



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

***ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
EN MUJERES CON Y SIN RIESGO REPRODUCTIVO***

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

Dra. Priscila Angélica Montealegre Ramírez.  
Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.  
Correo electrónico: [priscila\\_montealegre@yahoo.com.mx](mailto:priscila_montealegre@yahoo.com.mx)  
Matrícula: 99367475.

**DIRECTOR DE TESIS**

Dra. Patricia Ocampo Barrio.  
Jefe de Enseñanza e Investigación de la UMF No. 94 del IMSS.  
Correo electrónico: [patriciaocampo@imss.gob](mailto:patriciaocampo@imss.gob)  
Matrícula: 5812917.

**COLABORADORES**

Dr. Ricardo Shibata Murakami.  
Médico Familiar de la UMF No. 94 del IMSS.  
Correo electrónico: [ricardo\\_shibata@hotmail.com](mailto:ricardo_shibata@hotmail.com)  
Matrícula: 7434094.

**AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

Dra. Doris De la Cruz Peñarán.  
Instituto de Investigaciones de La Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.  
Correo electrónico: [dorise\\_dlcruz97@hotmail.com](mailto:dorise_dlcruz97@hotmail.com)





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.

## **AUTORIZACIONES**

**AUTORIZADO POR EL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD  
NO. 3515**

**NO. DE REGISTRO INSTITUCIONAL  
R-2009-3515-14**

---

**Dra. Victoria Pineda Aquino**  
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

---

**Dr. Humberto Pedraza Méndez**  
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

---

**Dr. Marco Antonio Pagola Martínez**  
Director de la UMF 94

---

**Dra. Patricia Ocampo Barrio**  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF 94

## AGRADECIMIENTOS

***“Es verdad que el cambio conlleva el riesgo del fracaso,  
esa es la principal razón del temor a la libertad.***

***Pero también es verdad que en la vida no hay errores,  
sólo lecciones que aprender...”***

*A Dios, por la vida...*

*A mis padres, por su amor incondicional y por las oportunidades que me han dado...*

*A mi ratón, por su amor, paciencia y apoyo incondicional...*

*A mis ratoncitos, por iluminar cada día de mi vida...*

*A mis amigos de siempre, por estar cerca aún en la distancia...*

*A mis profesores, por sus conocimientos y experiencias compartidas...*

*A mis compañeros, por hacerme más agradables éstos tres años de residencia...*

# INDICE

Marco teórico	1
Antecedentes científicos	9
Planteamiento del problema	14
Justificación	14
Pregunta de investigación	15
Objetivos	17
Hipótesis de estudio	17
Identificación de las variables	17
Diseño del estudio	18
Universo de trabajo	18
Población de estudio	18
Muestra de estudio	18
Determinación estadística de la muestra	18
Tipo de muestreo	18
Criterios de selección de la muestra	19
Procedimiento para integrar la muestra	19
Procedimiento para recolectar la información	19
Descripción de los instrumentos	20
Análisis estadístico de la información	20
Programa de trabajo	21
Recursos del estudio	22
Difusión de resultados	22
Consideraciones éticas	22
Resultados	24
Análisis de resultados	27
Conclusiones	29
Sugerencias	29
Bibliografía	30
Anexo 1. Cuadro de variables	35
Anexo 2. Lineamiento Técnico Médico para el uso de la Metodología Anticonceptiva IMSS	37
Anexo 3. Entrevista Actitudes hacia la planificación familiar	38
Anexo 4. Cronograma de actividades	41
Anexo 5. Consentimiento informado	42

## RESUMEN

### **Actitudes hacia la planificación familiar en mujeres con y sin riesgo reproductivo**

Ocampo-Barrio P<sup>1</sup>, Shibata-Murakami R<sup>2</sup>, De la Cruz-Peñarán<sup>3</sup>, Montealegre-Ramírez P<sup>4</sup>

**Introducción.** El empleo de métodos anticonceptivos ha sido el detonante más importante en la declinación de la fertilidad, sin embargo aún existen mujeres que pese a que desean evitar el embarazo no utilizan método alguno. La adopción de un método anticonceptivo idealmente debiera depender del riesgo reproductivo, considerando que en México oscila entre 25 y 30%, así como de las actitudes de las mujeres al respecto, hecho poco documentado.

**Objetivo.** Comparar las actitudes hacia la planificación familiar en mujeres con y sin riesgo reproductivo.

**Material y Métodos.** Estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo en mujeres de la UMF 94 del IMSS, bajo consentimiento informado. Se determinó el riesgo reproductivo mediante el Lineamiento Técnico Médico para el Uso de la Metodología Anticonceptiva. Las actitudes hacia la planificación familiar se determinaron a través del instrumento de Barrios, con retroinformación personalizada inmediata. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados.** Se identificaron 27.3% con riesgo reproductivo y 72.7% sin riesgo. En ambos grupos predominaron las mujeres adultas, unidas y usuarias, habiendo diferencia en la escolaridad. En el total de participantes se registró una aceptación alta hacia la planificación familiar, por lo que no se aplicó prueba de hipótesis, sin influencia de sexo, edad, estado civil u ocupación en ello.

**Conclusiones.** Un cuarto de participantes con riesgo reproductivo, predominando factores como edad y antecedente de preeclampsia, con influencia significativa de la escolaridad. Una actitud de aceptación alta hacia la planificación familiar en la totalidad de ambos grupos, sin influencia de alguna característica en ello.

**Palabras clave:** actitudes, planificación familiar, riesgo reproductivo.

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar, Jefe de Enseñanza e Investigación UMF 94 IMSS-UNAM, México.

<sup>2</sup> Médico Familiar de la UMF 94 IMSS, México.

<sup>3</sup> Maestra en Ciencias, Instituto de Investigaciones de La Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF 94 IMSS, México.

## MARCO TEORICO

### Historia de la planificación familiar en el mundo

Los métodos anticonceptivos han sido empleados desde la antigüedad. El antecedente más remoto se encuentra en un papiro egipcio fechado entre los años 1900-1100 a. C. La anticoncepción fue considerada durante muchos años como obscena y relacionada con la prostitución. Concepción que cambió en el siglo pasado cuando la Planificación Familiar (PF) aparece en los Estados Unidos. <sup>1,2</sup>

La PF surgió a principios del siglo XX, como una estrategia que pretendía incidir sobre la elevada tasa de mortalidad materna e infantil, ya que de cada 1,000 mujeres 6 a 9 morían en el parto y 1 de 5 niños fallecían durante los primeros 5 días de vida extrauterina. Fue la enfermera en Salud Pública Margaret Sanger (1912) la primera interesada en investigar los efectos adversos del embarazo sobre la salud materna; años después apertura la primera clínica de PF, desafiando las leyes que prohibían la distribución de la información sobre el control prenatal. Su esfuerzo se vió recompensado hasta los años treinta, cuando se autoriza el uso de métodos anticonceptivos. La anticoncepción moderna comenzó en 1960 cuando la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino (DIU) quedaron a disponibilidad de la población en general. Los fundamentos médicos científicos acerca de la PF quedaron establecidos en 1972, a partir de esa fecha la seguridad, eficacia, diversidad, accesibilidad y uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento. <sup>2</sup>

Sin lugar a dudas el empleo de métodos de anticoncepción ha sido el detonante más importante en la declinación de la fertilidad mundial; de tal manera que entre 1960-1980 la fertilidad disminuyó aproximadamente un tercio; al pasar de un promedio de 6 a 4 hijos por mujer a un promedio de 2 a 4. Sin embargo se debe reconocer que a pesar del gran avance presentado en esta materia, aún existen más de 120 millones de mujeres que pese a que desean evitar el embarazo no están utilizando anticoncepción, y muchas más utilizan algún método de PF no idóneo para sus condiciones. <sup>2,3</sup>

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son los indicadores que de manera más concreta reflejan la calidad de vida de la mujer y la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud. Así las cosas, dos terceras partes de las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. De tal manera que en Europa una de cada 9,850 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6,366, en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres.<sup>2,3</sup>

### **Historia de la planificación familiar en México**

La sociedad mexicana ha experimentado profundas transformaciones durante su historia, una de ellas es el cambio en las preferencias reproductivas y la interiorización de la PF. En la década de los sesentas, los conocimientos y accesibilidad a los métodos anticonceptivos estaban restringidos a los servicios médicos privados. En el año de 1974 se publicó la Ley General de Población, la cual regula los fenómenos demográficos y establece la obligatoriedad que tiene el Estado de ofrecer servicios de PF. En diciembre del mismo año se reformó el Artículo 4º de la Constitución Política, donde se estipula el derecho que tiene la mujer de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desea tener. Para el año 1984, se promulga la Ley General de Salud, la que incluye a la PF como parte de los servicios de salud.<sup>4,5</sup>

La Secretaría de Salud con el objetivo de uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de PF, construyó la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993). Esta norma incorpora los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como documentos técnicos sobre métodos de control de la fertilidad, consejería, derechos sexuales y reproductivos. De tal manera que ofrece al médico información científica, absoluta libertad y respeto a la decisión informada para la selección y prescripción adecuada de los métodos anticonceptivos.<sup>4,5</sup>



## **Impacto de los programas de planificación familiar**

Las acciones relacionadas con la PF en el mundo evolucionaron a partir del avance de los diferentes métodos anticonceptivos y del cambio de actitud de la población respecto a la regulación de su fecundidad.

