



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**

T E S I S

"Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 33 El Rosario".

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

P R E S E N T A

**MAYRA ELISA HERNANDEZ VARGAS
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

A S E S O R A

**DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN
MÉDICO FAMILIAR MATRICULA 99374257
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS**

MÉXICO D.F

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33 “EL ROSARIO”

ASESORA DE INVESTIGACION

DRA. CONCEPCIÓN VARGAS LEÓN

MÉDICO FAMILIAR MATRICULA 99374257
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 DEL IMSS

AUTORA DE TESIS

MAYRA ELISA HERNANDEZ VARGAS

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33

DEDICATORIA.

A DIOS.

Mi amigo y compañero incondicional quien estuvo conmigo en todo momento me tomo entre sus brazos en las dificultades y me ayudo afrontar las adversidades. Aunque yo me alejara de él, él siempre me tomo de la mano y nunca dejo que desfalleciera, fortaleció mi alma y dio luz a mi vida.

A MIS PADRES.

Con sus consejos, amor y cariño me impulsaron a continuar mi carrera profesional. Brindando su ayuda incondicional en cada etapa de mi vida estoy en deuda y espero que algún día me alcance la vida para agradecerles, pues cada logro mío es de ustedes.

A MI PEQUEÑA HIJA.

Quien con su sonrisa, amor y cariño hicieron más placentera la trayectoria, me amo incondicional y sin tu sonrisa mi alma estaría en desolación y no hubiera llegado a este momento.

AZAEL.

Eres el amor de mi vida, iniciamos un proyecto juntos y sacrificaste muchas cosas por continuar con mi sueño, descuidaste otras tantas; pero tú estabas a mi lado la mayor parte del tiempo, cuando inicie este proyecto fue un proyecto mutuo, ahora es nuestro logro, pues tu cariño hizo más placentera la trayectoria, en los momentos de crisis tenía un hombro donde apoyarme y una razón por la cual continuar el camino.

AMIGOS MIOS...

El que ha encontrado un amigo, ha encontrado un tesoro... yo los encontré gracias por su confianza y apoyo incondicional.

Y mis hermanos que siempre están ahí y nunca me dejan sola

Mis queridos y amados Nelly y David

INDICE

	PAGINA.
<i>RESUMEN</i>	7
<i>INTRODUCCION</i>	8
<i>MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES</i>	9
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	33
<i>OBJETIVOS</i>	34
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	36
<i>RESULTADOS</i>	37
<i>TABLAS Y GRÁFICAS</i>	40
<i>DISCUSIÓN</i>	50
<i>CONCLUSIONES</i>	53
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	55
<i>ANEXOS</i>	57

RESUMEN

Hernández-Vargas ME, Vargas-León C, Sánchez-Corona M. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, México: Unidad de Medicina Familiar No. 33 IMSS; 2013

Introducción: De acuerdo con la resolución de la OMS, la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano, tanto individual como social y señala que el 63% de la población femenina en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo. En México según la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 2009, el 98% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método de planificación familiar. **Objetivo:** Determinar cuáles son los conocimientos de las mujeres en edad fértil derechohabientes de la UMF 33, de los métodos de planificación familiar. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en la población femenina derechohabiente a la unidad de medicina familiar No. 33 del IMSS, mediante un cuestionario ex profeso. **Resultados.** El 80.1% de las mujeres tiene un nivel suficiente de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar, las mujeres de 30 a 34 años obtuvieron el 87%, el DIU obtuvo el mayor porcentaje con el 90.5% seguido del preservativo con el 90.1%, el MELA tiene el menor nivel con el 47.3% **Conclusiones:** el nivel de conocimiento encontrado fue satisfactorio, sin embargo por debajo de lo encontrado en la ENADID 2009. Las mujeres con secundaria y mas; el 99% de la población conoce al menos un método de planificación familiar.

Palabras clave: conocimientos, edad fértil, métodos de planificación familiar.

INTRODUCCION

De acuerdo con la resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano, tanto individual como social. El concepto de salud reproductiva ha rebasado el ámbito biológico y ha pasado a considerar los aspectos afectivos y culturales, así como las consecuencias para el desarrollo sostenible. Se basa en los derechos y los deberes humanos, tanto individuales como sociales. Abarca los principios de la equidad y el respeto por la libre determinación, considerando la integridad bio-psicosocial de los seres humanos e incorporando la perspectiva y equidad de género.¹

A nivel mundial, la OMS señala que el 63% de la población femenina en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo, más de 600 millones de mujeres casadas utilizan la anticoncepción, casi 500 millones de ellas en países en desarrollo. Entre las mujeres casadas, el uso de anticonceptivos aumentó en todos excepto dos de los países en desarrollo encuestados más de una vez desde 1990, y entre las mujeres no casadas sexualmente activas, aumentó en 21 de 25 países.⁷

El aumento del uso de los anticonceptivos modernos trajo aparejado el descenso de la fertilidad en casi todos los países en desarrollo encuestados desde 1990. Estas tendencias son la continuación de un cambio a largo plazo en las actitudes y el comportamiento. Los hallazgos de más de 100 encuestas realizadas desde 1990 sugieren que, a medida que ha aumentado la difusión de los programas de planificación familiar, son más y más las personas que desean tener familias más pequeñas, y que más de ellas consiguen alcanzar el tamaño de familia que desean.⁷

En México según la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 2009, el 98% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método de planificación familiar.

En las últimas tres décadas, la difusión de los métodos anticonceptivos se ha visto acompañada de una amplia aceptación de los mismos. El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba alguno de ellos se elevó de 30.2% en 1976 a 70.9% en el 2006. De acuerdo con las estimaciones realizadas por CONAPO, con base en la información obtenida en la ENADID 2009, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos es de 65.8%, presentando un incremento de casi cuatro puntos porcentuales en relación al año 1997, cifra que se aumenta a 70.9% al considerar a las usuarias de métodos tradicionales, del total en mujeres en edad fértil unidas.¹⁸ El impacto de las acciones en planificación familiar no ha sido homogéneo al interior del país, aún persisten grandes diferencias regionales: en ocho entidades federativas la prevalencia de uso de anticonceptivos es inferior al 65%, entre las que destacan Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Guanajuato y Puebla. Sin embargo en el Estado de México y Distrito Federal la prevalencia de uso de anticonceptivos es mayor al 70%.²⁰

MARCO TEÓRICO

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.¹

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos reconocidos en nuestras leyes nacionales y en tratados internacionales avalados por la Organización de las Naciones Unidas y ratificados por México. Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.^{1,2}

La sexualidad es muy importante en la vida de la mujer, incluye el conocimiento e identificación de sí misma como integrante del género femenino; su manera de relacionarse con su pareja; sus necesidades de amor y afecto, además del proceso de reproducción y maternidad.³

Para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema prohibido, del que no se puede hablar libremente; por ello, cuando establecen una relación de pareja, su desconocimiento acerca de su propio cuerpo, funciones, sensaciones, emociones, necesidades y derechos, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante su desarrollo como seres humanos.³

Los conocimientos sobre su sexualidad y el desarrollo responsable de la derecho y la responsabilidad de definir nuestra vida sexual, es decir, poder decidir cuándo, cómo, porque y sobre todo con quien tener relaciones sexuales.³

Tener acceso a información y servicios sobre la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas. La pobreza y los indicadores de salud reproductiva están íntimamente ligados. Las poblaciones con mayor pobreza y marginación presentan los indicadores más desfavorables como mayores complicaciones obstétricas y perinatales, mayor tasa de mortalidad materna y neonatal, inicio temprano del ejercicio de la sexualidad y alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, entre otras. Todo lo anterior, contribuye a una mayor deserción escolar en las mujeres, menores oportunidades de empleo, condiciones de vida precarias para sus hijos como desnutrición, lo que perpetúa el círculo vicioso de la pobreza.¹

El Artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que: El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Toda persona tiene derecho decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

El Reglamento de la Ley General de Población, en su última reforma publicada 19 enero 2011 en la Sección II. Planificación familiar; artículos 14, 16, 18 y 20 menciona

que los programas de planificación familiar deberán proporcionar información general e individualizada sobre los métodos de planificación familiar, sus objetivos, métodos y consecuencias, así como los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad sus derechos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causen infertilidad y las estrategias de prevención y control. Pondrá especial atención a los jóvenes y adolescentes. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método.⁴

El Reglamento de la Ley General de Salud, en su capítulo VI Servicios de Planificación Familiar, artículos 67,68 menciona que la planificación familiar tiene carácter prioritario. Asimismo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número. La promoción y asesoría debe ser con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo nacional de Población establece la obligatoriedad de proporcionar, de manera gratuita, los servicios de planificación familiar, de acuerdo con las Normas Técnicas que emita la Secretaría.⁵

Por su parte, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Capítulo III. Medidas Positivas Y Compensatorias A Favor De La Igualdad De Oportunidades, en sus Artículos 10 Y 11 menciona igualdad de oportunidades para las mujeres de ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos así mismo garantiza el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten también ofrece igualdad de oportunidades de las niñas y los niños en el conocimiento integral de la sexualidad, la planificación familiar, la paternidad responsable y el respeto a los derechos humanos.⁶

Entre los países en desarrollo, existen enormes variaciones en el uso de anticonceptivos y las tasas de fertilidad. En unos cuantos países de Asia y América Latina, al menos tres cuartas partes de las mujeres casadas utilizan algún método anticonceptivo, niveles equiparables a los de los países desarrollados.⁷

El programa de planificación familiar se estableció en el país en el año de 1977 y a partir de entonces en el Estado de México ha contribuido a regular el crecimiento demográfico, de tal forma que en el año de 1975, solo tres mujeres de cada diez utilizaban un método; y en el 2011, siete mujeres de cada 10 utilizan un método de control de la fertilidad. Como resultado de lo anterior, el número de hijos por mujer en 1975, era de seis hijos en promedio y actualmente es de dos hijos por mujer.⁸

La población femenina de México se duplicó, pasando de 28.5 millones en 1974 a 54.6 millones en 2009, actualmente la población femenina es mayor ya que consta de 55 624 987 mujeres.⁹

La mujer en edad fértil es la etapa de la vida en la cual la mujer posee la capacidad biológica de la reproducción, estadísticamente se considera al grupo de mujeres de 15 a 49 años de edad.¹⁰

En la ciudad de México, en el año 2011, la población femenina la comprende 4 576 414 personas, la esperanza de vida es de 78.6 años y su tasa de fecundidad es de 1.73 aunque la tasa brusca de natalidad es de 14.49 (20) así mismo en el estado de México, está comprendida por 5 103 097 personas, la esperanza de vida es de 74.63 años y su tasa de fecundidad es de 3.17, aunque la tasa de natalidad es de 28.35.⁹

La proporción de mujeres adolescentes aumentó cerca de 40% durante el 2009.¹¹ Hoy en día, en México residen 20.2 millones de personas entre 15 y 24 años de edad y representan cerca de la quinta parte de la población total (108.4 millones). Entre ellas, la mitad (10.4 millones) son adolescentes y el resto son adultos jóvenes (9.8 millones).¹¹

En la unidad de medicina familiar número 33, de acuerdo a la pirámide poblacional del año 2011; la población femenina la componen 65 070 mujeres, lo que corresponde al 51.90% de la población derechohabiente, de las cuales 29 357 mujeres (lo que equivale al 23.41 % de la población general y el 45.11 % de la población femenina) tienen entre 15 y 49 años de edad.¹²

Las mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años de edad) según los datos recabados en México por la encuesta nacional de la dinámica demográfica 2009 (ENADID 2009), corresponde al 52.9% de la población femenina, de las cuales las mujeres de 35 a 39 años el 70.8% tienen vida sexual activa, las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años el 15.2% son sexualmente activas, así mismo tan solo el 15.2 de las mujeres de 20 a 24 años el 44.4% son sexualmente activas.¹¹

Como se trata de una población inserta en el mercado de trabajo, la mayor parte tiene derecho a la seguridad social (55.4%).⁷

El inicio de las relaciones sexuales debería ser una elección responsable producto de un vínculo amoroso y de confianza. Mantener relaciones sexuales debería ser expresión de amor, placer, creación de vida y felicidad, pero para lograrlo se debe actuar con información, conciencia y responsabilidad. El sexo es un aspecto de la vida que no se debe ocultar. Asumir que se mantiene o desea mantener relaciones sexuales y poder compartirlo con alguna persona de confianza como un familiar, amigo/a, pero sobre todo con un médico/ a que pueda orientar sobre cómo acceder a los cuidados necesarios, es un crecimiento individual y humano; razón por el cual el profesional de la salud debe estar preparado.¹³

En México, actualmente la primera relación sexual tiende a ocurrir en la adolescencia; la ENADID 2009 menciona como edad media de la primera relación sexual a los 19.6 años, así mismo su primera unión a los 21.8 años, el nacimiento del primer hijo vivo a los 22.3 años y el uso del primer método anticonceptivo a los 28.8 años⁹, mientras que en 1987 la edad mediana a la que ocurría este evento era de 17.6 entre el conjunto de mujeres en edad fértil, en 2009 fue 17.8. Entre las adolescentes, el 50% de ellas ya había experimentado un primer coito a los 15.1 años en 1987, lo que en 2009 ocurría a

los 15.4.¹¹ Así mismo la primera unión en el 2009 es a los 19.6 años y el nacimiento del primer hijo es a los 20.5 años, por el contrario el primer uso de método anticonceptivo es a los 21.75, lo que pone de manifiesto que los adolescentes son las principales en riesgo de presentar embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. Tan solo el 80.1% de las mujeres en edad fértil no utilizó nada en su primer relación sexual (ENADID 2009)¹⁴

El embarazo no programado es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; siendo un problema de salud pública en la actualidad.¹⁵

Los hombres y las mujeres, después de los 40 años de edad, siguen siendo fértiles y sexualmente activos, y hasta la mitad de las mujeres pueden quedar embarazadas incluso cuando tienen más de 50 años. (7) Pero los riesgos relacionados con el embarazo aumentan en este grupo de edad, en comparación con las mujeres que tienen entre 20 y 29 años.¹⁷

La anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, prevención del embarazo no programado y del subsiguiente aborto en condiciones de riesgo.¹³

Apoyar a los hombres y las mujeres que deban tomar decisiones sobre su sexualidad y vida reproductiva, a que lo hagan en forma libre, responsable e informada con pleno conocimiento de las indicaciones, precauciones y efectos indeseables que tienen los métodos anticonceptivos y de este modo se ayude a incrementar la calidad de vida de hombres y mujeres, así como el bienestar de las parejas y de la familia.³

El descenso de la fecundidad ocurrido en México desde mediados de los años setenta. Se estima que la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico a mediados de la década de los sesenta, cuando registró un nivel de 7.3 hijos promedio por mujer.⁸

La tasa específica de fecundidad en México de acuerdo a los principales indicadores de Salud reproductiva, ENADID 2009, es de 2.2, que es menor a la de 1991 que fue de 3.3 en 1991; siendo mayor de los 20 a los 24 años, donde tenemos una tasa de fecundidad de 181.7 en 1991 y de 128.1 en el 2008, la tasa más baja de fecundidad se observa de los 45 a los 49 años que en el año 2008 fue de 1.1, aunque la tasa de fecundidad en adolescentes ha disminuido ya que durante el año 1991 era del 81.4 en adolescentes de 15 a 19 años, en comparación con la tasa de 69.5 que se presentó en el 2008.^{9,14} Al respecto, uno de los aspectos más problemáticos de la reproducción en la adolescencia es su frecuente carácter involuntario: uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no fue planeado, mientras que uno de cada diez tampoco fue deseado.¹⁴

La intensidad de la fecundidad adolescente muestra que este fenómeno no se presenta necesariamente entre las entidades con mayor rezago en el proceso de transición demográfica o con mayores dificultades socioeconómicas, como cabría esperar. La intensidad de la fecundidad adolescente podría estar asociada con la incapacidad de la población adolescente de controlar los riesgos del ejercicio de su vida sexual, ya sea por falta de acceso a los medios anticonceptivos pertinentes o por exposición a

modelos culturales que incrementan su exposición al peligro y dificultan una valoración adecuada del mismo.¹⁴

La tasa global de fecundidad por entidad federativa en el Distrito Federal, el número de hijos por mujer en 1989, era de 3.3 hijos en promedio y actualmente es de 1.79 hijos por mujer y de 2.14 en el estado de México encontrándose ambas por debajo de la tasa global de fecundidad nacional que es de 2.2 hijos promedio por mujer, sin embargo Nayarit, Durango, Guerrero, Zacatecas, Oaxaca, Jalisco, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, Querétaro, Colima, Hidalgo, Baja California, la tasa de fecundidad es mayor, por arriba de la media la cual varía del 2.66 a 2.23 hijos promedio por mujer esto según lo recabado en la ENADID 2009.⁹

En las adolescentes según las Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en la ENADID 2009, la tasa nacional es de 69.5 hijos por cada mil adolescentes, cabe mencionar que en el estado de México es de 72.8 hijos por cada mil adolescentes y en el distrito federal es de 64.2 hijos por cada mil adolescentes.⁹

En 2006, mientras tres de cada cuatro mujeres unidas en las áreas urbanas utilizaban un método anticonceptivo (74.6%), en las áreas rurales sólo seis de cada diez mujeres en edad fértil unidas (58.1%) regulaban su fertilidad lo que representa un atraso de 20 años en estas últimas, con respecto al comportamiento observado en zonas urbanas. Además, el porcentaje de mujeres en edad fértil que conocía al menos un método anticonceptivo en el área rural, se incrementó discretamente de 90 por ciento en 1997 a 93 por ciento en 2006.¹⁸

La ENADID 2009 hace mención acerca de las mujeres sexualmente activas por grupo de edad de donde se menciona que del total de las mujeres de 15 a 19 años de edad, sólo el 15.2% son sexualmente activas, así mismo, las mujeres de 20 a 24 años, el 44.4%; 25 a 29 años, el 60.6%; 30 a 34 años, el 67.8%; 35 a 39 años, 70.8%; 40 a 44 años, 67.5% y las mujeres de 45 a 49 años, el 61% es sexualmente activa, teniendo un total de 52.9% de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa.⁹

El porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de método de planificación familiar, por situación conyugal, según los datos recabados por la ENADID 2009; menciona que tan sólo el 77.1% de las mujeres son unidas, el 76.9% de las mujeres no son unidas y el 71.5% son solteras.

Así mismo en México según la ENADID 2009, menciona que las mujeres en edad fértil no unidas, el 72.5% usan un método de planificación familiar, por el contrario, las mujeres unidas, sólo el 72.5%, utilizan un método de planificación familiar. De ellas las usuarias de entre los 35 y 44 años las que usan mayormente algún método de planificación (83.1% en las sexualmente activas contra 80.2% de las mujeres unidas), y tan sólo las adolescentes sexualmente activas (15 a 19 años), sólo el 54.9%, utilizan un método de planificación familiar, sin embargo las unidas, sólo el 44.7% utilizan algún método de planificación familiar.⁹

La escolaridad de las mujeres también influye en el uso o no de algún método de planificación familiar y se observa esta variable por los datos obtenidos de la ENADID 2009, donde las mujeres unidas sin escolaridad tan sólo 6 de cada 10 (60.5%) usan un

método de planificación familiar, y en las mujeres no unidas solo 7 de cada 10 (67.1%) usan un método de planificación familiar. Sin embargo las mujeres con secundaria y más sexualmente activas solo el 77.8% utilizan un método de planificación familiar y las unidas solo el 74.4% lo utilizan.⁹

La distribución porcentual del tipo de método de planificación familiar que usan las mujeres sexualmente activas, según los datos recabados por la ENADID 2009, menciona que el 6.7% usan pastillas (incluyendo la píldora de emergencia con el 0.09%), 16.1% utilizan el DIU, 45.1% optan por oclusión tubérica bilateral, el 3%, vasectomía, el 8.6%, inyecciones (incluye implantes y parches anticonceptivos con 1.6 y 1.2%); el 13%, locales (incluye el condón femenino con 0.12%, condón masculino con 13.4%; el 7.1%, métodos tradicionales.⁹

La ENADID menciona que el 52.0% de las Mujeres en edad fértil Unidas de 35 años y más, optan por métodos quirúrgicos; así como en aquellas mujeres con tres o más hijos; este indicador se encuentra por arriba del 40.0% entre las Mujeres en edad fértil Unidas de nula o baja escolaridad, que viven en zonas urbanas y no hablan lengua indígena. De forma contraria, los métodos tradicionales son menos prevalentes cuando se les compara con las encuestas previas.¹⁹

Por grupos de edad, se observa un incremento en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil unidas, excepto en el grupo de 15 a 19 años, cuyo porcentaje se ha estancado en alrededor de 38.9 %.

De acuerdo con esta misma encuesta, los métodos más utilizados continúan siendo la Oclusión Tubérica Bilateral (62%) y el dispositivo intrauterino (20%). Llama la atención el aumento en el uso de preservativos y espermaticidas (10%), desplazando del tercer lugar a los métodos tradicionales (8%). Según lo informado en el programa de acción de Salud reproductiva 2001, los métodos como la Oclusión Tubérica Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU); son los más utilizados además de poseer mayor efectividad y tasa de continuidad. Sin embargo un 12.3% de las usuarias prefieren los métodos tradicionales, lo que indica la diversidad de formas de decidir sobre la sexualidad y reproducción en la población.²⁰

En la actualidad, más del 80% de las usuarias unidas ha optado por los métodos definitivos o por el DIU.

El IMSS, según los datos recabados en el 2003, se otorgaron 55.4 % de los Métodos de planificación familiar nacionales, el inicio promedio de relaciones sexuales fue a los 15.8 años; 70 % de los hombres y 41.7 % de las mujeres utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual: preservativo en 86.7 y 76 %, respectivamente; un nivel mucho menor tuvieron los métodos hormonales (orales, inyectables e implantes subdérmicos) que alcanzaron 10.2%, con porcentajes casi del doble en mujeres con secundaria o más escolaridad, que en aquellas con primaria o sin instrucción la escolaridad mostró una asociación positiva con el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, es decir, a mayor escolaridad, mayor frecuencia de uso. Las mujeres con preparatoria o más declararon un uso de 55.2 %, en tanto quienes contaban con secundaria indicaron 32.4 %. En mujeres de 20 a 49

años de edad, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos declarada por las mujeres unidas de estos grupos de edad fue mucho mayor que la de las adolescentes y resultó de 76.5 %. La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos mostró nuevamente una correlación positiva con la escolaridad, aun cuando las diferencias no fueron significativas en todos los casos. Por ejemplo, las mujeres con primaria tuvieron una prevalencia de 76 %, sólo discretamente menor que aquellas con preparatoria (78.6 %) o estudios profesionales y de posgrado (75.2 %). conviene tener presente que la fecundidad de la población derechohabiente del IMSS siempre ha tenido niveles menores que los informados para el país, y esto también se observa en el caso de las adolescentes.²¹

Con relación a consultas de planificación familiar, el Instituto Mexicano del seguro social actualmente otorga aproximadamente 1.400,000 consultas por año en los últimos 4 años, de las cuales el 7% se otorgan a población menor de 20 años, el 84% a las mujeres de 20 a 39 años y el 9% a las mayores de 40 años.

El programa de planificación familiar contiene componentes diseñados para atender a todos los grupos de población y al mismo tiempo cubrir todas sus necesidades, de tal suerte que pueden ser utilizados antes del primer embarazo, entre un embarazo y otro, o inmediatamente después de un parto, una cesárea o un aborto.⁸

La necesidad insatisfecha de anticonceptivos es un indicador de resultado de los programas y acciones de planificación familiar, que se ha utilizado para destacar lo que faltaría por hacer al respecto, tanto en el contexto nacional como en grupos poblacionales con determinadas características sociodemográficas y geográficas. (19, 20) Es indispensable conocer a la población, ya que entre las dificultades que se presentan, se encuentran la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la imposibilidad del acceso a los mismos o el temor a efectos colaterales que, frecuentemente se nutre de información que no está basada en evidencia científica.²² Así mismo cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa, no desea tener hijos por un tiempo o definitivamente y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.^{22,20}

Entre el total de la población de mujeres en edad fértil unidas, la demanda insatisfecha ha disminuido de manera constante entre 1987 y 2009, pasando de 25.0 a 9.8%.⁸

En México, se calcula que 1 de cada 5 mujeres casadas, tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar.⁸

Así mismo la demanda insatisfecha de mujeres en edad fértil unidas en el distrito Federal es del 5.8% y en el estado de México es del 7.8%, por el contrario la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para espaciar de mujeres en edad fértil unidas en el distrito Federal es del 2.4% y en el estado de México es del 4.1%, (nacional de 5.2%) si lo comparamos con la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para limitar, de mujeres en edad fértil unidas en el distrito Federal es del 3.4% y en el estado de México es del 3.8%% (nacional de 4.6%), cifras menores en este último rubro, según lo recabado en la ENADID 2009¹¹

En el 2009 las mujeres en edad fértil unidas el 5.2% desea espaciar sus hijos y el 4.6% desea limitar; de los 15 a 19 años, el 24.6%; de los 20 a 24 años el 17.7%; de los 25 a 29 años 14,4%; de los 30 a 34 años, 6.65; de los 40 a 44%, el 4.5%; de los 45 a 49 años, el 3.2%, tienen demanda insatisfecha, además de que las mujeres que tienen 4 hijos o más el 9.9% tienen demanda insatisfecha y el 7.7% desean limitar sus embarazos y el 2.3% desean espaciarlos, así también las mujeres que solo tienen un hijo tienen el porcentaje más alto de demanda insatisfecha por paridad que corresponde al 14.95%. Las mujeres sin escolaridad tienen una demanda insatisfecha mayor las cuales corresponden al 20% de la mano con las mujeres que habitan en zona rural con el 15.9%.⁹

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, afecta principalmente a los grupos de adolescentes y jóvenes (36.0% y 24.8%, respectivamente), a la población indígena (22.8%) y a la rural (20.9%).²³

En el 2006 resulta revelador que las separaciones de la pareja, así como el hecho de no estar de acuerdo con el uso de anticonceptivos se presentan con mayor frecuencia en las adolescentes y jóvenes, en las mujeres con un hijo, en las de nula o baja escolaridad, en las que viven en zonas rurales y en las hablantes de lengua indígena, es decir, en grupos de población donde las necesidades insatisfechas son mayores y se presentan, además, características que se asocian con situaciones de vulnerabilidad social.¹⁹

Un requisito indispensable para que las personas puedan ejercer sus derechos reproductivos es que conozcan los métodos anticonceptivos, que dispongan de información suficiente acerca de cómo, cuándo y dónde obtenerlos, así como cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales.¹

Sin embargo, es importante reconocer que, pese a los esfuerzos realizados para la difusión acerca del uso de los métodos de planificación familiar, sólo se observó un incremento de 0.1% en relación al 2000 donde el porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usaban métodos anticonceptivos era de 70.8%. Si bien el porcentaje global no muestra un incremento importante, cualitativamente si hay una diferencia significativa debido a una mayor utilización de métodos modernos que son más seguros y confiables.

En los últimos años los mecanismos de difusión de los beneficios de la planificación familiar y anticoncepción en los medios masivos de comunicación han sido mínimos, lo que ha contribuido a que la población en general no identifique la planificación familiar como un componente importante de su salud sexual y reproductiva y que favorece el desarrollo social, así también, no se difunde información sobre los mecanismos para el acceso a los servicios, generando una baja demanda en los grupos poblacionales de mayor rezago: urbano marginada, rural, indígena y adolescente.

En 2006, en el país se registró una demanda insatisfecha de doce por ciento, las entidades con mayor problemática son: Chiapas, Guerrero, Guanajuato Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí.¹⁸

Según la OMS los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres ya que es una forma de control de natalidad, previenen los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de aborto realizado en condiciones de riesgo. Un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción tras un coito. También se llama contracepción o anticoncepción.

Los métodos anticonceptivos, ayudan a la planificación familiar por parte de los varones y mujeres.

El uso sistemático del condón sirve para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre lo que se incluye el VIH. Si es administrado y usado correctamente.

Las clases de métodos anticonceptivos son:

Temporales o reversibles:

- 1) Hormonal.
 - a. Orales,
 - i. Pastillas hormonales combinados con estrógeno y progesterina (mensuales)
 - ii. Hormonal oral continuo que solo contienen progesterina (el el IMSS no está disponible este anticonceptivo)
 - b. Inyectables
 - i. Hormonales combinados con estrógeno y progesterina (mensuales o bimensuales)
 - ii. Hormonal solo con progesterina (mensual o bimensual)
 - c. Implante hormonal sub dérmico. Duración de 3 años.
 - d. Parche transdérmico
 - e. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel
- 2) Dispositivo intrauterino medicado con cobre
- 3) Preservativo o condón.
- 4) Otros métodos de barrera.
- 5) Naturales o de abstinencia periódica
- 6) Anticonceptivo hormonal post coito
- 7) Permanentes o no reversibles
 - a) Salpingoclasia, Ligadura u Obstrucción tubaria bilateral
 - b) Vasectomía (que puede ser Tradicional o Sin Bisturí)²

1. LOS MÉTODOS DE BARRERA

Es el bloqueo físico, que impide que el espermatozoide alcance el óvulo o que el óvulo se implante con sustancias que contienen espermicidas, También evita que los líquidos y microorganismos de la mujer tengan contacto con el pene. Son métodos eficaces si se usan correctamente; y tienen pocos efectos negativos, no requieren examen ni prescripción médica.⁷

1.1 PRESERVATIVO O CONDON MASCULINO

El preservativo masculino, el condón, es el método de barrera más utilizado, es un dispositivo de látex que crea una barrera entre el pene y la vagina e impide la fecundación evitando el paso de semen y de microorganismos a la vagina.^{26, 27}

Originalmente se fabricaban de 3 tipos de materiales: de origen natural o biológico (casi en desuso), de látex y de plástico.

Actualmente en el sector salud solo se distribuye el de látex, en el IMSS está disponible en una clave y es para el hombre, se le conoce también como condón. Es una funda cilíndrica con un pequeño reservorio en su extremo cerrado, para que almacene el semen eyaculado, que se aplica al pene en erección. Algunos se acompañan de sustancias espermicidas (nonoxinol-9) con el propósito de incrementar su efectividad.²

Con relación a la eficacia se considera que bien utilizado brinda protección de entre el 85 y el 97%, además que hasta hoy se considera el medio más efectivo para reducir el riesgo de adquirir enfermedades sexualmente transmisibles (hepatitis, gonorrea, herpes) incluyendo el VIH/SIDA y para ello la eficacia se considera de hasta el 98% con el uso correcto y frecuente.^{2, 27}

Modo de empleo.

- 1) Abrir el paquete cuidadosamente.
- 2) Desenrollar el condón sobre el pene erecto antes del contacto genital.
- 3) Cerciorarse de haber desenrollado todo el condón hasta la base del pene.
- 4) Extraer el pene de la vagina cuando todavía está erecto y sostener el condón.
- 5) Desecharlo adecuadamente.

Indicaciones

Esta indicado para el hombre con vida sexual activa, con relaciones sexuales ocasionales, particularmente adolescentes que desean protección temporal y prevención de enfermedades de transmisión sexual, para hombres portadores de enfermedades de transmisión sexual como son el virus del papiloma humano (VPH), gonorrea, herpes genital o cualquier otra infección de tipo genital. Hombres que deseen un método reversible y en quienes sus parejas no utilicen ningún método anticonceptivo, Hombres cuyas parejas pongan en peligro su salud en caso de embarazarse, hombres cuyas parejas no puedan usar ningún método después de un parto un aborto o una cesárea.

Efectos colaterales. En raras ocasiones pueden llegar a presentarse reacciones de tipo alérgico en la piel por el látex o por el espermicida.

Ventajas: Es barato y fácil de usar, no necesita supervisión médica; Además, su uso es vital para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Desventajas

- En algunos casos llega a producir irritación local tipo alergia para el látex o para el lubricante
- Se tendrá que tomar un tiempo para la colocación del condón en el pene erecto antes de la penetración.
- El condón se puede deteriorar por efectos de humedad, luz solar, o si es usado con lubricantes hechos a base de aceites o vaselina
- Puede llegar a romperse con el exceso de fricción.
- Es indispensable la cooperación del hombre para su uso.
- Se coloca antes del coito algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad cuando retira el pene de la vagina todavía erecto.

Se utiliza siempre; cada vez que tenga relaciones sexuales y desea evitar la gestación o contagio sexual.

El condón masculino fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción, dependen del usuario, requiere una motivación constante, está relacionado con el coito, pueden mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.²⁷

1.2 PRESERVATIVO FEMENINO Y DIAFRAGMA

El condón femenino, es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.²⁷

El diafragma, es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida. Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm.²⁷

El diafragma: se ajusta perfectamente a la cérvix. Los espermatozoides mueren en la vagina en un rango de 6-8 horas por el medio hostil. Por tanto, no hay que retirarlo después de la relación sexual.

Modo de Aplicación

Antes de tener relaciones sexuales se debe colocar el diafragma con su crema o espuma espermicidas. No debe pasar más de 2 horas porque la acción del espermicida disminuye con el tiempo. Cuanto más corto el tiempo, mejor.

Se debe esparcir aproximadamente una cucharada sopera o 5 centímetros de jalea o crema anticonceptiva en el interior de la cúpula y alrededor de los bordes del diafragma. La jalea y la crema son igualmente eficaces, pero la jalea es más lubricante.

El diafragma puede ser introducido por la mujer o por su compañero. Con una mano, la cúpula del diafragma puede ser mantenida hacia abajo y los bordes pueden ser apretados en el medio, el uno contra el otro, para estrechar el círculo o formar un arco. Con los dedos de la otra mano se pueden abrir los labios de la vagina. En cucullas o de pie con una pierna levantada, la mujer introduce el diafragma dentro de la vagina, detrás del hueso pubiano. Para asegurarse de que está colocado adecuadamente, la mujer debería poder sentir que su cérvix está cubierta por el diafragma, al tocarla con el dedo. Es importante que se asegure de que la parte anterior del borde encaje bien detrás del hueso pubiano.²

No se debe sacar el diafragma directamente después del coito, sino debe permanecer por lo menos 8 horas para asegurar la eliminación de los espermatozoides. El diafragma se debe guardar bien lavado con agua limpia y tibia en un lugar seco y oscuro, espolvoreado con poco almidón de maíz, harina o maicena (el talco contiene, demasiada grasa). Después de un cierto período, el diafragma a menudo presenta huecos o rasgaduras. De vez en cuando, es necesario ponerlo a contraluz o llenarlo de agua para ver si tiene grietas o agujeros. Cuando es cuidado debidamente, un diafragma de buena calidad puede durar de dos a tres años. El descoloramiento de la goma no estropea el diafragma. La mujer debe obtener un nuevo diafragma si encuentra huecos o rasgaduras en el que estaba utilizando. Eficacia El diafragma tiene una eficacia de entre 83% - 97%. De cada cien mujeres 3 – 17 saldrán embarazadas durante un año. Diafragmas femeninos (efectividad cuando se usa junto a espermicida 82%) Capuchón cervical femenino (eficacia, se embarazan 9 mujeres por cada 100 que lo usan en un año)

Efectos Secundarios: muy raramente la mujer o su compañero pueden experimentar una reacción alérgica a la jalea, crema o goma del diafragma. Normalmente puede ser solucionado cambiando la marca.

Ventajas: fácil de usar y no tienen ningún efecto sobre la salud de la mujer.

Desventajas: Se necesita ayuda profesional para medir el tamaño del diafragma y una explicación acerca de su colocación. La introducción del mismo puede constituir una interrupción, especialmente la relación sexual no ha sido anticipada. Las mujeres que tienen una gran aversión a tocar su propia vagina pueden sentirse incómodas usando un diafragma. A veces, el diafragma puede desplazarse durante el acto sexual, especialmente cuando la mujer se encuentra en la posición superior, debe ser utilizado cada vez que las relaciones sexuales se efectúen. Debido a que el diafragma requiere el uso de crema o jalea anticonceptiva y al hecho de que no puede ser extraído durante por lo menos seis horas después del coito, este método puede resultar un poco engorroso. Algunas parejas que practican la sexualidad oral encuentran que el espermicida tiene un sabor desagradable. En caso de que el acto sexual incluya relaciones de tipo oral-genital, el diafragma y el espermicida deben ser introducidos solo en el momento en que el coito propiamente dicho esté a punto de realizarse.

El uso del diafragma requiere el acceso a una fuente privada de agua limpia para poder lavarlo.

1.3 ESPERMICIDAS

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina de la mujer justo antes de coito, impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al canal cervical. Sólo cuando los espermatozoides evaden los productos químicos y logran alcanzar la entrada de la matriz se puede producir un embarazo.²⁷

Estas sustancias pueden administrarse a través de cremas, óvulos y espuma en aerosol.²⁷

Estos productos funcionan de dos maneras: primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides (células sexuales masculinas) en la matriz; segundo, cuando los espermatozoides entran en contacto con los productos químicos, se neutralizan y mueren.

La espuma:

Productos químicos empacados bajo presión en una lata o botella con gas inerte, que al ser liberados producen una espuma espesa que se coloca en un aplicador hueco tipo jeringa y se introduce en la vagina.

Modo de Aplicación:

La espuma, la jalea o la crema espermaticida vienen con un aplicador que la mujer puede utilizar para colocar el producto en su vagina. Si no hay un aplicador se puede colocar directo del tubo o lata lo más profundamente posible. Del tubo se exprime directamente el espermaticida en el aplicador. Si viene de lata hay que sacudir la lata vigorosamente por lo menos 20 veces. Seguidamente se coloca la boca del aplicador en la boquilla de la lata manteniéndola en posición vertical. La mujer o su compañero pueden introducir el espermaticida en la posición que le sea más cómoda, acostada, en cuclillas o de pie.

La mujer no debe levantarse y caminar, después de que el espermaticida ha sido introducido. Estos métodos se vuelven ineficaces en el transcurso de una hora, por lo tanto la mujer debe intentar introducir o aplicar el producto aproximadamente 10 ó 15 minutos antes de efectuar el acto sexual. Las tabletas espumantes deben ser introducidas en la vagina aproximadamente de 5 a 10 minutos antes de efectuar el coito. La humedad de la vagina hace que las tabletas se disuelvan y produzcan espuma. Para utilizarlas, la mujer debe acostarse e introducir la tableta lo más adentro posible en la vagina cerca de la cérvix (entrada de la matriz). Es necesario esperar aproximadamente 10 minutos para que la tableta espumante se disuelva completamente.

Espermicidas en forma de gel, espuma, supositorios todos ellos de uso vaginal (efectividad 75 al 90%) Esponja vaginal (eficacia, se embarazan 20 mujeres de cada 100 que lo usan en un año)

2. METODOS TRADICIONALES, NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA AMENORREA

Es aquella forma de evitar el embarazo planeando el acto sexual de acuerdo a los períodos fértiles e infértiles de la mujer, requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil, dentro de los más reconocidos están:

- Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus
- Método de la temperatura basal
- Método del moco Cervical o de Billings
- Método sintotérmico

Estos métodos requieren de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad de embarazo o periodo fértil.²⁷

Son métodos en que no se utiliza ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no "peligrosos", los días en que no existe ningún riesgo de embarazarse. Para que este método sea más o menos seguro se deben conocer los días "peligrosos", para lo cual existen diversas formas.

Los métodos se basan en lo siguiente: un óvulo vive durante un lapso de 24 - 48 horas. Solamente durante este periodo el óvulo puede ser fecundado por los espermatozoides. Los espermatozoides viven un periodo de aproximadamente 48 a 72 horas después que han sido liberados en la vagina. Solamente en este periodo los espermatozoides pueden fecundar el óvulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días "peligrosos" o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación.²⁶

2.1 MÉTODO DEL RITMO O REGLA

El método del ritmo se basa en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer. Es aconsejable para las mujeres que tienen sus reglas o menstruaciones regulares, de 27 a 30 días. La regla o menstruación es regular cuando vienen todos los meses, siempre después de una misma cantidad de días. "La regla" es un instrumento que ayuda a ubicar con precisión los días fértiles para evitar las relaciones sexuales en esas fechas, y también los días infértiles. Para usarla correctamente se ubica en una de las caras de "la Regla" el mes en que empezó la regla. Luego se corre la reglilla interna hasta colocar el 1er día de la menstruación de la ventanilla circular. A aparecerá automáticamente en la ventana alargada los días de RIESGO DE EMBARAZO. Todos los días y hasta que aparezca la próxima regla, se puede tener relaciones sexuales sin riesgo.

2.2 MÉTODO BILLING DE LA OVULACIÓN DEL MOCO CERVICAL

Mecanismo de Acción: Al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es más probable evitar la concepción.

Tasa de falla Es de 2 - 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso perfecto.

Características: Incrementa la participación masculina en la planificación familiar, puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada. Dependen de la pareja y requiere una motivación constante.

Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual (estrés, viajes, etc.). Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales metabólicas, infecciosas y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general. No previenen las infecciones de transmisión sexual. Utilice con precaución en: Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

No es recomendable en: Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

Forma de uso.

Identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical. La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los anteriores el moco y observar su elasticidad entre los dedos. El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad lubricación o de la observación de mucosidad. Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Si hay dudas, para diferenciar el moco de descensos o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, esta no era moco cervical.

2.3 MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia, cuya mayor eficacia se encuentra en los seis primeros meses.

Mecanismo de acción.

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia del amamantamiento. Tasa de falla 2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses posparto.

Es un método anticonceptivo que depende o utiliza el estado de infertilidad resultante de patrones de lactancia materna intensiva y exclusiva, este método se basa en la anovulación.²⁷

Criterios básicos La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (a libre demanda, o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses posparto.

Características:

- Fácil de usar, muy eficaz si se cumple con los criterios básicos;
- no interfiere con el coito;
- no requiere supervisión por personal de salud;
- no requiere insumos anticonceptivos;
- no tiene efectos secundarios;
- reduce el sangrado posparto;
- es el mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses;
- disminuye la exposición del niño o niña a microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.

Limitaciones

- Depende de la usuaria:
 - circunstancias sociales, laborales, voluntad. O costumbres que limiten el uso del método.
 - La madre VIH (+) puede infectar al neonato a través de la lactancia.
 - No previene ITS (Infecciones de Transmisión Sexual).

Programación de seguimiento:

- Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días para su control puerperal y posteriormente al cumplir los seis meses para orientarla en la elección de un método alternativo.
- Reforzar que al momento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.

2.4. TEMPERATURA BASAL

El método de la temperatura basal consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo se advierte el pico de temperatura producido por la ovulación. El periodo fértil abarca unos días antes y después de dicha evaluación, por lo cual el resto podrían considerarse "días seguros" para mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo. Es un método de baja Habilidad.

2.5 COITO INTERRUMPIDO

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. No es recomendable, porque el retirar el pene de la vagina puede quedar esperma y quedar embarazada la mujer.

Efectividad 75% - 80%

Ventajas

No ocasiona problemas de salud, no necesita preparación previa ni adicional sin efectos secundarios. Ayuda a saber como esta funcionando el organismo.

Desventajas

Interfiere en el coito puede ser difícil de emplear con efectividad. Los que lo practican no saben si el método ha dado resultado hasta que viene la menstruación.

3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Existen dos tipos, los que están medicados con cobre y los que contienen hormonas sintéticas; dispositivo intrauterino mirena.

3.1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO T DE COBRE (DIU)

Actualmente es el de mayor aceptación, es la llamada T de cobre TCu 380A cuya eficacia es del 99%, dura entre 5 y 10 años, físicamente, es un modelo de plástico (polietileno) con forma de "T" de 36 mm de largo y 32 mm de ancho; tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la "T" y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales y está provisto de dos filamentos de polietileno por medio de los cuales se comprueba su localización y facilita su extracción.

La forma en la que impide un embarazo es principalmente que al ser colocado ocasiona una inflamación limitada y sin otra consecuencia que no sea la de obstruir el paso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio que es el lugar en el cual ocurre la fecundación.

3.2 SISTEMA INTRAUTERINO DE LIBERACIÓN DE LEVONORGESTREL (DISPOSITIVO INTRAUTERINO MIRENA)

El sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel es un método anticonceptivo de larga duración seguro y eficaz; Ofrece una anticoncepción reversible además, puede ser usado para disminuir las pérdidas de sangre en mujeres con menorragias, el tratamiento de adenomiositosis o endometriosis, y para proteger al endometrio de los estrógenos o el tamoxifeno.

El sistema Mirena® de liberación intrauterina de levonorgestrel (SIU-LNG) es uno de los principales desarrollos del momento en el área de la ginecología. Si bien se lo ideó como método anticonceptivo, actualmente se lo usa con fines diversos. Brinda un tratamiento efectivo, aceptable y reversible, permitiendo a la mujer mantener su capacidad reproductiva. Alcanza un alto grado de satisfacción en las usuarias.

El SIU-LNG presenta forma de T, conteniendo la droga en su interior, entrega 20 µg de levonorgestrel cada 24 horas y tiene una duración de 5 años. La tasa de embarazo con el uso del sistema es muy inferior a la observada con el DIU, y las mujeres presentan menos predisposición a embarazos ectópicos, aunque mayor tendencia a amenorreas y la expulsión del sistema.

El levonorgestrel (LNG) es un progestágeno derivado de la 19-nortestosterona, y se lo usa en los anticonceptivos orales y en la terapia de reemplazo hormonal. En el sistema, está cubierto por un compuesto inerte, similar al utilizado en válvulas y prótesis.

Dos ensayos controlados, aleatorizados, compararon el SIU-LNG con el dispositivo intrauterino con cobre (DIU). Las tasas de enfermedad inflamatoria pelviana fueron muy inferiores con el SIULNG.

Las tasas de infecciones no variaron. Los extendidos cervicales con microorganismos tipo Actinomyces fueron más frecuentes entre las usuarias de DIU. El SIU-LNG reduce el grado de hemorragia menstrual, con aumento de la concentración de hemoglobina respecto de valores basales; estos valores disminuyen con los otros dos métodos de DIU.

En los primeros meses luego de la inserción del SIU-LNG suele ocurrir hemorragia irregular, a destiempo; 20% de las usuarias se vuelven amenorreicas al año. Es importante explicar esto a las pacientes por anticipado, para evitar innecesarias interrupciones del tratamiento.

Efectos biológicos del DIU MIRENA

Cérvix. El moco cervical se vuelve más viscoso, con reducción de la penetración espermática.

Espesor endometrial. La liberación local de LNG regula en forma negativa los receptores endometriales de estrógenos, con “supresión” endometrial. Los subtipos A y B de receptores de estrógenos y progesterona están regulados en menos en las glándulas y el estroma endometrial; a los 6-12 meses hay incremento de la inmunorreactividad de los receptores de progesterona subtipo A en las glándulas endometriales.

Superficie endometrial y epitelio glandular. Se observó disminución del número de glándulas, y de mitosis, diámetro y altura del epitelio glandular. La lámina basal del epitelio se ondula pero no se interrumpe; persisten las uniones intercelulares. Hay aumento de la apoptosis en las glándulas y el estroma endometrial.

Estroma endometrial. Las metaloproteinasas de la matriz (MPM) son una familia de enzimas capaces de degradar la mayoría de los componentes de la matriz extracelular, y se activan en procesos de remodelación. La actividad de las MPM es mayor en los días 1 a 4 del ciclo menstrual. Algunas son activadas por la falta de progesterona y por leucocitos migratorios, lo que puede tener consecuencias en las hemorragias periovulatorias que se observan, por ejemplo, con el uso del SIU-LNG. En el endometrio expuesto a LNG, en las mujeres que presentan hemorragias periovulatorias, hay aumento de los mastocitos, los cuales contienen MPM. Luego de la exposición a altas dosis de progestágenos, como tras la colocación del SIU-LNG, el endometrio sufre una intensa reacción decidual; también se observa reacción de «cuerpo extraño». Está reducido el número de mitosis estromales. Puede haber necrosis estromal y calcificación focal, especialmente luego de largo tiempo de uso.

Vasculatura endometrial. El LNG parece ejercer un efecto localizado en algunos pero no en todos los vasos del endometrio superficial; hay más arteriolas basales en el estroma superficial. Además del efecto directo habría cambios en la expresión de factores de crecimiento vascular endotelial.

Ovarios. El SIU-LNG no inhibe la actividad de los ovarios; la mayoría de las mujeres sigue ovulando. La amenorrea que se produce se debe a efectos locales en el endometrio y no a supresión del eje hipotalámico-hipofisario-ovárico.

Las usuarias del SIU-LNG tienen más tendencia a interrumpir su uso debido a efectos colaterales hormonales y amenorrea que las usuarias de DIU, si bien las tasas de interrupción disminuirían si la información aportada a las pacientes fuera adecuada.²⁸

Indicaciones:

Para que mujeres que nunca se han embarazado, también para las ya han tenido hijos y para las adolescentes, puede ser aplicado después de un parto, después de una cesárea, antes del primer embarazo, después de un aborto o en el intervalo entre un embarazo y otro.

Contraindicaciones

El embarazo o ante sospecha de embarazo, útero pequeño, enfermedades que deformen el útero, cáncer de cérvix o de útero y en infecciones pélvicas crónicas.

Desventajas:

No puede ser utilizado en mujeres que tienen relaciones sexuales con varios hombres o su compañero las tenga varias mujeres. Se requiere intervención del personal de salud (médico)

Complicación más grave es el embarazo ectópico.

Efectos colaterales:

Dolor en la pelvis, dolor durante la menstruación o aumento en la cantidad de sangrado, estas molestias deben remitir en promedio durante los primeros 90 días después de haberse aplicado, en caso de no remitir se deberá valorar el retiro de este método.

De los medicados con hormonas, también tiene forma de T es de acetato de vinil etileno, de 36 mm de largo por 32 de ancho. En su segmento vertical contiene la sustancia (hormona progesterona) que es liberada durante un año de uso continuo. Los países en donde más se utiliza son Estado Unidos y Francia. Su localización y extracción también se vigila a través de dos filamentos de color azul oscuro.

4. MÉTODOS HORMONALES.

Se encuentran en preparaciones orales, inyectables, implante sub dérmico y en forma de parches dérmicos de aplicación semanal, todos ellos contienen hormonas sintéticas; existen en forma combinada, que contienen estrógenos y progestinas y existen con progestina sola. Los anticonceptivos hormonales que contienen un estrógeno combinado con diferentes gestágenos, su principal acción anticonceptiva es que inhiben la ovulación.²⁶

En el ámbito mundial y nacional están dentro de los de mayor uso y aceptación, ya que son sumamente seguros y eficaces aunque requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres.

Estos métodos actúan previniendo el embarazo inhibiendo parcial o totalmente la ovulación, espesando el moco que se produce en el cérvix y este actúa como barrera contra los espermatozoides dificultando la entrada de estos a la cavidad uterina y disminuyendo la movilidad de las trompas uterinas dificultando con el ello el transporte del ovulo.

La efectividad de los hormonales para prevenir un embarazo es superior al 99%.⁸

No ofrecen protección frente enfermedades de transmisión sexual tales como el sida.

4.1.1 LA PÍLDORA

Las mujeres toman una tableta todos los días para no quedar embarazada. Es segura y eficaz si sabemos usarla correctamente. Dependiendo del tipo de ciclo, se toma durante 21 ó 28 días, impide que el óvulo madure y salga del ovario.

De 100 mujeres que la usan durante un año, sólo dos pueden quedar embarazadas. Es fácil de conseguir y no interferir con las relaciones sexuales. Debe tomarse cada día, durante 28 días; si se olvida por 2 o más puede sobrevenir un embarazo.

Contraindicaciones:

Mujeres mayores de 35 años que fuman.

Que estén amamantando a sus hijos.

Portadoras de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, insuficiencia venosa.

4.1.2 LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA ORAL EMERGENCIA (AOE)

Es una píldora con mayor cantidad de hormonas en la cual en la primera dosis se toma antes de las 72 horas que han tenido relaciones sexuales, la 2da dosis se toma 12 horas después de la primera dosis.

Ventajas

Alivia los dolores menstruales, reduce el flujo menstrual, protege de enfermedades inflamatorias pélvicas.

Desventajas o Reacciones adversas de las píldoras

Cefalea, hipertensión, aumento de peso, cambio de humor, enfermedades cardiacas, insuficiencia respiratoria, náuseas, vómitos, mareos y sensibilidad en los pechos.

4.1.3 LAS INYECCIONES

Es una inyección que coloca en la nalga y protege del embarazo, a las 24 horas de haberse colocado en la nalga. Funciona impidiendo que el óvulo salga del ovario. Es uno de los métodos más efectivos que existe. De cada 100 mujeres que la usan durante un año, menos de una quedará embarazada.

Tipos de inyecciones:

- Trimensual: aplicación cada 3 meses
- Mensual: aplicación una vez al mes.

5. OTB OCLUSION TUBARICA BILATERAL Y VASECTOMIA.

5.1 OTB OCLUSION TUBARICA BILATERAL

Es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas. Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. No obstante, debe advertirse a la usuaria la probabilidad de falla. El procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o

múltiparas, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Riesgo reproductivo alto.
- Retraso mental.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente, pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general), o quirúrgico: (hemorragia o infección).

5.2 VASECTOMIA

Es un método anticonceptivo permanente, para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente, pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico como son equimosis, infección de la herida quirúrgica, Granulomas o Hematomas.

CONDICIONES QUE EXPONEN A LA MUJER A UN RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO. (2)

- Edad menor a 20 años y de 35 o más.
- Más de 4 embarazos
- Antecedente de preclampsia /eclampsia
- Desnutrición
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus insulínica con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otros trastornos vasculares, o más de 20 años de evolución.
- Nefropatía crónica.
- Enfermedad isquémica miocárdica
- Cardiopatía congénita adquirida
- Accidente vascular cerebral
- Neuropatía crónica
- Cáncer de mama
- Enfermedades autoinmunes
- VIH/SIDA
- Cirrosis hepática
- Tumores malignos de hígado
- Enfermedad trofoblástica maligna
- Anemia de células falciformes
- Tuberculosis.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Debemos hablar de sexualidad con la seriedad, respeto y honestidad que requiere para las mujeres conozcan las características biológicas y sociales que la identifican como mujer y aprenda acerca de la menstruación, la masturbación, la función reproductiva, la relación de pareja, la satisfacción sexual, la responsabilidad y riesgos de las relaciones sexuales, la manera de prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, así como aspectos relacionados con el climaterio y la menopausia.³ Para garantizar el derecho de toda mujer a elegir libremente un determinado método de planificación familiar se le deberá informar sobre todos mecanismos de acción relacionados con el.²⁴

En un estudio realizado en Argentina en el año 2003, se encuestaron a 300 mujeres en edad fértil y les preguntaron si conocían el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que el Ministerio de Salud de la Nación estaba implementando y un 74 % de la población declaró conocerlo.²⁵

En la paz, Bolivia en una encuesta desarrollada por La Prensa a 26 jóvenes entre 17 y 23 años, sólo una muchacha dijo que no tenía ninguna información sobre métodos anticonceptivos. El resto sí sabía de ellos. Trece de ellos señalaron que en el colegio les hablaron, pero sólo con una charla o exposición en cuarto de secundaria, pero sólo 30 por ciento habla de enfermedades de transmisión sexual o métodos anticonceptivos.²⁶

En un estudio realizado en Pamplona España en el año 2006, acerca de conocimientos de mecanismo de acción de métodos de planificación familiar, se encontró menos del 5% de las mujeres conoce todos los mecanismos de acción de los anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino y sólo el 7% los de la píldora poscoital. Abstinencia 79.8% Método sintotérmico: 65.5% lactancia-amenorrea 57.3%, preservativo 93.6%, parche anticonceptivo 3.6%, DIU de cobre 3.3%, DIU hormonal 3.2%, anticonceptivo inyectable 3.2%, píldora del día después 6.7%, anticonceptivo oral 4.7%, ligadura de trompas 75.3%, minipíldora 1.3%, anillo vaginal 2.7%, método Billings 42.6%. Los métodos más desconocidos respecto a su mecanismo de acción (las mujeres contestan «no sé») son la minipíldora, el método Billings, los anticonceptivos inyectables, el DIU hormonal, el anillo vaginal, el método de lactancia-amenorrea y el parche anticonceptivo. Por el contrario, el preservativo, la abstinencia y la esterilización, seguidos en orden de frecuencia por los métodos de planificación familiar natural. El autor concluye con este artículo que hay un gran desconocimiento entre las mujeres de Pamplona España acerca de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar. El 91% opina que el médico debería explicarles si un método tiene mecanismos pos fecundación, independientemente de sus creencias.²⁴

En México el porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al menos un método anticonceptivo ha aumentado, esto según los datos obtenidos de las estimaciones del consejo nacional de población, ENADID 2009, en la cual se menciona que en el año 2006 el 97.4% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método de planificación familiar, estas cifras se han incrementado con las obtenidas en el año

2009 el 98% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) conocen al menos un método anticonceptivo, el conocimiento de métodos anticonceptivos se obtuvo a partir de la respuesta espontánea y con ayuda.⁹

El CONAPO, según los principales indicadores de Salud Reproductiva ENADID 2009, hace un análisis acerca del conocimiento de al menos un método anticonceptivo, según la paridad, en la cual el 96.9% de las mujeres que no han tenido hijos conocen algún método anticonceptivo, el 98.6% de las mujeres que tienen un hijo, conocen al menos un método anticonceptivo, así mismo el 99.2% de las mujeres que han tenido 2 hijos conocen algún método anticonceptivo y el 99.4% de las mujeres que han tenido 3 hijos conocen algún método anticonceptivo en contraste con las mujeres que han tenido 4 hijos o más, el 96.8% conocen algún método anticonceptivo.⁹

Estudios realizados en otros países concluyen que las mujeres e incluso profesionales sanitarios desconocen los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia.⁹

En cuanto a la escolaridad, en el año 2009, las mujeres sin escolaridad el 82.6% conocen un método anticonceptivo, las mujeres con primaria incompleta el 93.8% conocen un método, en comparación con aquellas mujeres que tienen primaria completa el 96.3% conocen al menos un método anticonceptivo, y aquellas que tienen estudios de secundaria y más el 99.4% conocen al menos un método anticonceptivo, por lo que observamos que las mujeres de mayor escolaridad, tienen mayor conocimiento de algún método anticonceptivo.⁹

El lugar de residencia es importante pues según los datos obtenidos de la ENADID 2009, En México el 99.1% de las mujeres en edad fértil conocen al menos un método anticonceptivo por el contrario el 93.4% de las mujeres que habitan en zona rural, conocen al menos un método anticonceptivo.⁹

El conocimiento sobre anticoncepción es menor entre las solteras (25% no ha oído hablar de ningún método, frente a 11% de las que viven en pareja). La situación se agrava entre las mujeres indígenas, las menos educadas y las solteras; dos de cada tres de estas últimas que carecen de escolaridad, y poco menos de tres de cada cinco indígenas, no conocen método alguno.

Las acciones preventivas comienza con la educación continua a los padres jóvenes, en edad de adolescencia con programas preventivos, orientados sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), a las personas que tienen múltiples parejas o adolescentes que hayan tenido relaciones sexuales y para prevenir embarazos no deseados, aborto, deserción escolar. El personal de salud debe mantener una gran empatía con el adolescente para brindar una buena información y acceso a los servicios de salud para evitar grandes riesgos. Porque en esta edad es de gran curiosidad por el sexo opuesto, por los cambios anatómicos, por eso se debe brindar información exclusiva para adolescentes en los centros de salud y en los centros educativos para disminuir el riesgo que están sometidos por la falta de información o conocimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los programas de planificación familiar tanto los planteados por la OMS la OPS, la norma oficial mexicana y el Instituto Mexicano del Seguro Social, tienen como objetivo principal, uso de métodos anticonceptivos de una forma INFORMADA, por tal motivo es necesario conocer el grado de conocimiento que tiene nuestra población femenina en edad fértil derechohabiente a la unidad de medicina familiar numero 33, ya que hasta la fecha no se ha evaluado en nuestra unidad, contamos con población derechohabiente proveniente del estado de México y del distrito federal de nivel socio económico medio y bajo por lo tanto es importante conocer que tanto conocen las mujeres en edad fértil acerca de los métodos de planificación familiar para así con los datos recabados, se pueda en un futuro fortalecer el programa de salud reproductiva que se está llevando en nuestra unidad, de ahí nos cuestionamos la siguiente pregunta.

FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años derechohabientes de la UMF 33?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, derechohabientes de la UMF 33, El Rosario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar el grado de conocimiento que poseen las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino) como métodos de planificación familiar.
 - 1.1. Identificar el grado de conocimiento acerca del mecanismo de acción que poseen las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino)
 - 1.2. Identificar el grado de conocimiento acerca de su eficacia del preservativo masculino y preservativo femenino como protectores de infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 15 a 49 años de edad.
 - 1.3. Identificar el grado de conocimiento acerca de su forma de uso del preservativo masculino en las mujeres de 15 a 49 años de edad
 - 1.4. Identificar el grado de conocimiento acerca de las diferentes presentaciones del preservativo en las mujeres de 15 a 49 años de edad

2. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los hormonales en sus diferentes presentaciones (orales, inyectables, implante subdérmico, parche anticonceptivo) como métodos de control de la natalidad.
 - 2.1. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los hormonales en sus diferentes presentaciones (orales, inyectables, implante subdérmico, parche anticonceptivo) acerca de su mecanismo de acción como métodos de control de la natalidad.
 - 2.2. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los hormonales en sus diferentes presentaciones (orales, inyectables, implante subdérmico, parche anticonceptivo) acerca de sus presentaciones comerciales y forma de uso como métodos de control de la natalidad.
 - 2.3. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los hormonales en sus diferentes presentaciones (orales, inyectables, implante subdérmico, parche anticonceptivo) acerca de su forma de uso como métodos de control de la natalidad.

3. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre el dispositivo intrauterino (T de cobre) como método de control de la natalidad.
 - 3.1. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad del dispositivo intrauterino (T de cobre) acerca del mecanismo de acción como método de control de la natalidad.
 - 3.2. Identificar el grado de conocimiento en las mujeres de 15 a 49 años de edad acerca de los cuidados del dispositivo intrauterino (T de cobre) y sus limitantes contra infecciones de transmisión sexual

4. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre lactancia materna y amenorrea como método de control de la natalidad.
 - 4.1. Identificar el grado de conocimiento acerca de la forma de uso del método de la lactancia materna y amenorrea en las mujeres de 15 a 49 años de edad
 - 4.2. Identificar el grado de conocimiento del método de la lactancia materna y amenorrea acerca del tiempo de efectividad y eficacia de las mujeres de 15 a 49 años de edad.

5. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos del conocimiento de la fertilidad como método de control de la natalidad (método del ritmo, Billings, temperatura basal)
 - 5.1. Identificar el grado de conocimiento acerca de los conceptos básicos sobre los métodos del conocimiento de la fertilidad como método de control de la natalidad (método del ritmo, Billings, temperatura basal) en las mujeres de 15 a 49 años de edad
 - 5.2. Identificar el grado de conocimiento de la importancia de la participación del compañero sexual en los métodos del conocimiento de la fertilidad como método de control de la natalidad (método del ritmo, Billings, temperatura basal) de las mujeres de 15 a 49 años de edad conceptos básicos y

6. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre coito interrumpido como método de control de la natalidad,
 - 6.1. Identificar el grado de conocimiento acerca de sus indicaciones de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre coito interrumpido como método de control de la natalidad,

7. Identificar el grado de conocimiento de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos definitivos del control de la natalidad (oclusión tubarica bilateral y vasectomía)
 - 7.1. Identificar el grado de conocimiento acerca de los conceptos básicos de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos definitivos del control de la natalidad (oclusión tubárica bilateral y vasectomía)
 - 7.2. Identificar el grado de conocimiento acerca de su mecanismo de de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos definitivos del control de la natalidad (oclusión tubarica bilateral y vasectomía).
 - 7.3. Identificar el grado de conocimiento acerca de sus indicaciones de las mujeres de 15 a 49 años de edad sobre los métodos definitivos del control de la natalidad (oclusión tubarica bilateral y vasectomía)

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil acerca de los métodos de planificación familiar

El estudio fue transversal, observacional, prospectivo y descriptivo, por medio de un muestreo probabilístico aleatorio sistemático, calculando un tamaño de muestra de 400 mujeres en edad fértil, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Se incluyeron a 400 mujeres de 15 a 49 años de edad, adscritas en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 de ambos turnos que desearán participar. Con criterios de exclusión ser mujeres derechohabientes menores de 15 años y mayores de 49 años, aquellas mujeres que no deseen participar o no firmen el consentimiento informado.

Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para recabar información sobre el nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar. El cuestionario consta de 54 preguntas, los 6 ítems primeros exploran datos socio demográfico como edad, género, estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual activa y vida sexual activa. Los siguientes ítems corresponden a analizar el nivel de conocimiento acerca del preservativo , de la pregunta 7 a la 14; del ítem 15 al 20 evalúa el nivel de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino, de la pregunta 21 a la 31 acerca de los anticonceptivos hormonales, de la 32 a la 37 acerca de los métodos basados en el control de la fertilidad, de la 38 a la 43 acerca del método de la amenorrea de la lactancia, de la 44 a la 49 acerca del coito interrumpido y por último de la 50 a la 54 acerca de la esterilización masculina y femenina. Se considero como suficiente el nivel de conocimiento si el participante contesto más del 50% de los ítems de forma correcta.

Para realizar el análisis de los datos, la información recabada se concentro en una tabla de Excel para su ordenación, se realizó el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron frecuencias expresadas en porcentajes y medias, se elaboraron tablas y gráficos para la presentación de resultados.

El presente trabajo de investigación se realizó conforme los lineamientos y aspectos éticos que rigen toda investigación a nivel internacional, nacional e institucional, tomando como base los principios bio éticos de no maleficencia, justicia y autonomía.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional para determinar cuál es el grado de conocimientos con los que cuentan las mujeres en edad fértil derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario de ambos turnos en donde se llevó a cabo la encuesta aplicándose a 400 mujeres de 15 a 49 años de edad. De las cuales participaron 57 mujeres de 15 a 19 años, 60 mujeres de 20 a 24 años, 58 mujeres de 25 a 29 años, 50 mujeres de 30 a 34 años, 72 mujeres de 35 a 39 años, 50 mujeres de 40 a 44 años y 53 mujeres de 45 a 49 años. Ver grafica 1 y tabla 1. De las cuales el 33.9% solteras, 42.5% casadas, 11.6% divorciadas, 0.4% viudas y 11.4% en unión libre. Ver grafica 2 y tabla 2

En el estudio participaron mujeres de diferentes grados académicos desde personas que solo saben leer y escribir hasta licenciatura, su distribución se observa en el gráfico 3, las cuales se distribuyeron de la siguiente forma, tres mujeres solo sabían leer y escribir, primaria completa 36 mujeres, secundaria 122 mujeres, bachillerato 184 mujeres, licenciatura 55 mujeres. Ver tabla 3 y grafica 3. La ocupación de las participantes se distribuye de la siguiente manera, 149 mujeres eran amas de casa, 65 obreras, 24 comerciante, 81 eran de ocupación profesional y 80 eran estudiantes. Ver grafica 4 y tabla 4. Con respecto a la edad de inicio de vida sexual activa se observó que el 5.5% de las mujeres participantes iniciaron su vida sexual activa antes de los 15 años, el 46.9% inicio su vida sexual entre los 15 y los 19 años, el 35.1% inicio después de los 20 años y el 12.5% aun no ha iniciado su vida sexual. Ver tabla 5. La distribución de inicio de vida sexual activa por grupo de edad, se observa su distribución en la tabla 5.1 y gráfica 5. En la cual destacan las mujeres de 15 a 19 años el 1.7% iniciaron su vida sexual activa antes de los 15 años, el 38.6% iniciaron entre los 15 y 19 años y el 59.7% aun no han iniciado su vida sexual, en el grupo de edad de los 20 a los 24 años el 54.6% inicio si vida sexual después de los 20 años.

Los resultados obtenidos con un buen nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar, fue 80.1% y en un mal nivel de conocimiento acerca de métodos de planificación familiar es del 19.9%. Ver tabla 6 y gráfica 6. El nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar por método independientemente de la edad, se observó que el 90.1% de las mujeres participantes tienen un buen nivel de conocimiento acerca del preservativo, le sigue el dispositivo intrauterino con el 90.5%, así mismo los hormonales y la esterilización tienen el 85.4 y el 85.5% de las participantes con un adecuado nivel de conocimiento, el 81.95 de las participantes tuvieron un buen nivel de conocimiento acerca del coito interrumpido, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad solo el 80.3% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de conocimiento acerca de este y por último solo el 47.3% de las mujeres tienen conocimiento acerca del método de la lactancia y la amenorrea. Ver tabla 7 y gráfica 7

Por grupo de edad, el porcentaje de mujeres con buen nivel de conocimientos en métodos de planificación familiar se distribuye de la siguiente manera: mujeres de los 15 a los 19 años el 75.9%, las mujeres de 20 a 24 años el 77.9, el grupo de 25 a 29 años el 84.6%, el grupo de 30 a 34 años el 87%, las mujeres de 35 a 39 años tiene el

77.9%, el grupo de 40 a 44 años tiene el 76% y las mujeres de 45 a 49 años tienen el 81.5% . Ver grafica 8 y tabla 8

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación por grupo de edad se observa que las mujeres de 15 a 19 años tienen un mejor conocimiento acerca de los métodos de barrera con el 91.22% y el método de la amenorrea y la lactancia apenas tienen el 43.8% de buen nivel de conocimiento, el grupo de edad de los 20 a 24 años se repite dicha tendencia con un 97.7% en cuanto a métodos de barrera y un 29.5% en el método de la lactancia y amenorrea, sin embargo en mujeres de 25 a 29 años tienen un mayor conocimiento acerca del uso del dispositivo intrauterino y los hormonales con un 95%, sin embargo el método de la amenorrea sigue siendo el de menor nivel de conocimiento con el 60%, las mujeres entre los 30 y 34 años tienen un mejor nivel de conocimiento acerca de los métodos de barrera, conocimiento de la fertilidad y la esterilización con el 96.7%, el grupo de mujeres entre los 35 y 39 años de edad tienen un mejor nivel de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino, lo mismo en las mujeres de 40 a 44 años con el 93.8 y el 90.3% sin embargo las mujeres de 45 a 49 años tienen un mejor nivel de conocimientos acerca del uso de los métodos de barrera y el conocimiento de la fertilidad con el 94.1%, cabe destacar que el método de planificación con menor nivel de conocimiento es el método de la amenorrea ya que tiene el 48.4%, 38.6%, 54.83 y 56.2% respectivamente. Ver tabla 9 y gráfica 9.

Los conocimientos que observamos en las mujeres acerca del método de planificación de barrera, el 90.1% de las mujeres encuestadas contestaron satisfactoriamente el instrumento de evaluación lo que traduce en que tienen un adecuado nivel de conocimiento acerca de los métodos de barrera(tabla 7 y grafica 7) y por grupo de edad, la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 77%, siendo muy escasas las mujeres que ignoran este tipo de anticonceptivo, se observo que las mujeres de 20 a 24 años de edad son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 97.7% de buen nivel de conocimiento acerca del uso del condón, así mismo las mujeres de 40 a 44 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 77.4% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos acerca del uso del preservativo. Su distribución por grupo de edad se observa en la tabla 9 y gráfica 9

Los conocimientos que observamos en las mujeres acerca de los métodos de planificación familiar, como son los hormonales, el 85.4% de las mujeres encuestadas contestaron satisfactoriamente lo que nos indica que tienen un adecuado nivel de conocimiento acerca de los métodos hormonales (Ver tabla 7 y grafica 7) y por grupo de edad, la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 74.19%, se observo que las mujeres de 25 a 29 años de edad son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 95% de buen nivel de conocimiento acerca del uso de los hormonales, así mismo las mujeres de 40 a 44 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 74.19% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos acerca del uso del preservativo. Su distribución por grupo de edad se observa en la tabla 9 y gráfica 9.

El dispositivo intrauterino como método de planificación familiar como son, el 90.5% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de dicho método (Ver tabla 7 y grafica 7) y por grupo de edad, la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del

86%, se observó que las mujeres de 25 a 29 años de edad son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 95% acerca del uso del dispositivo intrauterino, así mismo las mujeres de 15 a 19 años de edad y las de 20 a 24 años tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 87 y el 86.3% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos acerca del uso del dispositivo intrauterino. Ver tabla 9 y gráfica 9.

Los métodos basados en conocimiento de la fertilidad para el control de la natalidad, el 80.3% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de dicho método (Ver tabla 7 y gráfica 7) así mismo por grupo de edad, la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 57%, se observó que las mujeres de 30 a 34 años de edad son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 96.7% acerca del nivel de conocimiento de dicho método, así mismo las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 57% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos. Ver tabla 9 y gráfica 9.

El método de la amenorrea y la lactancia es el método con nivel de conocimiento más bajo ya que solo el 47.3% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de dicho método (Ver tabla 7 y gráfica 7.) por grupo de edad, la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 29%, se observó que las mujeres de 45 a 49 años de edad son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 56.25% acerca del nivel de conocimiento de dicho método, sin embargo las mujeres de 20 a 24 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 29.5% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos. Ver tabla 9 y gráfica 9.

El coito interrumpido es otro método de planificación familiar con bajo nivel de conocimiento ya que solo el 81.9% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de conocimiento, (Ver tabla 7 y gráfica 7) la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 70%, las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años se observó son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 89.5% acerca del nivel de conocimiento de dicho método, sin embargo las mujeres de 45 a 49 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 70.6% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos. Ver tabla 9 y gráfica 9

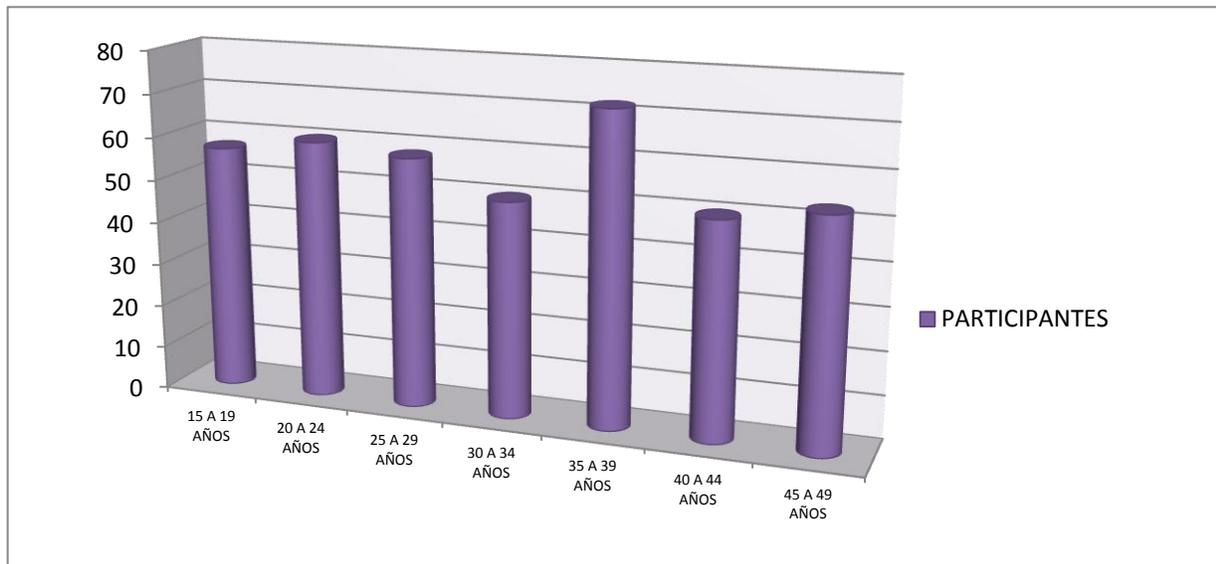
Los métodos definitivos como son oclusión tubarica bilateral y vasectomía solo el 85.3% de las mujeres participantes tienen un adecuado nivel de conocimiento, (Ver tabla 7 y gráfica 7) la mayoría de las mujeres se encuentran por arriba del 70%, las mujeres del grupo de edad de 30 y 34 años se observó son las que tienen mayor nivel de conocimiento con un 96.7% acerca del nivel de conocimiento de dicho método, sin embargo las mujeres de 40 a 44 años de edad tienen el menor nivel de conocimientos ya que únicamente el 70.6% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimientos. Ver tabla 9 y gráfica 9.

Tabla 1. Mujeres en edad fértil que participaron por grupo de edad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

GRUPO DE EDAD	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	30 A 34 AÑOS	35 A 39 AÑOS	40 A 44 AÑOS	45 A 49 AÑOS
PARTICIPANTES	57	60	58	50	72	50	53

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 1. Mujeres en edad fértil que participaron por grupo de edad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



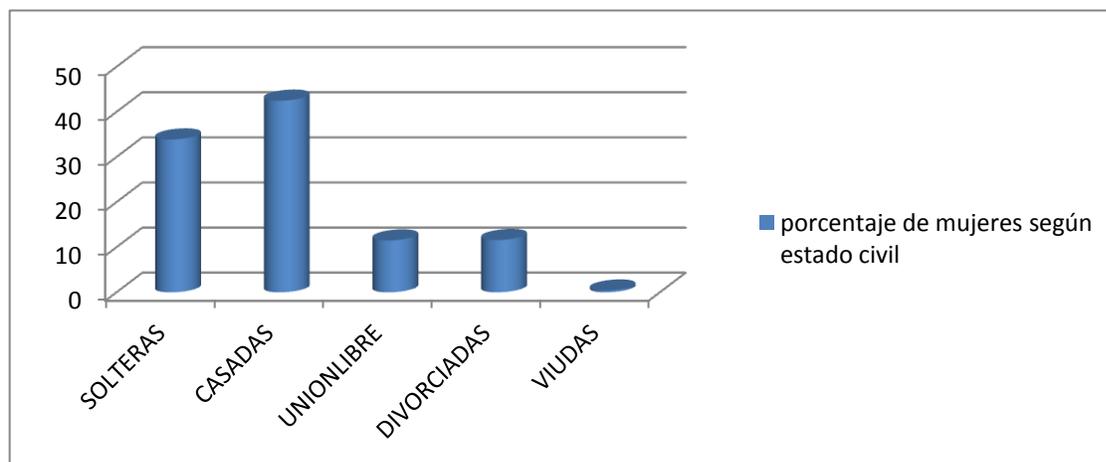
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Tabla 2. Porcentaje de mujeres participantes según su estado civil en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

ESTADO CIVIL	porcentaje de mujeres por estado civil
SOLTERAS	33.9
CASADAS	42.5
UNIONLIBRE	11.5
DIVORCIADAS	11.6
VIUDAS	0.4

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Gráfica 2. Porcentaje de mujeres participantes según su estado civil en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



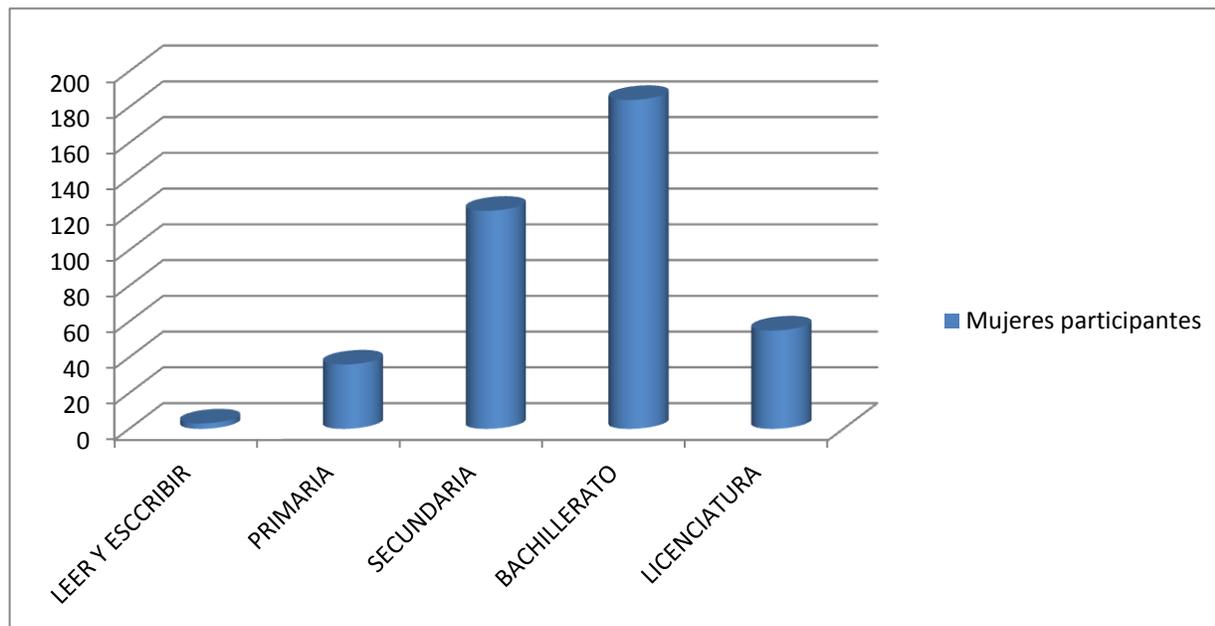
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Tabla 3. Distribución de las mujeres participantes de acuerdo a su escolaridad en Encuesta de Nivel de Conocimiento acerca de los Métodos de Planificación Familiar.

Escolaridad.	Mujeres participantes
LEER Y ESCRIBIR	3
PRIMARIA	36
SECUNDARIA	122
BACHILLERATO	184
LICENCIATURA	55

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Gráfica 3. Distribución de las mujeres participantes según su escolaridad en Encuesta de Nivel de Conocimiento acerca de los Métodos de Planificación Familiar.



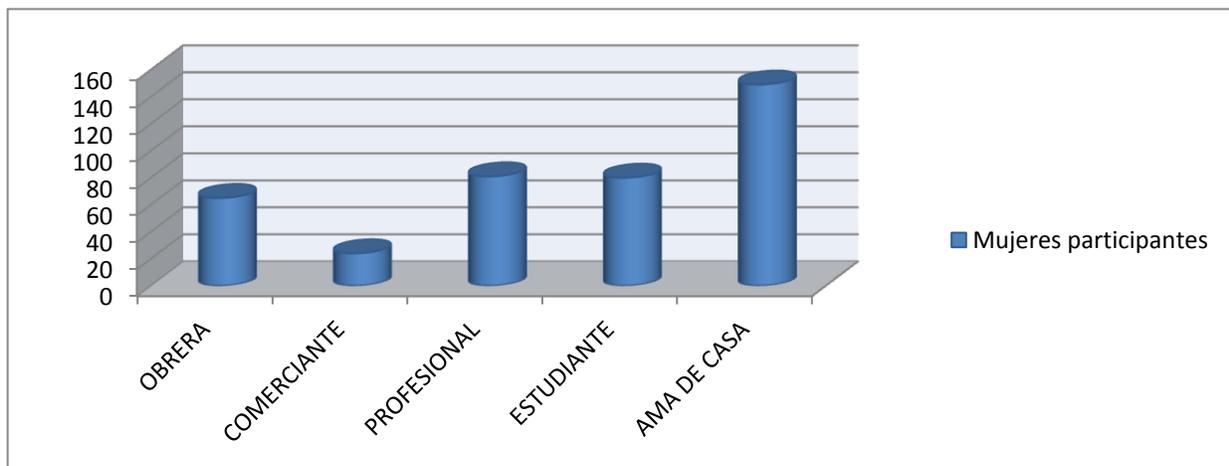
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Tabla 4. Distribución de las mujeres de acuerdo a su ocupación en Encuesta de Nivel de Conocimiento acerca de los Métodos de Planificación Familiar.

Ocupación	Mujeres participantes
OBRERA	65
COMERCIANTE	24
PROFESIONAL	81
ESTUDIANTE	80
AMA DE CASA	149

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Gráfica 4. Distribución de las mujeres participantes según su ocupación en Encuesta de Nivel de Conocimiento acerca de los Métodos de Planificación Familiar.



Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012

Tabla 5. Edad de inicio de vida sexual activa de las participantes en Encuesta de Nivel de Conocimiento Acerca de los Métodos de Planificación Familiar.

Edad de inicio de su Vida Sexual	% Mujeres
IVSA>15	5.4
IVSA15-19	46.9
IVSA 20	35.1
AUN NO INICIAN SU VIDA SEXUAL	12.5

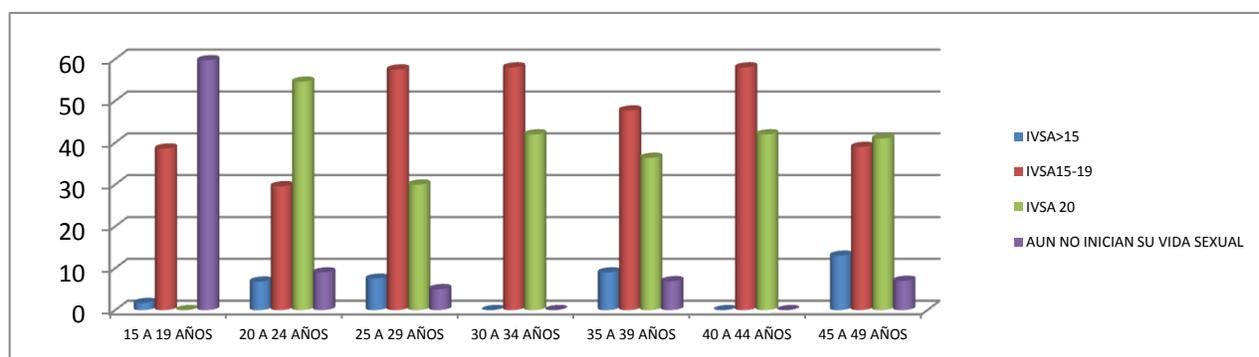
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 5.1. Distribución por grupo de edad, según su edad de inicio de su vida sexual en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Edad de inicio de vida sexual activa	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	30 A 34 AÑOS	35 A 39 AÑOS	40 A 44 AÑOS	45 A 49 AÑOS
IVSA>15	1.7	6.8	7.5	0	9	0	13
IVSA15-19	38.6	29.6	57.5	58	47.7	58	39
IVSA 20	0	54.6	30	42	36.4	42	41
AUN NO INICIAN SU VIDA SEXUAL	59.7	9	5	0	6.9	0	7

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 5. Distribución por grupo de edad, según su edad de inicio de su vida sexual en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



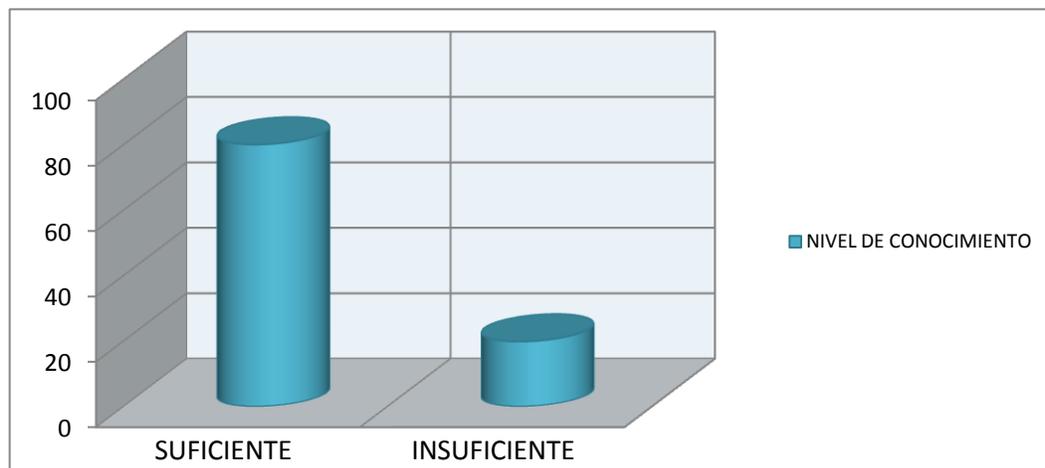
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 6. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

	NIVEL DE CONOCIMIENTO
SUFICIENTE	80.1
INSUFICIENTE	19.9

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 6. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



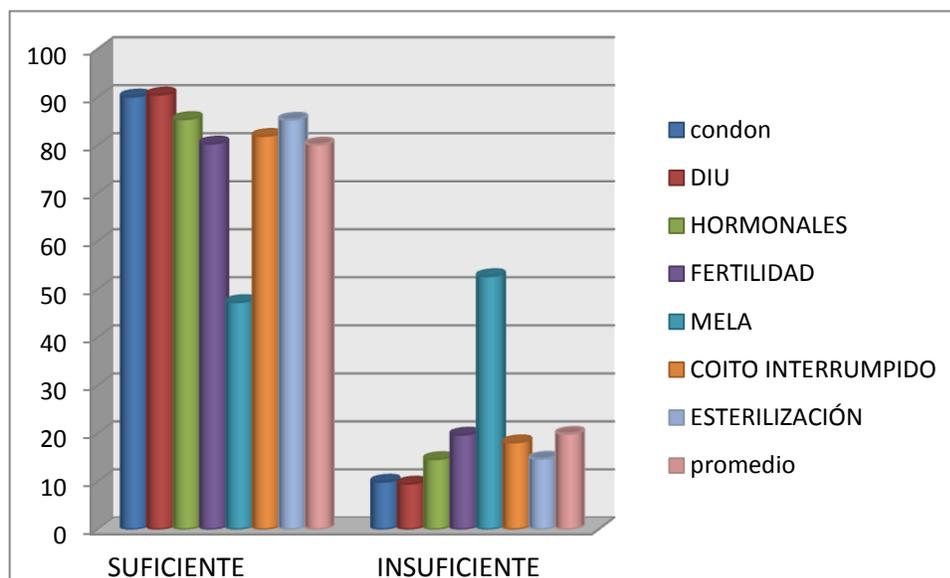
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 7. Nivel de conocimiento por método de planificación familiar en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

nivel de conocimiento	PRESERVATIVO	DIU	HORMONALES	FERTILIDAD	MELA	COITO INTERRUMPIDO	ESTERILIZACIÓN
SUFICIENTE	90.1	90.5	85.4	80.3	47.3	81.9	85.3
INSUFICIENTE	9.9	9.5	14.6	19.7	52.7	18.1	14.7

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 7. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



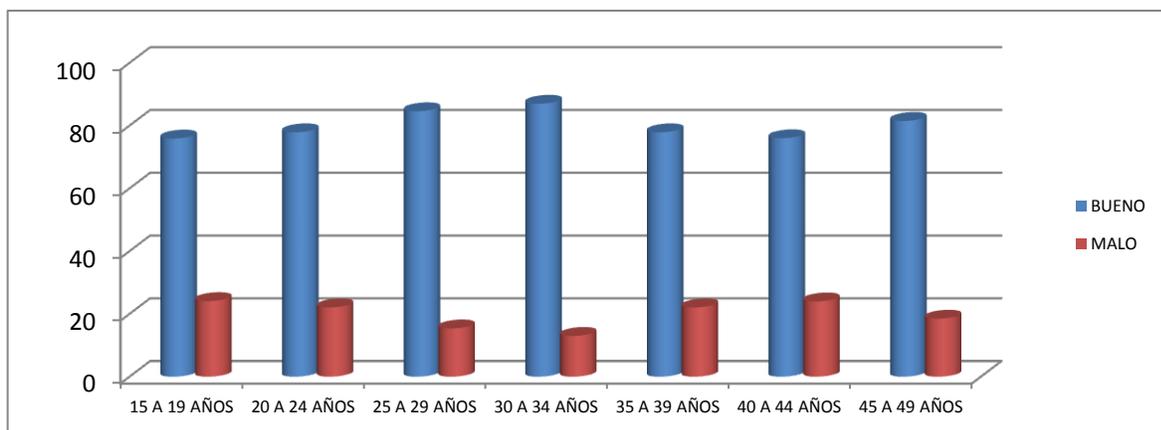
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 8. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar por grupo en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	30 A 34 AÑOS	35 A 39 AÑOS	40 A 44 AÑOS	45 A 49 AÑOS
SUFICIENTE	75.9	77.9	84.6	87	77.9	76	81.5
INSUFICIENTE	24.1	22.1	15.4	13	22.1	24	18.5

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 8. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar por grupo de edad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



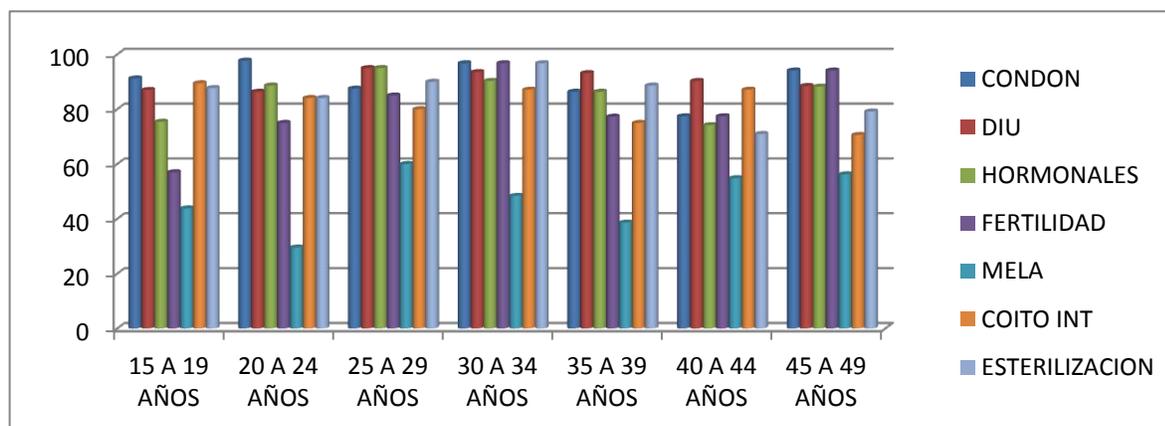
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 9. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar por grupo de edad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

	15 A 19 AÑOS	20 A 24 AÑOS	25 A 29 AÑOS	30 A 34 AÑOS	35 A 39 AÑOS	40 A 44 AÑOS	45 A 49 AÑOS
CONDON	91.22	97.72	87.5	96.77	86.36	77.4	94.11
DIU	87	86.36	95	93.54	93.18	90.3	88.46
HORMONALES	75.43	88.63	95	90.32	86.36	74.19	88.23
FERTILIDAD	57	75	85	96.77	77.27	77.41	94.11
MELA	43.8	29.54	60	48.38	38.63	54.83	56.25
COITO INT	89.47	84.09	80	87.09	75	87.09	70.58
ESTERILIZACION	87.7	84.09	90	96.77	88.63	70.96	79.16

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 9. Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar por grupo de edad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



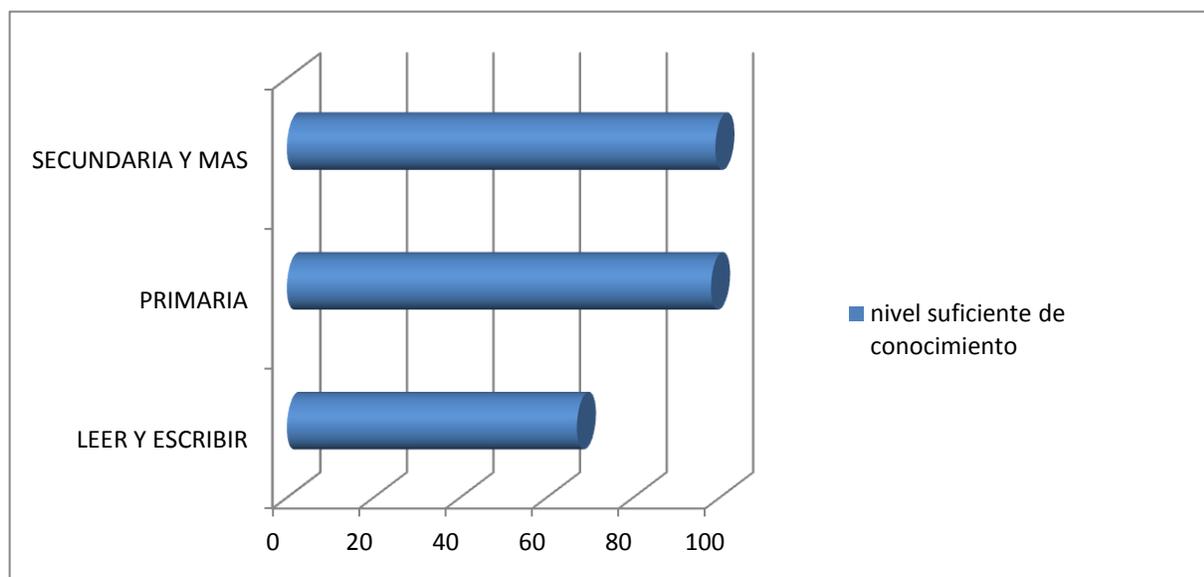
Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Tabla 10. . Porcentaje de mujeres que conoce al menos un método de planificación familiar según nivel de escolaridad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.

Nivel de escolaridad	nivel suficiente de conocimiento
LEER Y ESCRIBIR	67
PRIMARIA	98
SECUNDARIA Y MAS	99

Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

Gráfica 10. Porcentaje de mujeres que conoce al menos un método de planificación familiar según nivel de escolaridad en Encuesta de Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar.



Fuente: Encuesta realizada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la UMF 33 en 2012.

DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que las mujeres en edad fértil derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social obtuvo un 80.1% con nivel de conocimiento adecuado acerca de los métodos de planificación familiar contra un 19.9% en un nivel de conocimientos insuficiente sobre este rubro.

En México según los datos obtenidos por la, ENADID 2009 se menciona que en el año 2009 el 98% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) conocen al menos un método anticonceptivo.⁹ En contraste con nuestro estudio el nivel de conocimiento obtuvo un 80.1% cifra un poco alejada a la obtenida en el 2009.

En México el 99.1% de las mujeres en edad fértil residentes de zonas urbanas, conocen al menos un método anticonceptivo. El 90.1% de nuestro estudio tiene un adecuado nivel de conocimiento acerca del uso del preservativo, cifra similar a la obtenida por la CONAPO en el 2009, así mismo las mujeres de 30 a 34 años son las que tienen el porcentaje de mayor nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar con el 87%.

La Encuesta Nacional de la Juventud destaca que el 76% de las mujeres entre los 15 y 19 años de edad mencionaron conocer sobre métodos de planificación familiar. Nuestro estudio refleja que el 75.9% de la población femenina tiene un buen nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar porcentaje similar al obtenido en el año 2000.

Las mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años de edad) según los datos recabados en México por la ENADID 2009, corresponde al 52.9% de la población femenina, nuestro estudio revelo que en la UMF 33 el Rosario del IMSS las mujeres en edad fértil sexualmente activas corresponden al 74.7% de la población estudiada, lo que nos refleja una gran parte de nuestra población es sexualmente activa.

Según los datos recabados por la ENADID 2009 las mujeres de 35 a 39 años el 70.8% tienen vida sexual activa, las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años el 15.2% son sexualmente activas, las mujeres de 20 a 24 años el 44.4% son sexualmente activas. 25 a 29 años, el 60.6%; 30 a 34 años, el 67.8%; 35 a 39 años, 70.8%; 40 a 44 años, 67.5% y las mujeres de 45 a 49 años, el 61% es sexualmente activa,^{9,11}. En nuestro estudio la población femenina sexualmente activa se distribuye de la siguiente manera: de 15 a 19 años el 22% son sexualmente activas, tan solo el 70.5% de las mujeres de 20 a 24 años de edad, el 100% de las pacientes encuestadas entre los 30 a 34 años son sexualmente activas, el 93.2% de las mujeres de 35 a 39 años de edad , así como el 83.9% de las mujeres de 40 a 44 años y el 70.6% en mujeres de 45 a 49 años tienen vida sexual activa, un indicativo más de que tenemos una gran población de mujeres sexualmente activas.

La ENADID 2009 menciona como edad media de la primera relación sexual a los 19.6 años. Entre las adolescentes, el 50% de ellas ya había experimentado un primer coito a los 15.1 años en 1987, lo que en 2009 ocurría a los 15.4.¹¹ Nuestro estudio revelo que

las adolescentes de 15 a 19 años de edad el 1.7% inicio su vida sexual antes de los 15 años y el 38.6% inicio entre los 15 a 19 años porcentaje menor al encontrado en la ENADID, sin embargo sigue latente que las adolescentes es el principal grupo etario en riesgo de presentar embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

La escolaridad de las mujeres también influye en nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar, según la ENADID 2009, las mujeres sin escolaridad el 82.6% conoce al menos un método de planificación familiar, las mujeres con primaria completa el 96.3% conocen al menos un método de planificación familiar, así mismo las mujeres con escolaridad superior a la secundaria el 99.4% conoce al menos un método de planificación familiar. Nuestro estudio revelo que el 0.7% de la población estudiada solo sabe leer y escribir de la cual el 67% tiene un conocimiento suficiente de al menos un método de planificación familiar, las mujeres con escolaridad primaria corresponde a el 9.3% de la población encuestada de la cual el 98% tiene conocimiento suficiente al menos de un método de planificación familiar, el 90% de la población encuestada tiene escolaridad superior a la secundaria de las cuales el 99% de la población encuestada tiene conocimiento suficiente de al menos un método de planificación familiar, porcentajes semejantes a los analizados por la ENADID 2009.

Estudiando a las mujeres con respecto a su conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar por tipo de método encontramos lo siguiente, existe un nivel elevado de conocimiento acerca del dispositivo intrauterino con el 90.5% seguido del preservativo representado por el 90.1% en respuestas contestadas de forma correcta, así el nivel de conocimiento acerca de los hormonales orales y los métodos definitivos corresponden a el 85.4% y el 85.3 respectivamente, seguidos por el coito interrumpido el cual tiene el 81.9%, según el buen conocimiento acerca del conocimiento de la fertilidad con el 80.3% siendo el método de la amenorrea de la lactancia el método con menor nivel de conocimiento con el 47.3%.

Este estudio revelo que las mujeres tienen más conocimiento acerca del uso del preservativo y del dispositivo intrauterino, y es aceptable el porcentaje de mujeres que conocen los hormonales orales y los métodos definitivos, siendo los métodos naturales los que tienen menor nivel de conocimiento así mismo son los menos recomendados ya que no protegen contra enfermedades de transmisión sexual y su alto porcentaje de falla.

CONCLUSIONES.

En el presente estudio de investigación se determino el nivel de conocimientos en mujeres en edad fértil adscritas en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

En cuanto al nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar el 80.1% tiene un nivel suficiente de conocimiento, siendo este menor al encontrado en la población mexicana según la ENADID 2009. Cabe mencionar que las mujeres de 30 a 34 años son las que tienen el mayor porcentaje con el 87% de nivel suficiente.

En cuanto al preservativo, se encontró que el 90.1% de la población estudiada tiene un nivel suficiente de conocimiento. Siendo las mujeres de 20 a 24 años las que tienen el

mayor porcentaje con el 97.72%, destacando que las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el 91.2% de nivel suficiente acerca del preservativo.

A decir del DIU, se observó que el 90.5% de la población estudiada tiene un nivel suficiente de conocimiento y las mujeres de 25 a 29 años tienen el mayor porcentaje por grupo de edad con el 95%, siendo las adolescentes las que tienen un menor porcentaje con el 87% en adolescentes de 15 a 19 años.

Los hormonales tienen una gran aceptación en la población femenina, y se observó en nuestro estudio que el 85.4% de la población estudiada tiene un nivel suficiente acerca de los mismos, aunque las mujeres tanto adolescentes como las climatéricas son las que tienen el porcentaje más bajo con el 75.4% y el 74.19% respectivamente, por el contrario las mujeres de 25 a 29 años tienen el porcentaje más alto con el 95% de las participantes.

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad siguen siendo hasta ahora unos de los métodos con menor nivel de conocimiento resaltando que el 80.3% de la población tiene un nivel suficiente de conocimiento, siendo las adolescentes las que tienen menor porcentaje con el 57%, sin embargo para las mujeres de 30 a 34 años tienen el mayor porcentaje con el 96.7% de las mujeres estudiadas.

El Método de la amenorrea de la lactancia materna (MELA) es el que tiene menor nivel de conocimiento ya que tan solo el 47.3% de la población estudiada tiene un nivel suficiente acerca de este método, siendo las mujeres jóvenes de 20 a 24 años de edad las que tienen menor porcentaje con el 29.54% por el contrario las mujeres de 25 a 29 años tienen el mayor porcentaje con el 60% de las participantes con un nivel suficiente de conocimiento.

El coito interrumpido es otro de los métodos utilizados, sin embargo tan solo el 81.9% de las mujeres participantes tienen un nivel suficiente de conocimiento acerca de dicho método, cabe destacar que las mujeres adolescentes de 15 a 19 años son las que tienen el mayor porcentaje de nivel suficiente de conocimiento con el 89.47%, sin embargo podríamos considerar esto como un factor de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual.

Un factor importante en el nivel de conocimiento es la escolaridad pues en este estudio se observó que a mayor nivel de escolaridad, el conocimiento acerca de los métodos es suficiente en un mayor porcentaje, ya que las mujeres que solo sabían leer y escribir, además de ser la minoría de la población estudiada, tan solo el 67% de la población tiene conocimiento suficiente acerca de al menos un método de planificación familiar, así mismo las mujeres con educación primaria, el 98% de las mujeres tienen un nivel suficiente de conocimiento acerca de al menos un método de planificación familiar, sin embargo las mujeres con escolaridad superior a la secundaria el 99% de las participantes conocen al menos un método de planificación familiar por lo que concluimos que es importante considerar la escolaridad de las mujeres, para poder brindar una mejor orientación al uso de estos métodos.

Lo anterior refleja que el nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar se manifiesta con el uso de los mismos, es decir, una mujer informada sabe elegir el método de anticonceptivo adecuado a sus necesidades.

Sugerencias y Limitaciones

Durante la realización de este estudio una de sus limitantes a las cuales nos enfrentamos son los temores mal fundados o los conceptos erróneos, el apego a los mitos y tabúes acerca de la sexualidad, lo que impedía la participación de las mujeres en la realización de este estudio.

El nivel educativo fue un factor importante, debido a que la población con escolaridad igual o menor a primaria, por temor a no poder entender lo cuestionado (aun sin conocerlo) no se atrevía a participar en este estudio.

La mujer trabajadora sexualmente activa, tiene poca afluencia a los servicios de salud a menos que sea muy necesario, sin embargo debería ser uno de los grupos etarios prioridad para el instituto y las empresas, para evitar embarazos no planeados o embarazos de alto riesgo por edad materna madura.

También observamos que en nuestros días aun existe poca apertura a hablar de métodos de planificación y temas de sexualidad en mujeres de todas las edades, sin embargo se acentúa más en mayores de 40 años y las mujeres que ya no tenían pareja o habían optado por algún método definitivo ya que se limitaban a no participar en dicho estudio.

Las mujeres adolescentes acompañadas por sus madres muchas de ellas manifestaron vergüenza al contestar el cuestionario frente a sus padres, no ha si estando a solas, aunque se observo gran interés por parte de las madres de adolescentes de que sus hijas estén bien informadas acerca del uso de métodos de planificación familiar, siendo ellas las que solicitaban mas información acerca del uso de los mismos.

Gran parte de la población derechohabiente aun desconoce la función del modulo de planificación familiar sin embargo durante la recolección de la muestra se intento de una forma breve impulsar a la población a acudir a recibir información.

Los problemas que nos enfrentamos durante la realización del estudio se podrían evitar al permitir compartir los conocimientos adquiridos tanto por el personal de salud hacia la población como dentro del núcleo familiar, dando más énfasis a la población vulnerable.

Un paciente con conocimiento adecuado acerca de su sexualidad y uso de métodos de planificación familiar puede tener una vida sexual más satisfactoria, evitando poner en riesgo su salud al tener menor predisposición a embarazos no deseados y enfermedades de trasmisión sexual.

Recomendaciones.

En todo el mundo existe un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, enfermedades de trasmisión sexual incluyendo SIDA y otros problemas graves de salud de la reproducción

Por lo que sugerimos las siguientes recomendaciones hacia la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" del Instituto Mexicano del Seguro Social

1. Realizar campañas de difusión a la población enfocadas a establecer vínculos que atraigan a las mujeres sobre todo a las adolescentes acerca de sobre el mecanismo de acción de los métodos de planificación familiar así mismo reducir los temores o conceptos erróneos acerca de los mitos y tabúes acerca de la sexualidad y orientarlas en materia de educación sexual
2. Orientar a la población adolescente en el uso adecuado de los métodos de barrera como métodos de protección de enfermedades de transmisión sexual.
3. Realizar asesorías y supervisiones por parte del equipo de salud en el área de fomento a la salud para estar monitorizando y reforzando los conceptos acerca de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil adscritas a la unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"
4. Crear un vínculo entre los centros educativos y unidades de salud y por medio de este, realizar planeación estratégica encaminada a la educación sexual con información de calidad apoyada por equipo de salud de primer nivel de atención.

El personal de salud debe transmitir confianza a la población general para que pueda acudir a informarse a los centros adecuados y evitar el uso inadecuado de los métodos de planificación familiar y por medio de esto, evitar embarazos no deseados y complicaciones a corto plazo, ya que una población educada con bases sólidas al momento de iniciar su actividad sexual lo hará con libertad y conocimientos suficientes para ejercer su sexualidad de acuerdo a su edad y sus proyecto de vida evitando riesgos a la salud.

Cabe mencionar que una de nuestras labores como médicos, independientemente del nivel de atención al cual prestamos nuestros servicios, es poder ofrecer apoyo a las unidades de salud y/o estancias educativas para que la información acerca de la sexualidad humana sea de calidad y que la población tenga un buen nivel de conocimientos acerca de los métodos de planificación familiar disponibles en la unidad de salud para su uso adecuado, así mismo debemos darnos el espacio para que desde el consultorio tomemos la iniciativa de motivar a la población para que se acerque, conozca o fortalezca sus conocimientos de sexualidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción a la salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción. México: Secretaría de Salud; 2008.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento técnico médico para el uso de la metodología anticonceptiva 2780-013-001. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2007
3. *PORTAL IMSS PARA TI. [página principal de internet] México: Instituto Mexicano del seguro social; 2008 [actualizada en junio 2012; acceso enero 2013]. <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Documents/MujSaludreprod.doc>*
4. Secretaría de Gobernación. Reglamento de la ley general de población. México. Secretaría de gobernación; modificación publicada en DOF 19-01-2011. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf [acceso agosto 2011]
5. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley general de salud. México. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos; modificación publicada en DOF 01-09-2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [acceso agosto 2011]
6. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación. México. Congreso de los estados unidos mexicanos; Modificación publicada en DOF 27-11-2007. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf> [acceso agosto 2011]
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México: 2002. Salud Pública de México. 2002;46(1):75-88 Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulo.php?id=000126> (acceso diciembre 2011).
8. *Isem INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO [Página principal de internet] México: Instituto de salud del estado de México. Secretaria de salud.2000 [actualizada en 13 de febrero 2013; acceso febrero 2013]. <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=295> (10 septiembre 2011)*
9. Consejo Nacional de Población. México: 2006. Disponible en: <http://www.evaluacion.salud.gob.mx/indicadores/resultados/2006/indicador3.pdf> [Acceso septiembre 2011]
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para otorgar servicios de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano Del Seguro Social. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010
11. *Colín PY, Villagómez OP. Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009. La situación demográfica en México 2010. México: Consejo Nacional de Población. 2010. 37-53. Disponible en: www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/03.pdf [acceso septiembre 2011]*
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. ARIMAC, Pirámide poblacional México, UMF 33 “El Rosario”2011.
13. Riopedre P. Anticoncepción y sexualidad. El inicio de las relaciones sexuales en las jóvenes. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil [SAGIJ]. [acceso

- 21 septiembre 2011]; 19(1) Disponible en: http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_notas/nota_inicio.php [acceso septiembre 2011]
14. Consejo Nacional de Población. Dirección de Estudios Sociodemográficos. Situación actual de los jóvenes en México. La situación demográfica de México 2010. México: Consejo Nacional de Población; 2010
 15. Cáceres PG, Echevarría AM Prof. Ghilarducci MC, Pomares DJ. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos como futuros profesionales de la salud en estudiantes del último año de medicina Revista de Posgrado de la Vía. Cátedra de Medicina. Abril 2009;(192): 5-10
 16. Organización de las Naciones Unidas. Cumbre del Milenio de la Naciones Unidas. Nueva York, U.S.A. 2005. disponible en: <http://www.objetivosdelmilenio.org.mx/> [acceso septiembre 2011].
 17. Issler J. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. 2001; (107):11-23
 18. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2006. México, D. F: Ed. Consejo Nacional de Población; 2006. Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros; p. 49-63.
 19. Consejo Nacional de Población. *Nuevas estimaciones de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos en México*. México: Consejo Nacional de Población; 2010
 20. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México, Secretaría de Salud 2001; 1:13-30.
 21. Velasco-Murillo V, Padilla L, De la Cruz L., Acosta-Cazares B. ENCOPEVENIMSS 2003 7. Salud Reproductiva, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (Supl 1): S87-S95
 22. Secretaría de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción. México: Secretaría de Salud; 2008
 23. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, México, 2006.
 24. López BC, López FC, Herranz BA, Saiz MR, Irala J. Conocimiento de los mecanismos de acción de los métodos de planificación familiar. Prog Obstet Ginecol. 2006;49(8):424-33
 25. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Centro de Estudios Legales y Sociales, Fundación Estudios e Investigación sobre la mujer. ENCUESTA DE OPINIÓN PÚBLICA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA. Argentina, agosto 2003. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Centro de Estudios Legales y Sociales, Fundación Estudios e Investigación sobre la mujer.
 26. *Organización de las Naciones Unidas, Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. 1995; Beijing, China. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/mujer.htm> [Acceso septiembre 2011]*
 27. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar. México. Secretaría de salud; Modificación publicada en DOF: 21/01/2004. disponible en : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html> [Acceso septiembre 2011]
 28. McGavigan CJ, Cameron IT. The Mirena® Levonorgestrel System. Drugs of Today. Reino Unido 2003; 39(12):973-984,

ANEXO 1 ENCUESTA EX PROFESO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 1 NORTE DISTRITO FEDERAL
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
 INVESTIGACIÓN EN SALUD
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

CUESTIONARIO PARA: “GRADO DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”.

Está participando en una investigación que estudia diversos aspectos sobre los métodos de planificación familiar que usted conoce. El estudio es completamente confidencial y anónimo, nadie sabrá lo que usted diga. Sus respuestas serán de gran valor y nos ayudaran a entender más sobre los problemas acerca de los conocimientos que tiene las mujeres de 15 a 49 años sobre métodos de planificación familiar. Gracias por su cooperación

Instrucciones: marque con una cruz en la casilla que usted considere correcto. Marque si cuando la afirmación sea correcta y marque no cuando la aseveración sea incorrecta. No deje de contestar ninguna aseveración y lea con mucho cuidado.

1. Edad: _____ años.
2. Estado civil:
 Casada () Soltera () Divorciada o separada () Unión libre () Viuda ()
3. Escolaridad
 Analfabeta () Sabe leer y escribir () Primaria () Secundaria () bachillerato o carrera técnica () licenciatura ()
4. Ocupación:
 Obrera () comerciante () profesional () estudiante () Ama de casa ()
5. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
6. Tiene vida sexual activa: si () no ()

PREGUNTA.	SI	NO
7.El condón impide el contacto de secreciones sexuales con los genitales		
8.Los condones se pueden reutilizar		
9.La utilización del condón no disminuye el riesgo de adquirir enfermedades sexualmente transmisibles en quienes tienen relaciones sexuales		
10.El uso de condón evita el embarazo		
11.El condón se coloca cuando el pene esta erecto, presionando la punta del condón para que no tenga aire y se baja hasta la base del pene, se realiza la penetración y se desecha.		
12.Los condones permiten el paso de microorganismos		
13.No existen condones para mujeres		
14.El condón femenino funciona igual que el condón masculino al impedir el paso del espermatozoide al tracto reproductor femenino		
15.El DIU es un método de planificación familiar que se coloca en el útero		
16.El DIU es una “T” de cobre		
17.El DIU se debe revisar cada mes en la mujer		
18.El DIU evita el embarazo		
19.El DIU protege contra enfermedades de transmisión sexual		
20.El DIU es un método de planificación familiar de tipo quirúrgico o definitivo		
21.Las pastillas anticonceptivas también las deben tomar los hombres todos los días		
22.Las pastillas anticonceptivas son hormonas femeninas		

23.Las pastillas anticonceptivas impiden la eyaculación		
PREGUNTA	SI	NO
24.Las pastillas anticonceptivas sirven para prevenir embarazos no deseados		
25.Las pastillas anticonceptivas previenen enfermedades de transmisión sexual		
26.Los hormonales inyectables se aplican cada mes y cada tres meses		
27. Los anticonceptivos hormonales provocan alteraciones en la menstruación.		
28.Otros anticonceptivos hormonales son el implante sub dérmico y el parche anticonceptivo		
29.Las pastillas de emergencia solo se deben tomar antes de haber tenido relaciones sexuales		
30.Las pastillas de emergencia se toman después de la relación sexual sin protección antes de las 72 hrs.		
31. La píldora anticonceptiva de emergencia es un método anticonceptivo y se puede usar continuamente.		
32. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad la mujer debe reconocer cuándo comienza y cuándo termina el periodo fértil de su ciclo menstrual.		
33. Cálculo por calendario: la mujer cuenta los días del calendario para identificar el comienzo o el final de su periodo fértil.		
34. Secreciones cervicales: una mujer puede estar en una etapa fértil cuando no observa o no siente secreciones cervicales.		
35. La temperatura de una mujer al despertar aumenta ligeramente cerca de la ovulación, que es cuando la mujer puede quedar embarazada.		
36. Estos métodos funcionan sin el compromiso y la falta de cooperación tanto de la mujer como del hombre.		
37.Estos métodos son irreversibles		
38.El método de la amenorrea (ausencia de menstruación) de la lactancia (MELA) es usado en mujeres que amamantan		
39. Previene el embarazo en los primeros seis meses después del parto.		
40. Se debe utilizar siempre y cuando se haya reiniciado la menstruación.		
41.El bebé debe de tener más de 6 meses y menos de 2 años de edad		
42.El 80% de la alimentación del bebé debe ser la leche materna.		
Es irreversible y tiene efectos secundarios.		
43.Implica que el hombre retire el pene de la vagina de su compañera justo antes de la eyaculación		
44.No hay restricciones de la edad.		
45.Te previene de enfermedades de transmisión sexual.		
46.Evita que el esperma entre a la vagina		
47.Tiene alteraciones en el hombre		
48.Es el método de planificación familiar más confiable		
49.Son métodos quirúrgicos y no se consideran como permanentes.		
50.A la esterilización femenina se le conoce como oclusión tubarica bilateral (OTB)		
51. En la mujer se desea realizar un bloqueo de las trompas de Falopio con el objetivo de evitar que el óvulo y los espermatozoides se encuentren.		
52. A la esterilización masculina se le conoce con el nombre de circuncisión.		
53.En el hombre se bloquean los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de espermatozoides		
54. Te protege contra enfermedades de transmisión sexual.		



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Nivel de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 33 "El Rosario".

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Cd. De México Distrito Federal 30 de abril 2012

Número de registro:

En trámite

Justificación y objetivo del estudio:

En nuestro país, la planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (27) La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la prevención, orientación, consejería y atención general y específica. (27) La mala información acerca de métodos de planificación familiar tiene como consecuencia embarazos no deseados y por ende una carga social para la familia y la comunidad. La difusión masiva de los beneficios de la planificación familiar y anticoncepción sirven de motivación a la persona y a la pareja para tomar decisiones en el control de su fertilidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, para ello es importante la coordinación interinstitucional con el fin de potencializar el uso de los recursos para transmitir información adecuada a los diferentes grupos de la población que pueda derribar los mitos y la información errónea y mostrar la necesidad de un cambio favorable de conducta. Las personas que toman decisiones informadas están en mejores condiciones de practicar la planificación familiar y la anticoncepción de manera segura y eficaz. Es importante conocer el grado de conocimiento de métodos de planificación familiar para así fortalecer los programas de difusión acerca de los mismos.

Decidimos realizar este estudio para conocer el grado de conocimiento sobre planificación familiar que poseen las mujeres en edad fértil, ya que hasta ahora se desconoce además que es un objetivo esencial en el programa de planificación familiar. Recordemos que una población mal informada tiene poco acceso a los servicios de salud, ya que existen barreras socioculturales, económicos y de comunicación inadecuada entre padres e hijos lo que contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, VIH(SIDA), embarazo precoz en las adolescentes, deserción escolar en los adolescentes, generando abortos, en su mayoría realizados en condiciones insalubres, además de embarazos no deseados y no planeados, muchos de ellos catalogados de alto riesgo, que incrementa la mortalidad materna además del gran impacto socioeconómico que tiene en nuestra población.

Es importante que los profesionales de la salud puedan difundir la salud reproductiva poniendo énfasis en el uso de métodos anticonceptivos, principalmente a los grupos etarios de mayor riesgo. Las mujeres en edad fértil teniendo información y conocimientos van a buscar una vida saludable.

El objetivo es: Determinar el grado de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar, en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, derechohabientes de la UMF 33, El Rosario.

Procedimientos:

Se aplicará una encuesta confeccionada con este fin por el autor principal del investigador, la cual además de los datos principales del paciente recogerá toda la información con respecto a las siguientes variables: las variables de tipo cuantitativa de intervalo son edad, la cual se medirá cuando el paciente escriba el número de años que tiene, mujeres en edad fértil se medirá de acuerdo a la edad entre los 15 y los 49 años lo que nos permitirá agrupar a las participantes estadísticamente para su estudio, inicio de

vida sexual, el cual se valorara des acuerdo a la edad de su primer acto sexual, este puede ser antes de los 15 años, de los 15 a los 19 y después de los 20 años como lo clasifica el consejo nacional de población. Las variables de estado civil, genero, escolaridad, ocupación estas variable son de tipo cualitativa nominal y se evaluaran de acuerdo a lo contestado por el paciente.
 Las variables de vida sexual activa, métodos de barrera (preservativo o condón), dispositivo intrauterino, anticonceptivos hormonales, método de la amenorrea de la lactancia, el coito interrumpido, la esterilización masculina y femenina son de tipo cualitativa dicotómica ya que se cuantifican como si o no.
 Después de haber obtenido la información, los resultados se concentrarán en tabla de Excel calculando frecuencias y porcentajes, representándolos en tablas y graficas. Se realizará conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen toda investigación.

Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la difusión de los métodos de planificación familiar en la UMF
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Mejorar la accesibilidad a la informacion
Participación o retiro:	Consentimiento informado
Privacidad y confidencialidad:	Estricta en el manejo de datos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Concepción Vargas León. Médico Familiar Matrícula 99374257 Avenida Aquiles Serdán y Renacimiento sin número Colonia Unidad Habitacional el Rosario en la Delegación Azcapotzalco, C.P. 02100. México Distrito Federal.
 TELS: 53 82 51 10, ext. 21407 o 21435 Jefatura de enseñanza de la UMF 33 "El Rosario".
Correo electrónico concepcion_vl@hotmail.com

Colaboradores:

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

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013