erik Ramírez, Sáenz, Nohemí Liliana Negrete López y Tijerina, Alexandra.** 4, Monterrey Nuevo Leon Mexico : s.n., 2012, Vol. 13.
9. ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICION Y SALUD 2019 (Dra. Carolina Stanley, y otros, 2019
10. Lilue, M. B. (2023). Consenso Anticoncepción Hormonal. Actualización 2023. Capítulo 2. Aspectos farmacológicos de la anticoncepción hormonal. Obtenido de scielo: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322024000500005&lng=e
11. Fung, D. L. (2024). Aspectos metabólicos de los anticonceptivos hormonales. Obtenido descielo://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/01/CAPITULO-3-vol-84-2024.pdf
12. 12. Elena Moreno-Gómez, I. J.-L. (s.f.).

Variables emocionales y food craving: influencia del ciclo menstrual. Obtenido de scielo:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2022000100028

13. (ANTICONCEPCIÓN HORMONAL, 197)

14. M. Rosenberg (1998). Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle. Results of daily measurements.

ANEXO 1 : CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Estimado/a:

La alumna Estefanía Duda, estudiante de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud, está realizando un estudio de investigación.

El principal objetivo del estudio

Toda información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Para asegurar la confidencialidad de sus datos. Los resultados obtenidos de esta investigación serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de forma grupal, de tal manera que no podrá ser identificado/a. Es importante aclarar que no se realizará pago alguno por participar en la encuesta, y tampoco tendrá ningún costo. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Doy mi consentimiento para la realización de esta participación

No doy mi consentimiento para la realización de esta participación

Lugar y fecha

Firma y aclaración del participante

ANEXO 2- ENCUESTA REALIZADA POR GOOGLE.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

1. Marque su edad:

- 18- 29 años
- 30 -a 39 años
- 40 a 49 años.

2. ¿Podría indicar su peso? _____

3. ¿Podría indicar su altura? _____

4. ¿Tiene alguna intolerancia (patología alimentaria)? _____

5. ¿Desde que inició con las pastillas anticonceptivas, notó algún cambio en su actividad física?

- Aumentó la realización de actividad física.
- Disminuyó la realización de actividad física.
- Sigue igual

6. ¿Qué tipo de Anticonceptivo oral consume?

- Combinados (Estrógeno y Progesterona).
- Solo de Progesterona.
- No se

7. Indique marca comercial: _____

8. ¿Hace cuánto tiempo que consume el anticonceptivo oral?

- Menos de 1 año.
- Entre 1 año y 2 años.

- Entre 2 años y 3 años.

- Mas de 3 años

9. ¿Ha notado algún incremento de peso desde el inicio de la toma de anticonceptivos orales?

- No

- SI

10. Desde que inicio con los anticonceptivos orales, ¿tuvo algún cambio en la dieta?

- SI

- No

- Sigue igual

11. Qué clase de preparación elige/ utiliza en su día a día ?

- Comida comprada (lista para su consumo).

- Comida que prepara en su casa.

- Ambas

12. Cuestionario de frecuencia de consumo:

Alimento	Mas de 1 vez a la semana	1 vez a la semana	1 vez cada 15 días	1 vez al mes	No consumo
Lácteos enteros					
Lácteos descremados					
Manteca/crema					
Embutidos					
Pastelería					
Chocolates/golosinas					
Snacks salados					
Aderezos					
Jugos de frutas					
Gaseosa					
Alcohol					
Frutas					
Legumbres					
Tubérculos					
Verduras					
Cereales					
Cereales int					
Aceite					

12. Puede indicar con qué figura se asocia usted misma?