Las estadísticas sobre fecundidad mundial (2005) hacen patente la desigualdad social que existe entre los países desarrollados y los denominados en desarrollo, ya que mientras la prevalencia del uso de anticonceptivos de los países desarrollados alcanzó la cifra de 68%, con un nivel de fecundidad de 1.6 hijos por mujer, en los países menos desarrollados el uso de anticonceptivos es de sólo 58%, con una fecundidad de 3 hijos por mujer.<sup>6</sup>

En México la Encuesta Nacional sobre Dinámica y Demografía (2006) reportó que un 84% de mujeres en edad fértil conoce al menos un método anticonceptivo, lo que refleja el alcance y éxito de las estrategias de información y orientación establecidas por las diferentes instancias de salud. De igual manera esta encuesta también marca un cambio al aceptar más fácilmente los diversos métodos de anticoncepción, sobre todo en las mujeres con más de dos hijos, con mayor escolaridad y que habitan en zonas urbanas, con excepción de los grupos de mujeres sin escolaridad o hablantes de lengua indígena.<sup>6</sup>

La elección y utilización de los diferentes métodos anticonceptivos se ha modificado a través del tiempo. En los inicios de este programa, el 35.9% de las mujeres en edad fértil que hacía uso de métodos anticonceptivos utilizaban la píldora, 23.3% los métodos naturales y 18.7% el dispositivo intrauterino (DIU). Con el paso del tiempo, este comportamiento ha cambiado a favor de los métodos de mayor continuidad, de tal manera que para 1997 el DIU fue empleado por 44.7% de las mujeres, la oclusión tubaria bilateral (OTB) ocupó un segundo sitio con un 20.8%, en tanto que los hormonales orales (26.3%) y los métodos naturales (6.2%) tienden a disminuir. No obstante resulta importante resaltar que el uso de anticonceptivos inyectables y del condón ha ido en aumento con cifras de 7 y 9% respectivamente.<sup>4, 5, 6, 7</sup>

El uso de métodos anticonceptivos también se ha visto afectado por la edad, de tal manera que las adolescentes (ya sea casadas o en unión libre) han disminuido el uso de métodos al pasar de un 45 a un 39.4% entre 1997 y 2006. Situación similar se presenta en las mujeres de 20 a 24 años al pasar de 59.3% a 57.8% en este mismo período. Resulta importante resaltar que el inicio de vida sexual ha sido a edad más temprana al pasar de 17 años en 1995 a 16 años en el 2006. Cabe mencionar que la tasa de mortalidad materna aumentó de 55.6 A 57 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos entre 2008 y 2009, situación que podría disminuir si se evitaran los embarazos en mujeres menores de 20 años o mayores de 39 años y en aquéllas con más de 5 hijos.<sup>7, 8, 9</sup>

### **Definiciones**

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), establece las siguientes definiciones:

**Salud Reproductiva (SR).** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad.<sup>10</sup>

**Planificación Familiar (PF).** Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.<sup>10</sup>

**Consejería en Salud Reproductiva (CSR).** Es un proceso de comunicación educativa a través de la cual se proporciona información, orientación y apoyo entre el prestador de servicios de atención médica y el usuario potencial y/o activo, con el fin de permitirles una toma de decisión libre, voluntaria, consciente e informada acerca de su SR. Es importante destacar que dicha orientación debe enfocarse a resolver o aclarar dudas o inquietudes personales de los usuarios, acerca de los métodos anticonceptivos. Por ende es necesario que el personal de atención médica que ofrece servicios de CSR cuente con los conocimientos suficientes sobre las características específicas de este proceso.<sup>10</sup>

**Riesgo reproductivo (RR).** Es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. <sup>10</sup>

Teniendo como referente la NOM 005-SSAA2-1993, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) actualizó en el año 2006 su Lineamiento Técnico Médico para el Uso de la Metodología Anticonceptiva, en el cual establece que las siguientes condiciones exponen a la mujer a un riesgo reproductivo elevado:

- Edad menor de 20 años y de 35 o más.
- Más de cuatro embarazos.
- Antecedente de Preeclampsia/Eclampsia.
- Desnutrición.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus insulino dependiente con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otros trastornos vasculares, o más de 20 años de evolución.
- Nefropatía crónica.
- Enfermedad isquémica miocárdica.
- Cardiopatía congénita o adquirida.
- Accidente vascular cerebral.
- Neuropatía crónica.
- Cáncer de mama.
- Enfermedades autoinmunes.
- VIH/SIDA.
- Cirrosis hepática.
- Tumores malignos del hígado.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Anemia de células falciformes.
- Tuberculosis.

De tal manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser cuidadosamente evaluadas para identificar los posibles factores de riesgo que incrementan su vulnerabilidad durante el proceso reproductivo.<sup>11, 12, 13</sup>

Es innegable que la adopción y permanencia de un método de anticoncepción depende de la evaluación biológica del riesgo reproductivo y de la actitud que la mujer y su pareja muestran. Debemos admitir que estudiar las actitudes es un proceso complejo que constituye un reto para los prestadores de servicio. Las actitudes pueden ser abordadas desde tres perspectivas diferentes (cognitiva, afectiva y conductual) e interdependientes una de otra.<sup>14</sup>

### **Concepto de actitud**

**Definición desde el enfoque cognitivo.** Katz (1960) define a la actitud como la predisposición que tiene el individuo para realizar valoraciones acerca de símbolos, objetos, acciones, etc. Predisposiciones que se encuentran basadas en un conocimiento previo. Es decir que las actitudes parten de las creencias, los mitos y las experiencias previas que las personas han almacenado en su memoria.<sup>14, 15</sup>

**Definición desde el enfoque afectivo.** Triandis (1971) define a la actitud como una idea cargada de contenido emocional que predispone al individuo a actuar de manera particular ante diversas situaciones. Dawes (1975) señala que las actitudes son afectos que hacen que la persona tenga la disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social. Cook y Selltiz (1976) consideran a la actitud como una disposición basada en creencias y sentimientos sociales respecto a un objeto determinado. Thurstone (1976) señala que la actitud es la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado. Rodríguez (1976) la define como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social. Según Salazar y cols. (1979) proponen que las actitudes son tendencias o predisposiciones para evaluar objetos de manera positiva o negativa. Es importante señalar que desde

esta perspectiva teórica se admite la existencia previa de un componente cognitivo que moviliza los sentimientos.<sup>14, 15</sup>

**Definición desde el enfoque conductual.** McGuinnis (1970) considera que una actitud es una conducta sujeta al control de una variable social única. Según Kerlinger (1975) es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse de cierta forma ante un objeto cognitivo. Penner (1987) define las actitudes como un constructo hipotético que precede y causa el comportamiento de la persona cuando ésta se encuentra ante un objeto particular o en una cierta situación. Desde esta perspectiva, la actitud es resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo.<sup>14, 15</sup>

### **Características de las actitudes**

Eiser (1980) describe las siguientes características como las más importantes del término actitud:<sup>14, 15</sup>

- a) Son experiencias subjetivas, que se construyen a partir de la auto observación y percepción de las personas.
- b) Es un proceso experiencial evaluativo hacia un objeto o situación, que se mueve dentro de un continuo entre lo agradable y desagradable, y entre lo favorable y desfavorable.
- c) Son juicios evaluativos sociales.
- d) Pueden tener una expresión verbal.
- e) Pueden ser percibidas y comprendidas por otros.

### **Formación de actitudes**

Las actitudes se construyen a partir de la vivencia y la convivencia que las personas tienen a lo largo de la vida, los padres son las primeras figuras que modelan las actitudes y conforme el niño va creciendo los modelos son los profesores, amigos, etc. Con esto queremos señalar que las actitudes se adquieren a través del aprendizaje social el cual sigue las siguientes vías:<sup>14, 15</sup>

- a) Condicionamiento clásico. Los individuos aprenden a ejecutar acciones que tienen resultados positivos que les permiten evitar o escapar de consecuencias negativas.
- b) Aprendizaje por observación. Los individuos desarrollan puntos de vista específicos al observar las palabras o el comportamiento de otros.

### **Medición de las actitudes**

Las actitudes son susceptibles de ser medibles, desafortunadamente su medición no es fácil, pues no puede realizarse por observación directa; su existencia e intensidad se miden a través de inferencias de lo que puede ser observado.

Summers (1976) considera que cualquier expresión conductual (ya sea positiva o negativa) es reflejo o manifestación de los aspectos cognitivos y afectivos de las personas; por tanto toda conducta puede utilizarse como base para hacer inferencias con respecto a la actitud.

La mayoría de las escalas encargadas de medir actitudes están construidas por frases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican su acuerdo o desacuerdo y se les asigna un valor numérico entre dos extremos. Sin embargo debemos tomar en cuenta que las actitudes pueden ser modificadas por razones de cortesía y/o por presión social. Para fines de este trabajo utilizaremos el instrumento construido por Barrios y cols. el cual será referido más adelante.<sup>14, 15</sup>

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Con el objetivo de determinar la morbilidad perinatal en un grupo de embarazadas en la Habana, Cuba, Regueira y cols. en el año 1998 realizaron un estudio de casos y controles. Sus resultados mostraron que un 17.8% de los recién nacidos presentaron alteraciones neonatales como bajo peso, el 60.2% de las madres de estos contaban con alguno de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional: edad menor de 18 años o mayor de 35 años, desnutrición, anemia, talla inferior a 150 cm. Asimismo se encontró que el 27.9% portaban otras afecciones (asma bronquial, diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, enfermedades de la colágena, epilepsia, etc.). El 19.1% contaba con factores de riesgo social (bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, toxicomanías, condiciones de vida y trabajo adversas).<sup>12</sup>

En ese mismo país en el año 2001, Prendes y cols. realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo preconcepcional más frecuentes y la influencia de la consejería. Sus resultados mostraron que los factores de riesgo reproductivo más frecuentes fueron la desnutrición (26.5%), período intergenésico corto (21%), menores de 18 años (19.5%) y obesidad (7.5%). Asimismo se determinó que el proceso de consejería tuvo escasa influencia para la adopción de algún método anticonceptivo.<sup>13</sup>

En el año 2005, Gómez y colaboradores realizaron un estudio en Guatemala con el objetivo de determinar el comportamiento del riesgo preconcepcional en una población femenina. Los resultados de este estudio mostraron que un 84% de las mujeres estudiadas presentó riesgo reproductivo preconcepcional, con predominio de los factores de tipo biológico (89.8%), seguido de los factores de riesgo socioeconómico (84.6%). Es importante señalar que solo el 51.3% de las mujeres encuestadas se encontraban utilizando un método anticonceptivo, siendo los hormonales inyectables los más utilizados.<sup>16</sup>

En este mismo año Cabrera y cols., realizaron un estudio en Cuba encontrando que el factor de riesgo reproductivo preconcepcional más frecuente fue la edad menor a los 18

años (43.8%), seguido por la Hipertensión Arterial Sistémica en (22.8%). Asimismo los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el DIU y los hormonales orales en un 29.8% respectivamente. <sup>17</sup>

En Manatuto Timor Leste, Indonesia (2008) Almarales y cols., identificaron el comportamiento de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en un grupo de mujeres en edad fértil que asistían al servicio de PF. Sus resultados reportaron que 26.3% fueron mujeres menores de 18 años y 50.9% mayores de 35 años. 21% eran solteras, 24.6% nulíparas y 75.4% eran multíparas. Se encontró analfabetismo en 47.3%, período intergenésico corto en 46.6%, aborto espontáneo en 2.2%, malformaciones congénitas en 1.7%, preeclampsia en 1.7%, recién nacido de bajo peso en 1.1%, partos pretérmino y cesárea anterior 0.6% respectivamente. <sup>18</sup>

Con respecto a las estudios sobre actitudes, Salinas y cols. realizaron una investigación en México en el año de 1994 acerca de la actitud hacia la anticoncepción, percepción de riesgo en caso de un futuro embarazo y aceptación de uso de anticonceptivos. Se integró la muestra por 720 mujeres en edad fértil que acudieron a una institución de salud. Se encontró que solo el 56% percibía su condición como un riesgo para un futuro embarazo. Los criterios que fueron considerados por las mujeres para éste riesgo fueron: la edad mayor de 35 años, la percepción de su estado de salud “sentirse enfermas”, internamientos previos, más de dos embarazos y el antecedente de cesárea en el último embarazo. La mitad de las mujeres mencionó a la pareja, familiar o amistades como las fuentes más influyentes en la predisposición al uso de anticonceptivos y sólo el 6% refirió al personal de salud. El 60% de las mujeres no percibieron la necesidad de un intervalo intergenésico posparto al considerar que “no era necesario”. Una tercera parte de aquéllas que no percibían la necesidad de un intervalo intergenésico posaborto expresó que “así se sufría menos”; otra tercera parte mencionó que ésta “no era problema” y otro tercio que todo era por el deseo de tener un hijo. <sup>9</sup>



En Suecia en el 2002, Bianchi-Demicheli y cols., llevaron a cabo un estudio prospectivo para evaluar el nivel de conocimientos y la práctica de la anticoncepción en mujeres después de la interrupción del embarazo. En su estudio concluyen que la mayoría de las mujeres cambian de método anticonceptivo después de un evento como el aborto; y las mujeres que continúan sin uso de algún método anticonceptivo comparten ciertas características como relaciones de pareja estable y una vida sexual satisfactoria. Asimismo establecieron que la falta de continuidad con cualquier método está relacionada con el temor a las complicaciones y efectos adversos como el cáncer, problemas cardiovasculares, aumento de peso, sangrado, trastornos gastrointestinales, etc.<sup>19</sup>

En Grecia en el año 2004, Tountas y cols. efectuaron un estudio para determinar el comportamiento hacia la anticoncepción en mujeres en edad fértil. Se demostró que la mayoría de las mujeres pensaba que el uso de algún método anticonceptivo es responsabilidad del hombre, y solo un porcentaje menor de mujeres entre 25 y 34 años, con un nivel alto de conocimientos respecto a la anticoncepción y con experiencias de aborto, consideran que la mujer debe ser la responsable sobre la utilización de los métodos.<sup>20</sup>

En el 2006, en Estados Unidos de Norteamérica, Sangi-Haghpeykar y cols. determinaron el nivel de conocimiento y la actitud hacia la anticoncepción en mujeres latinas. Reportando que la información sobre los métodos anticonceptivos muy frecuentemente se obtiene de familiares, amigos o material impreso que muy a menudo tiene una interpretación errónea y que la consejería por personal médico incrementa el conocimiento sobre los beneficios de la anticoncepción. Asimismo las parejas juegan un papel fundamental en la decisión de utilizar métodos de planificación familiar.<sup>21</sup>

Whitaker y cols. llevaron a cabo un estudio en los Estados Unidos en el 2008 para evaluar el conocimiento y la actitud hacia el DIU antes y después de una estrategia educativa. Encontrando que inicialmente 60% de las mujeres entre 14 y 24 años nunca habían escuchado sobre el DIU y que las que sí tenían conocimiento se encontraban en

grupos con un nivel educativo mayor. Posterior a la estrategia educativa se reportó un cambio de actitud positiva hacia su utilización.<sup>22</sup>

En Perú (2008) De la Cruz-Peñarán y cols. investigaron la asociación entre los conocimientos, actitudes y la práctica hacia la PF. Se reporta que para el caso de las mujeres, el no tener pareja de religión católica se asoció con un menor conocimiento de métodos anticonceptivos. Asimismo de las actitudes sobre PF encontraron que las mujeres tienen un nivel de aceptación más alto que los varones, sin embargo fue menos favorable en mujeres entre 44 años o más y con menor nivel de escolaridad; la actitud más favorable se presentó en aquellas mujeres cuyas parejas no trabajaban o laboraban como campesinos. El temor a la infidelidad de la pareja y la oposición de la pareja prevalecieron como razones principales entre las parejas que no usaban métodos anticonceptivos.<sup>23</sup>

En el año 2004 Galindo y cols. identificaron el perfil de las derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar respecto al uso de métodos anticonceptivos; los resultados de este trabajo reportaron que el 66% de las mujeres en edad fértil eran usuarias de algún método anticonceptivo siendo el más frecuente la OTB (44%), en tanto el 34% no eran usuarias. Es importante señalar que el 82% de las usuarias eran sanas y un 18% portaban alguna patología crónica sistémica (cardiovascular, infecciosa y metabólica); por otra parte se reportaron como sanas solo el 68% de las no usuarias y como portadoras de patología crónica el 32% (metabólica, cardiovascular, infecciosa e inmunológica). Las causas que señalaron les impedía adoptar un método fueron: miedo a los efectos secundarios (24%), no tener pareja permanente (22%), por enfermedad (22%), deseo de embarazo (14%), falta de información (8%) y otras causas como falta de tiempo y pareja no fértil (10%).<sup>24</sup>

En el año 2009 la Coordinación Delegacional de Salud Reproductiva de la Delegación Norte del D.F., realizó una investigación sobre el comportamiento con respecto al uso y continuidad de los métodos anticonceptivos temporales en el período de 1998 a 2004, en mujeres en edad fértil (15-49 años). Para ello se entrevistaron 45,307 mujeres

demandantes de consulta de Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil y Planificación Familiar. El 20.4% de las entrevistadas se encontraron entre los 25 a 29 años de edad, el 25.1% entre los 30 a 34 y el 20.4% entre 20 a 24 años. El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales orales (36.7%), DIU (33.4%) y hormonales inyectables (24.9%). Este resultado difiere del comportamiento nacional, donde el DIU fue utilizado en la 44.2% de las mujeres estudiadas. Se descubrió predilección de ciertos métodos con base a la edad de la mujer, de tal manera que entre los 15-29 años de edad, los métodos utilizados fueron el condón, métodos locales, ritmo o retiro y entre los 35-39 años el DIU. Respecto a la continuidad de los diferentes métodos, se encontró que 26.7% usaron el DIU de 0-12 meses y 21.4% por 13 meses y más, la razón principal de abandono del método fue por temor o padecimiento de efectos colaterales (23.1%) y el deseo de embarazo (17.2%). En el 55.2% se insertó el DIU en el posparto y el 27.6% en otro momento. La continuidad encontrada en las usuarias de hormonales orales señala que el 78% de ellas los emplean en un plazo de 0-24 meses; las causas referidas que llevaron al abandono del método fueron el temor a efectos adversos del método (28.1%) y el deseo de embarazo (27.3%).<sup>25</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### Justificación

El índice de mortalidad materna es el indicador más fidedigno de la calidad de los servicios de salud. A pesar de los esfuerzos realizados desde la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (1987), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido que las tasas de mortalidad materna continúan siendo inaceptables en un número importante de países, por ello existe un renovado interés mundial en disminuir este tipo de mortalidad. En septiembre de 2002 los miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio; el gobierno de México y otros 188 Estados miembros suscribieron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales el número 5 establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75% para el año 2015, respecto de los niveles de 1990. <sup>26</sup>

En México, la estimación de la razón de mortalidad materna (RMM) para 1990 ascendía a 89 por 100 mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 55.6 en 2007; estos registros implican una reducción de 37.5% en 17 años. En promedio, el progreso ha sido de 2.2 puntos porcentuales por año y aunque se ha logrado una mayor reducción a partir del año 2006 (5.2%), consiguiéndose en 2007 la segunda reducción más importante en los últimos 5 años, este ritmo no será suficiente para alcanzar la meta establecida para el 2015, para lo cual se requiere avanzar con una reducción anual de al menos 7.7 %. <sup>26</sup>

De acuerdo al desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas, dentro de las principales se encuentran los estados hipertensivos del embarazo, las hemorragias, las infecciones y la embolia pulmonar obstétrica. El impacto que estas complicaciones obstétricas sigue teniendo en el país es enorme, ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente 1,100 mujeres, lo que provoca

una secuela social de 3 mil huérfanos anualmente. Vale recordar que el 80% de estas defunciones maternas son prevenibles.<sup>26</sup>

Dentro de las estrategias más importantes para abatir estos índices se encuentra la atención preconcepcional, y dentro de ésta, la valoración del riesgo reproductivo constituye una indicación médico-preventiva para el cuidado de la salud reproductiva.<sup>26</sup> En nuestro país se estima una frecuencia del 25 al 60% de embarazos con altas probabilidades de complicación.<sup>27, 28</sup> Asimismo la frecuencia de mujeres en edad fértil que tienen alguna condición social y/o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas con riesgo reproductivo oscila entre un 25 y 30%.<sup>29</sup>

En cuanto a los métodos de PF, actualmente se disponen de una gran variedad de métodos anticonceptivos, sin embargo la literatura reporta un pobre desempeño de los programas de información y servicios de PF. Se ha documentado a través de las encuestas sociodemográficas, que la difusión del uso de métodos de regulación de la fecundidad entre la población menor de 35 años de edad se ha estancado. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres menores de 20 años se elevó de 27 a 37% entre 1997 y 2006, y el porcentaje de aquellas que regulaban su fecundidad se redujo de 45 a 39% para el mismo periodo. El incremento del grupo de mujeres en edad fértil no fue siquiera de dos puntos porcentuales, pasando de 68.5% a 70.9%. Estos datos coinciden con el diagnóstico realizado por el Comisión Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, que señala que la limitada información y acceso a métodos de PF en el primer nivel de atención (36.6%) es uno de los eslabones más débiles y uno de los principales focos para la planeación de acciones de mejora.

### **Pregunta de investigación**

La pirámide de población del año 2008 de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, registra 32,169 mujeres en edad fértil, asimismo el logro de las metas programadas respecto a las actividades de PF durante el último quinquenio ha sido exitoso ya que de manera permanente han sido superadas. Reflejo de ello es que en el 2008 en el

Diagnóstico de Salud de la Unidad se reporta que la consulta anticonceptiva se encuentra como la primera causa de consulta en mujeres de 20 a 59 años, con un total de 2283 casos, y como la cuarta causa de consulta en adolescentes con un total de 99 casos. Desafortunadamente no se dispone de información acerca de cuantas de ellas presentan riesgo reproductivo y su relación con la cobertura respecto a los métodos de PF.<sup>30</sup>

La tasa de mortalidad materna de esta Unidad es un indicador indirecto de este comportamiento. Desde al año 2000 no se había reportado algún caso de muerte materna, desafortunadamente en el año 2008 se presentaron 2 casos, lo que incrementa la tasa de 0 a 14.51 por 100 mil derechohabientes. Asimismo para este año la tasa de mortalidad perinatal fue de 28.30 por 100 mil derechohabientes.<sup>30</sup>

Admitimos, como se señaló en el marco teórico, que la decisión de adoptar un método anticonceptivo involucra una serie de factores cognitivos, emocionales y conductuales. Esto explica el porqué a pesar de la consejería que imparte el personal de atención a la salud, muchas de las veces las mujeres con riesgo reproductivo persisten en su negativa a utilizar alguno de los métodos propuestos.

Esta situación nos plantea la necesidad de identificar qué aspectos de índole emocional y conductual están detrás de esta negativa. La información obtenida nos permitirá dirigir razonadamente la distribución y uso de los recursos disponibles para la atención a la salud.

Considerando la factibilidad y recursos con que se cuenta surgió la siguiente pregunta:

***¿Son diferentes las actitudes que presentan hacia la planificación familiar las mujeres con y sin riesgo reproductivo?***

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### GENERAL

Comparar las actitudes que presentan hacia la planificación familiar las mujeres con y sin riesgo reproductivo.

### ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia del riesgo reproductivo.
- Identificar las actitudes que presentan hacia la planificación familiar las mujeres con riesgo reproductivo.
- Identificar las actitudes que presentan hacia la planificación familiar las mujeres sin riesgo reproductivo.

## HIPOTESIS DEL ESTUDIO

Las mujeres con riesgo reproductivo presentan actitudes de aceptación alta hacia la planificación familiar en comparación con las mujeres sin riesgo reproductivo.

## IDENTIFICACION DE VARIABLES

***Variable Independiente*** Riesgo reproductivo.

***Variable Dependiente*** Actitudes hacia la planificación familiar.

***Variables Intervinientes*** Edad, ocupación, escolaridad, estado civil, uso de método anticonceptivo.

## DEFINICION CONCEPTUAL/OPERACIONAL DE VARIABLES

Anexo 1.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Observacional, comparativo, transversal y prolectivo.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Mujeres de 15 a 49 años.

## **POBLACION DE ESTUDIO**

Mujeres de 15 a 49 años derechohabientes del IMSS.

## **MUESTRA DE ESTUDIO**

Mujeres de 15 a 49 años derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF 94.

## **DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA**

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el programa estadístico EPI INFO versión 6. El nivel de confianza establecido en nuestro estudio fue del 95% (0.05). Considerando un universo de 32,169 mujeres en edad fértil, con una prevalencia del 30% para riesgo reproductivo (de acuerdo a los reportes de la literatura médica de nuestro país) y un peor esperado del 20%, el tamaño obtenido fue de 139 mujeres.

## **TIPO DE MUESTREO**

Aleatorio.



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **Inclusión**

- Mujeres entre 15 y 49 años derechohabientes de la UMF 94 del IMSS.
- Que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento por escrito.
- Usuaria y no usuaria de método anticonceptivo.
- Con vida sexual activa.
- Que contestaron el total de las preguntas de los instrumentos aplicados.

### **No inclusión**

- Con embarazo al momento del estudio.
- Con antecedente de histerectomía.

## **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA**

El investigador responsable recorrió las salas de espera de los diferentes servicios de la Unidad de 7 a 8 y de 17 a 18 hrs. De ésta manera se identificó a las mujeres que cumplieron con los criterios de selección establecidos y fueron invitadas a participar en el estudio.

## **PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION**

Posterior a obtener el consentimiento informado por escrito, el investigador responsable procedió a interrogar las características sociodemográficas de las participantes (edad, ocupación, escolaridad, estado civil y uso de método anticonceptivo). Acto seguido, de su cartilla de salud y citas médicas, se obtuvieron peso y talla, se interrogó antecedentes patológicos y gineco-obstétricos. Se consideró a la participante con riesgo reproductivo si presentaba una o más de las condiciones consideradas por el Lineamiento Técnico Médico para el Uso de la Metodología Anticonceptiva del 2006, dándole a conocer el resultado de forma inmediata.

Una vez realizado lo anterior, el investigador responsable inició la aplicación de la encuesta a través de afirmaciones, las cuales eran respondidas de acuerdo a lo considerado por las participantes mediante una escala Likert (muy de acuerdo/de acuerdo/no sabe/desacuerdo/muy en desacuerdo). Al finalizar, se informó a las participantes que así lo desearon, que el resultado de la encuesta se les daría a conocer vía telefónica.

## **DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS**

Para identificar el riesgo reproductivo se utilizaron los criterios establecidos por el IMSS en su Lineamiento Técnico Médico para el Uso de la Metodología Anticonceptiva del 2006. Se consideró como riesgo la presencia de una o más de las condiciones establecidas en el Lineamiento. (Anexo 2)

Para identificar las actitudes hacia la planificación familiar se utilizó el instrumento construido y validado por Barrios y González. Esta tiene la característica de ser una escala tipo Likert conformada por 20 afirmaciones referidas al uso de la planificación familiar y métodos anticonceptivos; en cada afirmación es posible identificar el acuerdo o desacuerdo en una escala del 1 al 5. El puntaje total de la escala es de 20 a 100. Los puntos de corte señalan tres niveles de actitud: aceptación alta (62 a 100 puntos), aceptación media (52 a 61 puntos) y aceptación baja (< o igual a 51). Se ha determinado una consistencia interna de 0.72 y una confiabilidad de 0.80 a través del coeficiente de alfa de Cronbach. (Anexo 3)

## **ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION**

El análisis y procesamiento de los resultados se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. Mediante estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión.

De manera inicial se consideró emplear el estadístico ji cuadrada para la diferenciación entre grupos, sin embargo no fue posible aplicar la prueba de hipótesis debido a que no hubo variación en los resultados obtenidos, por lo que únicamente se utilizaron porcentajes.

Para la asociación con las variables intervinientes con el riesgo reproductivo se utilizó ji cuadrada de Pearson, considerándose una  $p=0.05$ .

Para la representación de las variables se elaboraron gráficas de pastel e histogramas.

## **DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO**

### **Primer año**

- Adquisición de habilidades en investigación y estadística a través de seminarios.
- Investigación bibliográfica, precisión del tema de estudio y construcción del marco teórico y antecedentes científicos.

### **Segundo año**

- Construcción del protocolo de investigación.
- Aprobación del protocolo por el Comité Local de Investigación.
- Integración de la muestra.
- Recolección de la información.
- Calificación de los instrumentos aplicados.
- Elaboración de base de datos.
- Análisis estadístico de la información.
- Análisis de resultados.
- Elaboración de conclusiones y alternativas de solución.
- Aprobación de protocolo terminado por el Comité Local de Investigación.

### **Tercer año**

- Elaboración y envío de escrito médico.

## **CRONOGRAMA DEL ESTUDIO**

Anexo 4.

## **RECURSOS DEL ESTUDIO**

- **Físicos:** Instalación de la UMF 94.
- **Humanos:** Investigadores participantes en el estudio.
- **Tecnológicos:** Equipo de cómputo e impresión, programas computacionales.
- **Financieros:** Propios del investigador responsable.
- **Materiales:** Hojas de papel, plumas, marcadores.

## **DIFUSION DE RESULTADOS**

Se realizará mediante un escrito médico elaborado para su publicación en revista indexada y realización de un cartel para su presentación.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

De acuerdo al diseño y metodología de este protocolo se consideró sin riesgo desde el punto de vista bioético. Asimismo se respetaron y acataron los lineamientos estipulados en materia de investigación en la Ley General de Salud, Declaración de Helsinki, así como los principios éticos de:

- **Autonomía:** Cada participante tuvo la libertad de retirarse de la investigación en el momento en que lo hubiere deseado.

- **Beneficencia:** Los objetivos del estudio persiguieron profundizar sobre los aspectos que obstaculizaban que la mujer en edad fértil tomara decisiones pertinentes que le permitieran cuidar su salud.
- **Justicia y equidad:** Se dió la misma oportunidad de participar a las mujeres que acudieron a la Unidad los días en que se integró la muestra sin distinciones, privilegios, ni preferencias.
- **Confidencialidad:** La información proporcionada fue manejada exclusivamente por el investigador con fines estadísticos.

## RESULTADOS

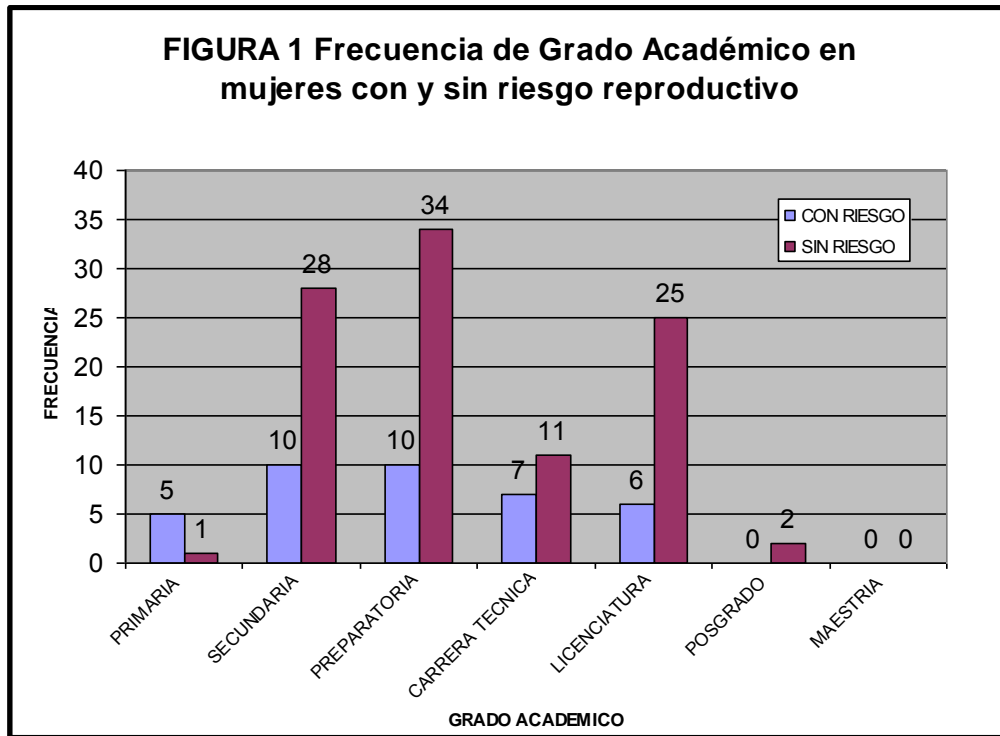
De un total de 139 participantes la media de la edad fue de 27.35 años ( $r=17$ ,  $R=49$ ) con una desviación estándar de 6.287 años. Se encontró que en las mujeres con y sin riesgo reproductivo, el grupo predominante fue el de adultas entre 20 y 49 años, con el 78.9% (30) y 100% (101) respectivamente. En relación a la ocupación se observó que en el grupo de mujeres con riesgo reproductivo predominó las desempleadas en un 55.3% (21), a diferencia de las mujeres sin riesgo reproductivo, en las cuales predominó aquéllas con empleo en un 53.5% (54). El estado civil de unida fue el más representativo en ambos grupos. El mismo comportamiento se obtuvo en cuanto al uso de un método anticonceptivo, siendo de 89.5% (34) para el grupo con riesgo reproductivo y de 87.1% (88) para el grupo sin riesgo (Cuadro 1).

**Cuadro 1 Características Sociodemográficas**

VARIABLE	CATEGORIA	CON RIESGO		SIN RIESGO	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	ADOLESCENTES	8	21.1%	0	0%
	ADULTAS	30	78.9%	101	100%
OCUPACION	EMPLEADA	17	44.7%	54	53.5%
	DESEMPLEADA	21	55.3%	47	46.5%
ESTADO CIVIL	UNIDA	28	73.7%	76	75.2%
	NO UNIDA	10	26.3%	25	24.8%
METODO DE PF	USUARIA	34	89.5%	88	87.1%
	NO USUARIA	4	10.5%	13	12.9%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LAS MUJERES EN LA UMF 94 ARAGON, DIC 2009.

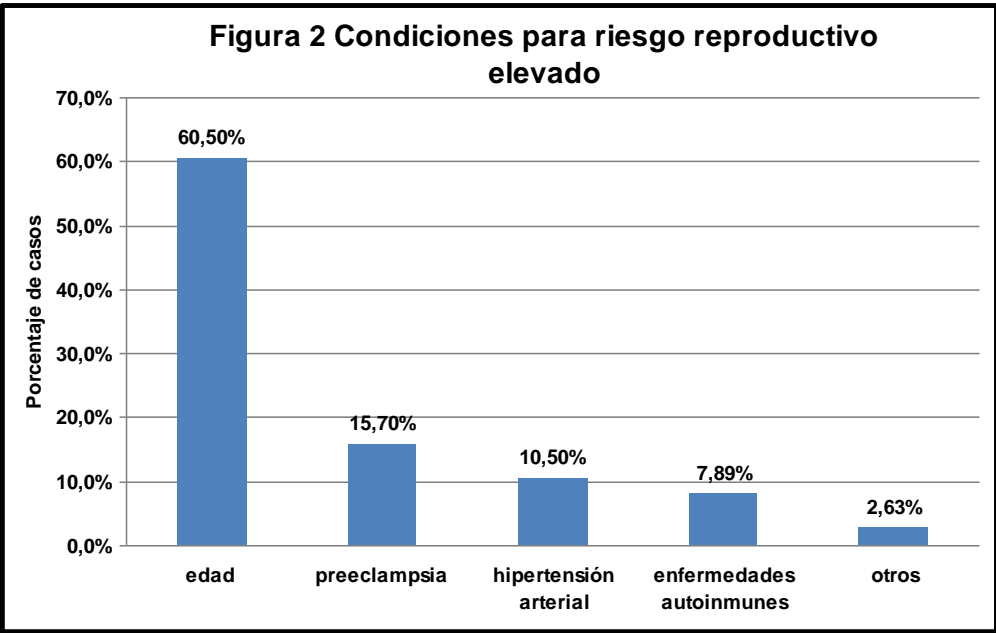
En las mujeres con riesgo reproductivo los grados académicos más frecuentes fueron primaria y secundaria con 26.3% (10) respectivamente, mientras que para el grupo sin riesgo fue preparatoria con 33.7% (34) (Figura 1).



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LAS MUJERES EN LA UMF 94 ARAGON, DIC 2009

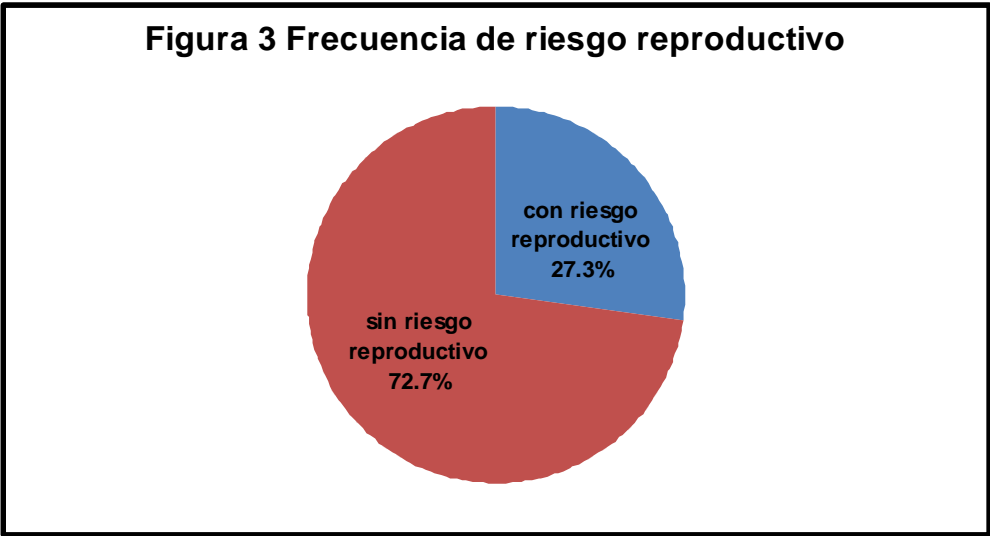
Como hallazgo en ésta investigación, se observó sobrepeso en 31.5% (43), obesidad en 21% (29), el antecedente de una o más cesáreas en 60% (83), y el antecedente de uno o más abortos en 55.26% (76) de las mujeres.

Respecto al Lineamiento técnico médico utilizado para determinar las condiciones que exponen a la mujer a un riesgo reproductivo elevado encontramos a la edad como principal determinante, presentándose en el 60.5% (23) de las mujeres. Se identificó a la preclampsia como la segunda causa de riesgo reproductivo con un 15.7% (6), como se observa en la Figura 2.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LAS MUJERES EN LA UMF 94 ARAGON, DIC 2009

Del total de las participantes se encontró que 27.3% (38) presentaron riesgo reproductivo como se muestra en la Figura 3.



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LAS MUJERES EN LA UMF 94 ARAGON, DIC 2009



El 100% de las participantes presentaron una actitud de aceptación alta hacia la planificación familiar, debido a esto, no fue posible la aplicación de la prueba de hipótesis para establecer la diferencia entre grupos. Asimismo no fue posible realizar cruces con las variables intervinientes.

Se determinó la asociación de las variables intervinientes (escolaridad, estado civil, ocupación y uso de método anticonceptivo) con el riesgo reproductivo mediante ji cuadrada de Pearson, encontrándose una  $p=0.024$  únicamente para la variable escolaridad.

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

En relación a las características sociodemográficas de la muestra, en ambos grupos predominaron las mujeres adultas y usuarias de método anticonceptivo, con una media de edad de 27.53 años. Estos datos son reflejo de lo establecido en el Diagnostico de Salud de la unidad, ya que las adultas corresponden al grupo con mayor demanda de atención médica en especial de la consulta anticonceptiva.<sup>30</sup> Para el estado civil, Navas y cols. reportaron que las mujeres solteras presentan mayor riesgo reproductivo<sup>35</sup>, sin embargo en nuestro estudio no se repitió dicho patrón, ya que el estado de unida fue el sobresaliente. Las mujeres usuarias de método anticonceptivo representaron el mayor porcentaje para ambos grupos.

Con respecto a la escolaridad, el grado académico que predominó para el grupo sin riesgo fue preparatoria, mientras que para el grupo con riesgo fueron primaria y secundaria, lo que coincide con las investigaciones realizadas previamente por Regueira<sup>12</sup>, Gómez<sup>16</sup> y Almarales<sup>18</sup>, donde se menciona la relación inversamente proporcional entre la escolaridad y el riesgo reproductivo. De igual manera, la situación económica se ve reflejada en los resultados, de manera semejante a lo descrito por Gómez<sup>16</sup>, ya que las mujeres con riesgo reproductivo presentaron una frecuencia mayor de desempleo.

En ésta investigación la frecuencia del riesgo reproductivo correspondió a un 27.3%, lo que coincide dentro del rango reportado por Latour <sup>28</sup>. La edad fue el principal determinante, de forma similar a lo establecido por Cabrera <sup>17</sup> y Almarales <sup>18</sup> respectivamente. El comportamiento de la variable escolaridad no fue independiente al riesgo reproductivo, semejante a lo reportado por Gómez <sup>16</sup>, Almarales <sup>18</sup> y López <sup>37</sup>.

Cabe hacer mención sobre los hallazgos de éste estudio. En primera instancia tenemos a la obesidad, que ocupa el onceavo lugar en la incidencia de motivos de consulta en la unidad <sup>30</sup>, la cual aumenta el riesgo de padecer trastornos hipertensivos en el embarazo, diabetes gestacional, macrosomía, hipoglucemia neonatal, aumento en la frecuencia de distocias, cesáreas, complicaciones anestésicas e infecciones perinatales como lo establecen Turzanski <sup>31</sup>, Davis<sup>32</sup> y Yogev<sup>33</sup>. Landon y cols. reportaron que el antecedente de cesárea representa mayor riesgo para ruptura uterina; de manera semejante, el antecedente de tres o más abortos aumentan la probabilidad de repetición en un 70%. <sup>34</sup>

En relación a las actitudes hacia la planificación familiar, el total de la muestra presentó una actitud de aceptación alta, lo que impidió la distinción entre los grupos. Este resultado podría ser reflejo de las características homogéneas de la población estudiada o bien de la limitante de nuestro estudio, ya que únicamente tomamos en cuenta aspectos de tipo biológico y sociodemográfico. Sin embargo como lo mencionan Salinas <sup>9</sup> y De la Cruz Peñarán <sup>23</sup>, existen otros factores de tipo personal (conocimientos y experiencias previas, etc.) y de tipo social (influencia de terceros, medios de comunicación, etc.) que pueden influir en las actitudes. Este hecho nos hace remitirnos a la teoría propuesta por Giddens, quien realizó una reflexión sobre la estructuración del comportamiento, donde se menciona que el actuar del ser humano se encuentra regido por pautas de conducta socialmente establecidas. <sup>36</sup>

## **CONCLUSIONES**

- Se determinó que la frecuencia del riesgo reproductivo fue de aproximadamente un cuarto de la muestra estudiada, teniendo como principales determinantes la edad y el antecedente de preeclampsia.
- Se identificó una actitud de aceptación alta hacia la planificación familiar en la totalidad de la muestra sin influencia significativa de alguna característica de la población.
- Debido a los resultados obtenidos, no fue posible realizar la comparación entre los grupos de mujeres con y sin riesgo reproductivo con respecto a las actitudes hacia la planificación familiar, motivo por el cual, la hipótesis de nuestro estudio no fue concluyente.

## **SUGERENCIAS**

- Insistir en las acciones que el médico familiar realiza para incrementar las usuarias de un método de planificación familiar, sobre todo aquellas que tienen riesgo reproductivo.
- Construcción y validación de un instrumento que permita determinar el riesgo reproductivo tomando en cuenta factores de tipo biológico, incluyendo los no considerados en ésta investigación, así como factores de tipo social y cultural.
- Construcción y validación de un instrumento que identifique las actitudes hacia la planificación familiar en población derechohabiente, tomando en consideración factores de tipo cognitivo, psicológico y sociocultural.

## BIBLIOGRAFIA

1. Center for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health, 1900-1999: Family Planning. JAMA. 2000; 283(3): 326-331.
2. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs. Planificación familiar. Un Manual para proveedores. 2007. Disponible en [www.fphandbook.org](http://www.fphandbook.org).
3. Comportamiento del riesgo reproductivo. Disponible en <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFEuykEyEinXylrc.php>
4. Consejo Nacional de Población. Veinticinco años de planificación familiar en México. 1999: 203-212. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm1999/99014.pdf>
5. Consejo Nacional de Población. La fecundidad y la planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. 33-70. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/Otras/Otras4/06.pdf>
6. Mojarro O, Mendoza D. Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a donde se pretende llegar? Salud Pública Mex. 2007; 49: 238-40.
7. Hubacher D, Holtamn M, Fuentes M, Pérez-Palacios G, Janowitz B. Incrementar la eficacia para satisfacer la demanda futura: servicios de planificación familiar suministrados por el ministerio de salud de México. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. 2000: 7-13. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/26spa00700.pdf>
8. Pérez-Palacios G, Gálvez-García R. El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿quo vadis México? Gac Méd Méx. 2003; 139(4): 27-31.
9. Salinas A. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Salud Pública de México. 1994; 36(5): 513-520.
10. Secretaria de Salud. NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Nación. 2004: 41-47.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento Técnico Médico para el uso de la Metodología Anticonceptiva 2006.

12. Regueira J, Rodríguez R, Brizuela S. Comportamiento del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(2): 160-4.
13. Prendes M, Guibert W, González I, Serrano E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(4): 360-6.
14. Eisenberg F. Las actitudes. *Investigación al día del ITESM-CEM.* 2000; 1(6).
15. Salazar JM, Montero M, Muñoz C, Sánchez E, Santoro E, Villegas J. *Psicología social.* Editorial Trillas. 2a. ed. México; 1980. p.140-194.
16. Gómez C. Caracterización del riesgo preconcepcional en área urbana del municipio Canilla. 2005; 1-19. Disponible en [www.revistaciencias.com](http://www.revistaciencias.com)
17. Cabrera J, Ortega M, Orbay M, Sanza L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21(3-4): 1-8.
18. Almarales G, Tamayo D, Pupo H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín.* 2008; 12(3): 1-10. Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>
19. Bianchi F, Perrin E, Bianchi P, Dumont P, Lüdicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception* 2003; 67: 107-113.
20. Tountas Y, Dimitrakaki Ch, Antoniou A, Boulamatsis D, Creatsas G. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 116: 190-195.
21. Sangi-Haghpeykar H, Ali N, Posner S, Poindexter A. Disparities in contraceptive knowledge, attitude and use between hispanic and non-hispanic whites. *Contraception* 2006; 74: 125-132.
22. Whitaker A, Johnson L, Harwood B, Chiappetta L, Creinin M, Gold M. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception* 2008; 78: 211-217.

23. De la Cruz Peñarán D, Lange GA, Hernández PB. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. *Salud Pública Méx* 2003; 45(6): 461-471.
24. Acevedo GI, Nájera SJ, Bernal FA. Perfil de la mujer usuaria y no usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. *Arch Med Fam* 2005; 7(2): 54-56.
25. Mecanograma no publicado por la coordinación de salud reproductiva de la Delegación Norte del DF. Dr. José Hermilo González Cruz al teléfono 57523086.
26. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México. Disponible en [http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia\\_para\\_reducir\\_la\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf)
27. Vázquez J, Cortés L, Torres L, Aguayo G, Hernández S, Ávalos J. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75 (7): 384-93.
28. Velasco MV, Navarrete HE. Mortalidad Materna en el IMSS, 1991-2005. Un período de cambios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(1): 121-128.
29. Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional en tres consultorios médicos. Disponible en <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEEIFVpEukHtbqpZxW.php>
30. Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 94. Diagnóstico de Salud 2008.
31. Turzanski R, Pekow P, Solomon C, Markenson G. Prepregnancy body mass index, gestacional weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:167.e1-167.e7.
32. Davis E, Olsori Ch. Obesity in Pregnancy. *Prim Care Clin Office Pract* 2009;36:341-356.
33. Yogev Y, Catalano P. Pregnancy and Obesity. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009;36:285-300.

34. Landon M. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Clin Perinatol 2008;35:491-504.
35. Navas N, Castillo F, Campos A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Arch Méd Camagüey 2006; 10(2):1025-0255.
36. Andrade A. La Fundamentación del núcleo conceptual de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens. Sociología 1999; 40:125-149.
37. López JR, Cárcamo A. Riesgo Reproductivo: su aplicación en la salud materno infantil. Rev Med Hond 1992;60:111-121.

# ***ANEXOS***



## Anexo 1. Cuadro de variables

Identificación	Def. Conceptual	Def. Operacional	Indicadores	Tipo	Escala medición	Categorización
<b>Riesgo reproductivo</b>	Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.	Posibilidad detectada a través de una lista de cotejo elaborada en el IMSS de los factores que exponen a la mujer en edad fértil a complicaciones durante el embarazo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad &lt; 20 ó ≥ 35 años.</li> <li>2. &gt; 4 embarazos.</li> <li>3. Ant. Personal de p/e. <sup>1</sup></li> <li>4. Desnutrición.</li> <li>5. HAS. <sup>2</sup></li> <li>6. DM tipo 1 ó 2. <sup>3</sup></li> <li>7. Nefropatía.</li> <li>8. Cardiopatía.</li> <li>9. Cáncer de cualquier tipo.</li> <li>10. Enfermedad auto inmune.</li> <li>11. Infección sistémica crónica.</li> <li>12. Hepatopatía.</li> <li>13. Ant. Personal de embarazo molar.</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	<p><b>Con riesgo:</b> Presencia de uno o más de los indicadores señalados.</p> <p><b>Sin riesgo:</b> Ausencia de cualquiera de los indicadores señalados.</p>
<b>Actitudes hacia la Planificación Familiar</b>	Ideas cargadas de contenido emocional que predisponen a la mujer a actuar de manera particular hacia la planificación familiar.	Ideas que predisponen a la mujer a actuar de manera particular hacia la planificación familiar identificadas a través del instrumento de Barrios y cols.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expectativa reproductiva.</li> <li>2. Rol por género.</li> <li>3. Status.</li> <li>4. Información sobre métodos anticonceptivos.</li> <li>5. Economía.</li> <li>6. Relación de pareja.</li> <li>7. Educación.</li> </ol>	Cualitativa	Ordinal	<p><b>Alta aceptación:</b> 62-100 puntos.</p> <p><b>Mediana aceptación:</b> 52-61 puntos.</p> <p><b>Baja aceptación:</b> ≤ 51 puntos.</p>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento.	Años cumplidos referidos por la participante.	NN	Cualitativa	Nominal	<p><b>Adolescentes</b> 15 a 19 años.</p> <p><b>Adultas</b> 20 a 49 años.</p>
<b>Ocupación</b>	Actividad que realiza una persona en un determinado tiempo.	Actividad que desempeña la participante en el momento de la investigación.	NN	Cualitativa	Nominal	<p><b>Empleada.</b></p> <p><b>Desempleada.</b></p>

Identificación	Def. Conceptual	Def. Operacional	Indicadores	Tipo	Escala medición	Categorización
<b>Escolaridad</b>	Grado académico alcanzado por un individuo.	Grado académico que tiene la participante en el momento de la investigación.	NN	Cualitativa	Ordinal	<b>Primaria. Secundaria. Preparatoria. Carrera técnica. Licenciatura. Posgrado. Maestría.</b>
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación jurídica concreta que posee la participante respecto a la Familia y al Estado en el momento de la investigación.	NN	Cualitativa	Nominal	<b>Unida.  No unida.</b>
<b>Uso de método anticonceptivo</b>	Técnicas que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados.	Técnica que utiliza la mujer en edad fértil para regular su capacidad reproductiva.	NN	Cualitativa	Nominal	<b>Usuaría.  No usuaria.</b>

1. p/e = preeclampsia/eclampsia.
2. HAS = hipertensión arterial sistémica.
3. DM = diabetes mellitus 1 ó 2.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94  
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**RIESGO REPRODUCTIVO DE ACUERDO AL LINEAMIENTO TECNICO  
MEDICO PARA EL USO DE LA METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA 2006**

**ANEXO 2.**

Condiciones que exponen a la mujer a un riesgo reproductivo elevado:

- Edad menor de 20 años y de 35 o más.
- Más de cuatro embarazos.
- Antecedente de Preeclampsia/Eclampsia.
- Desnutrición.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus insulino dependiente con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otros trastornos vasculares, o más de 20 años de evolución.
- Nefropatía crónica.
- Enfermedad isquémica miocárdica.
- Cardiopatía congénita o adquirida.
- Accidente vascular cerebral.
- Neuropatía crónica.
- Cáncer de mama.
- Enfermedades autoinmunes.
- VIH/SIDA.
- Cirrosis hepática.
- Tumores malignos del hígado.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Anemia de células falciformes.
- Tuberculosis.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94  
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**ANEXO 3. ACTITUDES HACIA PLANIFICACION FAMILIAR**

**Entrevistador diga:** Ahora voy ha hacerle algunas afirmaciones y usted me responderá si esta:

MA: Muy de <Acuerdo                      D: Desacuerdo  
A: De Acuerdo                                MD: Muy en Desacuerdo  
I: No sabe

**Entrevistador:** todos los ítems que se muestran con la señal (\*) se consideran ítems negativos, a considerar en el puntaje final.

AFIRMACION	Muy de acuerdo	De acuerdo	No sabe	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En la vida es importante decidir cuántos hijos se podría tener.	5	4	3	2	1
2. Supongamos que tuviera tres niñas, pero ningún varoncito. Le gustaría buscar el varoncito.*	1	2	3	4	5
3. Supongamos que tuviera tres niños, pero ninguna mujercita. Le gustaría buscar la mujercita.	5	4	3	2	1
4. Tener muchos hijos ayuda a ganar el respeto de la gente que nos rodea.*	1	2	3	4	5
5. Es necesario que se legalice el aborto, para disminuir el nacimiento de niños no deseados.*	1	2	3	4	5
6. Es mejor tener una familia numerosa que una familia pequeña.*	1	2	3	4	5

<b>AFIRMACION</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
7. La planificación familiar debe ser sólo decisión del hombre.*	1	2	3	4	5
8. La planificación familiar debe ser sólo decisión de la mujer.*	1	2	3	4	5
9. El varón puede usar formas anticonceptivas sin la aprobación de la esposa o compañera.*	1	2	3	4	5
10. La mujer puede usar formas anticonceptivas sin la aprobación del esposo o compañero.*	1	2	3	4	5
11. Los métodos anticonceptivos son tan confiables como dicen los que trabajan en salud.	5	4	3	2	1
12. La práctica de la planificación familiar ayuda a disminuir los problemas económicos de la familia.	5	4	3	2	1
13. El uso de formas anticonceptivas promueve la infidelidad de la mujer.*	1	2	3	4	5
14. El uso de formas anticonceptivas promueve la infidelidad del hombre.*	1	2	3	4	5
15. Para informarse sobre planificación familiar y formas anticonceptivas. Ud. asistiría a escuchar charlas educativas.	5	4	3	2	1
16. A las charlas educativas sobre planificación familiar sólo deben acudir las mujeres.*	1	2	3	4	5
17. A las charlas educativas sobre planificación familiar deben acudir tanto hombres como mujeres.	5	4	3	2	1

<b>AFIRMACION</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>No sabe</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
18. El aborto se puede considerar como una forma de planificación familiar.*	1	2	3	4	5
19. Usted tiene tres hijos y su pareja no desea usar ninguna forma anticonceptiva. Usted de todas maneras usaría algún método anticonceptivo.	5	4	3	2	1
20. Cuando se tienen muchos hijos es mejor que la mujer se ligue las trompas, y no que el varón se haga la vasectomía.*	1	2	3	4	5

**PUNTAJE:**

Si responde: "Estar muy de acuerdo" (MA) en un ítem positivo, entonces, recibirá una puntuación de 5. Si responde "Estar de acuerdo" (A) 4, y una puntuación de 1 si el respondió "muy en desacuerdo" (MD).

Para los ítems negativos la puntuación se invierte. Así, una respuesta muy en desacuerdo (MD) 5. Para el puntaje final se sumará los puntajes de cada aseveración de cada sujeto.

Se reportarán individualmente los puntajes de los ítems.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94**  
**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ACTITUDES HACIA LA PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES CON Y SIN RIESGO REPRODUCTIVO**

**ANEXO 4**

TIEMPO	2008	2009			2010				2011
	Marzo- Noviembre	Ene- Jul	Ago- Oct	Nov- Dic	Ene	Feb	Mar	Abr-Dic	Ene-Feb
Selección del tema de investigación	*								
	X								
Búsqueda de información	*								
	X								
Realización de proyecto de investigación	*	*							
		X							
Aprobación por el Comité Local de Investigación			*	*					
			X	X					
Notificación a jefes de departamento clínico				*					
				X					
Integración de la muestra				*	*				
				X	X				
Análisis de datos y elaboración de resultados					*	*	*		
					X	X	X		
Revisión de Trabajo terminado por Comité Local de Investigación								*	
								X	
Impresión de trabajo final y difusión del trabajo									*
									X

\* =Programado    x=Realizado



**ANEXO 5.  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACION**

México D. F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“Actitudes hacia la planificación familiar en mujeres con y sin riesgo reproductivo”**.

Registrado ante el Comité local de investigación con el número R-2009-3515-14.

El objetivo del estudio es: **Comparar las actitudes hacia la planificación familiar de las mujeres con y sin riesgo reproductivo.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en proporcionar datos y contestar una encuesta que me aplicará el investigador responsable.

Declaro que se me ha informado que no existe riesgo en la elaboración de éste estudio, ya que no se me realizará procedimiento alguno. Asimismo se me ha informado que los inconvenientes y molestias derivados de mi participación consisten en la inversión de aproximadamente 15 minutos de mi tiempo, y que el beneficios derivado de mi participación es conocer mi riesgo reproductivo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere pertinente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que se obtenga durante y al término del estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

Dra. Patricia Ocampo Barrio, matrícula 5812917  
Nombre, firma y matricula del investigador

Dra. Priscila Angélica Montealegre Ramírez, matrícula 99367475  
Testigo

57 67 27 99 Extensión 224/226  
Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio