

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 55
FRESNILLO, ZACATECAS.



FACTORES ASOCIADOS A LA ACEPTABILIDAD DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA MARÍA DE JESÚS MIRAMONTES DE LEÓN

FRESNILLO, ZACATECAS

Hospital General de
Zona I. F. No 2
Fresnillo, Zac



Defatura de Enseñanza
e Investigación

2005

m347017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FACTORES ASOCIADOS A LA ACEPTABILIDAD DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

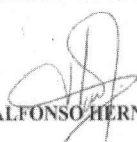
DRA. ANA MARIA DE JESÚS MIRAMONTES DE LEÓN

AUTORIZACIONES:


DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55 DE FRESNILLO, ZACATECAS.

UNIDAD DE ESPECIALIZACIÓN EN ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. JESÚS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
GUADALUPE, ZACATECAS.


DR. SERGIO VALENCIA SEGURA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2
FRESNILLO, ZACATECAS.

FRESNILLO, ZACATECAS

2005

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dra. Ana María de Jesús Miramontes de León

FECHA: 19 de Agosto de 2005

FIRMA: 

FACTORES ASOCIADOS A LA ACEPTABILIDAD DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. ANA MARÍA DE JESÚS MIRAMONTES DE LEÓN

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
3. JUSTIFICACIÓN.	12
4. OBJETIVOS:	13
4.1 Objetivo general.	13
4.2 Objetivos específicos.	13
5. METODOLOGÍA:	14
5.1 Tipo de estudio.	14
5.2 Población de estudio:	14
5.2.1 Población.	14
5.2.2 Lugar.	14
5.2.3 Tiempo.	14
5.3 Muestreo:	14
5.3.1 Tipo de muestra.	14
5.3.2 Tamaño de la muestra.	14
5.4 Criterios de selección:	15
5.4.1 Criterios de inclusión.	15
5.4.2 Criterios de exclusión.	15
5.5 Variables a recolectar:	15
5.5.1 Variable dependiente.	15
5.5.2 Variables independientes.	15
5.5.4 Operacionalización de variables.	16
5.6 Procedimientos para captar la información.	20
5.7 Consideraciones éticas.	21

6. RESULTADOS.	22
7. DISCUSIÓN.	31
8. CONCLUSIONES.	32
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	33
10. ANEXOS:	37
10.1 Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	37
10.2 Anexo 2. Carta de consentimiento informado.	38

1. ANTECEDENTES

La planificación familiar es una estrategia mundial para controlar el crecimiento demográfico en todas las naciones, ante esta situación se han generado desde políticas internacionales, hasta normas y programas locales que tienden cada día a mejorar la practica medica, especialmente en el escenario del primer nivel de atención.¹

En la práctica de la medicina familiar, el ejercicio de los elementos que integran la salud reproductiva resulta de gran importancia para el otorgamiento de los servicios y la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Por estas razones resulta conveniente precisar que la planificación familiar se basa en los principios de la elección informada y de la decisión voluntaria.²

En términos generales se ha señalado que el varón no parece tener interés en la planificación familiar, aun cuando existen estudios que demuestran que ambos miembros de la pareja están involucrados en la toma de decisiones vinculadas con la atención a la salud de su familia, sin embargo en estudios realizados en diversos países en desarrollo, han demostrado que los hombres influyen poderosamente en la toma de decisiones relacionada con la planificación familiar, en algunos casos como facilitadores, o en otros como obstáculos para la libre decisión de las mujeres.³

En los años 60, la población mundial crecía al ritmo más acelerado de la historia. En los países en desarrollo la población aumentaba a razón de 2.5 por ciento anual y representaba más del 70 por ciento de la población total del mundo. A ese ritmo se doblaría cada 27 años. En la actualidad la planificación familiar se ha puesto a disposición de casi todo el mundo en desarrollo. Si bien la población sigue creciendo, la tasa de fertilidad con el número de hijos que la mujer tendrá en el transcurso de su vida se verá disminuida. A

partir de los años 50, el aumento demográfico más elevado tuvo lugar en África, Asia (con exclusión de china) y en América Latina esa situación continúa.⁴

Las tasas de fecundidad comenzaron a declinar a medida que los hijos pasaron a ser más costosos y menos valiosos en términos económicos. Los cambios culturales y la mentalidad evolucionaron de forma paralela, permitiendo un descenso acompasado de la tasa de natalidad. En consecuencia, aunque la tasa de crecimiento de la población ha sido alta en Europa durante mucho tiempo, nunca ha alcanzado las características explosivas típicas de los actuales países subdesarrollados. En los países subdesarrollados la tasa de mortalidad desciende mucho más rápidamente que las tasas de natalidad y fecundidad ya que los avances en la medicina occidental se extiende y se aplica con facilidad mientras que los cambios culturales requieren más tiempo.⁵

Durante la administración del presidente Vicente Fox Quezada se sumarán a la población nacional al menos 7.7 millones de habitantes, lo que representa alrededor del 25 por ciento del crecimiento demográfico previsto para los próximos cincuenta años. De hecho, entre el año 2000 y el 2050 la población de México crecerá alrededor de 32 por ciento, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población, en tanto que durante la primera mitad del siglo XX duplicó su tamaño y durante la segunda mitad casi la cuadruplicó. El 80 por ciento del crecimiento demográfico mundial de las próximas décadas se producirá en los países en vías en desarrollo, mientras solo el 20 por ciento se deberá a los países desarrollados, debido a bajas tasas de crecimiento de las naciones europeas y norteamericanas, así como Japón y Australia. Será hasta dentro de 20 años cuando los países en desarrollo tendrán una tasa de crecimiento negativo. Las desigualdades de género tienen profundas implicaciones para el desarrollo y su costo es demasiado alto para continuar pagándolo. Una de las mas graves es la discriminación y la

violencia: una tercera parte de las mujeres ha experimentado violencia, y una gran parte tiene un limitado acceso a la información y a la salud; en términos de mortalidad materna, medio millón de mujeres al año mueren por atención deficiente del embarazo y el parto (es decir, una cada minuto), y 80 mil al año a causa de abortos practicados en malas condiciones.⁶

