



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33 CD. REYNOSA, TAMAULIPAS

**PREVALENCIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL
ACEPTANTES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE
LA UMF NO. 39**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LAURA CELIA DIAZ MALDONADO

CD. REYNOSA, TAMPS. 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.

**PREVALENCIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL ACEPTANTES DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA UMF NO. 39.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

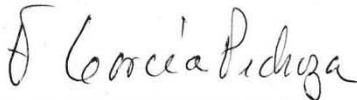
PRESENTA

DRA. LAURA CELIA DIAZ MALDONADO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISION DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PREVALENCIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL ACEPTANTES DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA UMF NO. 39.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

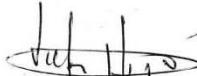
PRESENTA

DRA. LAURA CELIA DIAZ MALDONADO

AUTORIZACIONES

DR. JESUS III LOERA MORALES

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33, REYNOSA,
TAMAULIPAS
ASESOR DE TESIS



DR. VICTOR HUGO VAZQUEZ MARTINEZ

ASESOR METODOLOGICO ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33, REYNOSA TAMAULIPAS.

DRA. CONSUELO CABRALES TREJO

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACION TAMAULIPAS

DR. FELIPE GUARNEROS PANCHEZ

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACION TAMAULIPAS

Dedicatoria

Principalmente dedico este trabajo, a mi familia en general quienes me brindaron

apoyo y fortaleza en el desarrollo y transcurso de este, y quienes son la razón por la que me he superado y con trabajo y esfuerzo pude llegar a concluir satisfactoriamente este proyecto.

A Dios puesto que el me brindó sabiduría, amor y paciencia, y no me dejó caer en los momentos más difíciles brindándome valores que me han fortalecido y me han hecho salir adelante durante el transcurso de este proyecto.

Agradecimientos.

Primordialmente agradezco a la Institución puesto que me brindó conocimientos que me ayudaron en el desarrollo de este proyecto.

A mi asesor que me contagió de su sabiduría, ayudándome así en varios aspectos que necesité para el desarrollo de este proyecto.

También doy gracias a mis compañeros de residencia que a lo largo de estos años compartimos un mismo proyecto de vida y nos apoyamos y convivimos como una verdadera familia.

También de una manera especial a mi asesor de tesis quien me brindó su apoyo

incondicional para la elaboración de este proyecto.

Resumen

TITULO DEL PROYECTO

PREVALENCIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL
ACEPTANTES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE
LA UMF NO. 39.

Introducción: El uso de los métodos anticonceptivos como estrategia de salud pública inició en 1970, sin embargo los resultados se observan décadas después. Hoy la mayoría de las mujeres hacen uso de los mismos, pero esta varía de región en región. Así, los estados del norte de México son los que más los usan. No hay datos acerca de su uso en la Unidad de Medicina Familiar No. 39. Lo anterior permite conocer con qué frecuencia son utilizados.

Objetivo: Determinar la prevalencia de mujeres en edad fértil aceptantes de métodos anticonceptivos en la Unidad de Medicina Familiar número 39. **Material y Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, tipo

encuesta. Se encuestó una muestra de 154 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad. Se utilizó una encuesta cerrada de 13 ítems en las que se exploró ficha de identificación, antecedentes hereditarios y familiares, personales patológicos y antecedentes ginecoobstétricos. El tiempo en el que se desarrolló el trabajo de investigación fue de marzo del 2011 a noviembre del 2013. **Resultados:** El 98.46% de las participantes ha utilizado un método anticonceptivo a lo largo de su vida, el porcentaje de uso se incrementó entre los 20 y 40 años de edad, este disminuyó después de los 40 años cerca del 20%. Las mujeres menores de 20 años hacen uso en un porcentaje muy bajo (6%) de dichos métodos lo que las puede poner en riesgo de un embarazo no planeado. El 74 % de las participantes eran casadas y 16% mantenían unión libre. La escolaridad que predominó fue la de secundaria y preparatoria en el 80% de las participantes. La mayoría de las encuestadas son de

clase trabajadora, lo que nos demuestra que las mujeres tienen doble rol en su familia. El método anticonceptivo más usado es el dispositivo intrauterino. **Discusión:** Las mujeres participantes en este estudio tienen buena escolaridad, trabajan en fábricas y utilizan métodos anticonceptivos, sin embargo las mujeres jóvenes menores de 20 años tienen prevalencias de menor uso de anticonceptivos, lo que las coloca en riesgo para embarazos no planeados. Se deben realizar esfuerzos encaminados a mejorar la cobertura en dicho grupo de edad.

Conclusión: Las mujeres participantes hacen uso de los métodos de planificación familiar, esto se debe a la oferta de los mismos que se realizan en esta unidad, sin embargo no se hace el ofrecimiento a las adolescentes, esto puede tener repercusiones en la calidad de vida de estas mujeres. Se debe recordar que las adolescentes deben ser prioridad para los sistemas de salud al ofrecer métodos de planificación familiar.

INDICE

Marco de Referencia	1
Planteamiento del Problema	19
Justificación	23
Objetivos Generales y específicos	25
Material y métodos	26
Muestra	27
Operación de Variables	29
Instrumentos de Recolección	31
Procedimiento	31
Aspectos Éticos	33
Flujograma	34
Resultados	36
Discusión	46
Conclusiones	50
Bibliografía	53
Anexos	59

MARCO DE REFERENCIA

La planificación familiar en México tiene aproximadamente veinte años de haberse instituido como un derecho humano fundamental. Sin embargo, su ejercicio ha recaído fundamentalmente en la población femenina, pues los medios de regulación de la fecundidad mayormente utilizados y promovidos son básicamente los diseñados para intervenir sobre la función reproductora de la mujer.¹

Los métodos anticonceptivos fueron considerados durante muchos años como algo obsceno y relacionado con la prostitución; se considera a Condorcet el “padre” de la planificación familiar” por sus argumentos demográficos y a Margaret Sanger la “madre” por sus argumentos relacionados con la salud reproductiva y los derechos humanos; ha sido dura la historia de la anticoncepción desde que surgieron los primeros conceptos hasta nuestros días.²

El marco histórico permite conocer la evolución de la anticoncepción, basada en la necesidad de espaciar la reproducción. Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el

crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas.³

El médico italiano Gabrielle Falopio en vez de enfocarse en encontrar una cura contra la sífilis, propuso una “medida preventiva” la cual se dio a conocer en una obra publicada en 1564 en el cual diseñó un precursor del condón, que consistía en una vaina hecha de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta, destinado a prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea .⁴

Antes del uso masivo general de métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX se produjeron tanto avances científicos como sociales en defensa de la información y el acceso de métodos anticonceptivos. Los factores que han intervenido en la difusión del uso de los métodos anticonceptivos en prácticamente todo el mundo se encuentran: Éxito en la reproducción, durante el siglo XX, con una alta supervivencia de los hijos nacidos y un aumento extraordinario de la esperanza de vida.⁵

El desarrollo técnico y difusión de métodos anticonceptivos eficaces: la aparición de la píldora anticonceptiva, la accesibilidad del preservativo y la generalización del uso del dispositivo intrauterino, así como todos los demás métodos anticonceptivos

permitieron un amplio abanico de opciones con una alta eficacia anticonceptiva y un coste económico que puede considerarse relativamente bajo. La lucha por la igualdad del feminismo incluye una reivindicación dual, por una parte la posibilidad de disfrute integral de la sexualidad - salud sexual y por otra la reivindicación del control de la reproducción con garantías sanitarias y socioeconómicas. En síntesis, se garantiza el acceso a los servicios de salud y disminuye el riesgo de aborto peligroso, la muerte materna y contribuye al control de la mujer sobre su vida sexual y reproductiva.⁶

CLASIFICACION ANTICONCEPTIVA Y MEDIO DE ACCION DE HORMONALES ORALES

Los métodos de anticoncepción se pueden clasificar de acuerdo a la posibilidad de recobrar la fertilidad en temporales y permanentes como lo indica la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993. Los primeros incluyen a los hormonales orales, inyectables y subdérmicos. Además, al dispositivo intrauterino (DIU), de barrera, espermicidas y finalmente los naturales o de abstinencia periódica. Los permanentes o definitivos son la vasectomía y la oclusión tubaria bilateral.⁷

Los hormonales orales se pueden clasificar en aquellos que tienen una combinación de hormonas como

estrógeno y progestina y los que solo contienen progestina. Los hormonales pueden ser monofásicos (macrodosificados, microdosificados), trifásicos, mensuales o minipíldora (solo progesterona). Los primeros son los más conocidos y contienen la misma cantidad de estrógenos y de progesterona por lo que de ahí proviene el concepto de monofásicos.

Los anticonceptivos con este tipo de combinación pueden tener más de 50 microgramos de etinil estradiol y son utilizados como anticonceptivo de emergencia. Los que poseen micro dosis tienen 35 microgramos o menos de estradiol y las cantidades pueden variar hasta los 15 microgramos dependiendo de los que haya en el mercado.

