



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS,
PUEBLA, PUEBLA.

**“CAUSAS DE NO ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNA CLINICA
DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELIZABETH DE LA VEGA APANCO

PUEBLA, PUEBLA.

2016



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.

**“CAUSAS DE NO ACEPTACION DE METODOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL DE
ATENCION”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

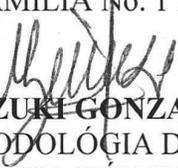
PRESENTA:

ELIZABETH DE LA VEGA APANCO

AUTORIZACIONES:


DRA. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL.

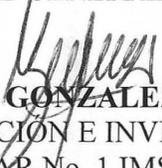
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No. 1 IMSS, PUEBLA, PUE.


DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA, PUE.


DRA. LILIANA FLORES BELLO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MEDICO ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.36


DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA, PUE.

PUEBLA, PUEBLA.

2016

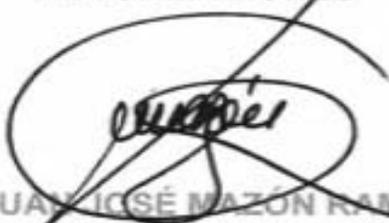
**CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE METODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNA
CLINICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

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

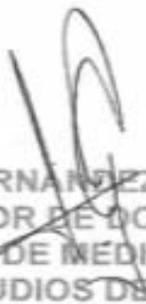
PRESENTA

DRA. ELIZABETH DE LA VEGA APANCO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR NUM 6, PUEBLA

FECHA **11/11/2013**

DRA. ELIZABETH DE LA VEGA APANCO

P R E S E N T E

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

"CAUSAS DE NO ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN UNA CLINICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCION"

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-2013-2104-22

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIA ISABEL PEREZ PEREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2104

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE GENERAL

1. Marco teórico.....	6
2. Planteamiento del problema.....	19
3. Justificación.....	20
4. Objetivos.....	21
- General.....	21
- Específicos.....	21
5. Metodología.....	22
- Tipo de estudio.....	22
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	22
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	22
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	23
- Información a recolectar.....	26
- Método o procedimiento para captar la información.....	28
- Consideraciones éticas.....	30
6. Resultados.....	32
- Descripción de los resultados.....	32
- Tablas y gráficas.....	32
7. Discusión	46
8. Conclusiones.....	49
9. Referencias bibliográficas.....	51
10. Anexos.....	54

1. MARCO TEORICO

La salud reproductiva otorga el derecho básico a toda pareja e individuo de decidir libre y responsablemente, el número de hijos, y el espacio o intervalo de sus nacimientos, así como también la disposición de información y medios para ello. ¹

La planificación familiar es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población, entre las que se encuentran el contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y la limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por citar las más importantes. ²

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento de la biología de la reproducción, redujeron los efectos negativos de los métodos anticonceptivos. En el terreno individual y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar la presencia de la mujer en la sociedad, ya que con esto se favorece el desempeño de tareas distintas a la materna y la doméstica. También se considera como un medio para regular el crecimiento poblacional, que contribuye a una dinámica demográfica, acorde con el desarrollo general del país, y permite mejorar las condiciones de vida de la población. ²

No obstante los éxitos de la planificación familiar y el descenso concomitante en el crecimiento de la población ésta siguen aumentando. Toda esperanza por moderar el crecimiento futuro de la población requiere de una menor fecundidad y programas de planificación familiar más eficaces. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres casadas en los países en desarrollo expresan el deseo de espaciar o limitar sus embarazos, pero no están utilizando ninguna forma de anticoncepción, formando un posible susceptible para la acción de los servicios de planificación familiar. ¹

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamientos adecuados (edad materna de 25 a 35 años y un intervalo inter genésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas. Todo esto contribuye a disminuir las presiones en las ciudades, evitando conflictos y conservando los recursos. ²

La elección del método anticonceptivo surge del dialogo entre el médico y la paciente de acuerdo a la seguridad, eficacia, posibles efectos colaterales, y la integración del método en el estilo de la vida de la mujer. ³ Bruce propone seis elementos fundamentales de la calidad en la atención: información exacta, respeto, fomento del uso continuo, empatía, tiempo para el dialogo y opinión a las preguntas. ²

La dinámica de uso de los anticonceptivos distingue dos fases:

La adopción que consta de tres elementos:

1. Percepción de los usuarios, de que es posible incidir sobre la reproducción.
2. Conocimiento de los métodos.
3. Existencia de una motivación para regular la fecundidad.

Y la fase post adopción que se refiere a los periodo de uso, interrupción y reinicio.²

Las técnicas anticonceptivas modernas buscan la interrupción del proceso de la concepción actuando en: el ovulo, espermatozoides, fertilización o implantación y con métodos y técnicas que modifican los hábitos sexuales de las parejas,⁴ la eficacia de los métodos anticonceptivos utilizados se mide por el índice de Pearl, el cual determina el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año.⁵

Expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse durante el embarazo y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada, además de contribuir esto a reducir la morbilidad materno-infantil.¹ siendo el aborto inducido, legal o ilegal, una necesidad insatisfecha de planificación familiar.⁶

Se ha observado que al ofrecer consejería y servicios de planificación familiar tras un tratamiento postaborto la aceptación es más elevada, un elemento esencial de la calidad de los servicios de planificación familiar, que además eleva el uso en general, es contar con una gran variedad de métodos. Lo ideal es que los programas de planificación familiar ofrezcan diferentes opciones para todas las etapas de la vida fértil, de forma que la población pueda tener los hijos que quiera y cuando quiera.⁷

Al poner una gran variedad de métodos a disposición de la población, se mejora la calidad de la atención y los programas de planificación familiar. En primer lugar, al ofrecer más opciones se eleva el número de usuarios, con lo que se eleva la eficacia de los servicios en función de su costo. Segundo, algunos métodos económicos no se usan lo suficiente debido a que la gente no los conoce. Al elevar el uso de los mismos se puede reducir el costo medio de los servicios.⁷ Principalmente en mujeres con embarazos no planeados, en donde la multiparidad es el motivo principal de desear un método anticonceptivo.⁸

En lo referente a los hombres algunos expertos consideran que el poco involucramiento de los hombres para el control definitivo de la fertilidad se debe a creencias y actitudes negativas sobre la vasectomía. Incluso atribuyen la baja prevalencia de usuarios de ese método a la falta de

promoción e información, a la poca disponibilidad y acceso de los servicios de salud reproductiva y a la escasez de médicos capacitados en la técnica. Otros dan por sentado que es la combinación de fenómenos enraizados en la cultura, como el machismo y la influencia religiosa, solo el 5% de ellos en todo el mundo son aceptantes de un método anticonceptivo.⁹

La aceptación de métodos anticonceptivos por parte de las parejas, tiene un importante componente masculino, y que estos son los que en ocasiones determinarían el método a emplear y el número de hijos de la familia, por ello es importante determinar que está ocurriendo en nuestra realidad, acerca de la participación masculina y cuáles serían los factores que determinan su participación y como esto influye en la aceptación de los métodos anticonceptivos, cuando los hombres están informados y sensibilizados sobre la importancia de la planificación familiar, estos tienen más disposición a apoyar a su pareja en la adopción de algún método anticonceptivo.¹⁰

La falta de acceso a la planificación familiar, expone a las mujeres a gestaciones no deseadas en edades extremas, abortos inducidos y complicaciones;¹¹ afectando en mayor proporción hoy en día a los adolescentes este problema se relaciona con múltiples factores conductuales; como el inicio precoz de la actividad sexual, los encuentros sexuales improvisados en lugares inapropiados, la promiscuidad, el desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual y sobre el uso de métodos anticonceptivos.¹² En este grupo de jóvenes, el conocimiento sobre la educación sexual es aún insuficiente y la familia debe tener un mayor papel protagónico para ambos sexos, pues mucha información proviene de otras fuentes no menos importantes, pero no se analiza ni discute su interpretación.¹³

Es indispensable conocer la amplia gama de métodos existentes actualmente para decidir cuál es el más adecuado a las necesidades propias de cada individuo, y mantener así una vida sexual plena, sin miedos, tabús o prohibiciones infundadas.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Se consideran métodos temporales, a los hormonales orales, inyectables e implantes subdèrmicos, preservativos, DIU (dispositivo intrauterino) y los espermaticidas; los naturales como el ritmo, el método de Billings, la abstinencia periódica, la temperatura basal, el sintotermico, la lactancia materna y el coito interrumpido; y los definitivos como la vasectomía y la obstrucción tubarica bilateral.²

Minipíldora o anticonceptivos solo de progesterona: su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostile a los espermatozoides,¹⁴ cabe mencionar que las pastillas anticonceptivas son el método temporal más popular a nivel mundial.⁷

Anticonceptivos inyectables: pueden ser de dos tipos: los de progestágeno solo, siendo el más utilizado el que contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona que produce una liberación progresiva por 3 a 4 meses; y los combinados,¹⁵ que contienen estrógenos sintéticos y géstatenos, actúan mediante la inhibición del eje hipotálamo – hipófisis – ovario y también por su efecto local a nivel uterino,¹⁴ uno de ellos contiene estradiol 5mg y enantato de noretisterona 50mg con intervalos en su aplicación de 30 días.¹⁵

Anticonceptivos de barrera; son aquellos que actúan como obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina, entre ellos se encuentran el diafragma asociado a espermaticidas, y los preservativos masculinos y femeninos.¹⁴

Contraceptivos químicos:

Espermicidas son sustancias que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Esponjas vaginales compuestas por monoxynol o cloruro de benzalconio, que liberan espermicidas en el medio vaginal.¹⁴

Dispositivos Intrauterinos: los medicados y los de cobre son un método anticonceptivo de alta eficacia, su efecto principal se basa en prevenir la fecundidad al crear un medio hostil que resulta espermaticida,¹⁴ son los más baratos de todos los métodos anticonceptivos.⁷ El DIU que libera cobre es altamente eficaz para la anticoncepción de emergencia y tiene una tasa de eficacia reportada superior al 99%,este se utiliza si han transcurrido más de 72 horas del acto sexual sin protección, previa valoración médica.¹⁶

Parche contraceptivo transdérmico: es un cuadro adhesivo pequeño y delgado que libera 150µg del gestágeno norelgestromina y 20µg del estrógeno etinil estradiol, diariamente en la circulación sistémica.¹⁷

Anillos vaginales: son de material plástico que permiten liberar estrógenos y progesteronas conjuntamente,¹⁵ libera 15µg de etinil estradiol y 120 mg de etonogestrel diariamente a un ritmo constante. Las hormonas se absorben con rapidez a través del epitelio vaginal, suprimiendo la ovulación de manera más efectiva, este se asocia a niveles más bajos de exposición estrogénica que el parche o la píldora.¹⁷

Implantes subdèrmicos: su objetivo es la anticoncepción a largo plazo, existe el norplant 1 que consta de 6 capsulas de silastic y contiene un total de 216 mg. de levonogestrel; norplant 2 y jabelle consta de 2 varillas que contienen 75 micro gramos de levonogestrel en cada una; implanon monovarilla que contiene 60 mg de etonogestrel; uniplant es una monovarilla que contiene 38 mg de nomegestrol y dura 1 año.¹⁵

Essure: es un microinserto insertado por vía transcervical que dispone de fibras de dracon utilizado para inducir una fibrosis localizada, de forma que las trompas de falopio queden

ocuidas permanentemente, pero para que sea altamente efectivo es necesario utilizar otro medio de anticoncepción durante los tres meses siguientes.¹⁸

Adiana: es un catéter cilíndrico de silicona porosa que se introduce en la trompa, mide 3.5 mm de largo y 1.5 mm de ancho; dispone de un generador de radiofrecuencia, a través del cual, cuando queda ubicada en la trompa, genera una temperatura de 64° C durante 60 seg. produciendo crecimiento de tejido en el interior de la matriz llegando a producir la oclusión tubarica, misma que es completa a los tres meses posteriores a su inserción.¹⁸

Intervención quirúrgica tubarica: Requiere intervención quirúrgica en mujeres, y un consentimiento informado previo por parte de la usuaria, con justificación diagnóstica. Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos de por vida.¹⁴

Vasectomía: Cuya finalidad es el control definitivo de la fertilidad, siendo uno de los métodos menos conocidos y utilizados sobre todo en el medio rural.⁹

La falta de aceptación hacia los métodos de planificación familiar es multicausal, encontrando argumentos de rechazo según el método de planificación que se oferta y el momento reproductivo que vive la mujer. Por ello hay que proporcionar distintas opciones si no se quiere limitar a los usuarios innecesariamente o exigirles utilizar métodos menos cómodos o menos apropiados.¹⁹

A pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en todo el mundo, existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas en este sentido; las razones son múltiples e incluyen motivos económicos pero también ideológicos o religiosos.⁴

En el caso de la planificación familiar, diferentes variables se han estudiado para comprender el bajo uso de las mujeres y parejas de ésta; como la edad y ciclo vital, el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, las regiones de origen, estrategias educativas, acceso y calidad de los servicios de planificación familiar, entre otras. Sin embargo, existe una que no ha sido analizada a profundidad desde la investigación científica: la influencia de la cultura como determinante en el uso o no de los métodos de planificación familiar.¹¹

Conocer estas estructuras socioculturales más que pensarlas como tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico de la medicina hegemónica, son necesarias para comprender las influencias culturales y establecer un puente de comunicación entre los saberes populares (emic) y los profesionales (ethic).¹¹

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por

inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.

20

Entre los factores que impiden el uso de los anticonceptivos tenemos:

Requisitos de autorización de terceros:

En algunos países se exige que las mujeres obtengan la autorización del esposo o de uno de los padres para recibir anticonceptivos.

Las doctrinas religiosas: El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

1. La mujer debe estar subordinada al hombre.
2. La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
3. El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.
4. Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo "antinaturales", solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno.

La influencia del Rol de Género:

En razón del género, mujeres y hombres somos educados en conjunto de deberes, prohibiciones y prerrogativas diferenciadas que constituyen la base de la desigualdad. La subordinación histórica de las mujeres nos ha excluido de las estrategias y políticas de desarrollo. Esta situación de dependencia de la mujer respecto al hombre tiene repercusiones muy importantes sobre la salud reproductiva, ya que en numerosos casos la mujer no puede tomar decisiones sobre su vida sexual. Es dependiente de su marido y es éste quien determina la cantidad de hijos que va a tener la pareja, sin considerar la salud de La mujer, de los hijos y la situación económica ya que para probar su hombría, debe tener muchos hijos o hijas.

Existe una relación directa entre el nivel educativo de la mujer, el número de hijos que tiene y las condiciones de salud de éstos. Las mujeres con mayor nivel educativo y las que tienen un trabajo remunerado, constituyen generalmente familias más pequeñas. Es necesario sensibilizar a los hombres y a las mujeres y comprometerlos con su responsabilidad pro creacional.

PROFAMILIA reveló que entre las principales causas de no uso de anticonceptivos estaban: no tienen pareja, temor a efectos secundarios, creencias o mitos, desea más hijos y no lo ha conversado con su pareja.

Características socio demográficas que influyen en el uso de métodos anticonceptivos

La información es fundamental para las personas que deseen planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente.

Edad: La edad es un factor importante de la fecundidad; en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre hijo. La edad al momento del matrimonio o unión de hecho estable, es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad, asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio. El casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tenga menos hijos. El uso de anticonceptivos aumenta a la par de la edad de la mujer, probablemente porque ésta ha adquirido más conocimiento sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos.

Estado civil: El tener múltiples compañeros influye sobre el nivel de fecundidad, elevándolo. Si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas.

Escolaridad: El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar.

Procedencia: El uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia; un mayor porcentaje de mujeres urbanas, especialmente las que habitan en la capital, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad de los mismos en la ciudad.

Religión: En América latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los

proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas

Ocupación: Está estrechamente relacionada con la procedencia. Se ha observado que si la ocupación es agrícola, por ser la procedencia rural, se encuentra baja prevalencia de uso de anticonceptivos y si la ocupación es de tipo obrera por ser de procedencia urbana, hay mayor uso de anticonceptivos.

Factor económico: Aunque en las unidades de salud del MINSA se distribuye los métodos anticonceptivos de forma gratuita, muchas veces el abastecimiento es poco, no hay donde comprarlos, la accesibilidad es muy difícil en época de lluvia en el área rural, e incluso en muchos casos es por falta de financiamiento para pagar viáticos y combustible al personal de las brigadas móviles de salud que penetran en áreas de difícil acceso.

Factores culturales: Debido a que Nicaragua es un país con una rica y variada cultura, los mitos y creencias se hallan profundamente arraigados entre la población, influenciando todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Los métodos anticonceptivos no son la excepción, como lo demuestra la gran cantidad de mitos y creencias que sobre los mismos existen en nuestro país.

Mitos y creencias acerca de los anticonceptivos

A pesar de la utilización de métodos anticonceptivos modernos, siempre surgen temores en la población sobre posibles efectos adversos como: esterilidad, malformaciones congénitas y daños a la mujer, esto limita una mayor utilización de los anticonceptivos en mujeres que tienen necesidades insatisfechas.

La ignorancia sobre los métodos anticonceptivos es generalizada, la razón más común citada por los adolescentes de Jamaica y Panamá, por haber tenido relaciones sexuales sin protección, es la falta de conocimiento sobre anticoncepción.

Las creencias en cuanto a los efectos de los anticonceptivos son inexactas y distorsionadas.

Un mito por ejemplo entre muchas jóvenes del caribe sexualmente activas que fueron entrevistadas pensaban que no tenían relaciones sexuales lo suficientemente a menudo para quedar embarazadas.

El 54% de mujeres en España que no utilizan ningún método anticonceptivo es porque sus creencias lo prohíben y no tienen un conocimiento pleno de estos.

En Santo Domingo, República Dominicana existe la creencia que los anticonceptivos producen:

- a) Cáncer.
- b) Pueden esterilizar a la mujer cuando se toman por mucho tiempo.

c) Pueden provocar niños deformes.

Entre los efectos secundarios de mayor mención, se encontraban: problemas estomacales, alteraciones menstruales, y alteraciones en el peso.

Mitos acerca de los anticonceptivos temporales:

Acerca de la **píldora** se conoce lo siguiente:

- a) Es una droga fuerte y peligrosa, su uso puede causar daño permanente a la mujer.
- b) Produce cáncer.
- c) Produce defectos congénitos.
- d) Se acumula en cuerpo de la mujer y provoca esterilidad.

Acerca de los **inyectables**:

- a) La depoprovera produce cáncer
- b) Las inyecciones provocan esterilidad
- c) Existen inyecciones para los hombres

En lo referente al **DIU (Dispositivo Intra Uterino)**:

- a) La mujer que usa el DIU jamás podrá tener hijos, incluso después de que se le retire el dispositivo.
- b) Produce cáncer.
- c) Puede recorrer el cuerpo de la mujer.
- d) Sí una mujer queda embarazada mientras use el DIU este se incrusta en el cuerpo de bebe.

Rumores relacionados al **condón**:

- a) Si el condón se sale puede recorrer el cuerpo de la mujer.
- b) El uso del condón debilita al hombre volviéndolo impotente.
- c) Los hombres usan el condón solo con prostitutas.
- d) Se rompen con frecuencia durante las relaciones sexuales.

Mitos relacionados con la **esterilización quirúrgica femenina**:

- a) La mujer que se opera es por que le quiere ser infiel a su marido
- b) Después de la operación la mujer se vuelve enfermiza y ya no menstrua.

Mitos relacionados con la **vasectomía**:

- a) La vasectomía es el nombre elegante de la castración
- b) El que se opera ya no va a poder tener relaciones sexuales
- c) Si el hombre se opera se vuelve homosexual
- d) El hombre no puede operarse porque la vasectomía es difícil, peligrosa y se necesita estar mucho tiempo sin trabajar después de haberse operado.

UNICEF explica algunos factores relacionados a los bajos niveles de utilización de métodos anticonceptivos:

- a) La condena social, cultural o religiosa. La mujer que conoce sobre los métodos anticonceptivos, pero no los utiliza por la oposición del marido, el deseo de tener más hijos, presiones sociales, fatalismo, convicciones religiosas, prohibiciones de la jerarquía religiosa y otros valores tradicionales.
- b) Analfabetismo, que no permite tener acceso a la orientación sobre planificación familiar, que en su mayoría se realiza en material impreso.
- c) El bajo nivel económico. Los niños son considerados como aporte económico en las labores agrícolas, transportar agua, recolectar leña; y como seguro de vida para los padres en su vejez.
- d) Temor a efectos secundarios.
- e) Considerar que el programa de planificación familiar es impuesto al país por agentes foráneos con intereses no precisos.
- f) Muchas mujeres de clase social baja, piensan que tener los hijos seguidos es bueno y la principal razón de eso es lo que ellas llaman "para salir de eso" interpretándose como terminar rápido el proceso de la procreación. Mientras que dentro de las razones para no tener los hijos seguidos, la principal no está basada en concepto de planificación familiar, aduciendo que luchar con varios niños pequeños al mismo tiempo es agotador y tiene desventajas económicas.

La información es fundamental para las personas que deseen planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente.²¹

Es importante resaltar, no obstante lo anterior, que en muchas comunidades de nuestro país, este es un factor determinante ya que va de la mano con un bajo nivel sociocultural y todos los inconvenientes que esto implica.²¹

La amenorrea constituye un uno de ellos, pues existen dudas y temores con respecto a las creencias de que el sangrado queda retenido o se acumula dentro del organismo es dañino y perjudicial para la salud de la mujer.²²

Las mujeres de todo el mundo son plenamente conscientes del sangrado menstrual y se preocupan por los cambios que este experimente. Las irregularidades menstruales causadas por anticonceptivos pueden hacer que la usuaria se niegue a comenzar a usar o a continuar usándolo algún método de planificación familiar.²¹

Por otro lado la baja utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes en general,² está dada por el desconocimiento del derecho a la confidencialidad de la consulta, ellas suelen temer que el medico revele a sus padres que solicitaron anticonceptivos;¹³ en muchas de estas las

abuelas representan una fuerte influencia, pues transmiten sus conceptos y creencias; ³ en cuanto a los anticonceptivos no están seguras de su efectividad y creen que su uso genera efectos secundarios tales como vómito, malestar general, manchas en la piel, entre otros.²³

Las causas de aceptación de métodos anticonceptivos posparto en madres adolescentes, es baja, ²³ los argumentos manifestados por las pacientes muestran se posee falta de sentimiento de propiedad de su propio cuerpo; existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos, ³ además de ideologías religiosas, morales, familiares, culturales y sociales, a pesar de haber recibido suficiente información, orientación o consejería.²⁴

Las causas atribuibles a la unidad médica, donde las mujeres se realizan su procedimiento obstétrico, están determinadas por factores técnico administrativos o por insuficiencia u omisión de las actividades de comunicación educativa por parte de los proveedores de servicio, así como causas atribuibles a la indicación médica: factores de riesgo para la salud o vida de la mujer, como es el desgarre del ano.²³

Durante del puerperio mediato el rechazo está dado por los mitos y rumores, el temor a las reacciones secundarias, la religión, influencia de los familiares, desconfianza y falta de aprobación de la pareja.¹

Los anticonceptivos de emergencia se perciben como métodos abortivos, promotores de conductas sexuales promiscuas, que minan la moral de una comunidad.²⁵ Los mecanismos de acción secundarios postfertilización tienen reparos éticos para aquellas pacientes que consideran la concepción como el comienzo del desarrollo de la persona humana.²⁶

En los hombres el uso de métodos anticonceptivos, el número de hijos, y la negociación de uso de condón están estrechamente ligados a la relación de género de pareja.²⁰ Para los hombres el pene y el semen son un emblema y el rechazo al preservativo tiene que ver con limitar el poder, pues este no permite la eyaculación libre.¹¹

La mayoría de los adolescentes con experiencia coital nunca han utilizado el condón; la principal razón para no emplearlo es que no les gusta a ambos sexos.¹³ pues consideran que la convicción de proponer el uso del condón a la persona que se ama es una falta de respeto.¹¹

Hablando del DIU, los temores a los efectos secundarios y la preocupación relacionada con las infecciones y la infertilidad, son las principales causas para no aceptarlo.¹⁹ Las mujeres adultas desconfían más que las jóvenes, porque algunas han perdido el DIU sin darse cuenta, otras han resultado embarazadas a pesar de su uso o han experimentado efectos colaterales desagradables, como dolor abdominal y hemorragia uterina.²⁴

Con respecto a la vasectomía las principales causas de no aceptación es por considerar que la fuente de información muchas veces es inexperta, el temor al desempeño sexual posterior al procedimiento, disminución del libido, disfunción eréctil, debilidad física potencial e incredulidad de los testimonios de los hombres operados, además del deterioro en la imagen masculina cuando se tienen relaciones extramaritales y no se pueden cumplir las demandas de hijos; las mujeres por su parte argumentan que no existe vivencia.⁹

La escasa revisión de la evidencia científica acerca de la influencia de la cultura y su influencia en la planificación familiar, deja en evidencia la imperiosa necesidad de la indagación y la construcción en torno a un discurso para disciplinar el tema.¹¹

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. En púerperas derechohabientes usuarias del IMSS, Cárdenas, Tabasco. agosto 2006 marzo 2007. *Variables:* edad, estado civil, número de embarazos, vía del parto, argumento de rechazo del MPF. Resultados: 183 púerperas de 15 a 44 años de edad, el estado civil predominante 140 casadas (76.5%). Media de embarazo 2, moda 2, mínimo 1, máximo 9. Vía de atención de parto: 85 vaginales (46.4 %), 98 abdominales (53.6%). Aceptantes de MPF 105 (57.4%), rechazantes 78 (42.6%). 18 manifestaron 1 argumento (23%), 60 declararon más de 1 argumento (77%). Argumento de rechazo manifestado como primera consideración “mi pareja y/o familia no lo consiente” 34.2%. Explicación brindada con mayor frecuencia como segundo argumento de rechazo: “temor a complicaciones médicas secundarias a éste” 35.6%.³

En el estudio realizado por Catañeda-Sanchez y col, titulado causas e no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar de junio a octubre del 2004. Se incluyeron aleatoriamente a mujeres en puerperio mediato que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo, los resultados fueron: se entrevistaron 61 púerperas con edades entre los 17 y 37 años. Principales causas: los mitos y rumores (36.1%), temor a reacciones secundarias (19.7%), religión (14.8%) y falta de aprobación de la pareja (11.5%).¹

En otro estudio realizado por Romero-Gutiérrez, llamado aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados, fue un estudio transversal en el que se incluyeron mujeres durante su puerperio inmediato. Se les interrogó si su embarazo fue planeado o no; si aceptó algún anticonceptivo y razones para su aceptación o no. El análisis estadístico incluyó media aritmética, error estándar, valores porcentuales, ji al cuadrado, t de student y análisis de regresión logística para determinar los factores asociados con la aceptación de anticonceptivos. Se asignó el valor α de 0.05. Los resultados: se registraron 1,024 mujeres; 566 (55.3%) tuvieron embarazo planeado, de las cuales 457 (80.7%) aceptaron anticonceptivos. Las 458 (44.7%) restantes tuvieron un embarazo no planeado: 402 (87.8%) aceptaron anticonceptivos

($p = 0.003$). El factor con mayor significado para la aceptación de anticonceptivos fue la multiparidad ($p = 0.034$).⁸

Carlos Navarro Núñez y Col. realizaron un estudio titulado causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes, fue en estudio descriptivo, transversal, incluyó a las mujeres que acudieron a recibir atención obstétrica durante el año 2002; se identificó a las que estaban en el posparto inmediato y se seleccionó a quienes no iniciaron un método anticonceptivo. Los datos se obtuvieron mediante entrevista directa y revisión del expediente, posteriormente se codificaron y procesaron de manera manual; las causas de no uso de anticoncepción se clasificaron en: atribuibles a la paciente: derivadas de motivos personales, religiosos, morales, familiares, culturales, sociales, etc., el análisis estadístico se realizó mediante frecuencias y porcentajes. Los resultados: se estudiaron 261 mujeres; 160 (61%) durante el posparto inmediato; 52 (32%) no recurrieron al uso de algún método anticonceptivo.²³

En el estudio de causas de aceptación y no aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto inmediato, de García-Hernández y Col, se aplicaron 191 encuestas a pacientes en el postaborto inmediato en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social; se integraron dos grupos: aceptantes ($n=75$) y no aceptantes ($n=116$), los cuales para su análisis se compararon mediante la prueba t de student y contraste de proporciones. Los resultados: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características generales de cada grupo, tales como edad, edad a la menarca, edad de inicio de vida sexual, edad de Unión, edad al primer embarazo, escolaridad, número de embarazos, edad gestacional del último embarazo que culminó en aborto, uso previo de métodos de planificación familiar y su experiencia con los mismos, causas de suspensión del uso de anticonceptivos, si deseaban un nuevo embarazo o no y el tiempo probable de espera para embarazarse Nuevamente. En las aceptantes al 100% se les ofreció el método anticonceptivo, de ellas, 45.33% recibió información sobre el método más adecuado, 75% consideró la explicación satisfactoria. En las no aceptantes, sólo se dio información a 26.72% ($p<0.05$) que fue insuficiente en 100% ($p<0.05$) de los casos. En 20.68% el método no fue ofrecido ($p<0.05$). Se informó de alguna contraindicación médica en sólo 6.03% de los casos. Los métodos anticonceptivos de las aceptantes fueron dispositivo intrauterino en 64%, hormonales inyectables en 16.00%, hormonales orales 13.33%, oclusión tubarica bilateral en 5.33% y preservativo en 1.33%. La cobertura anticonceptiva en este periodo fue de 39.27%.²⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar constituye, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en la salud sexual y reproductiva. La planificación familiar se considera un derecho humano, esencial a la dignidad humana. La mayoría de las personas conocen y están enteradas de la planificación familiar y en un momento dado más de la mitad de las parejas casadas en el mundo son usuarias de esta. A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, muchos embarazos no son planeados ni deseados y muchos conllevan un alto riesgo tanto para la madre como para la descendencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año los embarazos no planificados causan al menos más de 40 millones de abortos, de los cuales alrededor de la mitad se realizan en condiciones desfavorables y son muchos de ellos, causa de muertes maternas cada año.

A pesar de que hoy en día el acceso a la información sobre planificación familiar pareciera accesible por la mayoría de la población; la desinformación sobre el uso de métodos anticonceptivos, sus indicaciones, beneficios y riesgos, además de las ideologías religiosas, morales, familiares, culturales y sociales, es una condicionante sobre todo en las mujeres en edad fértil.

La falta de capacitación sobre un correcto abordaje por parte del personal de salud, a propiciando que muchas mujeres presenten negativas ante la planificación familiar; muestra de ello, es que las mujeres inician hoy en día su vida sexual a edades más tempranas, mostrando desinterés por cuidarse y por conocer los métodos anticonceptivos actuales.

En las diferentes etapas de la vida reproductiva en la mujer, es multicausal la no aceptación de la metodología anticonceptiva; por ello es de vital importancia establecer cuáles son las causas de no aceptación en cada momento reproductivo, para intervenir de manera positiva en la toma de decisiones en la mujer en edad fértil y contribuir al mejoramiento de la vida sexual y de la pareja, para un desarrollo pleno y al mismo tiempo, evitar embarazos no deseados o complicaciones secundarias a este evento.

Es importante la gestión de estrategias adecuadas que hagan más eficiente el programa de planificación familiar, con un mayor impacto en las tasas de fecundidad, haciendo énfasis en los jóvenes que inicia su vida reproductiva y representan un importante reto para los diversos programas de planificación familiar

De lo anterior surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las causas más frecuentes de no aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en una clínica de primer nivel de atención?

3. JUSTIFICACIÓN

Conocer los motivos por los cuales las mujeres en edad fértil optan por no elegir un método de planificación familiar, permite al personal de salud de primer contacto crear estrategias para contrarrestar las ideologías establecidas durante generaciones, eliminar miedos y tabús sobre la anticoncepción; Así como influir de manera directa, oportuna y respetuosa en las decisiones de mujeres que se encuentran en riesgo de embarazos no deseados, espacios intergeneracionales cortos, riesgos a la salud y la vida por un embarazo no esperado, madres en edades extremas, mujeres sin pareja, entre otras.

A pesar de la información brindada a muchas mujeres con respecto a la sexualidad y la planificación familiar, las ataduras ideológicas no son fáciles de vencer, por lo que el servidor de salud debe reconocer los factores que influyen en la no aceptación anticonceptiva según la etapa y el momento reproductivo de cada mujer, sin dejar a un lado la influencia familiar, social y de pareja que interviene de manera directa sobre las decisiones de estas. Poniendo énfasis en la población más vulnerable y desinformada abordando de manera correcta cualquier situación que se pudieran presentar al brindar información; para contribuir a mejorar tanto la vida sexual de la pareja como el bienestar físico y económico de la misma; aportando al instituto estrategias para la disminución en el uso de recursos institucionales secundarios a embarazos no planeados y complicaciones subsecuentes de estos.

Es importante reconocer que la visión primordial es buscar de manera oportuna el bienestar de las mujeres en edad fértil que tengan vida sexualmente activa y que a pesar de ello se niegan a usar un método de planificación familiar, visualizando y describiendo las principales causas por las cuales existe dicha negatividad. Considerando que, como primer nivel de atención el contacto con nuestra población a estudiar es íntimo debido a que es la primera opción de nuestras pacientes para consultar.

Por otra parte se ha evidenciado que no existe una educación, concientización, ni promoción para la utilización de los diferentes métodos de planificación familiar, quedando en vacío la parte educacional.

Con los antecedentes mencionados y la realidad observada en el transcurso del presente año en la población de nuestras unidades de salud, se decidió trabajar en dicha problemática para describir las causas y así brindar soluciones a largo plazo para lograr resultados oportunos y beneficiosos para la población.

4. OBJETIVOS

Objetivo General.

- Identificar las causas más frecuentes de no aceptación de método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 11.

Objetivos Específicos

- Determinar las características socio-demográficas de la población en estudio (edad, ocupación, religión, estado civil, escolaridad, lugar de procedencia).
- Describir la tipología familiar de acuerdo al CMMF en mujeres en edad reproductiva en la unidad de medicina familiar No. 11.
- Clasificar el ciclo evolutivo de la familia en mujeres en edad reproductiva en la unidad de medicina familiar No. 11.

5. METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio
Observacional
Descriptivo
Transversal
Prospectivo.

Población lugar y tipo de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en pacientes de 18 a 49 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS San Martín Texmelucan, Puebla. Durante el periodo del 1 de enero de 2014 a 30 de junio de 2014. Los pacientes seleccionados cumplieron con los criterios de selección.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Diseño y tipo de muestra

No probabilístico de tipo incidental.

Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

De acuerdo a las características de nuestro estudio, se necesitó estimar una muestra en una población de 16,964 derechohabientes (N), con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$), un valor de 1.96, una precisión de 5% y una proporción esperada del 0.05, la cual nos arrojo un tamaño de muestra de 266 individuos.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión

1. Personas que acepten participar en el estudio.
2. Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS; San Martín Texmelucan, Puebla, en ambos turnos.
3. Mujeres de 18 a 49 años con vida sexual activa.

Criterios de exclusión

1. Mujeres con limitación de sus facultades cognitivas.
2. Mujeres embarazadas
3. Mujeres que actualmente utilizan métodos de planificación familiar.

Criterios de eliminación.

1. Mujeres que una vez iniciada la encuesta no deseen seguir participando

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Edad: Expresada en años cumplidos a partir del nacimiento de un individuo.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o su mismo género.

Escolaridad: Número de años escolares cursados al momento de la entrevista.

Ocupación: Se define como el oficio o profesión que desempeña una persona.

Religión: El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

Lugar de procedencia: Es el área geográfica donde vive el paciente

Causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar: motivo o circunstancias por las cuales el entrevistado rehúsa o abandona el empleo de métodos anticonceptivos.

Tipología familiar: Categorización de familia de acuerdo a CMMF en función de sus miembros, con lo que se determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia.

Ciclo Evolutivo. Secuencia de fases por las que atraviesa una familia desde su conformación hasta su disolución.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Edad: La indicada por el encuestado en años.

Ocupación: La indicada por el encuestado, (profesionista, empleado, técnico, obrero, ama de casa).

Estado civil: Fue el mencionado por el paciente en el momento de la encuesta, (soltero, unión libre, casado, viudo).

Escolaridad: La que nos indique la encuestada y se tomara como el último grado de estudios que curso.

Religión: Lo que indique la paciente en la encuesta.

Lugar de procedencia: El lugar de procedencia que indique la paciente a la hora de la encuesta.

Causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar: La que nos indique la encuestada las pacientes como causas de la no aceptación de algún método de planificación familiar.

Tipología Familiar: Se evaluara de acuerdo al CMMF en sus ejes fundamentales: parentesco, presencia física en el hogar, medios de subsistencia y nivel socioeconómico.

Ciclo Evolutivo. Se identificara de acuerdo al CMMF en sus 4 etapas: etapa constitutiva, etapa procreativa, etapa de dispersión y etapa final.

CUADRO DE OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Edad	La indicada por el encuestado en años	Cuantitativa de razón	<ul style="list-style-type: none"> • 18 - 25 • 26 - 30 • 31 - 35 • 36 - 40 • 41 - 45 • 46 - 49
Procedencia	El lugar de procedencia que indique la paciente a la hora de la encuesta.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Escolaridad	La que nos indique la encuestada y se tomara como el último grado de estudios que curso	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Universitaria
Estado civil	Fue el mencionado por el paciente en el momento de la encuesta, (soltero, unión libre, casado, viudo)	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Divorciada • Viuda
Ocupación	La indicada por el encuestado, (profesionista, empleado, técnico, obrero, ama de casa)	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Ama de casa • Empleada • Estudiante • Otros
Religión	Lo que indique la paciente en la encuesta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Católico • Evangélico • Protestante • Cristiano
Ciclo Evolutivo	Se identificara de acuerdo al CMMF en sus 4 etapas: etapa constitutiva, etapa procreativa, etapa de dispersión y etapa final	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa constitutiva. • Etapa procreativa • Etapa de dispersión • Etapa familiar final

Tipología familiar	Categorización de familia de acuerdo a CMMF en función de sus miembros, con lo que se determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmersa la familia	Cualitativa nominal	Con base en el parentesco: según la presencia física en el hogar.
---------------------------	---	---------------------	---

Causas de no aceptación de métodos anticonceptivos	La que nos indique la encuestada las pacientes como causas de la no aceptación de algún método de planificación familiar	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de la Iglesia • Entorno social • Presión amigos / familia • Indiscreción en los C/S • Rol de género • Utilizar MAC es pecado • Sociedad machista • Vergüenza al que dirán • Voluntad divina • MAC dejan estériles a las mujeres • Los MAC no funcionan • Pastillas dan cáncer • Pastillas dañan el cuerpo de la mujer • Inyecciones alteran regla en mujer • Preservativo disminuye el placer en las relaciones • Si el hombre se opera pierde la potencia • Mujer que planifica engaña al marido • Personal del C/S es indiscreto
---	--	---------------------	--

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

(Encuesta sobre factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos Noruega 2004.)

Se solicitó la autorización de CLIEIS así como de las autoridades médico administrativas de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS en la ciudad de San Martín Texmelucan, Puebla, para realizar éste estudio.

Se seleccionó por conveniencia el número de derechohabientes previamente establecido, que cumplieron los criterios de selección, se les propuso participar en la encuesta informándoles en qué consistía su participación; de aceptar participar, se les proporcionó el formato de consentimiento informado (Anexo 1), se preguntaron variables sociodemográficas de acuerdo al cuestionario 1 (Anexo 2) y se registraron resultados.

Todas las encuestas obtenidas se recopilaron para realizar la concentración, vaciamiento y análisis de datos.

El ciclo evolutivo familiar se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución.

Ciclo Evolutivo Familiar del Consejo Mexicano de Medicina Familiar ¹⁷		
Etapas constitutivas	Fase preliminar	Noviazgo: duración indefinida
	Fase de recién casados	Sin hijos: hasta el nacimiento del 1er hijo
Etapas Procreativas	Fase de expansión	Nacimiento del 1er hijo: hijo mayor del nacimiento a 2.5 años Hijos preescolares: hijo mayor de 2.5 ^a a 6 años
	Consolidación y apertura	Se inicia la socialización secundaria: hijo mayor de 6 a 13 años (edad escolar) Hijo mayor de 13-20 años (adolescencia)
Etapas de Dispersión	Fase de dispersión	Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos.
Etapas finales	Fase de independencia	Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro.
	Fase de disolución	Vejez de la pareja: hasta muerte del cónyuge Viudez : hasta la muerte del miembro restante

De acuerdo al Consejo Mexicano de Medicina Familiar a la familia se puede evaluar y determinar por:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar

Clasificación de las familias con base en el parentesco: El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos.
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos.
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más.
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos.
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
CON PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.).
SIN PARENTESCO	
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco. Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.
Grupos similares a familias	(Grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.).

ANALISIS DE DATOS.

Posterior a recabar los datos y la elaboración de una matriz de los mismos en el programa excel, y dadas las características de nuestro estudio, se realizó un análisis univariado (descriptivo), efectuando medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y se determinarán las frecuencias de las variables categóricas

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El consentimiento informado, es la facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan.

En 1947 el Tribunal Internacional de Núremberg, emitió el código, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la “ Declaración de Helsinki “, con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas por la misma asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y Edimburgo, Escocia en 2000.

En 1944 en nuestro país, el hospital médica sur edito y difundió su código de ética, que incluye como principales preceptos: la beneficencia y la no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto al secreto profesional, la capacitación del médico, así como la prescripción de las dicotomías y de la medicina defensiva.

La comisión nacional de arbitraje médico en 2001 presento siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con profundo sentido ético. En diciembre del mismo año 2001, la propia comisión de arbitraje médico emitió y difundió la “ Carta de los derechos generales de los pacientes ”, integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro país. Incluye:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no válidamente su consentimiento informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
- Recibir atención medica en caso de urgencia.
- Contar con un excelente expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida.

En Junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI, se editó el código de ética, dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizará hasta que haya sido aprobado por el comité local de investigación.

6. RESULTADOS

Se analizaron 266 pacientes, en lo que respecta a la estadística descriptiva tenemos a la edad de los pacientes, con una media de 29.71, mediana 31, moda 33, desviación estándar 8.6, con un rango de 31, mínimo 18 y máximo 49.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Edad	n
MEDIA	29.71
MEDIANA	31
MODA	33
DESVIACION ESTANDAR	8.6
RANGO	31
MÍNIMO	18
MÁXIMO	49

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR RANGOS DE EDAD

Tenemos que los rangos de edad con mayor población es de 36.5% para mujeres de 18 a 25 años, (97 pacientes), el 28.9% de mujeres entre 31 a 35 años (77 pacientes).

EDAD	n	%
18-25	97	36.5
26-30	35	13.2
31-35	77	28.9
36-40	19	7.1
41-45	32	12
46-49	6	2.3
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martín Texmelucan, Puebla.

Con respecto a la ocupación predominó ser ama de casa con 48.5% (129) pacientes, seguidas de la ocupación empleada 35% (93) pacientes.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	n	%
ESTUDIANTE	10	3.8
AMA DE CASA	129	48.5
COMERCIANTE	15	5.6
OBRERA	19	7.1
EMPLEADA	93	35
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martín Texmelucan, Puebla.

En relación al estado civil encontramos que predominaron las mujeres casadas con 47% (125) pacientes.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	n	%
SEPARADA O DIVORCIADA	4	1.5
SOLTERA	50	18.8
CASADA	125	47
UNION LIBRE	87	32.7
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martín Texmelucan, Puebla.

En relación a la escolaridad se observa a 49.2% (131) pacientes con secundaria y 3.4% (9) pacientes con primaria.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	n	%
PRIMARIA	9	3.4
SECUNDARIA	131	49.2
PREPARATORIA	81	30.5
UNIVERSIDAD	45	16.9
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

Se puede ver que la religión católica es la más frecuente con 86.5% (230) de las pacientes.

TABLA 6. RELIGIÓN

RELIGIÓN	n	%
NINGUNA	10	3.8
CATOLICA	230	86.5
CRISTIANA	19	7.1
TESTIGO DE JEHOVA	7	2.6
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

Encontramos que la mayoría de las pacientes son del medio urbano con (69.5%) 185 pacientes.

TABLA 7. LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	n	%
URBANO	185	69.5
RURAL	81	30.5
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

Observamos que el 21.1% (56) mujeres no tienen hijos todavía, y la mayoría de ellas tienen 2 hijos con el 31.6% (84) mujeres.

TABLA 8. TOTAL DE NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS	n	%
NINGUNO	56	21.1
UNO	33	12.4
DOS	84	31.6
TRES	69	25.9
CUATRO O MAS	24	9
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 9. TIPOLOGIA FAMILIAR

En esta tabla encontramos que es la familia nuclear simple la mayor predominio en el estudio con el 72.6% (193) de las mujeres encuestadas.

TIPOLOGIA FAMILIAR	n	%
NUCLEAR	6	2.25
NUCLEAR SIMPLE	193	72.5
NUCLEAR NUMEROSA	63	23.6
MONOPARENTAL	4	1.50
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 10. ETAPA DEL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR

En la siguiente encontramos que es precisamente en la etapa procreativa donde encontramos la mayor parte de la muestra con el 95.5% (255) del total.

ETAPA	n	%
CONSTITUTIVA	6	2.25
PROCREATIVA	210	78.9
DISPERSIÒN	50	18.7
TOTAL	266	100

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 11. FACTORES SOCIALES

El mayor porcentaje de respuestas en positivo fue de 244 (91.7%) considerando que las personas que utilizan métodos anticonceptivos, actúan responsablemente y el mayor número de respuestas negativas fue de 253 (95.1%) considerando que es falso que solo los pobres deben utilizar métodos anticonceptivos.

PROPOSICIONES	Si	%	No	%
La iglesia juega un papel determinante en el uso de los anticonceptivos.	51	19.8	215	80.2
Las personas que utilizan anticonceptivos actúan responsablemente.	244	91.7	22	8.3
La educación influye en la decisión de usar anticonceptivos.	186	69.9	80	30.1
Es correcto que el estado promueva el uso de los anticonceptivos.	243	91.4	23	8.6
Solamente los pobres deben utilizar métodos anticonceptivos.	13	4.9	253	95.1
¿Está influenciada su decisión por los conocimientos que le han transmitido sus amigos o familiares?	106	39.8	160	60.2
El personal de la unidad de salud es discreto y confiable.	234	88	32	12
Es correcto usar anticonceptivos aunque no estemos casados.	238	89.5	28	10.5
¿Considera usted que la mujer es la responsable de que se produzca un embarazo?	56	21.1	210	78.9
¿Considera usted que tanto el hombre como la mujer tienen responsabilidad en el embarazo?	243	91.4	23	8.6
¿Considera usted que el hombre es el responsable de que se produzca un embarazo?	69	25.9	197	74.1

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 12. FACTORES CULTURALES

232 personas (87.2%) estarían de acuerdo con que su hijo/a utilice métodos anticonceptivos y 245 (92.1%) no consideran que utilizar métodos anticonceptivos sea pecado.

PROPOSICIONES	Si	%	No	%
La utilización de métodos anticonceptivos es pecado.	21	7.9	245	92.1
El marido tiene derecho a prohibirle a la mujer que use anticonceptivos.	23	8.6	243	91.4
La mujer no debe planificar porque su deber es darle hijos al hombre.	29	10.9	237	89.1
Hay que tener bastantes hijos para que ayuden en las labores domésticas.	11	4.1	255	95.9
¿Estaría de acuerdo con que su hijo/a utilice métodos anticonceptivos?	232	87.2	34	12.8
El número de hijos que debemos tener es voluntad de Dios.	44	16.5	222	83.5
Le da vergüenza que sus amigos sepan que utiliza anticonceptivos.	33	12.4	233	87.6
¿Considera usted que el hombre induce a la mujer al uso de métodos anticonceptivos?	70	28.2	191	71.8
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la mujer?	192	72.2	74	27.8
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión del hombre?	91	34.2	175	65.8
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la pareja?	229	86.1	37	13.9

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

TABLA 13. MITOS, TABUES Y CREENCIAS

175 personas (65.8%) consideran que los métodos anticonceptivos no funcionan y el mayor número de respuestas negativas fue de 257 personas (96.6%) no considerando que el niño nace con las pastillas en el cuerpo.

PROPOSICIONES	Si	%	No	%
Las pastillas producen cáncer de matriz	67	25.2	199	74.8
Las pastillas engordan a las mujeres.	168	63.2	98	36.8
Las pastillas adelgazan a las mujeres.	56	21.1	210	78.9
Las pastillas producen paño en la cara.	154	57.9	112	42.1
A las mujeres que se operan se les descontrola la regla.	69	25.9	197	74.1
El condón reduce el placer en las relaciones.	96	36.1	170	63.9
Los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres.	123	46.2	143	53.8
Los anticonceptivos no funcionan.	175	65.8	91	34.2
Los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer.	112	38.3	164	61.7
Los anticonceptivos eliminan el amor entre la pareja.	17	6.4	249	93.6
Las mujeres salen embarazadas por error en el calculo de los médicos.	54	20.3	212	79.7
Los métodos anticonceptivos provocan abortos.	97	36.5	169	63.5
Las inyecciones producen alteraciones en la regla.	153	57.5	113	42.5
Todo el mundo se da cuenta de las mujeres que planifican.	54	21.4	209	78.6
El aparato se encarna en la matriz de la mujer.	165	62	101	38
El niño nace con las pastillas en el cuerpo.	9	3.4	257	96.6

Con las inyecciones la sangre se acumula en el cuerpo de la mujer.	24	9	242	91
La mujer que planifica es porque le es infiel al marido.	17	6.4	249	93.6
Si el hombre se opera pierde la potencia sexual.	49	18.4	217	81.6
El condón se le puede quedar adentro a la mujer.	139	52.3	127	47.7
El personal de salud es indiscreto.	39	14.7	227	85.3

Fuente: Encuesta realizada en UMF # 11 IMSS San Martin Texmelucan, Puebla.

7. DISCUSIÓN

La población encuestada en la UMF11 del IMSS San Martín Texmelucan oscilo entre las edades de 18 a 45 años, encontrándose el mayor porcentaje entre los 18 y 25 años de edad (36.5%) del total; las mujeres de entre 15 a 19 años son las que menos utilizan métodos de planificación familiar, como se menciona en la revista medica Horizonte Sanitario; “Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán” de Alma Luz Vázquez Jiménez Msc, Nery Suarez Lugo. Las mujeres que utilizan método de planificación, se encuentran entre los 20 a 25 años, como se muestra en la publicación de Fátima Estrada Msc, Carlos Hernández - Girón, MD, Lourdes Camero, Msc, sobre el “Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo a la pareja”, y las que no aceptan método según la publicación “Causas de no uso de métodos anticonceptivos posparto entre madres adolescentes”, publicado por Carlos Navarro Núñez, Guadalupe Álvarez González, Carlos Enrique Tene Pérez; van de los 15 a 19 años con un promedio de 17 años.

En base a la ocupación 48.5% de la población estudiada se dedica a las labores del hogar, siguiendo en porcentaje el 35% empleadas; coincidiendo con Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva, Ana Lilia Ponce Ponce de León, en su publicación “Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados”, donde el ser ama de casa ocupo un porcentaje del 61.2 y J. Fabiola Gil en su articulo “Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima 2005”, refiere que el 46.2% también se dedica a labores del hogar, siendo las empleadas quienes ocupan el 2º. lugar con un 24.7%.

Analizando el estado civil de las pacientes en estudio el 47% de ellas están casadas y el 32.7% se encuentran en unión libre, coincidiendo con la mayor parte de los artículos analizados; el articulo “Causas de no uso de métodos anticonceptivos posparto entre madres adolescentes” de Carlos Navarro Núñez, Guadalupe Álvarez González, Carlos Enrique Tene Pérez, difiere en esta apreciación poniendo en primer lugar a las mujeres en unión libre (60.2%) y las casadas en segundo lugar con el 22.6%.

En cuanto a la escolaridad de nuestras encuestadas 49.2% cursaron solamente la educación secundaria, 30.5% preparatoria y solo el 16.9% cuenta con una carrera universitaria, siendo solo el 3.4% de las pacientes quienes cursaron solo la educación primaria; difiriendo en el predominio de escolaridad en el articulo “Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima 2005” de J. Fabiola Gil, donde el 1er. lugar lo ocupa el nivel superior con 51.6%, siendo el nivel secundaria quien ocupa el 44.1%; en el trabajo realizado por Castañeda Sánchez O; Castro Paz; Lindoro López, KG; ”Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México”, donde la mayor parte de las pacientes cursaron nivel preparatoria 54.1%; en la publicación de Tabasco 2005 de Alma Luz Vázquez Jiménez Msc., Nery Suárez Lugo, las pacientes que en mayor proporción conocen los métodos 33.7% cuentan con nivel técnico o equivalente, En la publicación de Fátima Estrada Msc, Carlos Hernández - Girón, MD, Lourdes Camero, Msc, sobre el “Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de

Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo a la pareja”, el 24% son analfabetas siendo pacientes no usuarias, mientras las usuarias coincidían en el 21% con educación secundaria.

La religión católica ocupó el 1er. lugar en nuestro estudio con un porcentaje de 86.5%; en la publicación de Castañeda Sánchez, O; Castro Paz, LS; Lindoro López, KG en su publicación “Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México”, fue la religión católica la predominante con 83%, así como también en el artículo de Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva, Ana Lilia Ponce de León en su publicación “Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados”, con un 69.4%, coincidiendo todos los artículos de revisión con el mismo resultado.

Considerando el lugar de procedencia existe mucha similitud de resultados pues al realizar el comparativo, en nuestro estudio 69.5% de las pacientes viven en área urbana y 30.5% en área rural; mientras en el artículo “Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja” de Fátima Estrada Msc, Carlos Hernández Girón, MD, Lourdes Camero, Msc”, 64% de las pacientes provenían del área urbana y solo 36% del área rural.

Si hablamos del número de hijos promedio, en la población encuestada, el 31.6% tienen 2 hijos como porcentaje predominante, seguidos por el 25.7% con 3 hijos y 21.1% aun no tienen ninguno, siendo solo el 9% las que tienen más de 3 hijos; en el artículo “Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados” de Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva, Ana Lilia Ponce de León, al igual que el resultado arrojado por nuestro estudio el mayor porcentaje de hijos con las que contaron las mujeres fue de 2 hijos, mientras en el artículo de Fátima Estrada Msc, Carlos Hernández - Girón, MD, Lourdes Camero, Msc, sobre el “Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo a la pareja”, las pacientes tienen 3 hijos en promedio.

En cuanto al conocimiento sobre métodos de planificación familiar; en nuestras encuestadas se encontró, que el 89.8% conoce algún método de planificación familiar y solo el 9.8% lo desconoce; en la publicación de Alma Luz Vázquez Jiménez Msc, Nery Suarez Lugo en su artículo “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivo en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán”. Tabasco 2005, se encuentra que el 98% de las pacientes conocen lo que son los métodos de planificación, mientras solo el 2% no conoce nada sobre ellos, demostrando con esto la similitud entre resultados.

El DIU fue el mayormente identificado y utilizado con un 53.8%, seguidos de los hormonales tanto orales como inyectables, según Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva, Ana Lilia Ponce de León en su publicación “Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados” y Castañeda Sánchez O; Castro Paz, LS; Lindoro López, KG en su investigación “Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar de Sonora, México”; en nuestra población encuestada el 39.7% no han utilizado ningún método de planificación familiar; el 25.4% identifican y utilizan preservativo y el 24.3% conocen y han utilizado el DIU.

Al hablar del temor por las reacciones secundarias; en la publicación “Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar de Sonora, México” de Castañeda Sánchez, O; Castro Paz, LS; Lindoro López, KG, el 36.1% de las encuestadas tienen temor a las reacciones por el uso de métodos de planificación familiar; mientras el artículo “Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México”, publicada por Zavala González Marco Antonio, Correa De la Cruz Rosario, Posada Arévalo Sergio Eduardo, son el 11.4%; al realizar el mismo cuestionamiento en nuestra población, (se desglosaron estos temores en diferentes preguntas sobre los métodos de planificación) se encontró que varían de un 9 a un 63.2% las mujeres que temen reacciones secundarias.

Cuando se pregunta sobre la aprobación de la pareja con lo que a métodos de planificación familiar se refiere, se encontró que de 11.5%, en la publicación “Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar de Sonora, México” de Castañeda Sánchez, O; Castro Paz, LS; Lindoro López, KG y un 16.5% como se menciona en los “Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México”, publicado por Zavala González Marco Antonio, Correa De la Cruz Rosario, Posada Arévalo Sergio Eduardo las pacientes no cuentan con la aprobación de su pareja. En nuestras encuestas 8.6% consideran que el marido puede prohibirle a la mujer que utilice la anticoncepción y el 91.4% no lo consideran así; concluyendo que es bajo el porcentaje en ambos comparativos, donde la mujer deja que su pareja desaprobe el uso de la planificación familiar.

La familia no es tan importante a la hora de decidir utilizar algún método de planificación, pues a solo el 17.7% de las pacientes le interesa la opinión de la familia, como lo refiere el artículo publicado por Zavala González Marco Antonio, Correa De La Cruz Rosario, Posada Arévalo Sergio Eduardo, “Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México”; mismas cifras que son muy similares a lo encontrado en nuestras encuestas pues solo 39.8% consideran verse influenciadas por las decisiones familiares y 60.2% no lo consideran así.

Al realizar la pregunta ¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión del hombre? 34.2% respondieron que si y 65.8% no lo consideran de esta manera, mientras 13.9% refieren que “su marido las va a cuidar” según lo define el artículo “Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México”, publicado por Zavala González Marco Antonio, Correa De La Cruz Rosario, Posada Arévalo Sergio Eduardo

8. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que podemos llegar, después de realizar las encuestas a la población en edad fértil (mujeres de entre 18 a 49 años) en la UMF 11 San Martín Texmelucan, se expresan de la siguiente manera:

La mayor parte de las mujeres encuestadas oscilan en una edad de 18 a 25 años (36.5%) seguidas en orden de frecuencia las mujeres de entre 31 a 35 años y 26 a 30 años, con un porcentaje de 28.9 y 13.2% respectivamente.

La ocupación encontrada en mayor proporción es ser ama de casa 48.5%, las empleadas 35% y las obreras 7.1%.

El estado civil de la mayor parte de estas mujeres es estar casada 47%, seguidas por unión libre 32.7% y soltera 18.8%.

La escolaridad es de 49.2% para secundaria, 30.5% para preparatoria y 16.9% son las mujeres que llegan a cursar alguna carrera universitaria.

La religión predominante es la católica con 86.5% de las pacientes encuestadas, 7.1% para las cristianas y 3.8% de ellas no profesa ninguna religión.

En cuanto al lugar de procedencia, 69.5% de las encuestadas viven en el medio urbano y solo el 30.5%, se encuentran en el medio rural.

El número de hijos que prevalece es de, 2 hijos con un 31.6% del total de mujeres, 3 hijos (25.9%) y 1 hijo (12.4%).

72.5% de las mujeres bajo encuesta, se encuentran tipificadas como familia nuclear simple, 23.6% nuclear numerosa y 2.25% son familias nucleares.

Con respecto al ciclo evolutivo, encontramos 78.9% de las mujeres en etapa procreativa, 18.7% en etapa de dispersión y 2.25% en etapa constitutiva.

Dentro de los principales factores que intervienen en la aceptación de un método de planificación familiar encontramos los siguientes:

Factores sociales: Los factores que se presentan con mayor frecuencia y que parecen intervenir en la decisión de utilizar un método de planificación familiar, son: la educación influye significativamente para la aceptación de un método de planificación familiar con un 69.9%, la utilización de métodos anticonceptivos está influenciada su decisión por los conocimientos que les han transmitidos sus amigos o familiares con un 39.8%, las mujeres que consideran que la iglesia juega un papel determinante la decisión de utilizar algún método anticonceptivo es el 19.8%.

Factores culturales: 72.28% de las mujeres encuestadas consideran que la aceptación de métodos de planificación familiar es decisión de la mujer, excluyendo la opinión del hombre en la utilización de los mismos, seguido de que consideran que el numero de hijos deben tener es voluntad de Dios con un 16.5% por lo que no deben utilizar algún método, el 12.4% indicaron que les da vergüenza que sus amigos sepan que utilizan algún método anticonceptivo, las mujeres que aun piensan que no deben utilizar algún método por que su deber es darle hijos al hombre son el 10.9% y el 7.9% consideran que utilizar algún método anticonceptivo es pecado.

Mitos, tabúes y creencias: Estos son los principales factores que intervienen a la hora de elegir utilizar un método de planificación familiar, resaltando los siguientes:

- Existe aún el tabú de que las pastillas producen aumento de peso en las mujeres, respondiendo así el 63.2% de ellas.
- El 57.9% consideran que al utilizar método de planificación sufrirán melasma en algún momento, durante su utilización.
- Las mujeres en edad fértil (65.8%) consideran en base a las experiencias y rumores de las personas que han utilizado método de planificación familiar, que estos no funcionan y tienen tasas altas de fallas, sin considerar otros factores hayan influenciado su funcionamiento.
- El 57.5% de las mujeres encuestadas consideran que los hormonales inyectables producen trastornos en los ciclos menstruales que van de la amenorrea, oligomenorrea, hipermenorrea a la menorragia.
- En cuanto al dispositivo intrauterino, el 62% de las mujeres mantienen la idea de que este, se fibrosa dentro del útero o coloquialmente conocido como “se encarna”, siendo de los principales temores que manifiestan para contemplar utilizar un DIU.
- Las pacientes (52.3%) tienen la idea errónea de que el preservativo puede quedarse dentro de la cavidad uterina, por ello muchas no lo utilizan como método de planificación familiar.

Para una mayor aceptación en los métodos de planificación familiar, es necesario, a través de información adecuada, desmentir los mitos, tabúes y creencias que aún prevalecen actualmente, para con ello disminuir las tasas de embarazos no deseados y las relaciones sexuales insatisfactorias.

Con esto podemos darnos cuenta que aún hay muchos mitos, tabúes y creencias en nuestra población, los cuales limitan la utilización de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil siendo esto un grave problema, para lo cual debemos de implementar campañas de educación e información a toda la población para quitar esta barrera de falta información o mala información y lograr el impacto en la utilización de métodos anticonceptivos y de esta manera prevenir embarazos no deseados, complicaciones y muertes maternas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Castañeda-Sánchez O; Castro-Paz, LS; Lindoro - López KG. “Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México” Archivos de Medicina Familiar, 2008; 10(2): 37 - 41.
- 2.- Vázquez - Jiménez Msc AL; Suárez-Lugo N. “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana Cunduacán. Tabasco 2005”, 2006; 5(2): 8 - 25.
- 3.- Zavala-González MA; Correa-De la Cruz R; Posada-Arévalo SE; Domínguez-Llergo A; Barrojas-Sánchez J. “Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubarica bilateral postparto, en usuarias de una comunidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México” MED. UIS, 2009; 12 - 18.
- 4.- Haghenbeck - Altamirano FJ; Ayala-Yáñez R; Herrera-Meillon H. “Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad” Ginecol Obstet Mex 2012; 80(4): 276 - 284.
- 5.- Soriano-Fernández H; Rodenas-García L; Moreno-Escribano Dolores; Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones” Revista clínica de Medicina Familiar”, 2010; 206 - 216.
- 6.- Declaración de consenso: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Parteras (CIP), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional (USAID). “Planificación Familiar: Un componente esencial de la atención post-aborto”, 2009; 25: 1 - 4.
- 7.- Ashford- Lori; “Hay que garantizar una amplia variedad de opciones en la planificación familias” Bringing Information to Decisionmakers for Global Effectiveness, 2008; 1-4.
- 8.- Romero-Gutiérrez G; Soria Villanueva SO; Ponce de León AL; “Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados” ISSN-0300-9041, 2009; 77(11): 499 - 503.
- 9.- García Moreno J; Solano Saínos LM; “Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural” Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 205-214
- 10.- Quiroz-Díaz NA; Gil-Henríquez A; “Actitudes e información del varón relacionados a la aceptación de métodos anticonceptivos en zonas urbano – marginales de Trujillo” Revista de salud, sexualidad y sociedad; 2009; 1(4): 1- 8.
- 11.- Lara Vásquez C; “Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción” Revista Teoría y Praxis Investigativa 2008; 3(2): 66 - 72.

- 12.- Contreras-Vivas EA; Ferrer-Landero M; Rodríguez I; “Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela” *Revista Médica de Risaralda* 2012; 18(2): 112 - 115.
- 13.- Torriente - Barzaga N; Diego -Caballero D; Rizo-Vázquez AC; Menéndez-López LR; “Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana” *Revista Habanera de Ciencias Medicas* 2010; 9(4): 576 - 587.
- 14.- Herrero I; Sesin SE; Maidana MA; Cáceres SM; “Métodos anticonceptivos durante la lactancia: Revisión” *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2008; 178: 22 - 26.
- 15.- Somogyi L; Mora E; “Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora” *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2011; 71 (2): 118 - 123.
- 16.- Lugones-Botell M; Ramírez Bermúdez M; “Anticoncepción de emergencia en la adolescencia” *Rev. Cubana Pediatr* 2006; 78(2): 1 - 6.
- 17.- Swica Y; MD; MPH; “ El parche transdérmico y el anillo vaginal: dos nuevos métodos de contracepción hormonal combinada” *Obstet Gynecol Clin* 2009; 36(3): 31 - 42.
- 18.- Rodríguez-Oliver A; Presa-Lorite J; González-Paredes A; “Métodos Anticonceptivos Definitivos” *Actualización Obstetricia y Ginecología* 2010; 1 - 8.
- 19.- Fernández-Ramos H; Crespo-Estrada Y; Estrada-Astral IL; Rodríguez-Gutiérrez K; “Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional” *Rev. Arch Medico de Camagüey* 2008; 12(3): 12 - 24.
- 20.- Estrada F; Hernández-Girón C; Walker D; Campero L; Hernández-Prado B; Maternowska C; “ Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja” *Salud pública de México* 2008; 50(6): 472 - 481.
- 21.- Gil JF; “Conocimientos, actitudes y aceptación de los efectos secundarios del acetato de medroxiprogesterona en usuarias de un servicio de planificación familiar de Lima, 2005” *Revista Peruana de Epidemiología*, 2010 diciembre; 14(3): 216 - 223.
- 22.- Torres-Rodríguez M; González-Román P; “Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar” *Rev. fac.cienc.econ*, 2009; 17(2): 171 - 182.
- 23.- Navarro-Núñez C; Álvarez-González G; Tene -Pérez CE; Millán-Guerrero RO; Trujillo-

Hernández B; “Causas de no uso de métodos anticonceptivos posparto entre madres adolescentes” Ginecol Obstet Mex 2005; 73: 63 - 68.

24.- Tapia-Curiel A; Villaseñor-Farías M; Nuño-Gutiérrez BL; “Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios” Rev. med Inst Mex. Seguro Soc. 2008; 33 - 41.

25- Busquets CM; Preisler J; Poli C; “Mecanismos de acción de anticonceptivos orales ¿Cumplen los aco de bajas dosis con el objetivo de inhibir la ovulación?” Rev. Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (3): 242 - 248.

26.-Garcia-Hernandez E, Montoya-Manzano S, Manterola-Alvarez D, “Causas de aceptación y no aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto inmediato” Ginecol Obstet Méx 2000; 68(6): 254 - 258.

10. ANEXOS

ANEXO 1

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Puebla, Puebla a _____ de _____ del 2014.

Por medio de la presente autorización por mí:

_____.

Participo en el protocolo de investigación titulado: "Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en una clínica de primer nivel de atención"

Registro ante el Comité Local de Investigación y Ética en investigación en Salud
2104: _____

El objetivo del estudio es: Identificar las causas más frecuentes de no aceptación de método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva en la unidad de medicina familiar No. 11.

Por medio del presente declaro que se me ha informado acerca de mi participación en este estudio, que consiste únicamente en contestar unas encuestas que servirán para evaluarme de manera integral; se me ha dado la garantía de no correr ningún riesgo para la salud. Al finalizar dicho estudio el investigador me ha mencionado la posibilidad de que de ser necesario se me enviará a los servicios de medicina preventiva con la finalidad de ayudarme a conservar mi salud.

El investigador responsable se ha comprometido a resolver cualquier pregunta y/o a aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio que se me realizará, así como de los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente
ó representante legal

Dra. Elizabeth de la Vega Apanco
Matrícula 99221965 Cel. (044) 22247077
Investigador Responsable.

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

Número (s) telefónico (s) a los cuales pueden comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio:
044- 22-22-52-22-23 y 01(222) 246-13-60.

ANEXO 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Puebla

Este cuestionario es confidencial, los datos solo se utilizaran para la realización del estudio

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- No. de encuesta: _____

2.- NOMBRE: _____

3.- EDAD: _____

4.- LUGAR DE PROCEDENCIA: RURAL () URBANA ()

5.- ESCOLARIDAD: AÑOS ESTUDIADOS COMPLETADOS _____

6.- ESTADO CIVIL: SOLTERA () CASADA () UNIÓN LIBRE () DIVORCIADA/
SEPARADA () VIUDA ()

7.- OCUPACIÓN: ESTUDIANTE () COMERCIANTE () EMPLEADA ()
OBRERA () AMA DE CASA ()

8.- EN SU CASA SU FAMILIA ESTÁ CONFORMADA POR: MADRE () PADRE ()
ESPOSO/A () HIJOS () OTROS _____

EN EL CASO DE TENER HIJOS ESPECIFIQUE CUANTOS _____

GRUPO DE EDAD: MENORES DE 1 AÑOS _____ DE 1 A 5 AÑOS _____ DE 6 A 13
AÑOS _____ DE 13 A 20 AÑOS _____

9.- RELIGION: CATOLICA () TESTIGO DE JEHOVA () CRISTIANA ()
NINGUNA ()

10.- EN EL CASO DE TENER HIJOS ESPECIFIQUE CUANTOS _____

11.- ACTUALMENTE UD. VIVE EN: MI CASA _____ CASA DE MIS PADRES _____
CASA DE MIS HIJOS _____

ANEXO 3

POR SU PARENTESCO CON PARENTESCO

Nuclear

Nuclear simple

Nuclear numerosa

Reconstruida (binuclear)

Monoparental

Monoparental extendida

Monoparental extendida
compuesta

Extensa

Extensa compuesta

No parenteral

SIN PARENTESCO

Monoparental extendida sin
parentesco

Grupos similares a familias

Extensa descendente

Extensa colateral

CICLO EVOLUTIVO DE LA FAMILIA

I. Etapa Constitutiva

Fase preliminar (noviazgo)

Fase de recién casados (sin hijos)

II. Etapa procreativa

Fase de Expansión (crianza de los hijos)

- Nacimiento del primer hijo
- Familia con hijos preescolares

Fase de Consolidación y Apertura

- Familia con hijos escolares hijo >de 13 años
- Familia con hijos adolescentes hijo > 13 a 20 años

III. Etapa de Dispersión

Fase de desprendimiento: (separación del 1er. al último hijo).

IV. Etapa Familia Final

Fase de desprendimiento: (cónyuges nuevamente solos, etapa de jubilación o retiro)

Fase de disolución

- Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)
- Viudez (hasta la muerte del miembro restante)

ANEXO 4.

Encuesta sobre factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos Noruega 2004.

Factores Sociales.

Por favor anote cuales de las siguientes proposiciones son a su juicio son correctas.

Proposiciones	SI	NO
La iglesia juega un papel determinante en el uso de los anticonceptivos.		
Las personas que utilizan anticonceptivos actúan responsablemente.		
La educación influye en la decisión de usar anticonceptivos.		
Es correcto que el estado promueva el uso de los anticonceptivos.		
Solamente los pobres deben utilizar métodos anticonceptivos.		
¿Está influenciada su decisión por los conocimientos que le han transmitido sus amigos o familiares?		
El personal de la unidad de salud es discreto y confiable.		
Es correcto usar anticonceptivos aunque no estemos casados.		
¿Considera usted que la mujer es la responsable de que se produzca un embarazo?		
¿Considera usted que tanto el hombre como la mujer tienen responsabilidad en el embarazo?		
¿Considera usted que el hombre es el responsable de que se produzca un embarazo?		

Factores Culturales.

Por favor anote cuales de las siguientes proposiciones son a su juicio correctas.

Proposiciones	SI	NO
La utilización de métodos anticonceptivos es pecado.		
El marido tiene derecho a prohibirle a la mujer que use anticonceptivos.		
La mujer no debe planificar porque su deber es darle hijos al hombre.		
Hay que tener bastantes hijos para que ayuden en las labores domésticas.		
¿Estaría de acuerdo con que su hijo/a utilice métodos anticonceptivos?		
El número de hijos que debemos tener es voluntad de Dios.		
Le da vergüenza que sus amigos sepan que utiliza anticonceptivos.		
¿Considera usted que el hombre induce a la mujer al uso de métodos anticonceptivos?		
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la mujer?		
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión del hombre?		
¿Considera usted que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la pareja?		

Mitos, tabúes y creencias.

Por favor indique cuales de las siguientes proposiciones son a su juicio correctas.

Proposiciones	SI	NO
Las pastillas producen cáncer de la matriz.		
Las pastillas engordan a las mujeres.		
Las pastillas adelgazan a las mujeres.		
Las pastillas producen paño en la cara.		
A las mujeres que se operan se les descontrola la regla.		
El condón reduce el placer en las relaciones.		
Los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres.		
Los anticonceptivos no funcionan.		
Los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer.		
Los anticonceptivos eliminan el amor entre la pareja.		
Las mujeres salen embarazadas por error en el cálculo de los médicos.		
Los métodos anticonceptivos provocan abortos.		
Las inyecciones producen alteraciones en la regla.		
Todo el mundo se da cuenta de las mujeres que planifican.		
El aparato se encarna en la matriz de la mujer.		
El niño nace con las pastillas en el cuerpo.		
Con las inyecciones la sangre se acumula en el cuerpo de la mujer.		
La mujer que planifica es porque le es infiel al marido.		
Si el hombre se opera pierde la potencia sexual.		
El condón se le puede quedar adentro a la mujer.		
El personal de salud es indiscreto.		