El éxito de los métodos de planificación familiar depende en gran parte de la intervención del gobierno que debe hacer de la planificación familiar una política de estado. Existe toda una gama de formas de planificación familiar que van desde la píldora, la esterilización femenina, los dispositivos intrauterinos y los métodos masculinos. Lo importante es asegurarse el acceso y conocimiento de estos medios lleguen a toda la población por medio de la educación. Un pueblo mas educado es conciente de la necesidad de planificar la familia.⁷

Para ejercer el derecho de decidir libre y responsablemente la oportunidad, el número y espaciamiento de los hijos, es necesario tener conocimiento de los métodos anticonceptivos y de su correcta utilización. No existe un método anticonceptivo ideal aceptado universalmente. Existe la posibilidad de elegir el método anticonceptivo adecuado para cada persona o pareja y en un momento determinado, cambiarlo a lo largo de la vida.⁸

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculados e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. Por lo general los jóvenes de uno y otro sexo están deficientemente informados acerca de cómo protegerse a

si mismo contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluidos el VIH/SIDA. Las madres adolescentes enfrentan riesgos superiores al grado de perder la vida por causas relacionadas con la maternidad, y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad.⁹

Mediante el suministro de información y orientación, los programas de planificación familiar pueden ayudar a los jóvenes a tomar decisiones sexuales responsables. Casi 1,000 millones de habitantes tienen entre 10 y 19 años de edad, esto representa un sexto de la población del mundo. En su mayor parte, la actividad sexual entre los jóvenes tiene lugar dentro del matrimonio. Una minoría de hombres y mujeres jóvenes no casados son sexualmente activos, en forma episódica e infrecuente. Por otra parte, la experiencia sexual premarital se ha vuelto común. En África las encuestas mostraron que a los 20 años de edad, término medio, 38% de las mujeres han tenido relaciones sexuales por primera vez antes del matrimonio. Se estima que en América latina y el Caribe ese promedio es del 28%. La mitad de todas las personas infectadas por el VIH se infectaron entre los 15 y 24 años de edad. Actualmente, aproximadamente un tercio de todas las personas con VIH tienen de 15 a 24 años de edad. Un embarazo involuntario a menudo apresura o hasta fuerza el matrimonio a temprana edad. En África y en América latina las adolescentes no casadas que dan a luz son comunes, en muchos países, un tercio de los nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años de edad corresponden a mujeres no casadas. Actualmente los países se ocupan más de ayudar a los jóvenes a mejorar su salud reproductiva. En 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas, como parte de una resolución más amplia en consideración del progreso alcanzado desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo, exhortó a los gobiernos a reconocer que "los adolescentes

sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios de salud especiales de planificación familiar” así como prevención de infecciones de transmisión sexual.¹⁰

La consejería en planificación familiar es un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra a tomar una decisión libre y responsable para actuar en consecuencia. La ley 100 del 93 dentro del Plan de Atención Básica plantea formalmente la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva. Esta circunstancia le exige particularmente el profesional superar la promoción y la información sobre métodos de planificación familiar y apropiarse conceptual y operativamente del proceso de la consejería en planificación familiar, lo que garantiza al usuario sus derechos de elección y de optima calidad en los servicios que demande.¹¹

La aceptabilidad son medidas comúnmente usadas para evaluar los métodos contraceptivos obteniendo las tasas de aceptación y de continuidad en el uso. La aprobación de un determinado método anticonceptivo se ve influenciado por numerosos factores.¹²

El control de la natalidad es una de las preocupaciones a lo largo de la historia, así como el interés por el problema de la superpoblación que ha existido desde los tiempos antiguos.¹³

La anticoncepción conocida como planificación familiar o control de natalidad, abarca toda una serie de métodos utilizados por parejas e individuos sexualmente activos con la finalidad de prevenir el embarazo. Así la planificación familiar implica la adopción voluntaria de alguna forma de anticoncepción con la finalidad de conseguir una maternidad y paternidad más responsable y el desarrollo de una sexualidad más plena. Las razones para utilizar las técnicas anticonceptivas van desde la opción personal de dejar de tener niños, de

no tenerlos nunca, o de aplazar el embarazo hasta la presencia de motivos médicos que pueden poner en peligro la salud de la madre o el feto.¹⁴

En la actualidad unos 80 países han adoptado programas de control de natalidad, la Organización Mundial de la Salud ha ayudado a organizar y fomentar los programas de planificación familiar.¹³

Los programas de planificación familiar idóneos ayudan al derechohabiente a tomar decisiones informadas y responsables a cerca de la reproducción y las prácticas anticonceptivas.¹⁵

Aunque en la actualidad los métodos de control de natalidad son numerosos y eficaces la súper-población y los embarazos no deseados continúan siendo un problema en muchas partes del mundo.¹³

El principio de la elección informada se centra en el individuo; (la elección informada se refiere a la decisión que pueden tomar las personas por si mismas), las decisiones de la gente refleja una variedad de influencias externas, así como factores indirectos. Se comenta que la decisión de si adoptar un método generalmente se toma antes de que se busque un método o un proveedor de servicios. El 80% refirió que ya tiene en su mente un método anticonceptivo y se tiene cierta información. En 26 países estudiados se comenta que tienen en mente el método anticonceptivo, el 46% con firma preferencia de determinado método.¹⁶

Hay un incremento de las tasas de aceptación de métodos modernos de planificación familiar, siendo la barrera de mayor peso para la accesibilidad de los métodos el estilo de vida, a diferencia de las económicas, funcionales o geográficas.¹⁷

El proyecto de estudio de la mujer, examinó las consecuencias del uso o no de planificación familiar en varios aspectos, estos son: la experiencia del embarazo y del

alumbramiento; la autoestima y autonomía; funciones domésticas y familiares; funciones comunitarias y sociales; trabajo y educación.¹⁸

Las defensoras de la salud de las mujeres opinan que el concepto de aceptabilidad es cambiante, como cambiante son las circunstancias de las mujeres.¹²

Un estudio realizado en México, se observó un alto porcentaje de rechazo a métodos anticonceptivos al DIU 73.3%, compuestos hormonales 60%, métodos de apoyo 83% y rechazo a todos los métodos 6.6%, en relación de las aceptantes de métodos anticonceptivos se observa entre las edades de 26 a 35 años, en donde existe mayor aceptación de métodos de DIU y hormonales el 10% y 20% respectivamente.¹⁹

La aceptación de método anticonceptivo, se tiene en su primera relación sexual, desconociendo la información de los métodos anticonceptivos o el conocimiento de uso de dichos métodos, en un 50%.²⁰

Hay estudios en que se refiere rechazo al método anticonceptivo, por temor a salir embarazadas, al cáncer, al embarazo y el producto sufrirá un daño, infinidad de temores desde el estado de salud, y disminución de la libido como rechazo de su pareja, religión, de mayor importancia menores de 25 y mayores de 35 años.¹⁹

En otro estudio se menciona que el factor personal, económico y social, no influye en la utilización del método anticonceptivo, se hace mención que el factor político es importante para la utilización de los métodos anticonceptivos.²¹

La aceptación del método anticonceptivo para la elección del mismo se ve influenciado por el proveedor de los servicios, ya que se sugiere sobre el método que se debe utilizar debido a la disponibilidad y eficacia, aceptando así las usuarias el método que se les indica, refiriéndose que las usuarias sienten temor expresar sus dudas no teniendo información sobre métodos anticonceptivos, o por influencia de su pareja.^{22,23}

En un estudio de CONAPO las principales características del perfil de los usuarios destacan que tres de cada cuatro son menores de 25 años. La mayoría son mujeres, sin embargo, la demanda ejercida por los varones es elevada, un amplio porcentaje de los usuarios son solteros. Los usuarios no han tenido hijos, un 70% muestra la importancia del servicio para planeación del primer hijo.²⁴

Es así como se tiene conocimiento que antes de 1964 eran muy pocas las mujeres que usaban un método anticonceptivo. La práctica anticonceptiva se incremento en forma importante entre 1976 y 1982, con un aumento anual de 3%, siguió un ritmo más lento en los años 80 con 1% anual y se reanimó entre 1987 y 1992 a 2% por año, y entre 1992 y 1997 el incremento es de 1% por año. El tipo de método ha cambiado en los últimos 25 años, según CONAPO, en el inicio del programa de planificación familiar, 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos empleaban pastillas, 23.3% métodos tradicionales y 18.7% DIU. En 1987 el uso de pastillas se redujo a la mitad y los métodos tradicionales pasaron al 14.7%; en cambio, la oclusión tubaria bilateral (OTB) aumentó de 8.9 % a 36.2%. Para 1977 las pastillas disminuyeron a un 10.2%, el DIU paso a 20.8% y la OTB incremento a un 44.7%. la vasectomía pasó de 0.6% en 1976 a 1.8%, aumentó 3 veces.⁴

Los principales motivos para la adaptación de métodos anticonceptivos en el puerperio fueron la paridad satisfecha (27.02%), la eficacia de métodos usados previamente (21.49%) y finalmente el consejo del ginecólogo y el médico familiar con 8.55% y 8.08%.

Las aceptantes y usuarias 1992-2001 en IMSS Solidaridad, en 1992 la meta fue de 1,488,100 y los logros fueron de 1,463,226, un 98.33%. En el 2001 las metas fueron de 1 478 232 y los logros de 1 422 482 obteniéndose un 96.23%. Activas en 1992, meta de

4058692 con un logro de 4 340 626, obteniéndose un 106.95%. En el 2001 la meta fue de 5 791 859 con un logro de 5 718 979, obteniéndose un 98.74%.¹²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México ha logrado en las últimas décadas avances importantes en materia de la planificación familiar, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, entre la población en edad fértil se ha incrementado notablemente, de 30.2% en 1976 a 68.7% en 1998, mientras que la tasa global de fecundidad descendió de 5.6 a 2.5 hijos por mujer, lo que ha contribuido a que el ritmo de crecimiento de la población sea más armónico.

El tipo de método ha cambiado en los últimos 25 años, según CONAPO, en el inicio del programa de planificación familiar, 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos empleaban pastillas, 23.3% métodos tradicionales y 18.7% DIU. En 1987 el uso de pastillas se redujo a la mitad y los métodos tradicionales pasaron al 14.7%; en cambio, la oclusión tubaria bilateral (OTB) aumentó de 8.9 % a 36.2%. Para 1997 las pastillas disminuyeron aún más a 10.2%, el DIU paso a 20.8% y la OTB se incremento a 44.7%. La vasectomía pasó de 0.6% en 1976 a 1.8%, aumentó 3 veces.

Las aceptantes y usuarias en 1992-2001 en IMSS Solidaridad, en 1992 se registro un 98.3%. En el 2001 desciende ligeramente a un 96.2%. Activas en 1992, se obtiene un 106.95%, con un descenso en el 2001 que alcanza un 98.74%.

De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2004 el uso de métodos anticonceptivos alrededor del 73% entre las mujeres unidas en edad fértil, cinco puntos porcentuales más que cuando era de 68.4 por ciento, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

Los programas de planificación familiar han incidido principalmente en la salud integral de la mujer, en el área reproductiva, han contribuido a reducir los riesgos de mortalidad asociados al parto, a reducir el número de embarazos sujetos a alto riesgo, a retrasar el primer hijo e incrementar los periodos de espaciamiento.

Uno de los principales factores asociados a la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos es la atención e información proporcionada por personal capacitado en forma completa, oportuna, veras a la población en general principalmente a las personas que se encuentran con vida sexual activa, y presencia de factores de riesgo y/o soliciten información.

Así mismo, no se tiene referencia de algún estudio realizado en la UMF No. 55, sobre la cobertura del programa de planificación familiar.

Solo conociendo estos aspectos se podría fundamentar el establecimiento de un módulo de información, educación y comunicación en la unidad para ampliar la cobertura de planificación familiar, para ampliar las capacidades de los individuos y lograr el pleno ejercicio del derecho que tienen las personas a decidir sobre el numero de hijos y su espaciamento, selección de los métodos anticonceptivos de acuerdo a sus necesidades, prevenir los embarazos no deseados de alto riesgo, la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el ejercicio responsable de la sexualidad.

En que la población acceda a información confiable en un ambiente personalizado, intima, confidencial y se permita que los usuarios formulen sus inquietudes desde el espacio de su elección y así incrementar la cobertura de métodos anticonceptivos a través de la canalización oportuna

Proponer alternativas de promoción y capacitación a todo el personal de salud sobre consejería.

Por lo que nos preguntamos:

¿Cuáles son los factores que se asocian a la aceptabilidad de un método anticonceptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 55 Fresnillo, Zacatecas?

3. JUSTIFICACIÓN

La prevalencia en la utilización de métodos anticonceptivos a nivel nacional, se ha ido incrementando de 30.2% en 1976, 68.7% en 1998 hasta 73% en el 2004. Así mismo los métodos han variado también, hace 25 años predominaban las pastillas 35.9%, DIU 18.7% , OTB 8.9%, vasectomía 0.6% y para 1997 fue de 10.2%, 20.8%, 44.7%, 1.8% respectivamente.

Esto ha condicionado la disminución de la tasa de fecundidad de 5.6 a 2.5 hijos por mujer en el mismo periodo. Además, una mejoría en la salud reproductiva.

Ello ha sido el resultado de políticas gubernamentales, a través de estrategias de difusión, educación, orientación y consejería en planificación familiar a la población en edad reproductiva.

En nuestra Unidad de Medicina Familiar se desconoce la prevalencia y los factores asociados a la aceptabilidad de método de planificación familiar, una vez conociéndolos será posible realizar estrategias para que sean plenamente aceptados por la población en edad reproductiva.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados a la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos, de las personas que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 Fresnillo, Zacatecas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la prevalencia de aceptabilidad de de los métodos anticonceptivos.

Determinar los métodos anticonceptivos utilizados.

Determinar si los factores:

- Sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico se asocian con la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos.
- Antecedentes gineco-obstétricos: gestaciones, partos, abortos y cesáreas se asocian con la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos.
- Servicios médicos: presencia de alguna enfermedad, información recibida de los métodos anticonceptivos, por quién fue otorgada la información de los métodos anticonceptivos, motivo de la decisión para aceptar método anticonceptivo se asocian con la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta Analítica (transversal, observacional, analítico, retrospectivo).

5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

5.2.1 POBLACIÓN:

Población de 14 a 49 años de edad con vida sexual activa.

5.2.2 LUGAR:

Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 de Instituto Mexicano del Seguro Social de Fresnillo, Zacatecas.

5.2.3 TIEMPO:

De junio a diciembre del 2003

5.3 MUESTREO:

5.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Muestra no probalística, por conveniencia, del 16 de abril al 20 de mayo del 2003, las entrevistas se captaron cuando acudieron las personas a la Unidad de Medicina Familiar No. 55 Fresnillo, Zacatecas.

5.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQ}{d^2} = \frac{(1.96)^2 (0.05)(0.05)}{(0.05)^2} = 384$$

Donde:

Valor de Z es la confianza de obtener el valor verdadero del parámetro P en el 95% de las veces que se realicen muestras repetidas independientes (IC = 95%, Z = 1.96).

Valor de P es la proporción de observaciones que se espera obtener en una categoría la consideramos $P = 0.5$.

Valor de Q es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a $1-P$, lo consideramos $1-0.5 = 0.5$

Valor de d es el margen de error aceptado, establecimos en el 5%: $d = 0.05$.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Personas de 14 a 49 años con vida sexual activa, Independientemente del sexo y de utilizar o no algún método anticonceptivo.

5.4.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Personas que no acepten participar en el estudio.

Mujeres de 14 a 49 años de edad con histerectomía.

Mujeres de 14 a 49 años de edad con menopausia temprana.

5.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

5.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Aceptabilidad de método anticonceptivo.

5.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Religión.

- Enfermedad.
- Información de los métodos anticonceptivos.
- Por quien obtuvo la información.
- Método anticonceptivo utilizado.
- Se le proporcionó información del método anticonceptivo aceptado.
- Porque aceptó el método anticonceptivo.
- Antecedentes gineco-obstétricos: (número de gesta, partos, abortos, cesáreas, óbitos).
- Paridad satisfecha.

5.5.3 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

Dependiente:

❖ Nombre: Aceptabilidad de método anticonceptivo.

Definición conceptual: Decisión para la utilización de un método anticonceptivo.

Definición operacional: Uso de los métodos anticonceptivo en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si, No.

Independientes.

❖ Nombre: Edad.

Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el

instante que se estima en la existencia de una persona.

Definición operacional: Años cumplidos en el momento de la encuesta del entrevistado, o la edad que refiere de su pareja.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: 14 a 18, 19 a 24, 25 a 35 36 a 49

❖ Nombre: Sexo.

Definición conceptual: Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en el proceso de producción. A través de esta diferencia por la que existen machos y hembras, una especie puede cambiar de forma constante su formación genética y dar lugar a descendiente con genes distintos. Algunos de estos descendientes llegan adaptarse mejor a las posibles variaciones del entorno.

Definición operacional: Registro del sexo en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Femenino, masculino.

Nombre: Estado civil.

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Estado civil en que se encuentra en el momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Casado, Unión libre, madre soltera, divorciada, viuda, separada.

❖ Nombre: Escolaridad.

Definición conceptual: Nivel máximo de estudio alcanzado, a través de la enseñanza de habilidades directamente relacionadas con la preparación para una profesión o actividad laboral concreta, incorporado en el proceso educativo aspectos teóricos y prácticos.

Definición operacional: Estudios realizados en el momento de la entrevista.

Escala de medición: Ordinal.

Categorías: Sin estudios, primaria incompleta, primaria, secundaria, preparatoria y profesional.

❖ Nombre: Ocupación.

Definición conceptual: Empleo oficio de desempeño una persona.

Definición operacional: Empleo que desempeña en el momento de la entrevista.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Obrero, empleado, comerciante, profesionista.

❖ Nombre: Religión

Definición conceptual: Conjunto de creencias a cerca de una divinidad.

Definición operacional: Religión practicada en el momento de la entrevista.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Católica, cristiana, evangélica, testigo de Jehová.

❖ Nombre: Antecedentes gineco-obstetras. (Gesta, para, aborto, cesáreas, múltipara).

Definición conceptual: Toda mujer que haya presentado un embarazo, parto, cesárea, aborto.

Definición operacional: Número de embarazos, partos, cesáreas, abortos en el momento de la encuesta.

Escala de medición: De razón.

Categorías: ---

❖ Nombre: Información sobre métodos anticonceptivos.

Definición conceptual: Transmisión o adquisición de conocimientos.

Definición operacional: Información que se tenga de los métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta. Indicación del método, efectos colaterales.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si, No.

❖ Nombre: Fecundidad satisfecha.

Definición conceptual: Decisión voluntaria del tamaño de la familia, indicación médica y retardo mental.

Definición operacional: Decisión en el número de sus hijos.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si, No.

❖ Nombre:	Método anticonceptivo utilizado.
Definición conceptual:	Métodos usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir un embarazo. (Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente).
Definición operacional:	Registrar el método que se utilice en el momento de la entrevista.
Escala de medición:	Nominal.
Categoría:	OTB, Vasectomía, DIU, HO, HI, preservativos, Locales, otros.

5.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN:

Posterior a la autorización del protocolo por el Comité de Local de Investigación del HGZ No. 2 de Fresnillo, Zacatecas, a partir del mes de junio a diciembre del 2003 se encuestaron a personas con o sin método anticonceptivo, los datos se capturaron en una base de datos del programa de Excel para su análisis en el programa estadístico SPSS ver 9.0, posteriormente se utilizó estadística descriptiva y se determinó la media y desviación estándar para variables cuantitativas, porcentaje para las variables cualitativas. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se utilizó razón de momios con su intervalo de confianza en un 95%, y la prueba de chi cuadra o exacta de fisher, para la significancia estadística, considerando el valor de “p” menor de 0.05.

5.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio no contraviene con las disposiciones y normas éticas emitidas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000 (asamblea mundial). Así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Se solicitó el consentimiento informado y se guardará la confidencialidad de los datos de cada uno de los participantes.

6. RESULTADOS

De los 384 derechohabientes estudiados, 363 (94.5%) fueron mujeres y 21 (5.5%) hombres (Cuadro 1), cuyas edades oscilan entre 17 y 49 años, con una media de 27.6 y desviación estándar de 6.6.

El estado civil de la mayoría fue casados con 284 (74.7%), seguida de la unión libre con 65 (16.9%); en cuanto a la ocupación predominó el 69% (n = 265) que se dedican al hogar y los empleados 20.8% (n = 80); escolaridad primaria en el 43.2% (n = 166) y la secundaria con 34.1% (n = 131) fue el mayor número; con estado actual de salud clínicamente sanos predominaron con 347 (90.4%). (Cuadros 2 al 5)

La prevalencia de aceptación de métodos anticonceptivos en la muestra estudiada fue del 87%. La información sobre métodos anticonceptivos fue proporcionada por el sector salud a 327 (85.2%), quienes no tenían absolutamente nada de información fueron 28 (7.3%); quienes recibieron información del método anticonceptivo y lo aceptaron fueron 356 (92.7%), el método con mayor aceptación fue el DIU en el 53.4% (n = 205), siguiendo los hormonales inyectables con el 12% (n = 46), la oclusión tubaria bilateral en el 9.6% (n = 37); el motivo para la aceptación del método anticonceptivo predominó la decisión personal en 261 (41.9%), independientemente de motivos de de salud, económicos, trabajar, etc. (Cuadros 6 al 9)

De las características gineco-obstétricas de las personas encuestadas, con una y dos gestaciones fueron el 69.3%, con uno y dos partos el 57%, con antecedente de cesárea el 39.8%, y con antecedente de aborto el 6.8%. 8Cuadros s en los derechohabientes con dos gestas 3 en el 5.4% (136), también con predominio de las que presentaron un parto en 114 (29.7%). (Cuadros 10 al 13)

Los factores con asociación estadísticamente significativa a la aceptación de planificación familiar fueron: la edad de 20 a 35 años con razón de momios (RM) de 2.89, con intervalo de confianza del 95% (IC95%) de 1.45 a 5.67, valor $p < 0.001$; el tener información de los métodos anticonceptivos RM 6.10, IC 95% de 2.49-14.86, $p < 0.001$; la fuente de información impartida por el sector salud RM 2.89, (IC95%) con 1.38 a 6.01 valor $p = 0.001$. Como factores protectores fueron no contar con información del método aceptado (RM 0.00) IC 95% 0.00 – 0.1, $p < 0.0001$; el motivo de la aceptación del método por decisión personal RM (0.00) IC 95% 0.00 – 0.02, $p < 0.001$.

En relación a los factores asociados a la aceptabilidad de métodos anticonceptivos sin significancia estadística se presentó en los derechohabientes unidos RM 2.89 IC 95% de 1.15 a 7.11 $p = 0.157$ en base a los eventos obstétricos predominó con cesárea (RM 1.70), IC 95% 0.86 – 3.39 valor $p = 0.10$). (Cuadro 14).

Cuadro 1.
Sexo de los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55, 2003

Sexo	Número	%
Masculino	21	5.5
Femenino	363	94.5
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 2.
Estado civil de los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Estado civil	Número	%
Casada	287	74.7
Unión libre	65	16.9
Madre soltera	16	4.2
Divorcio	7	1.8
Viudez	1	0.3
Separada	4	1.0
Soltero	4	1.0
Total	384	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 3.
Ocupación de los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Ocupación	Número	%
Hogar	265	69.0
Obrero	21	5.5
Empleado	80	20.8
Comerciante	5	1.3
Profesionista	11	2.9
Pensionado	2	0.5
Total	384	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 4.
Escolaridad de derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Escolaridad	Número	%
Sin estudio	1	.3
Primaria incompleta	14	3.6
Primaria	166	43.2
Secundaria	131	34.1
Preparatoria	28	7.3
Carrera técnica	23	6.0
Profesionista	19	4.9
Estudiante	2	0.5
Total	384	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 5.
Presencia de enfermedad en derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Enfermedad	Número	%
Enfermo	37	9.6
Clínicamente Sano	347	90.4
Total	384	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 6.
Información sobre métodos anticonceptivos en derechohabientes encuestados en la UMF No. 55, 2003

Información del MAC	Número	%
Si	356	92.7
No	28	7.3
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 7.
Fuente de información sobre métodos anticonceptivos en derechohabientes encuestados de la UMF No. 55., 2003

Fuente de Información	Número	%
No recibió	28	7.3
Sector Salud	327	85.2
Radiodifusión	1	0.3
Televisión	12	3.1
Familiares	9	2.3
Vecinas	1	0.3
Escuela	6	1.6
Total	284	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 8.
Uso de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta en derechohabientes en la UMF No. 55. 2003

Métodos	Número	%
Sin Método	50	13.0
OTB	37	9.6
DIU	205	53.4
H. oral	19	4.9
H. Inyectable	46	12.0
Preservativos	22	5.7
Vasectomía	3	0.8
Locales	2	0.5
Total	384	100.0

Fuente: encuestas

Cuadro 9.
Motivos para la aceptación de métodos anticonceptivos en los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Porque acepta MAC	Número	%
No aceptantes	53	13.8
Para espaciar embarazos	58	15.1
Por aspectos económicos	55	14.3
Por enfermedad	10	2.6
Decisión personal	161	41.9
Malformaciones congénitas	8	2.1
Paridad Satisfecha	31	8.1
Por Trabajar	3	0.8
Otros	5	1.3
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 10.
Gestaciones en los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Gesta	Número	%
Ninguno	8	2.1
Uno	130	33.9
Dos	136	35.4
Tres	67	17.4
Cuatro	29	7.6
Cinco	10	2.6
Seis	1	0.3
Siete	2	0.5
Ocho	1	0.3
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 11.
Partos de los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Partos	Número	%
Ninguno	101	26.3
Uno	114	29.7
Dos	105	27.3
Tres	35	9.1
Cuatro	21	5.5
Cinco	4	1.0
Seis	1	0.3
Siete	3	0.8
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 12.
Cesáreas en los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55. 2003

Cesáreas	Número	%
Ninguna	231	60.2
Una	106	27.6
Dos	39	10.2
Tres	7	1.8
Cuatro	1	0.3
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 13.
Abortos en los derechohabientes encuestados en la UMF No. 55, 2003

Abortos	Número	%
Ninguno	358	93.2
Uno	23	6.0
Dos	3	0.8
Total	384	100.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 14.

Factores asociados a la aceptabilidad de métodos anticonceptivos en derechohabientes de la UMF No. 55 Fresnillo, Zacatecas. 2003

Factores	Aceptación de MAC		RM	IC95%	Valor de P*
	Si	No			
Sexo					
Masculino	18	3	1.00	-----	-----
Femenino	315	48	1.09	0.25 - 4.1	0.749
Edad					
19 y < y > 36	57	19	1.00	-----	-----
20-35	276	32	2.88	1.45 - 5.67	0.000
Estado civil					
No unidos	23	9	1.00	-----	-----
Unidos	310	42	2.89	1.15 - 7.11	0.157**
Ocupación					
Trabaja	97	22	1.00	-----	-----
Hogar	236	29	1.37	0.74 - 2.53	0.278
Escolaridad					
Secundaria y menos	273	39	1.00	-----	-----
Preparatoria y más	60	12	1.47	0.65 - 2.97	0.347
Religión					
No católica	48	3	1.00	-----	-----
Católica	316	17	1.16	0.26 - 4.43	0.816
Enfermedad					
Enfermo	33	4	1.00	-----	-----
No Enfermo	300	47	0.77	0.22 - 2.43	0.641
Información de MAC					
No	16	12	1.00	-----	-----
Si	317	39	6.10	2.49 - 14.86	0.000
Fuente de información					
Otros	42	15	1.00	-----	-----
Sector Salud	291	36	2.89	1.38 - 6.01	0.001
Información en AMA⁺					
No	40	51	1.00	-----	-----
Si	293	0	0.00	0.00 - 0.01	0.000

Motivo de AMA⁺⁺					
Diversas causas	141	0	1.00	-----	0.000
Decisión personal	192	51	0.00	0.00 - 0.02	0.000
Gesta					
4 +	38	5	1.00	-----	-----
0- 3	295	46	0.84	0.28 - 2.39	0.734
Partos					
No. Partos	26	3	1.00	-----	-----
No. Partos	307	48	0.74	0.17 - 2.70	0.627
Cesáreas					
No	195	36	1.00	-----	-----
Si	138	15	1.70	0.86 - 3.39	0.1022
Abortos					
No	313	45	1.0	-----	-----
Si	20	6	0.48	0.71 - 5.88	0.1274

Fuente: Encuestas.

* Prueba X^2 .

** Prueba exacta de Fisher.

⁺MAC Método Anticonceptivo

⁺⁺AMA Aceptación de Método Anticonceptivo

7. DISCUSION

En nuestro estudio se encontró asociado a la aceptabilidad de un método anticonceptivo en las casadas, al igual que en otros estudios,^{1,12} esto puede ser por que en el matrimonio las relaciones sexuales son más frecuentes y en las no casadas son ocasionales.

En relación a la ocupación en nuestra investigación se encontró que es más aceptado por la mujer que se dedica a las labores del hogar, datos opuestos a los encontrados en otras investigaciones donde aceptan más el método las mujeres que laboran fuera del hogar,¹ este dato se refleja tal vez, porque acude más a la consulta externa de la UMF No. 55 la madre dedicada al hogar.

En nuestro estudio la información sobre los métodos anticonceptivos proporcionada por el sector salud fue muy similar al reportado en otras investigaciones,¹² esto tal vez se deba a que nuestro estudio fue realizado en las personas que acudieron a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar y refleja que se está proporcionando una información adecuada sobre metodología anticonceptiva a la población que asiste a la Unidad.

El tipo de método anticonceptivo de mayor aceptación fue el DIU, en comparación con otros estudios donde su aceptación fue la mitad en relación con el nuestro. En esos estudios con mayor preferencia es el método definitivo, OTB, en nuestro estudio la aceptación de este método fue mínima. Muy semejante la aceptación con nuestro estudio a otras investigaciones es el hormonal.^{9,12}

La aceptación de método anticonceptivo en mujeres con uno a dos embarazos es mayor, muy semejante a los resultados obtenidos en otras investigaciones.¹² Lo que nos refleja que en la actualidad existe mayor promoción de la metodología anticonceptiva, lo que lleva a planear el número de hijos deseados.

8.- CONCLUSIÓN

La prevalencia de la utilización de metodología anticonceptiva del 87%, los factores asociados a la aceptabilidad de métodos anticonceptiva fueron la edad entre 25 y 35 años, tener información sobre metodología anticonceptiva y que esta información sea proporcionada por el personal de salud.

Sin embargo la población que se encuentra descubierta, es la etapa de los adolescentes y mayores de 35 años, estos dos grupos de edad nos deben preocupar por presentar alto riesgo ginecoobstétrico y en las adolescentes además los embarazos no deseados, obligándolos a abandonar los estudios, formar una familia o incrementar las filas de madres solteras.

Una información permanente de orientación sexual en las escuelas e información masiva podría incrementar la aceptación de los métodos anticonceptivos, con énfasis en lo que corresponde a consejería y seguimiento a la atención de los adolescentes. Se ha observado que para la solicitud de métodos anticonceptivos 3 de cada 4 usuarios son menores de 25 años. La demanda ejercida por los varones es elevada (34.4%), amplio porcentaje de usuarios son solteros, en un 70% de los usuarios no ha tenido hijos. Lo que nos indica la importancia de este servicio para la planeación del primer hijo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Arreguin R. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva. Arch Med Fam 2004; 6 (1): 8-10
2. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Planificación Familiar y Salud Reproductiva: Logros y metas. Arch Med Fam 2000, 1(1):1-9.
3. Lozano-Treviño LR, Hacia un nuevo enfoque en la Salud Reproductiva ¿Los varones, sector olvidado? Arch Med Fam 1999; 1 (4): 97-98.
4. Abú C. La población mundial: cuestión importante del milenio, Cuestiones Mundiales. (Sitio en Internet). Disponible en URL:
<http://usinofa.state.gov/journals/itgic/0998/ijgs/gj-5.htm>. Acceso el 30 octubre 2004).
5. La transición demográfica. (Sitio en Internet). Disponible en URL:
<http://www.eumed.net/cursecon/2/transicion.htm>. Acceso el 15 junio 2003).
6. Informes anuales del CONAPO y el FNUAP 19 septiembre 2000. (Sitio de Internet). Disponible en URL:
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/boletin2000septiembre4htm>. Acceso el 24 julio 2003.
7. Otras Alternativas. (Sitio en Internet). Disponible en URL:
http://www.usfq.edu.ec/1PROFESORES/hoeneisen/Ecuador_2050/poblacion.htm. Acceso el 24 julio 2003.
8. Foro mundial de Salud Reproductiva: Biblioteca: Población y Planificación Familiar. (Sitio en Internet). Disponible en URL:

- http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/_Spanish/pop/topic01span.html. Acceso 15 septiembre 2003.
9. Edwards M. Libre determinación sexual y de procreación. La nueva Educación Sexual del Estado: Santiago, Chile; 2004.
 10. Porque es importante la Planificación Familiar. Population Report. (Sitio en Internet). Disponible en URL:
<http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj49/j49chap7.shtml>. Acceso el 22 octubre 2004.
 11. La consejería en los Programas de Planificación Familiar. (Sitio en Internet). Disponible en URL: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/conserjer.html>. Acceso el 15 agosto 2004.
 12. CONAPO. Veinticinco años de Planificación Familiar en México. Encuesta Nacional de Planificación Familiar, CONAPO México 1999 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, INEGI México 1999. (Sitio en Internet). Disponible en URL: <http://conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdf>. Acceso el 20 octubre 2003.
 13. Barranco Castillo E. Información sexología, Planificación Familiar y perspectivas de las mujeres. (Sitio en Internet). AL-GARAIA Sociedad de Sexología. Disponible en URL: <http://www.algaraia.org/info/planif/pag.3>. Acceso el 23 septiembre 2004.
 14. Medicina 21. "Elección de un método anticonceptivo". (Sitio en Internet). Medicina XXI Comunicación en Internet. Disponible en URL:
<http://www.medicina21.com/doc.php?apartat=Dossier&id=1683>. Acceso el 15 noviembre 2003.

15. Alvarado-Duran A. Anticoncepción en México. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70:227-235.
16. The Association for Voluntary Surgical Contraception. *Consejería en Planificación Familiar y Esterilización Voluntaria*. New York, NY: Edit. The Association for Voluntary Surgical Contraception; 1994. p. 2-6.
17. The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. La toma de decisiones sobre la planificación familiar. Publicación del Population Information Program Center for Communication Programs. (Sitio en Internet) Disponible en URL:
<http://www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1fprh/1counsel/html/cu0a903s/cu0a903s.pdf> . Acceso el 24 septiembre 2003.
18. De la Quintana C, Gretzel J. Promotores de Salud de Sexo Masculino. La Paz Bolivia PROSALUD (Sitio en Internet). Disponible en URL: <http://www.fhi.org>. Acceso el 12 junio 2004.
19. Villaseñor-Morales J. Factores de rechazo a los métodos temporales de planificación familiar. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco; 2004. p. 124-9.
20. Hospital General Manuel Gea González. Programa de embarazo en adolescentes. Secretaría de Salud Subdirección de Ginecología Obstetricia; 2001.
21. Cuellar-Aguilar NB, Quiroz-Gallegos E. Factores que influyen en la utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva. Universidad Autónoma de Nuevo León. Disponible en URL: <http://www.uanl.mx/publicaciones/rspyn/especiales/imss2/028.htm>. Acceso el 8 septiembre 2003.

22. Trottier DA, Tellería P. Aceptabilidad de Métodos Anticonceptivos Reversibles.
Disponibile en URL: <http://reservoir.org/sp/bolivias/bolabss37.html>. Acceso el 26
Febrero 2003.
23. Tellería P, Trottier DA. Aceptabilidad de métodos anticonceptivos reversibles.
Disponibile en URL: <http://reservoir.fhiorg/spBolivia/bolabss46.html>. Acceso 15
octubre 2003.
24. VI Aniversario de Planificatel. (Sitio en Internet). Disponible en URL:
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/12/boletin2004.htm>. Acceso 25 septiembre
2004.

10. ANEXOS

11.1 Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.. 55 FRESNILLO, ZAC.
"FACTORES ASOCIADOS A LA ACEPTABILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS"

Hoja de recolección de datos

Fecha _____

Folio _____

1.- Sexo 1) Masculino 2) Femenino 2.- Edad _____

3.- Estado Civil:

1) Casada ___ 2) Unión Libre ___ 3) Madre Soltera ___ 4) Divorcio ___

5) Viudez ___ 6) Separada ___ 7) Soltero ___

4.- Ocupación

1) Hogar ___ 2) Obrero ___ 3) Empleado ___

4) Comerciante ___ 5) Profesionista ___ 6) Pensionado ___

5.- Escolaridad

1) Sin estudio ___ 2) Prim. Incompleta ___ 3) Primaria comp. ___ 4) Secundaria ___

5) Preparatoria ___ 6) Carrera técnica ___ 7) Profesionista ___

6.- Religión

1) Católica ___ 2) Cristiana ___ 3) Evangélica ___ 4) Testigo de Jehová ___ 5) Ninguna

7.- ¿Se encuentra enfermo? 1) Si ___ 2) No ___ ¿de que? _____

8.- Tiene información de los métodos anticonceptivos 1) Si ___ 2) No ___

Por quien la obtuvo 1) Sector Salud ___ 2) Radiodifusión ___ 3) Televisión ___

4) Familiares ___ 5) Vecinas ___ 6) Escuela ___

9.- Acepto método anticonceptivo 1) Si ___ 2) No ___

10.- ¿Que método anticonceptivo acepto? 1) OTB ___ 2) DIU ___ 3) HO. ___ 4) HI ___

5) Preservativo ___ 6) Vasectomía ___ 7) Locales ___ 8) Subdermico ___

11.- Recibió información del método que acepto 1) Si ___ 2) No ___

12.- Por que acepto el método anticonceptivo

1) Espaciar los embarazos ___ 2) Económico ___ 3) Enfermedad ___ 4) Decisión ___

5) Malformaciones congénitas ___ 6) Paridad Satisfecha ___ 7) Por trabajar ___ 8) Otros ___

13.- Antecedentes Gineco-obstétricos

1) Gesta ___ 2) Partos ___ 3) Cesáreas ___ 4) Abortos ___

11.2 Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZAC.
ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para participar en el proyecto de investigación sobre: "Factores que condicionan la aceptabilidad de un método anticonceptivo en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 55 Fresnillo, Zacatecas".

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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 de la Institución.

El investigador principal 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 manejados en forma confidencial.

Fresnillo, Zacatecas a ____ de _____ del año ____.

Dra. Ana María de Jesús Miramontes de León
Investigador

Firma del derecho habiente

Testigo

Testigo