La otra hormona que se combina con el etinilestradiol puede ser derivada de la medroxiprogesterona y ciproterona o derivados de la nortestosterona (noretisterona). Los de primera generación o etinilestradiol y noretisterona son los que recomienda la Norma Oficial Mexicana. Se pueden ofrecer aquellas que contienen 21 grageas con dosis constantes de hormonas que se tomarán el primer día de la menstruación a partir del día 22 se suspenden y se dejan pasar 7 días. Al octavo día se vuelve a tomar la pastilla de la nueva caja. También se

ofertan las que poseen diferentes cantidades de hormonas y se administran en ciclos de 21 días.⁸

Los hormonales (orales e inyectables) tienen el siguiente mecanismo de acción: en el hipotálamo se sintetiza, almacena y libera la Gn-RH, también conocida como la hormona liberadora de gonadotropina, esta se libera en forma de pulsos hacia la hipófisis.

Al arribar al lóbulo anterior de la hipófisis estimula la producción de la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), las que se liberan hacia la periferia de la misma forma que el precedente. Si no hay nada que altere dicho eje hipotálamo-hipófisis, entonces la FSH y LH intervendrán sobre el ovario. Así, se iniciará el proceso de selección y de maduración de un folículo con la consecuente maduración, ovulación e inicio de la función del cuerpo amarillo.

Los folículos van a producir 17 B estradiol y progesterona, que en última instancia son las responsables de la actividad de los órganos reproductores como la trompa de Falopio, útero, vagina y disminuida o aumentada de las hormonas generadas en la hipófisis (FSH Y LH).⁹ mamas. A su vez, se inicia un mecanismo de retroalimentación para la secreción

HORMONALES INYECTABLES

Los hormonales inyectables pueden dividirse en aquellos que tienen solo progesterona y aquellos que tienen estrógenos y progesterona. Los primeros pueden utilizarse en mujeres que están lactando mientras que los segundos que contienen dos hormonas se aplican mensualmente. El acetato de medroxiprogesterona (AMDP) es la más conocida, mientras que el enantato de noretisterona (NET-EN) es más frecuente en el mercado privado. Los combinados son los detallados en la Norma Oficial Mexicana y como ya se mencionó son aplicados mensualmente. Tienen una eficacia cuando se utilizan adecuadamente de hasta el 99%. Los beneficios y riesgos son similares a los reportados por los hormonales orales. Se puede iniciar su aplicación dentro de los 7 días después de haber iniciado la menstruación; si ya pasaron los primeros 7 días, se realiza una prueba de embarazo, en caso de no estarlo se puede aplicar.¹⁰

IMPLANTES SUBDERMICOS

Los implantes son dispositivos con el tamaño de un fósforo, este se coloca en el brazo no dominante por su cara interna. Este contiene progesterona y puede ser utilizado durante la lactancia, el más común de los implantes es el implanón que tiene una duración de entre

3-5 años. El medio de acción es mediante el espesamiento del moco cervical, bloqueando los espermatozoides en su camino hacia las trompas de Falopio y con ello evitando su paso hacia el óvulo. Además interrumpe la liberación de óvulos desde los ovarios. La eficacia de este método es alta, una de cada 100 mujeres que lo utilizan se embarazan. Puede ser usado en mujeres con o sin hijos, no importa el estado civil e incluso las adolescentes y si están o no fumando o si están infectadas con VIH. En general el implante subdérmico es bien tolerado y no presenta ningun riesgo para la salud de la mujer.¹¹

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El DIU de cobre T380A es una pieza de polietileno con forma de T, posee una alta eficacia y puede ser utilizado hasta por 10 años. En la base de la T sobresalen unos hilos que se extienden por unos pocos centímetros a lo largo del canal cervical, lo que permite una fácil ubicación y extracción al momento en que así lo decida la usuaria. El recubrimiento de cobre expuesto es tóxico para los espermatozoides y esto provee el efecto anti concepcional.

Los dispositivos con liberación prolongada de levonorgestrel se encuentran en torno al marco. Se

liberan aproximadamente 20 microgramos diarios de esta hormona lo que produce supresión uniforme del endometrio y por lo tanto decidualización. Este ambiente hostil disminuye la viabilidad y motilidad del espermatozoide por lo que reduce el proceso de fertilización. Altera la zona pelúcida, engrosa el moco cervical y suprime la ovulación. Se contraindica en aquellas mujeres embarazadas, en la infección puerperal o después de un aborto.

Los riesgos al utilizarlos son dolor, frecuentemente potenciados por la ansiedad de la usuaria, perforación uterina al utilizar una mala técnica, expulsión del dispositivo, sangrado intermenstrual y manchado. Además, si la mujer tiene riesgo de infecciones de transmisión sexual se debe hacer una exploración concienzuda para evitar enfermedad pélvica inflamatoria. La eficacia es muy alta, casi del 100% y no representa ningún problema para la mujer nulípara.¹²

OCLUSION TUBARIA BILATERAL

La salpingoclasia es un método definitivo de anticoncepción, consiste en ocluir quirúrgicamente ambas trompas de Falopio mediante dos abordajes distintos. Uno es a través de mini laparotomía; se hace una pequeña incisión en el abdomen, ambas trompas se atraen, se

sujetan, se cortan y se bloquean. La segunda es mediante laparoscopia, con un tubo se visualiza la parte interna del abdomen y se atraen, cortan y obstruyen ambas trompas. Es eficaz de hasta casi el 100 %, menos de una mujer por cada 100 intervenidas logran recanalización de las trompas. No existe ningún efecto secundario propio de la oclusión excepto aquellos de la invasión quirúrgica como infección.

En este caso se requiere un estrecho asesoramiento para que la mujer sepa de que se trata la intervención y que no existe una forma eficaz de revertir la decisión una vez realizada la cirugía. Algunos problemas que indican cautela son: el cáncer de mama, fibromas uterinos, antecedentes de cirugía abdominal, embarazo en curso, 7-42 días posparto, enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis purulenta, enfermedad trofoblástica maligna, SIDA, endometriosis, hernia y rotura o perforación uterina posparto. En este como en todos los métodos de planificación familiar se tiene que llenar un consentimiento informado y aclarar todas las dudas de la paciente.¹³

VASECTOMIA

En 1974, Li Shunquiang desarrolló la técnica quirúrgica que omitía el uso del bisturí. Este es un método de planificación familiar definitivo, utilizado en varones. El

uso de esta técnica puede ser realizado por médicos generales y familiares, se realiza en el consultorio y se usa un juego de pinzas diseñadas por el autor de la técnica. El número de campos quirúrgicos se redujo a uno, mientras que con la técnica tradicional se utilizaban hasta 5. El número de suturas se disminuye a seda de 3-0 con anestesia local, recuperación inmediata, con tasas de morbilidad mínimas, sine exámenes preoperatorios, no hay necesidad de hospitalización y un costo mínimo.

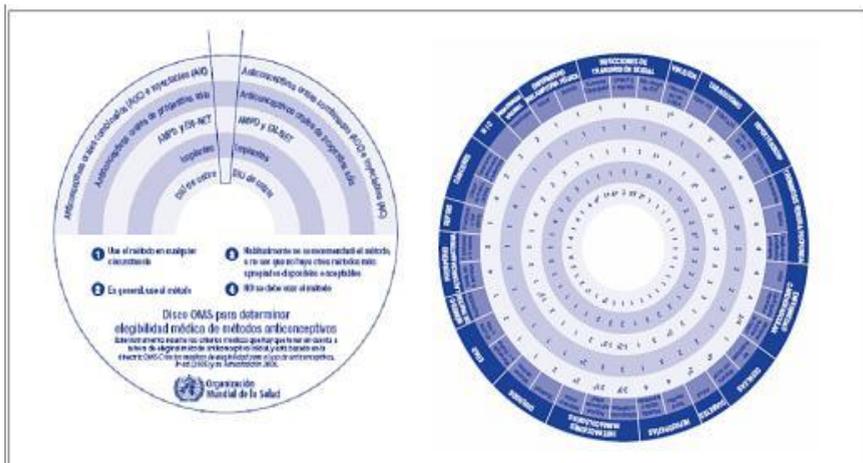
Se toma de forma transdérmica el conducto, se punciona el escroto, se toma el conducto deferente, se liga el segmento, se aplica una gasa estéril. El porcentaje de falla oscila entre 1.9 y 29% dependiendo de la técnica, se sabe que la cauterización es la que menos falla tiene. Las complicaciones comparadas con la tradicional son mínimos e incluyen: sangrado, hematoma e infección. La técnica es introducida al IMSS en 1989 y en 1993 se inicia su uso en el primer nivel de atención.¹⁴

ELEGIBILIDAD DE UN METODO

El método de elección debe ser individualizado y los criterios de elegibilidad han sido propuestos por la Organización Mundial de la Salud en el 2005. El instrumento de elegibilidad hace recomendaciones acerca de seis tipos de anticonceptivos: Orales combinados,

Inyectable combinados, orales solo con progesterona, inyectables solo con progestina, implantes solo con progestágenos y dispositivo intrauterino. El instrumento se conoce como disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. A través de este se alinean los métodos (disco interno) con los trastornos médicos (disco externo). La ranura indica el número del método que puede ser utilizado.

El numero 1 significa que se puede usar en cualquier circunstancia, el 2 determina que generalmente se puede utilizar el método. El 3, que no se recomienda habitualmente y 4 que no se utilizará. Se anexa el disco elegibilidad.¹⁵



Disco de la OMS para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2008

Los métodos anticonceptivos tienen una eficacia adecuada cuando se utilizan de forma ideal u óptima y con base en las características de la usuaria se pueden recomendar una gran diversidad de los mismos que ya se discutió, sin embargo la eficacia de cada uno de ellos ha sido establecido y ya existen tablas que valoran la eficiencia de los que existen tanto a nivel institucional como en lo privado. Se anexa tabla donde se establece el porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso típico y porcentaje de mujeres que lo continúan después de un año.

Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso típico y el primer año de uso perfecto de anticoncepción, y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año: Estados Unidos de Norteamérica.¹⁶

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año ³ (4)
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfecto ² (3)	
Ningún método ⁴	85	85	
Espermicidas ⁵	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	25		51
Método de los días fijos ⁶		5	
Método de los dos días ⁶		4	
Método de la ovulación ⁶		3	
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma ⁷	16	6	57
Condón ⁸			
Femenino (Reality)	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche (Evra)	8	0.3	68
Anillo (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado (Lunelle) ⁹	3	0.05	56
DIU			
T con cobre (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.2	0.2	80
Implante de ETG (Implanon)	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Arden Media, 2007.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS USUARIAS DE ANTICONCEPCION

El uso de métodos de planificación familiar no solo depende del deseo de las mujeres o los hombres de utilizarlos. Existen otros factores que inciden sobre la utilización de los mismos. Algunas características sociodemográficas como la educación es crucial, Saurina et al, han descrito que la mayoría de las usuarias en su estudio habían cursado la secundaria, más del 73.5% tenía niños menores de 14 años, 27.4% tenía alguna enfermedad crónica y cifras superiores al 60% percibían su salud como buena o muy buena. ¹⁷

Los métodos contraceptivos han permitido que las mujeres tengan mayor independencia, dediquen más tiempo al desarrollo personal y al de su familia. Frost y Lindberg encontraron que las principales razones por las que las mujeres utilizaban estos métodos eran: cuidar mejor de sus familias 63%, apoyarse económicamente 56%, continuar su educación 51% y mantener o buscar un trabajo el 50%. ¹⁸ El 25% de las mujeres inicia su vida sexual a los 16.2 años y solo el 19.9% de estas se protegió con un método anticonceptivo. Las tasas de fecundidad de las mujeres mexicanas es de 2.24 hijos promedio por mujer. Las mujeres reconocen o tienen

conocimiento del dispositivo intrauterino, condón, implante subdérmico y casi de la mayoría de los mismos.^{18, 19}

En Tamaulipas las mujeres inician su vida sexual a los 16.6 años de edad, el 25% de las mujeres se protegió en su primer encuentro sexual lo que es superior que el resto de la república mexicana. Se observó que se incrementó el porcentaje de mujeres que tienen un hijo antes de los 20 años de edad. Las tasas de natalidad son de 2.1 hijos por mujer, lo que es menor que en la tasa nacional. La disminución se ha concentrado en aquellos sectores de la población más favorecidos económicamente. Las mujeres con mayor escolaridad consideran que es mejor tener pocos hijos que aquellos con menor escolaridad. En Tamaulipas, más del 93% reconoce algún método de planificación familiar. Este conocimiento es superior que en el resto del país. El 73.3% utiliza algún método de planificación familiar.²⁰

Hasta aquí se ha documentado los tipos de anticonceptivos, mecanismo de acción y la elegibilidad, sin embargo los beneficios también alcanzan a impactar algunas otras áreas como reducción de la pobreza, mortalidad materna e infantil y además una mejora en la calidad de vida. En síntesis, las mujeres pueden equilibrar la disparidad o la inequidad de género que persiste en la

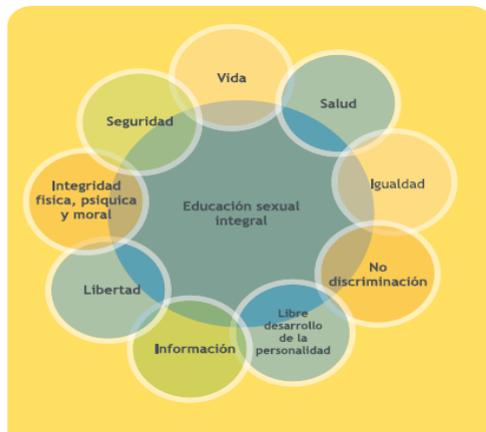
sociedad mexicana y los métodos de anticoncepción son un mecanismo para lograrlo.²¹⁻²³

El derecho de los ciudadanos de decidir el número y espaciamiento de hijos ha permitido que las mujeres y los hombres tengan acceso a un sin número de métodos de planificación familiar. Esto ha contribuido a disminuir las tasas de natalidad y ha dado independencia a las mujeres. A pesar de los esfuerzos realizados se ha visto una desaceleración, esto ha hecho que se retomen las estrategias para que todos puedan acceder a dichos métodos, especialmente los más vulnerables y los adolescentes que aun representan un foco rojo por las tasas altas de natalidad y de embarazos no deseados en este grupo etario.²⁴⁻²⁶

EDUCACION Y SALUD REPRODUCTIVA

Los seres humanos estamos influenciados por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Al nacer, el individuo se ve influenciado por la familia y desarrolla pautas de comportamiento similares. La socialización de un niño con otros sistemas familiares permite que permeen nuevas formas de ser y modelos de conducta que son transmitidos a través de los medios de comunicación, cultura grupal (barrio, escuela, centros de salud, iglesia, etc.) y objetivos específicos de los individuos en cada

etapa de su vida.²⁷ En un sentido estricto se estaría hablando de educación sexual y en el sentido más amplio “la educación debe orientarse al pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de dignidad; al fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales; a capacitar a todas la personas para participar efectivamente y de manera responsable en una sociedad libre, democrática y pluralista; a favorecer la comprensión, la tolerancia, la igualdad entre los sexos; la amistad entre las naciones y entre los grupos raciales, étnicos o religiosos.”²⁸



La educación por lo tanto se centra en la persona y en capacitarla para gozar de los derechos fundamentales de los seres humanos. Los profesionales de la salud por lo tanto deberán brindar una atención basada en esos derechos fundamentales guiados por autonomía, la

libertad, la justicia, la beneficiencia, la no maleficiencia y se apoyará en todos los recursos disponibles para garantizar anticonceptivos que mas convengan a la persona. La consejería juega un rol importante porque se convierte en un instrumento utilizado por aquellos para brindar información veráz y oportuna a los usuarios de los diferentes métodos.

Existen 6 principios básicos en la consejería que el médico familiar debe conocer asi como el equipo de salud que le acompaña:

1. Trate bien al usuario.
2. Interactúe.
3. Adapte la información al usuario.
4. Evite el exceso de información.
5. Provea al usuario el método que desea.
6. Ayude al usuario a comprender y a recordar.²⁹

Por último se abordará que tanto hombres y mujeres sean responsables de sus decisiones sexuales y de reproducción. La corresponsabilidad de ambos está legislado y la sociedad debe coadyuvar para que disminuyan las brechas de responsabilidad adjudicadas a la mujer. Por ello es importante que el sexo seguro, informado y consciente sea uno de los objetivos que guíe al médico y al personal de salud al ofrecer la consejería.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud reproductiva de los individuos es una prioridad para los sistemas de salud, se considera que cerca del 70% de las mujeres mexicanas utilizan algún método de planificación familiar. El 90% conoce los métodos anticonceptivos y las tasas de natalidad disminuyeron desde la década de los 70 cuando se instauró como política de estado el control de la natalidad. El progreso de las cifras se concentra sobre todo en mujeres con niveles de educación superior, con buen estado socio económico y en aquellas que viven en la ciudad. Sin embargo, existe un estancamiento en el uso y en el conocimiento de dichos métodos de las mujeres que viven en áreas rurales y que tienen vulnerabilidad social.

La mujer se ha incorporado paulatinamente a la fuerza laboral, al estudio y a labores que antes estaban destinados a los hombres. Es necesario contar con instrumentos que aseguren a las mujeres acceso a los mencionados métodos y evitar que embarazos no planeados puedan interferir con el desarrollo familiar, individual y social de estas. En Tamaulipas presentan cifras positivas por arriba de la media nacional en cuanto al uso de anticonceptivos, tasa de natalidad, pero un foco rojo son los adolescentes. Este grupo es vulnerable

porque no utiliza ningún método en el 20% de los casos en su primera relación sexual.

La familia posee una influencia directa sobre la salud familiar, a esto se le ha llamado “la familia como determinante en el proceso salud-enfermedad”. La familia es el grupo primario donde se llevan a cabo interacciones psicológicas que determinan a un sujeto y el entorno donde se desarrollan funciones íntimas como la reproducción, crianza, fortaleza emocional, patrones de conducta y valores. El médico familiar debe construir espacios que en conjunto puedan superar las diferentes fases del ciclo vital por donde transcurre la misma. Los profesionales de la salud pueden tener una acción anticipatoria valorando los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un individuo de enfermar. La atención primaria a la salud (APS) enfocada en el huésped (familia), ambiente (salud familiar) y agentes (acontecimientos vitales) son claves para el desarrollo de la individuos socializados y por ende una sociedad sana. La magnitud de la relaciones familiares han sido estudiadas y se conoce que las familias que gozan de buena interacción (dinámica familiar) tienen menor incidencia de enfermar de las vías respiratorias ya que están menos fragmentadas y menos desorganizadas.

Estas dos variables son de suma importancia ya que son indicadores de flexibilidad familiar.

La dinámica familiar o interacción psicológica de sus miembros está basada en los roles que desempeñan los integrantes. En síntesis, son familias bien estructuradas, con padres que cumplen su rol de líderes del grupo, límites claros donde nadie se siente amenazado por el otro y se respeta el espacio de todos. Las reglas son explícitas, es decir se dan a conocer a toda la familia, la comunicación es directa y clara. La autoestima de sus integrantes es fuerte y son capaces de expresar quejas o desacuerdo sin percibir rechazo o crítica destructiva. En general la función familiar de estas son buenas, cohesión fuerte y comunicación efectiva. El médico familiar debe conocer estas pautas de interacción, los mecanismos que las generan, los motivos que mueven al grupo y las metas u objetivos de dicha familia.

Los métodos anticonceptivos en nuestra sociedad aún son un tema tabú y esta información no llega de forma oportuna, clara y eficaz en familias que no poseen las características arriba mencionadas. Por ello es necesario que los sistemas de salud, los profesionales de la salud conozcan como funciona el proceso de salud-enfermedad en familias para que puedan proveer métodos eficaces de

anticoncepción que se adecuen a los valores, patrones de conducta y dinámica de las diferentes familias que se atienden en la Unidad de Medicina Familiar número 39. Lo anterior hace que se plantee la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de mujeres en edad fértil aceptantes de métodos anticonceptivos en la Unidad de Medicina Familiar número 39?

JUSTIFICACION

Las mujeres mexicanas son el epicentro de la vida familiar, su salud repercute de forma positiva en la familia y en la sociedad. Se les debe asegurar acceso a los servicios de salud de calidad y que tengan como eje rector la satisfacción de sus necesidades de plan de vida. La salud sexual y reproductiva de las mujeres debe interesar a la sociedad ya que son las encargadas de perpetuar la especie, dar continuidad a la cultura y sobre todo aumentar la calidad de vida de las familias.

Los métodos de planificación familiar pueden coadyuvar a mejorar esas vertientes a través de la planeación informada del número de hijos, el espaciamiento de los mismos y la protección a su bienestar. Los médicos familiares son el primer contacto con los sistemas de salud y ellos deben ofrecer a través de la consejería los diferentes métodos. Este estudio es de utilidad para los directivos de la unidad, enfermeras, trabajadoras sociales y médicos familiares que forman el equipo de salud. Les permitirá conocer el porcentaje de mujeres usuarias, cuales métodos son los más utilizados, el tiempo que tienen utilizándolo, cantidad de hijos y paridad satisfecha. Se requiere de una nueva visión porque comúnmente se cree que ya están superados escollos como la pobreza, la

falta de información y acceso a los mismos. Por ellos es de suma importancia el presente estudio, que arrojará datos fidedignos y actuales del problema planteado.

En el 2011 nacieron 472, 987 niñas y niños de madres adolescentes y 11, 521 de estos nacimientos eran hijos de madres menores de 15 años de edad. El 20% de los nacimientos en México son de madres adolescentes y 5 estados de la república con mayor índice de nacimientos en este grupo de edad son del norte de México, entre los que figuran Chihuahua, Coahuila, Durango, Nayarit, Sonora y Sinaloa. El 25% de las adolescentes tiene acceso a métodos anticonceptivos y 12.4% no tiene acceso a ninguno. Este fenómeno se agudizó en los últimos 10 años, lo que ha llevado a reflexionar sobre la necesidad imperiosa de incrementar el uso de métodos de planificación familiar en este grupo de edad, sin olvidar el resto de los grupos etarios.

El embarazo somete a las mujeres a otro tipo de problemas como la segregación, desempleo y abandono de estudios básicos como la preparatoria.³³

OBJETIVO GENERAL.

- a) Determinar la prevalencia de mujeres en edad fértil aceptantes de métodos anticonceptivos de la Unidad de Medicina Familiar número 39 de H. Matamoros, Tamaulipas en el año 2013

OBJETIVO ESPECIFICOS

- a) Identificar el grado escolar de las participantes
- b) Promediar la edad de las participantes del estudio
- c) Estratificar la edad y el método anticonceptivo utilizado
- d) Mencionar la escolaridad de la participantes
- e) Determinar el estado civil de las mujeres
- f) Enlistar ocupación de las mujeres participantes
- g) Mencionar el nivel de conocimiento de los métodos de planificación familiar

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal tipo encuesta.

Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar no. 39 del IMSS de la H. Ciudad de Matamoros Tamaulipas, con pacientes mujeres en edad fértil. El estudio se llevó a cabo en el período comprendido marzo de 2011 a octubre de 2013.

MUESTRA

En el presente estudio se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia con base en población infinita.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 p q}{d^2}$$

$$N = \frac{(3.84116)(0.89)(0.11)}{0.0025} = 150$$

N= Tamaño de la muestra que se requiere

Z= Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades.

P= Proporción de sujetos del estudio.

Q= 1-p (Complementario, de sujetos que tienen una variable en estudio).

D= Magnitud del error dispuesto a aceptar.

CRITERIOS DE SELECCION

INCLUSION

- Derechohabientes del IMSS adscritos a la U.M.F./UMAA. 39. de H. Matamoros Tamaulipas.
- Pacientes femeninos mayores de edad en edad fértil sin discriminar raza, estado civil, escolaridad, religión o estatus socioeconómico.

EXCLUSION

- Pacientes mayores de 45 años.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que no son derechohabientes del IMSS.
- Pacientes con histerectomía.
- Cuestionarios no contestados completamente.

ELIMINACION

- Pacientes que no contesten el cuestionario completo.
- Pacientes que no sean derechohabientes del IMSS.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
METODOS ANTICONCEPTIVOS	Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente	Utiliza algún método anticonceptivo temporal o permanente	Cualitativa nominal	a) Si b) No
EFFECTOS COLATERALES	Consecuencias sintomáticas o signo-lógicas por el uso de un método anticonceptivo	Presencia de cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual	Cualitativa nominal	a) Si b) No
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio	Cuantitativa discreta	Años
EDAD FÉRTIL O REPRODUCTIVA	Etapas de la vida del hombre y de la mujer durante el cual se posee la capacidad biológica de la	Se considera edad fértil desde los 15-49 años de edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos

	reproducción.			
EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA	Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, un periodo de un año	Tiempo transcurrido desde el ultimo parto y la utilización del método anticonceptivo	Cuantitativa discreta	Años transcurridos
SEXO	Características biológicas que define a un humano como hombre o mujer	Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
PESO	Peso a la medida de la masa corporal	Determinación del peso en kilogramos	Cuantitativa continua	Peso en kilogramos
ESTADO SOCIOECONOMICO	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios que se perciben	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios mínimos que se perciben en su hogar	Cualitativa Ordinal Politómica	Muy bajo Bajo Medio bajo Medio alto Alto
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones	Condición de cada individuo con respecto a	Cualitativa Nominal	Soltero-a Casado-a

		sus derechos y obligaciones		
CONSULTA DE PRIMERA VEZ	Atención médica otorgada por un servicio de salud	Todo paciente que acude de primera ocasión al servicio	Cualitativa Discreta	Si No
CONSULTA SUBSECUENTE	Atención médica otorgada por un servicio de salud	Todo paciente que acude por segunda ocasión al servicio por la misma patología	Cualitativa Discreta	Si No

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Se aplicó una encuesta con 13 preguntas cerradas, esta incluía pregunta acerca del uso de anticonceptivos, edad, estado civil, escolaridad, historia obstétrica y conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos.

PROCEDIMIENTO

Se realizó la recolección de información de toda la bibliografía disponible en la literatura médica a fin de realizar el sustento bibliográfico del presente estudio,

posteriormente se puso a consideración del Comité de Investigación y Ética de Investigación en Salud (CLIEIS). Que se llevó a cabo la contabilización de los diferentes métodos de planificación familiar más importantes y utilizados, haciendo énfasis en los diferentes métodos anticonceptivos en pacientes mujeres en edad fértil que acuden al control de natalidad de la U.M.F./UMAA. 39. De H. Matamoros Tamaulipas perteneciente al IMSS, donde se ofrece atención médica de primer nivel, y cuenta con área de atención médica en turnos matutino, vespertino y urgencias.

Se realizaron encuestas a 150 pacientes femeninas en edad fértil sin importar el motivo de la consulta, las cuales accedieron a participar en el estudio para realizar la investigación de la prevalencia de métodos anticonceptivos utilizados por mujeres en edad fértil para lo cual se les pidió que estuvieran de acuerdo en llenar una encuesta y firmar el consentimiento informado.

ASPECTOS ETICOS

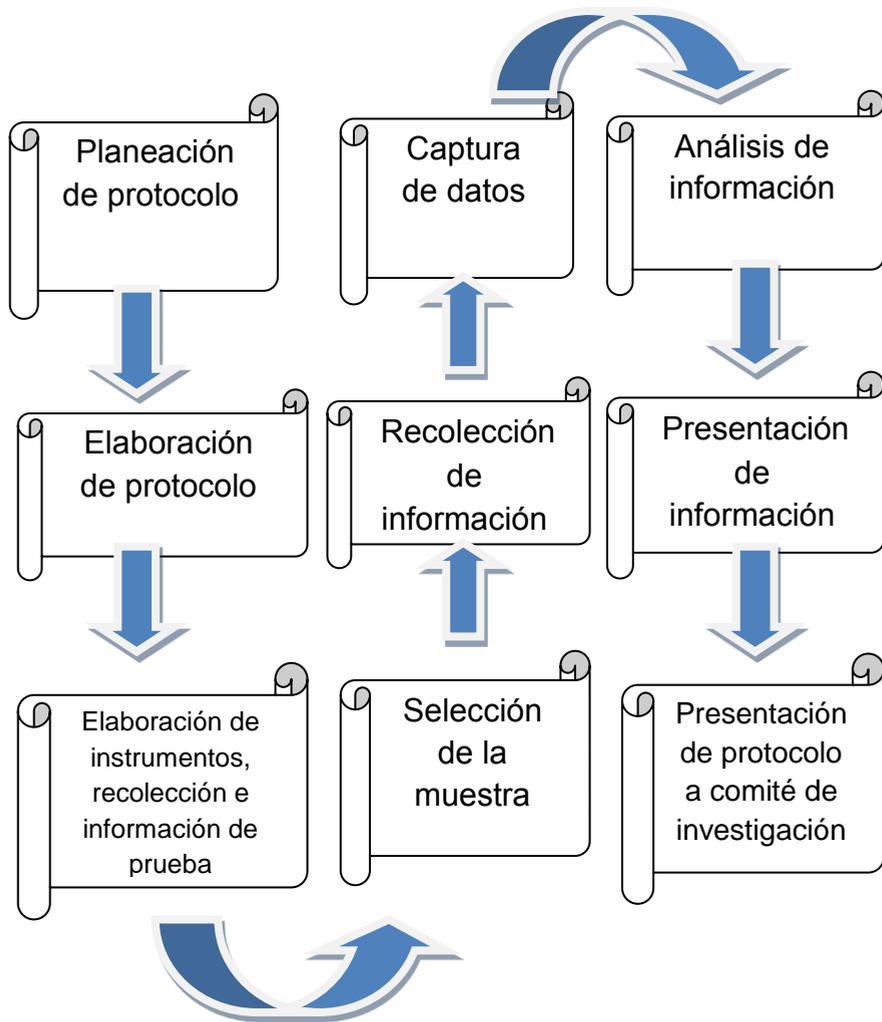
El tipo de proyecto no implica manipulación ni experimentación humana o animal, sin embargo se conservará discreción y confidencialidad de los resultados y estricto apego a los lineamientos y códigos internacionales de Helsinki.

Se considerará la aprobación por el comité de ética de la Institución cumpliendo los criterios de manejo confidencial de la información de los participantes involucrados para fines de generación de mejora de los procesos de atención.

En cuanto al marco político este estudio de investigación estará apegado a lo estipulado en la Constitución Política, en la Ley General de Salud Título Quinto Investigación para la Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, la Norma Técnica número 313, 314 y 315. Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó estadística descriptiva como media, mediana y moda. Los datos se representaron en graficas de barra, pastel, polígono de frecuencia

FLUJOGRAMA

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

1 Médico Residente de medicina familiar, 1 asesor clínico,

2 asesores metodológicos.

1 laptop

1 impresora

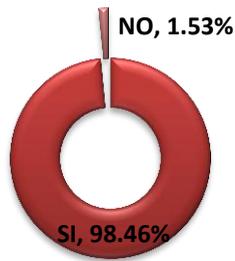
COSTO DE LA INVESTIGACIÓN

CANTIDAD	ARTICULO	IMPORTE
50	SUJETA DOCUMENTOS	62.00
1	CAJA DE PLUMAS	50.00
1	CAJA BROCHE ABACO	19.90
2	TINTA IMPRESORA	350.00
2	PAQUETES DE PAPEL BOND CARTA	100.00
1	LAPTOP	4,500
1	IMPRESORA	750.00
TOTAL		5,831.90

RESULTADOS

Se realizó una encuesta en relación a los principales métodos de anticoncepción usados por las mujeres en edad fértil de la UMF/UMA. 39. de H. Matamoros, Tamaulipas.

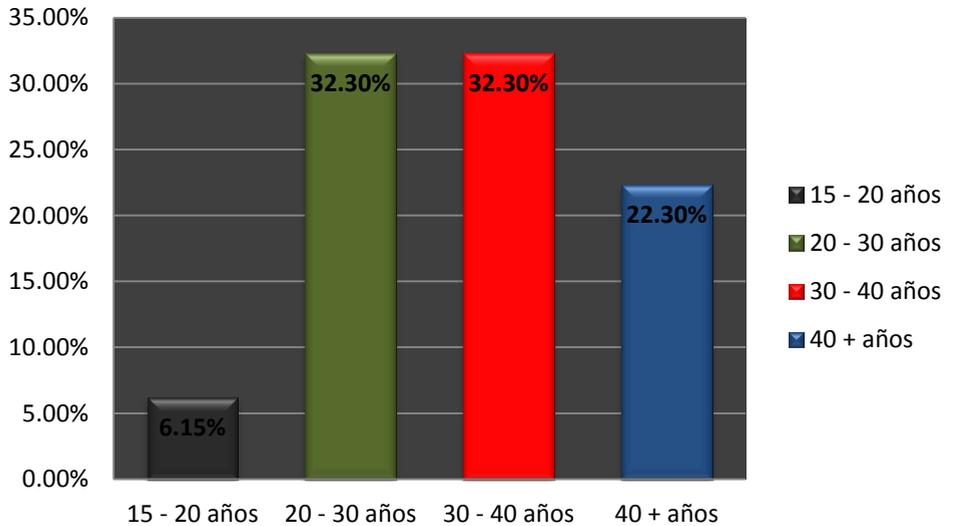
Gráfica 1. Mujeres con historial de uso de método anticonceptivo



Fuente: Encuesta sociodemográfica.

El porcentaje presentado en esta gráfica nos muestra que cerca del 100% de las mujeres ha utilizado algún método de planificación familiar. Lo anterior es importante hacerlo notar porque es por arriba de la media nacional e incluso estatal. Esto quiere decir que los polos de desarrollo como lo es la ciudad de Matamoros repercute en la posibilidad de que las mujeres accedan a un método de anticoncepción.

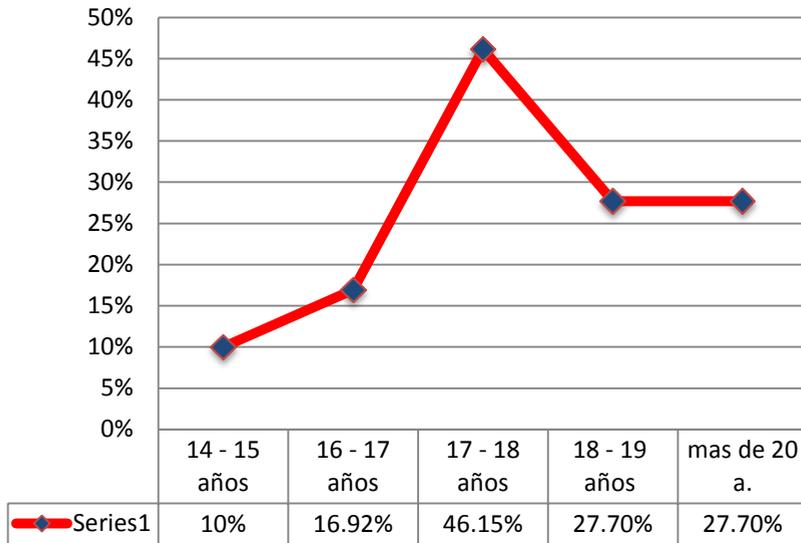
GRAFICA 2. Edad de las participantes



Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

En esta gráfica los valores se cerraron en un 32.30% tanto para participantes de 20 a 30 años y 30 a 40 años que fueron la media en la encuesta, si sumáramos los resultados diríamos que el porcentaje se basó en participantes de 20 a 40 años con un 64.60%, solo un 6.15 % fueron jóvenes de entre 15 y 19 años y un porcentaje considerable de 22.30% de mujeres arriba de los 40 años.

GRAFICA 3. Edad de las participantes que utilizaron métodos anticonceptivos

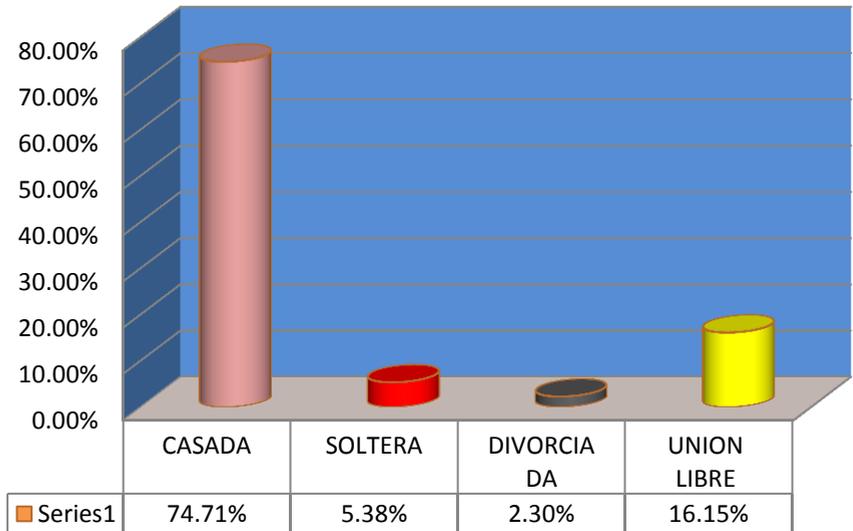


Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas.

En esta gráfica se observa que las participantes empezaron a utilizar un método anticonceptivo a partir de los 14 años, de los 17 a 18 años fue la edad que más obtuvo porcentaje con un 46.15%, le siguió con un 27.70% las participantes de 18 – 19 años.

Solo un 10% de las participantes comenzaron a utilizarlos a los 14 y 15 años con un porcentaje del 6.35% de las participantes encuestadas.

GRAFICA 4. Estado civil de las participantes

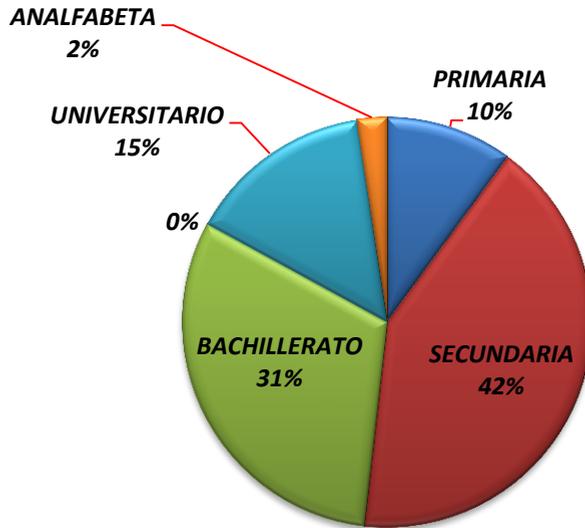


Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

En esta gráfica se muestra el estado civil de las participantes solo un 2.30 % de las participantes eran divorciadas, con 1 o 2 hijos, la mayor parte de las participantes son casadas con un porcentaje de 74.71.

Un 16.15% de las encuestadas se encuentran en unión libre.

GRAFICA 5. Escolaridad de las participantes

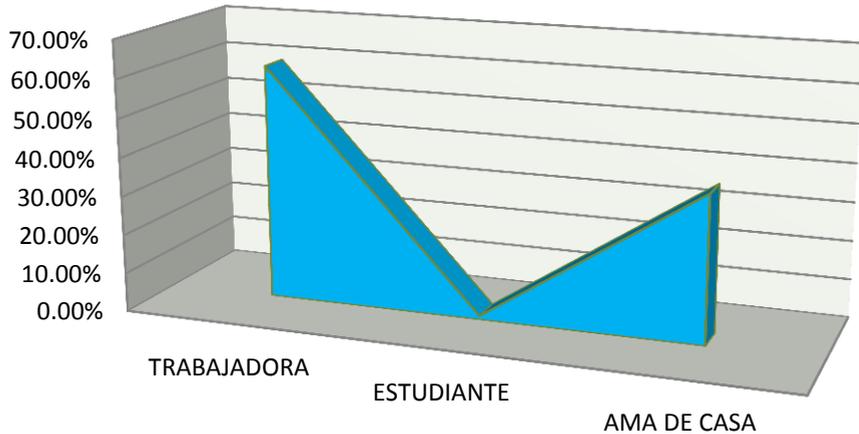


Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

En esta encuesta un 2% de las participantes no sabían leer, el 10% lo ocupó el nivel de primaria y le siguió el nivel universitario con un 15%.

Un 31% de las participantes contestaron haber terminado el bachillerato y la mayoría de las participantes terminó la secundaria con un 42%.

GRAFICA 6. Ocupación de las participantes



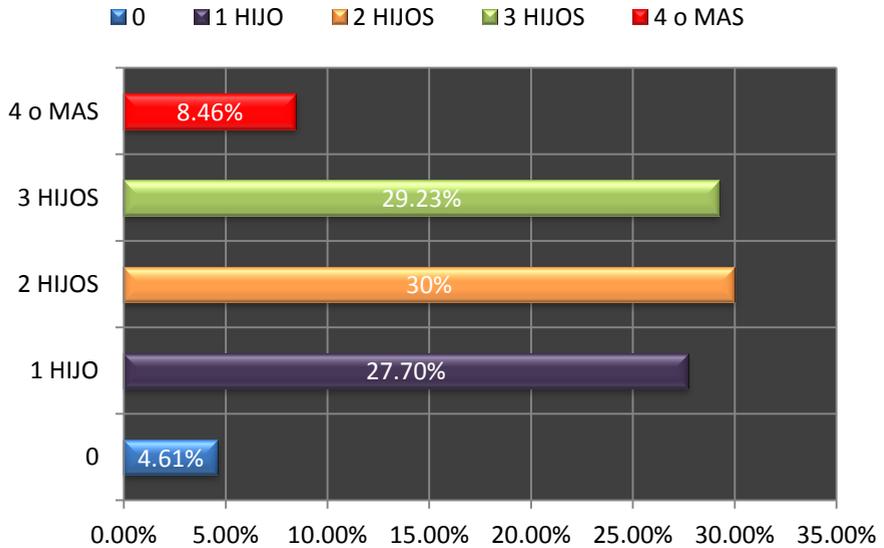
	TRABAJADORA	ESTUDIANTE	AMA DE CASA
Series1	61.00%	1.00%	38.00%

Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

La mayor parte de las participantes trabajan con un 61% la mayoría de ellas labora en maquiladora, solo el uno por ciento estudia y trabaja.

El 38% de las participantes son ama de casa.

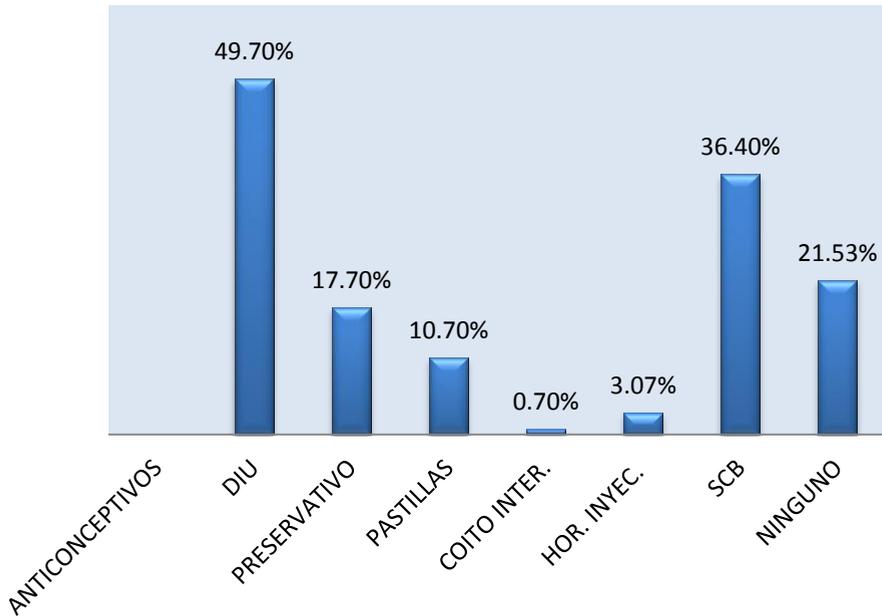
GRAFICA 7. Número de hijo de los participantes



Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

Solo un 4.61 % de las participantes no ha tenido hijos, el 27.7% tenían solo un hijo, el 50 % de las participantes tenía 2 y 3 hijos, solo un 8.46% contaba con más de 4 hijos.

GRAFICA 8. Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos

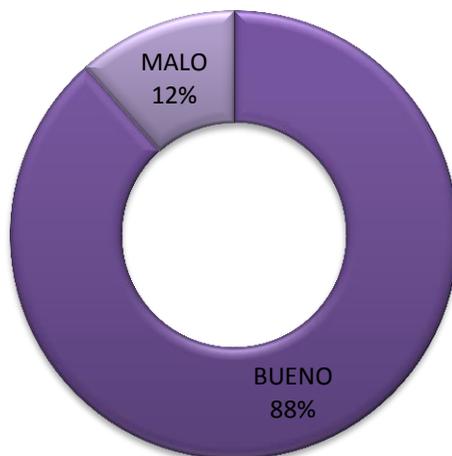


Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

El anticonceptivo más conocido y con mayor preferencia es el dispositivo intrauterino (DIU), con un 49.70% de usuarias y no utilizan ningún método un 21.5-%

La mayoría de las participantes dijo conocer los métodos anticonceptivos que se muestran en la gráfica.

GRAFICA 9. Eficacia de los métodos anticonceptivos

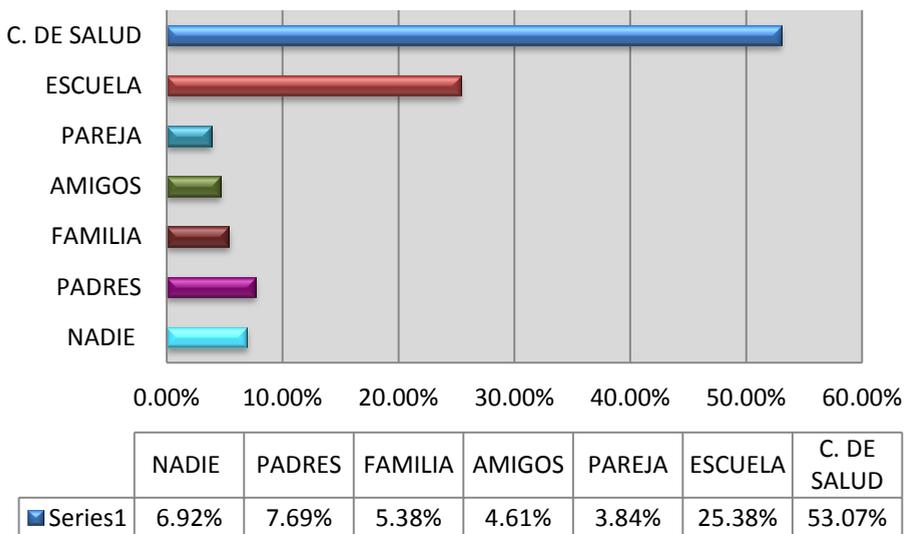


Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

La mayoría dijo que le resultó eficaz el método utilizado con un 88% y solo un 12% contestó negativamente.

Un 15% dijo que el método que utilizan le ha causado dolor, un 11.53% sangrado, 3.84% aumento de peso, otros con menos de 8% náuseas y vómitos y un porcentaje del 61.53 no ha tenido efecto indeseable.

GRAFICA 10. Fuente de donde obtuvieron la información acerca de anticonceptivos



Fuente. Encuesta de variables sociodemográficas

La mayoría de las participantes ha conseguido o adquirido información de métodos de anticoncepción en centros de salud o en el IMSS con un 53.07 % le sigue con un 25.38% que adquirieron conocimientos en la escuela los demás porcentajes que son menores de 10 % fueron de padres, familia, amigos, pareja, y otros.

DISCUSION

El uso de anticonceptivos inició en la década de 1970, esta se inició como política de estado para el control de las altas tasas de nacimientos en México. Después de 40 años, ese mecanismo ha dado frutos. Hoy las mujeres tienen 2.4 hijos por mujer y en Tamaulipas es de 2.1 por mujer. El significado de estos resultados es alentador ya que las mujeres tienen mayor acceso a programas de anticoncepción, pero en la última década ha habido retrocesos importantes y las mujeres adolescentes han sido las más vulnerables. Estas no tienen aún la educación, nivel socioeconómico o desarrollo personal para ser madres.

El presente estudio encontró datos que revelan el acontecer regional y nacional. En primera instancia se puede observar que las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 conocen ampliamente los métodos anticonceptivos. Lo anterior está asociado a que se cuenta con un módulo de salud reproductiva atendido por una trabajadora social y una enfermera que constantemente dan pláticas informativas a las mujeres y aquellas que acuden por alguna otra causa a los consultorios son abordadas por el médico familiar por medio de la consejería.

La distribución de edad de las mujeres se concentró en la parte media de la curva, sin embargo algo notable es que las mujeres entre 15-20 años representan el 6%, esto denota que las mujeres en este grupo de edad no están acudiendo a las unidades médicas. La razón por lo que se plantea esta idea es porque las mujeres adolescentes tienen altas tasas de embarazo sobre todo en la frontera norte.

La educación es probablemente la variable independiente que más afecta al proceso salud enfermedad en los seres humanos. México es un país que se caracteriza por bajos niveles de escolaridad y las mujeres históricamente han tenido ese estigma “no vas a la escuela porque eres mujer”. Es sin duda un lastre que se debe borrar de la cultura, pero prevalece en estratos socio económicos desfavorecidos. El 10% de las participantes tiene primaria y 2% analfabeta, se tiene que trabajar para que las mujeres puedan acceder a niveles superiores de educación e incrementar las posibilidades de elección de un método de planificación familiar y brindarles la oportunidad de escalar en lo social.

Algunas otras variables que reflejan la independencia es la labor económica que desempeñan. El 38% son amas de casa, pero el 61% son trabajadoras en alguna

empresa. Lo anterior les brinda la posibilidad de tener jerarquía y estatus dentro del complejo familiar. El método que más utilizan es el dispositivo intrauterino, lo que también refleja diferencias con el resto del país donde el implante subdérmico es el más solicitado. En síntesis, las mujeres de esta unidad médica tienen niveles de conocimiento similar al resto del estado de Tamaulipas, es decir por arriba de la media nacional, su principal medio económico son las maquiladoras, solo una fracción es profesional.

Lo anterior es una fotografía de las condiciones sociales, culturales y económicas de la frontera norte donde se concentran empresas maquiladoras, formas de pensar industrializadas por el contacto con los Estados Unidos de Norteamérica y la incorporación de la mujer a los centros de trabajo que antes estaban destinados a los hombres.

Un trabajo desarrollado por González-Galván H. titulado La reproducción de las jóvenes de la frontera norte también destaca cierto paralelismo con el presente trabajo. En primera instancia él destaca que la migración tiene un impacto en las tasas de natalidad. Esto se debe principalmente a los movimientos humanos para encontrar un empleo. Sin embargo coincide que las adolescentes han aumentado el número de hijos por mujer e incluso

cambiado el paradigma de matrimonio-hijos, es decir las mujeres ya no necesariamente buscan un esposo-compañero para criar hijos o tener relaciones sexuales.³¹

Bovin, Philippe y Zavala de Cosío M, también hacen un análisis de la planificación familiar en la frontera norte. En realidad esta zona denominada frontera norte, no es un aspecto geográfico sino una red de comunicación, patrones conductuales y culturales que tienen impacto en las comunidades. Así, ella contempla un impacto en la familia pequeña que mantiene los lazos de sangre y solidaridad entre ellos. También tiene semejanzas con esta investigación, ya que menciona independencia de las mujeres a través del empleo. Alta prevalencia en el uso de anticonceptivos, tasas bajas de fecundidad y embarazos en adolescentes por cuestiones migratorias. El personal de salud dispuesto a emplear métodos para el control de la natalidad e incluso mayor apertura hacia el aborto en algunas zonas.³²

Se considera a la frontera norte como una zona altamente dinámica y las mujeres cada vez tendrán mayor independencia, mayor acceso a métodos anticonceptivos, una vida con mayores satisfacciones al dedicarle mayor tiempo a su superación personal como se documentó en estas investigaciones

CONCLUSIONES

El 98.46% de las mujeres utiliza o ha utilizado un método de planificación familiar, esta cifra se encuentra por arriba de las cifras nacional y estatal; como ya se mencionó que esto se deba posiblemente a los polos de desarrollo de las fronteras o que las mujeres captan conductas similares a las de los Estados Unidos. El 15% de las mujeres tienen educación universitaria, 31% bachillerato, 42% secundaria, 10% primaria y 25% analfabeta. El promedio de edad fue de 24.6 años de las participantes, el grupo de edad que mayor frecuencia de uso de anticonceptivos fue entre los 20 y 40 años de edad. El estado civil de las participantes fue el siguiente: casadas 74.71%, 16.5% en unión libre, 5.38% soltera y 2.30% divorciada. El 61% trabajan, 1% estudia y 38% es ama de casa. La fuente principal de donde obtuvieron la información acerca de anticonceptivos fue: equipo de salud 53.07%, escuela 25.38%, padres 7.69%, otros miembros de la familia 5.38%, pareja 3.845% y nadie les dio información 6.92%.

Las mujeres de la frontera norte tienen una alta cobertura de métodos de planificación familiar. El dispositivo intrauterino es el método que más utilizan y en general tienen conocimiento muy bueno acerca de los métodos.

La mayoría de ella vive con una pareja y están casadas. La escolaridad de las usuarias es variable, algunas no saben leer y escribir y más de un tercio tiene preparatoria y secundaria. Se deben hacer esfuerzos para que las mujeres acudan a la escuela, esto sin duda les dará herramientas que contribuyan a tomar control sobre las decisiones de vida, el número de hijos que quieren, el espaciamiento de los mismos y su desarrollo personal pasará a los primeros planos.

Los resultados aquí encontrados concuerdan mucho con los reportados por las diferentes encuestas citadas arriba, sin embargo algo que se debe tomar en cuenta es que las mujeres de esta zona geográfica del país, por el contacto con el país vecino, tienen comportamientos, actitudes y valores que les dan más independencia a las mujeres. Esto lleva a la reflexión que la dinámica siempre es cambiante y los hallazgos no deben satisfacer al lector ni a una servidora sino que deben dar pautas para encontrar respuestas que allanen el camino hacia la respuesta de ¿Por qué las mujeres adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos? O ¿Cuál es el mecanismo eficaz para que ellas puedan acceder a los mismos? Sin duda, el tema de la anticoncepción es amplio, trascendental y que afecta a las mujeres, a las familias y a la sociedad.

En general se recomienda continuar con el estudio de este fenómeno e involucrarse en estudios de tipo cualitativo que exploren los motivos psicológicos y culturales de estas mujeres para coadyuvar en la integración de un mejor panorama y entendimiento acerca del problema planteado. Los médicos familiares deben brindar mayor información, esta debe ser con base en métodos científicos, sencilla, eficaz y que involucre a toda la familia.

Los padres son parte fundamental en la estructura familiar y deben ser aconsejados con las técnicas ya mencionadas por parte del equipo de salud. La dinámica familiar debe ser fomentada por el médico familiar para que las familias sepan que es crucial la comunicación efectiva, los límites y reglas. Los sistemas de salud deben centrar sus esfuerzos en que las familias acudan en conjunto a las acciones preventivas y ser más abiertos a este modelo de atención médica ya que tradicionalmente acude el paciente enfermo de una patología específica y no se le brinda una atención integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Castro Morales P. Planificación Familiar / el varón y la práctica de la anticoncepción. Revista científica de la UNAM Demos 2009 25(1 41 47).
2. Fernández Álvarez, G., Santana Yllobre, L., Torres Zamora, M. (2006). Principales Métodos Anticonceptivos: Historia y Actualidad. (Consultado el 16 de agosto de 2010).
3. Angus McLaren, Blackwell Twenty the-century sexuality: a History Publishing, 2004, ISBN 0-631-20812-7, Introducción, pág. 1-8, 2005.
4. Pedro Carlos Guillén Rodríguez, Ana Martos Rubio, Breve Historia del condón y de los métodos anticonceptivos, España, ISBN 978-84-9763-783- 2010.
5. Levin LS. Salud para los jóvenes de hoy, esperanza del Mundo de mañana.
Foro Mundial Salud: 10(2):151-165. 2006.
6. Roland Pressat. Introducción a la demografía, Ariel, 1989, ISBN 84-344-1033-8, pag.79 2005.
7. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. Obtenida en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

8. Schwarcz, Ricardo, et al. "Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación (2002).
9. Martínez San Andrés F. Principios básicos de la AHC. En:"1. Introducción. Breve historia, situación y futuro de la anticoncepción hormonal combinada (AHC)."Obtenido en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/LibroAntiHormoCombi.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Inyectables hormonales. En: Planificación Familiar. Manual Mundial para proveedores, 2011.
11. Organización Mundial de la Salud. Implante. En: Planificación Familiar. Manual Mundial para proveedores, 2011.
12. Vargas-Mora, Estrada-Rodríguez C. Anticoncepción con dispositivo intrauterino. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA 70.606 (2013): 227-231.
13. Organización Mundial de la Salud. Esterilización femenina. En: Planificación Familiar. Manual mundial para proveedores, 2011.
14. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Actualización en vasectomía, 2007. Obtenido:

<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/GuatWorkshop2007/Estevez.pdf>

15. Organización Mundial de la Salud. Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para e el uso de anticonceptivo, 2008.
16. Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive technology: nineteenth revised edition. New York NY: Arden Media, 2007.
17. Saurina C, Vall-Ilosera L, Saez M. "Factors determining family planning in Catalonia. Sources of inequity." International journal for equity in health 11.1 (2012): 35.
18. Frost JJ, and Lindberg LD. "Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics." Contraception (2012).
19. Villagómez-Ornelas P, Mendoza- Victorina D, Valencia-Rodríguez JA. Consejo Nacional de Población. Perfiles de salud reproductiva, 2011.
20. Villagómez-Ornelas P, Mendoza- Victorina D, Valencia-Rodríguez JA. Consejo Nacional de Población. Perfiles de saludreproductiva Tamaulipas, 2011.

21. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006; 368(9549):1810-1827.
22. Population Reference Bureau. Family planning saves lives. 2ª edición, Washington, DC: PRB, 1991.
23. Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 1997.
24. Juárez F, Valencia J. Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción en : Chávez A, Menkes C (ed). Procesos y tendencias poblaciones en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México: UNAM, 2006: 201-235.
25. SEGOB. Ley General de Población. Diario Oficial de la Federación del 7 de enero 1974. México: SEGOB, 1974.
26. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

27. Schwarcz R et al. "Guía para el uso de métodos anticonceptivos." Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2002. Obtenido en: http://med.unne.edu.ar/catedras/sanitarias/guia_anti.pdf
28. UNESCO. Representación de la UNESCO en Perú. Educación Sexual Integral. Derecho humano y contribución a la formación integral, febrero, 2013. Obtenido en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002217/221729s.pdf>
29. Guía de Orientación ACCEDA. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva Baltimore. Facultad de Salud Pública, Universidad de John Hopkins. Programa de Información en Población, 1999. Obtenido en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacg318.pdf.
30. Instituto Nacional de las Mujeres. Paternidad responsable: Procesos judiciales y responsabilidades económicas. Instituto Nacional de las Mujeres, 1ª edición, San José: Instituto nacional de las mujeres, 2006. Obtenido de: http://www.inamu.go.cr/documentos/PUBLICACIONES/paternidad-procesos_20062.pdf
31. González -Galván H. La reproducción de las jóvenes de la frontera norte de México. Niveles territoriales y factores

condicionantes. Estudios Fronterizos. Nueva época; 14, enero-junio. 2013.

32. BOVIN, Philippe (dir.). Las fronteras del itismo: Fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central. Nueva edición [en línea]. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, 2005 (generado el 25 noviembre 2013). Disponible en Internet: <<http://books.openedition.org/cemca/641>>. ISBN: 9782821828155.
33. Fuentes ML. Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. México Social, 30 noviembre 2013. Obtenido en: <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>

ANEXO A

Cuestionario:

1. ¿Has utilizado o utilizas actualmente algún método anticonceptivo? En caso de que su respuesta sea afirmativa siga con el cuestionario, en el caso contrario suspenda aquí el cuestionario.

1. Si
2. No

2. Edad: _____

3. ¿A qué edad comenzaste a utilizar métodos anticonceptivos?

1. 14 – 15 años
2. 16 – 17 años
3. 18 – 19 años
4. Otra edad: _____

4. Estado civil:

Casada _____ Soltera _____ Divorciada _____ Unión libre _____

5. Escolaridad:

Primaria _____ Secundaria _____ bachillerato _____ Universitario _____

6. Ocupación:

Trabajadora _____ Estudiante _____ Ama de casa _____

7. Partos: 0 _____, 1 _____, 2 _____, +3 _____

8. Métodos anticonceptivos que conoce: _____
 DIU _____ Preservativo _____ Tabletas orales
 _____ Coito interrumpido _____ Hormonas inyectables
 _____ implante _____ métodos definitivos _____

9. De los métodos anticonceptivos ¿cuál prefiere usar usted?

10. Método que usa actualmente. ¿Por qué?

11. Durante su uso ha tenido complicaciones como:
 Dolor _____ Sangrado _____ Leucorrea _____ Aumento de
 peso _____
 Náuseas y vómitos _____ Expulsión _____ Embarazo

12. ¿Le ha resultado eficaz el método que utiliza?
 Sí _____ No _____

13. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre métodos anticonceptivos la has adquirido de:
 Nadie, yo lo he investigado _____ 2. Padres _____ 3.
 Familia _____ 4. Amigos _____
 Pareja _____ 6. Escuela (Profesores, libros) _____ 7.
 Otros _____

ANEXO B
INFORMADO

CONSENTIMIENTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO

SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #39 H. MATAMOROS
TAMAULIPAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha: Reynosa, Tamaulipas

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA UMF NO. 39.”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con número: 2804

El objetivo del estudio es: Determinar la prevalencia de las mujeres aceptantes de los métodos de planificación más solicitados de la UMF #39 de la Cd de Matamoros Tamaulipas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: autorizar el acceso a mi expediente clínico a fin de que se

pueda identificar los factores de riesgo para RPM así como contestar un cuestionario con datos personales sociodemográficos.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles riesgos, inconveniente, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son las siguientes:

Dar a conocer antecedentes de mi historia clínica lo que representa una invasión a mi intimidad desde el punto de vista personal.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que surgiera, además me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionármela información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del paciente:

Nombre, firma y matricula del investigador responsable

Testigo

Testigo


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2804
 H GRAL ZONA MF NUM 1, TAMAULIPAS

FECHA 29/01/2013

DRA. LAURA CELIA DIAZ MALDONADO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL ACEPTANTES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA UMF#39

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2804-6

ATENTAMENTE

DR.(A). RODOLFO FAVIÁN GONZÁLEZ SAN MIGUEL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2804

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL