



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58

PREFERENCIA DE METODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES
EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA UMF 65

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. OSCAR DELGADO ARELLANO

TLANEPANTLA ESTADO DE MEXICO 2007



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.

**PREFERENCIA DE METODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA DE LA UMF 65**

PRESENTA

DR. OSCAR DELGADO ARELLANO

AUTORIZACIONES

**DRA. MARIA DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No 58
ASESORA DE TESIS**

**DRA. SILVIA LANGRAVE IBAÑEZ
ASESORA METODOLOGICA DE TESIS
COORDINADORA DE LA BIBLIOTECA "DR. JOSE LAGUNA GARCÍA"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.**

**DR. MARGARITO DE JESUS DE LA TORRE LOPEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 58**

TLANEPANTLA ESTADO DE MEXICO 2007

**“PREFERENCIA DE METODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA DE LA UMF 65”**

PRESENTA

DR. OSCAR DELGADO ARELLANO

Autoridades del Departamento de Medicina Familiar, UNAM

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

INDICE

Pàg.

1.	Marco teòrico	1
1.1.	Antecedentes	1
1.1.1	Historia de la anticoncepción	1
1.1.2	Historia del implante anticonceptivo	3
1.1.3	Breve síntesis de la salud reproductiva	4
1.1.4	Salud reproductiva	4
1.1.4.1	Atención a la salud reproductiva	4
1.1.4.2	Derechos reproductivos	5
1.1.4.3	Programa de Salud Reproductiva	5
1.2	Planificación Familiar en México	6
1.2.1	La Medicina Familiar en México y en el mundo	7
1.2.2	Perfil profesional del Medico Familiar en México	9
1.2.3	La Medicina Familiar: Concepto y filosofía	11
1.2.4	Perfil profesional del Medico Familiar en México	12
1.3	Planteamiento del problema	14
1.4	Justificación	15
1.5	Objetivos	16
2.	Material y métodos	17
2.1	Tipo de estudio	17
2.2	Diseño de investigación del estudio	17
2.3	Población, lugar y tiempo	17
2.4	Muestra	17
2.5	Criterios de inclusión y exclusión	17
2.6	Variables	18
2.7	Definición conceptual	18
2.8	Diseño estadístico	18
2.9	Instrumento de recolección de datos	19
2.10	Método de recolección de datos	19
2.11	Maniobras para controlar sesgos	19
2.12	Cronograma	20
2.13	Recursos humanos, materiales y físicos	21
2.14	Consideraciones éticas	21
3.	Resultados	22
4.	Gráficas	28
5.	Discusión	56
6.	Conclusiones	59
	Referencias bibliográficas	60

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 HISTORIA DE LA ANTICONCEPCION.

El marco histórico permite conocer la evolución de la anticoncepción, la primera referencia escrita sobre uso de espermaticidas, data de los papiros egipcios¹ del año 1850 a.C. a lo largo de estos siglos se han utilizado con este fin sustancias diferentes, por ejemplo:

- miel y carbonato sódico natural
- Estiércol animal (elefante o cocodrilo)
- Agua y vinagre
- Agua y limón
- Aceites soluciones jabonosas.

Como se menciona en el Papiro de Petri², en 1850 a.C. se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.

En el papiro de Ebers³ hay una receta que dice “para que una mujer deje de concebir durante uno, dos o tres años, tómense brotes de acacia, tritúrense con miel e introdúzcase en la vulva un lienzo empapado con la maceración” si esto se analiza se puede ver, su fundamento: los brotes de acacia exudan hidratos de carbono polimerizados, cuando fermentan desprenden anhídrido láctico que forma ácido láctico, sustancia que destruye los espermatozoides. En dicho papiro también se describen el uso de hilas de lino impregnadas en un jugo ácido como medio contraceptivo.

La primera referencia griega sobre la anticoncepción se encuentra en el libro de Aristóteles Historia de Animalium², del siglo IV a.C., que decía: algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en donde cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo”.

La mención más antigua en un texto chino es de Sub Ssu Mu.² “tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre”.

Uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI. Es el preservativo como “una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada para evitar la transmisión de la sífilis³”.

El origen de la palabra “condón” es desconocido; una de las teorías favoritas es que se llama así por el nombre de su inventor, el Sr. Condón o Contón, un cortesano de Carlos II; otros evocan la etimología latina condes, que para los romanos significa receptáculo. Se ha escrito que algún trabajador de algún matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un

animal lo protegían contra la infección. En la obra de Falopio se describe el uso del condón como medio preventivo para enfermedades de transmisión sexual (sífilis), aunque existen otras teorías sobre el origen de esta vaina. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de calidad aún mediocre y poco práctico. En 1930, con el desarrollo de látex, aparece el nuevo preservativo, más fino y más sólido².

El diafragma parece remontarse a tiempos muy antiguos. En el siglo XVIII, Casanova recomendaba la colocación en el fondo de la vagina de la mitad de un limón exprimido cuyo jugo tenía la “reputación” de actuar como espermaticida. En 1882, el doctor C Hasse^{1, 2} comunicó la primera definición detallada del diafragma moderno.

Eran conocidos desde la antigüedad los espermaticidas y su desarrollo comenzó cuando en 1677 por Van Leewenhock², Spallanzi descubrió que el pH de una solución de semen se disminuía al agregar vinagre, y como consecuencia, los espermatozoides perdían su eficacia. El primer paso de avance en relación con el desarrollo de los espermaticida se manifestó en 1885 cuando el inglés Walter Rendel descubrió el primer óvulo anticonceptivo sobre la base de manteca de cacao y quinina.

En el Hadith³ se menciona el coitus interruptus sin condenarlo y en las escrituras del Santo Profeta, posteriores al Corán, está descrito con las siguientes palabras: “Si ésta práctica hubiera sido perjudicial, habría dañado a los romanos y los persas”. Sin embargo el profeta prohibió su uso si la mujer no consentía practicarlo y en ciertas sociedades orientales no se utiliza.

En 1932 Ogino en Japón y en 1933 Knauss en Australia^{2, 3}, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que si se evita la relación sexual en los días fértiles podría regularse la natalidad. El método de la temperatura basal fue establecido por Van del Velde en Alemania en 1928 y el método modificado basado en la secreción del mucus fue desarrollado por Dorairaj que es una variante del método de la ovulación.

En el siglo IV a.C. Hipócrates descubrió el efecto anticonceptivo de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero (piedras de río). También mencionó que la semilla de la zanahoria salvaje o dauco, podía impedir el embarazo⁴.

Durante siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o de hueso como dispositivos intracervicales, la anticoncepción intrauterino moderna se inicia en 1928 con la presentación del autentico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda, presentado por Ritcher.

Grafenberg (1929) modificó el modelo anterior añadiendo un hilo de una aleación de plata y cobre. Ota en 1934, cambia los metales e introduciendo el plástico en su fabricación.

En 1960 Margulies¹ presentó (SAFE-T-Coli) que se caracterizaba por ser un dispositivo abierto, construido de polietileno y recubierto por una capa de sulfato de bario, que facilitaba su localización radiológica, a la vez que se

montaba en un aplicador de plástico para su inserción. López, fue quien sobre la base de Margulies, diseñó su conocida asa de López.

Zipper en 1967, diseñó la conocida "T" con cobre, un dispositivo de plástico en forma de T en cuyo brazo vertical se encuentra una espiral de cobre.

Fue en 1970 cuando Scomenga¹ demostró que añadiendo esteroides y concretamente progesterona a la rama horizontal de la T, se conseguía un efecto anticonceptivo similar, reduciendo notablemente la pérdida menstrual y la dismenorrea que acompaña a la utilización de los anteriores dispositivos. Este mismo año se inició la fabricación de dispositivos con bioactivos, con iones de cobre y plata o con hormonas, incrementando la eficacia anticonceptiva y reduciendo los efectos secundarios.

Gran parte de la producción de los métodos anticonceptivos hormonales se desarrolló en México, gracias a que el biólogo R.E Marker¹ utilizó una planta llamada Dioscórea barbasco, que florecía en la cuenca de los ríos Orizaba y Córdoba en el estado de Veracruz, pero el biólogo Gregory Picnus quien se encargó de coordinar estudios clínicos en 8,133 mujeres a las que aplicó dichas substancias observó que se tenían ciclos anovulatorios lo que la FDA de Estados Unidos en 1959, otorgó la patente a Enovid 10, como agente anticonceptivo, con lo que se hizo oficial el nacimiento de la "píldora".

En 1956 en San Juan de Puerto Rico y Haití se supervisa médicamente el primer anticonceptivo oral combinado el Enovid⁵.

Al principio del decenio de los 50s, se desarrollaron las primeras progestinas inyectables, pero es hasta la década de los 60s que se iniciaron los ensayos clínicos con fines anticonceptivos, conocidos como los inyectables de primera generación con alta eficacia, pero con algunos efectos colaterales secundarios¹.

La primera esterilización femenina quirúrgica (salpingoclasia) de la que se tiene referencia fue realizada en 1880 después de un parto por cesárea.

En 1930, se inicia la vasectomía o esterilización quirúrgica en el hombre, realizada por un médico llamado Sharp. Pero es Poffenberg en 1963 quien la populariza, al publicar un trabajo de investigación realizado en EE. UU. con una población de 2000 casos a quines se les practicó de manera voluntaria, este trabajo en un periodo de 5 años, con excelentes resultados.

1.1.2 HISTORIA DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO

Los primeros implantes subdérmicos anticonceptivos, fabricados de tubos flexibles, saturados de hormonas y colocado bajo la piel, fue desarrollado en los años sesentas.

El método de administración y no el agente activo, es lo que distingue estos implantes subdérmicos de los demás anticonceptivos.

En 1966 bajo la dirección de Sheldon Segal, jefe de investigaciones Biomédicas del Population Council, comenzó a investigar como desarrollar un anticonceptivo para uso humano.

En 1977 se elige el Levonorgestrel para los nuevos implantes subdérmicos, entre 1980 y 1982 se iniciaron más ensayos clínicos en Chile, Estados Unidos de Norteamérica, Finlandia, República Dominicana y Suecia.

Los ensayos previos a la introducción del implante subdérmico con Levonorgestrel, comenzaron en 1980 en 43 países.

En 1983 se incorporan los implantes subdérmicos al mercado, cuyo contenido hormonal fuera de Levonorgestrel en presentación de 6 cápsulas (Norplant).

En 1987 en la República Dominicana se llevó a cabo la capacitación de personal de salud de Médicos Mexicanos en la inserción y retiro de los implantes subdérmicos.

En 1988 con el apoyo del IMSS se iniciaron los estudios de introducción del método en 4 centros: DF. Morelos, Puebla y Texcoco, Estado de México.

En agosto de 1992 se había autorizado la circulación del Norplant en 23 países. En 1997 se introdujo en IMSS-Solidaridad, en 2 hospitales Rurales: Jáltipan, Ver., y Tlacolutla, Oaxaca.

El Population Council solicitó aprobación de Jadelle a la FDA y recibió su aprobación reglamentaria el 10 de diciembre de 1990. Leyras Oy ha modificado el Silastic empleado en la fabricación de los bastoncillos para el implante subdérmico, a base de Levonorgestrel. Este fue aprobado en Finlandia y su uso es para 3 años.

En 1999 se aprobó su comercialización en el Reino Unido.

Organón desarrolla un implante anticonceptivo subdérmico, reconocido como Implanon, el cual consiste en una sola cápsula y contiene Etonogestrel.

En junio de 2000 Implanon se introduce en 8 países de Europa⁶.

1.1.3 BREVE SINTESIS DE SALUD REPRODUCTIVA

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en septiembre de 1994, generó un programa de acción, propuesto por los más de 180 países participantes, miembros de la Organización de las Naciones Unidas, en el que se definieron los términos de salud reproductiva y derechos reproductivos.

1.1.4 SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de procrear con libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener métodos de planificación familiar y su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad y que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir información de los servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas la máxima posibilidad de tener el número de hijos deseado⁷.

1.1.4.1 ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA

En consecuencia con lo anterior, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual⁷.

1.1.4.2 DERECHOS REPRODUCTIVOS.

Teniendo en cuenta estas definiciones, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libremente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y los medios para ello. Así mismo, se basan en el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos⁷.

1.1.4.3 PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA

Hasta 1994, las instituciones de salud del sector público en México, manejaban en forma separada los programas relacionados con la salud materno infantil y los relacionados con la planificación familiar. Tanto normativa como operativamente contaban con instancias específicas para cada área, y difícilmente coordinaban sus diferentes acciones. Si bien cada una lograba avances importantes en su contexto particular, no aprovechaban adecuadamente el enorme potencial que hubiera significado su integración.

A partir del año de 1995, el gobierno de México, a través del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, cuerpo colegiado de expertos en la materia, que representa a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud reproductiva, estructuró el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000", el cual se aparta de los conceptos aislados de atención materno-infantil y de planificación familiar, para evolucionar hacia un concepto integral que se plasma en un ambicioso programa de acción.

La nueva visión holística de este programa, que tiene como antecedentes inmediatos, a nivel internacional, el programa de Acción de la CIPD, y a nivel nacional, el Artículo 4º Constitucional y el "Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000", considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, asequibles y aceptables. Comprende pilares esenciales como la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de los adolescentes, la salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, la detección oportuna y manejo de la infertilidad y las neoplasias del aparato reproductor. La atención del climaterio y la posmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. Todos ellos, con una integración horizontal de la perspectiva de equidad de género⁷.

1.2 PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO.

A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas, principalmente las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos sólo eran accesibles en los servicios médicos privados.⁸

En 1973 se modificó el Código Sanitario, el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos. En enero de 1974 se publicó la nueva Ley General de población, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos y establece la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar. Asimismo, en su Reglamento, determina la gratuidad del servicio de planificación familiar en las instituciones públicas de salud⁸.

Hasta antes de 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso; La difusión de la planificación familiar, a través de los medios masivo de comunicación y los agentes institucionales de salud, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera en todas las regiones del país. Así, mientras que 44 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales y semiurbanas conocía, en 1969, al menos un método anticonceptivo, en 1976 alcanzó cerca de 80 por ciento y en 1997 ascendió a 90 por ciento. En las áreas urbanas, ya desde 1976 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos (95.8%)⁸.

La pastilla es el método que más rápidamente adquirió popularidad y continúa siendo el más conocido por las mujeres, sin embargo, con el lapso del tiempo el conocimiento de otro sistema de métodos también se generalizó, de manera que en la actualidad alrededor nueve de cada diez mujeres conoce algún método de planificación familiar la pastilla. Así mismo, el conocimiento de los métodos masculinos, que en 1976 era identificado sólo por 40 por ciento de las mujeres entrevistadas, en 1997 se incrementó en 90 por ciento en el caso del condón y a 80 por ciento en el de la vasectomía⁸.

La práctica de planificación familiar se ha extendido de manera notable a partir del cambio en la orientación de la política de población y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar. En 1976, 30 por ciento de las mujeres unidas entre 15 y 49 años de edad utilizaba un método anticonceptivo; en 1987 aumentó a 52.7 y, más tarde, en 1997, se incrementó a 68.5 por ciento. Actualmente, la conapo⁷ estima que 69.4 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil utiliza algún método de regulación de la fecundidad, lo que en números absolutos representa alrededor de 11.4 millones de personas.

Todos los grupos de edades muestran a través de los años un incremento de porcentaje de mujeres que hacen uso de la anticoncepción. La mayor prevalencia se presenta en las edades centrales (25 a 39 años) y en los últimos años se advierte un desplazamiento que además abarca al grupo de 40-44 años de edad y mayores. El grupo de mujeres unidas adolescentes (15 a 19 años), a pesar de ser el grupo con los menores niveles de uso de anticonceptivos, muestra incrementos significativos y constantes en más de un punto porcentual promedio al año a lo largo del periodo analizado: de 14 por

ciento, que registró a mediados de los sesenta, a 30.2 por ciento en 1987 y a 45 por ciento en 1997.

A pesar de que el uso entre las mujeres sin hijos (23.9%) registra un nivel bajo, lo que expresa una fuerte preferencia por tener al menos un hijo antes de recurrir a la utilización de anticonceptivos, es indicativo el incremento registrado de 6.5 por ciento en 1976, a 15.3 en 1987 y a 23.9 por ciento en 1997, lo que sugiere, que existe una tendencia creciente a postergar su nacimiento⁶.

1.2.1 LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO Y EN EL MUNDO

La medicina familiar es una alternativa para poder brindar servicios de calidad en cualquier sistema de salud de los países del mundo, lo que finalmente puede redundar en un beneficio para la población.

En el siglo XIX, los indígenas, los más pobres, no eran atendidos por los más calificados médicos; se dejaban a algunos conocedores de ciertas ramas de la medicina el que tuvieran la responsabilidad de atenderlos y aquellos mejor preparados solamente brindaban su atención a los estratos más ricos de la población. Los ricos eran los que usualmente recibían la atención de los mejores y más calificados médicos.

Había otro grupo de población, los de los estratos intermedios que eran atendidos por aquellos médicos que se dedicaban a la medicina general.

El siglo XIX -en América y Europa- se había constituido en la era de la medicina general, la era del médico general, se empezaba por construir toda una serie de argumentaciones, técnicas, científicas en relación a la práctica de la medicina.

El médico general era un personaje importante dentro de cualquier comunidad, particularmente en los países más desarrollados, era un personaje conocedor de la comunidad, era un consejero, un líder en todos los sentidos; impulsaba cambios socioeconómicos, promovía transformaciones comunitarias y además, era un epidemiólogo práctico; actuaba no solamente en función del conocimiento emanando de los libros que poseía, sino también en función del conocimiento que su trabajo le permitía obtener, era un estudioso constante y además investigador permanente⁹.

En América Latina y el Caribe el inicio de la evolución de la medicina de familia se da a partir de los años setenta y ochenta del siglo XX.

Con base a los antecedentes -de lo sucedido en el siglo XIX y particularmente en la primera mitad del siglo XX- se puede afirmar que la medicina familiar es el resultado de una combinación de visiones: la de la tradición humanista del antiguo médico general, con al del desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX.

Por lo tanto el intercambio de experiencias técnicas, científicas y sociales ha sido un factor muy importante en el desarrollo y la evolución de la medicina familiar.

Algunos eventos históricos relevantes que han influenciado positivamente el desarrollo de nuestra disciplina son los siguientes: en el año de 1972 se crea oficialmente el Colegio Mundial de Médicos de Familia conocido (WONCA) – este colegio cuenta en la actualidad con la afiliación de Sociedades Nacionales de Medicina Familiar de más de 80 países en el mundo-.

En el contexto Latinoamericano y del Caribe se crea, en el año de 1981, el entonces denominado Centro Internacional para la medicina familiar (CINF). En el año de 1991 WONCA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emiten una declaración conocida como: “el papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud” la cual plantea el rol del médico de familia dentro de la estrategia de atención primaria – durante la conferencia internacional de Alma-Ata en 1978, los países pertenecientes a la OMS planearon la meta de la salud para todos en el año 2000, la cual se pretendía alcanzar a partir de una serie de transformaciones de los sistemas de salud basados en la atención primaria como una estrategia sanitaria, no como una disciplina académica⁹.

Siguiendo con la revisión de hechos históricos, en el año de 1994 en Notario Canadá, se realiza otra reunión importante de la que se deriva otra declaración que señala al médico de familia en el ejercicio en la medicina familiar, puede contribuir a atender las necesidades de la salud de la población. Este documento La Declaración de Notario, ha servido de base para la reorientación de muchos programas de formación de profesionales de la medicina familiar. En el año de 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) realizó –en Buenos Aires, Argentina- una reunión de trabajo sobre la medicina familiar y la reforma en los sistemas de salud. Emitió una declaración la Declaración de Buenos Aires de América Latina y el Caribe, por formadores de recursos humanos de pregrado y postgrado vinculados a la formación en medicina de familia, y por directivos de sociedades civiles de médicos de familia.

En ese mismo año de 1996 el CIMF se transforma en la confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual filia actualmente las sociedades nacionales de 17 países; esta organización en el año del 2002 llevó a cabo la Cumbre Iberoamericana de medicina familiar, estableciendo una serie de compromisos en materia de formación de médicos familiares en postgrado, así como el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Estos compromisos están plasmados en la llamada Declaración de Sevilla⁹.

En el contexto mexicano el sistema de salud busca la universalidad en la cobertura de servicios la equidad en el otorgamiento de los mismos y la calidad como característica fundamental. Si hay una disciplina que puede contribuir en este país a garantizar estos tres importantes factores de universalidad, equidad y calidad, esa disciplina es la medicina familiar.

En el caso de México existen acontecimientos relevantes: en el año de 1954 hubo médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social que plantearon un primer esbozo de lo que es la Medicina Familiar y propusieron un esquema de trabajo dentro de algunas unidades de medicina familiar. En los años de 1954/1955 y derivado de esta propuesta un grupo de estudiosos de los problemas de salud de la población implantan en el Instituto Mexicano del Seguro Social el sistema Médico Familiar, pero como sucedió en muchos países, en México se implantó el modelo de medicina familiar sin contar con especialistas en esa disciplina. El proceso de implantación se concretó en 1971 cuando hincan los cursos de especialización en medicina familiar.

En el año de 1974 la Universidad Nacional Autónoma de México otorga el reconocimiento académico de la disciplina lo cual se convierte en uno de los pasos más firmes para la consolidación de nuestra especialidad. En 1975, en la UNAM, se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, hacia 1980 la Secretaría de Salud y el ISSSTE inician la formación de especialistas en Medicina Familiar.

En las últimas décadas del siglo pasado se dan dos fenómenos muy importantes; en el año de 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento de nuestra disciplina más importantes.

El CMCMF comenzó certificar especialistas de medicina familiar en el año de 1988 de manera ininterrumpida.

En el año de 1994 se constituyó el Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Par el año de 1996 ingresamos como CMMF a la confederación Iberoamericana y finalmente después de 10 años de esfuerzos, en el año de 2002, el Colegio Mexicano ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio –WONCA-⁹.

1.2.2. PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR EN MEXICO

Perfil profesional del médico familiar del IMSS

Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficacia, funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas, funciones de enseñanza e investigación específicas que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales^{10, 11, 12}.

Perfil profesional del médico familiar SSA/ISSSTE

El médico familiar general/familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.

En la mayoría de las ocasiones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.

Coordina la utilización de los recursos para atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo.

La medicina que practique este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos crónicos así como su rehabilitación.

En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar ínter consulta o referirlos a otros profesionales de la salud para

investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.

Desarrolla el hábito de la auto enseñanza, revisará actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua auto evaluación y auditoria médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

A continuación se muestra el esquema general de funciones del Médico Familiar, propuesto por IMSS, por ser la institución de la salud con mayor tradición en el mantenimiento académico de médicos familiares.

En el área técnica:

- Funciones de asistencia médica
- Brinda atención médica integral y continua, tanto al individuo como a su familia, contribuyendo en ellos a la salud comunitaria
- Es capaz de ofrecer una atención médica eficiente tanto en el consultorio como el domicilio del paciente.
- Reconoce los límites de su competencia y responsabilidad, es capaz de consultar a otros especialistas y deriva a otros niveles de atención médica a los pacientes cuando así lo ameritan.
- Realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en la historia natural de la enfermedad.
- Usa los recursos de la familia, la institución y la comunidad para la adecuada solución de problemas de salud individuales y familiares.
- Integra y aplica sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica de pacientes y su familia.
- Reconoce los aspectos inherentes a la relación médico-paciente, médico-familia y es capaz de emplearlas en la solución de problemas.
- Se responsabiliza del manejo de cierto tipo de padecimientos ya sean éstos agudos o crónicos, infecciosos, degenerativos, orgánicos o psicosociales.
- Tiene conocimientos suficientes que le permitan realizar estudio de estructura y dinámica familiar y en base a ellos establece planes de manejo, para la solución de situaciones disfuncionales en la familia.
- Realiza el diagnóstico de algunas entidades nosológicas que ameritan tratamiento quirúrgico y es capaz de establecer las medidas esenciales de manejo preoperatorio.
- Efectúa actos quirúrgicos de cirugía menor que por lo general, no requieren de atención en el quirófano, ni de anestesia general.
- Reconoce cuando la evaluación postoperatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria y deriva al paciente para la reintervención o asistencia quirúrgica cuando es necesario.
- Realiza periódicamente el estudio de salud de su población derechohabiente y en base a ellos identifica grupos específicos de riesgo.
- Efectúa acciones de promoción de la salud y protección específica en su población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud.

- Sus acciones las orienta principalmente a la conservación de la salud de su población más que a la restauración de daños.
- Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas específicos de salud pública y medicina preventiva tales como: planificación familiar, orientación nutricional, educación higiénica, detección de padecimientos crónico-degenerativos y todos aquellos programas de salud pública que son prioritarios dentro de la institución^{10, 11,12}.

El médico familiar es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continúa a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que presentarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico familiar es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social.

El médico de familia debe ser competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

1.2.3 LA MEDICINA FAMILIAR: CONCEPTO Y FILOSOFIA.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, el número de médicos que conformaban la práctica de medicina general declinaron en forma dramática, tanto en números absolutos como en términos porcentuales respecto al total de médicos. En Estados Unidos de Norteamérica siendo un país mejor documentado en la declinación de la práctica médica generalista.

Desde 1931, el porcentaje de médicos generales en la práctica activa era de 83 por ciento. Para 1969, éste había disminuido a 23 por ciento. Aún más, la proporción entre médicos generales y población, que en 1931 era de 1,130:1 pasó a ser de 3,490:1 en 1969. Para 1973 el porcentaje de médicos en la práctica general disminuyó a 17 por ciento.

En 1970, solamente el 2 por ciento de los graduados de las escuelas de medicina de los Estados Unidos de Norteamérica escogieron una residencia de medicina familiar. En 1974, 1,271 graduados fueron aceptados en programas aprobados de residencias de medicina familiar, lo cual significó que el porcentaje de los que ingresaron al campo de la medicina familiar incluyendo los residentes rotatorios que planeaban hacer carrera en el campo de la medicina familiar, sobrepasara la marca del 15 por ciento.

Conceptos y Definiciones

Una definición canadiense bien conocida, y que está incluida en el Reporte del Grupo de Planeación de la Salud Del Ministro de Salud de Notario y dice:

La atención del contacto primario (medicina familiar) no sólo incluye aquellos servicios provistos en el primer contacto entre el paciente y el profesional de la salud, sino también la responsabilidad de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como una atención continua y completa para el individuo, incluyendo la referencia a otro nivel cuando así se requiera¹⁰.

La medicina familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas –que proviene principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la gineco obstetricia y la psiquiatría- y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. El núcleo de conocimiento abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de los problemas, el consejo, y en la coordinación total de la atención para la salud¹⁰.

1.2.4 PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS Y ANTICONCEPCIÓN.

La difusión y extensión de la práctica de la regulación de la fecundidad depende del cumplimiento de las siguientes tres condiciones básicas: que las parejas estén convencidas de que pueden influir en su reproducción; que la regulación de la fecundidad sea vista como una acción provechosa por las parejas, tanto en su beneficio como en el de su familia; y que los medios de regulación de la fecundidad sean conocidos y estén disponibles para que las parejas puedan ejercer libre, responsable e informadamente el derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus nacimientos¹³.

Las preferencias reproductivas guardan una estrecha relación con la segunda precondition. Existen múltiples factores de orden económico, social, institucional y cultural que contribuyen a moldear las preferencias de los individuos y de las parejas respecto a un determinado tamaño de familia. Procesos tales como la urbanización, la expansión de la producción mercantil, las mayores oportunidades de empleo asalariado, la creciente ampliación del sistema educativo, las expectativas creadas por el mercado de consumo, la mayor cobertura de las instituciones de salud y seguridad social, la creciente influencia de los medios de comunicación, entre otros, inciden, mediante diversos mecanismos, en la formación de dichas preferencias¹³.

La provisión y acceso a los servicios de planificación familiar, así como las acciones de educación y comunicación en población, se relacionan con la primera y tercera condiciones, tanto en términos de la difusión del conocimiento acerca de la existencia y características de los métodos anticonceptivos, como de su disponibilidad, accesibilidad y suministro. Los programas de planificación familiar han desempeñado un papel primordial no solo desde el punto de vista de la oferta de servicios, sino también en la difusión de la idea de que las parejas pueden influir en la determinación de su descendencia¹³.

Todo cambio demográfico está necesariamente precedido por una transformación en la mentalidad de las parejas, expresada en modificaciones de las preferencias respecto al número de hijos, su espaciamiento y el momento deseado de su nacimiento.

En el país se observa que las preferencias por un tamaño de familia deseado se han transformado aceleradamente. De hecho, se advierte que entre 1976 y 1987 ocurrió una disminución de alrededor de 1.2 hijos en el tamaño promedio deseado de la familia. Para las mujeres mayores de 35 años las preferencias reproductivas superaban en 1976 la cifra de cinco hijos, mientras que en el grupo de menor edad eran cercanas o superiores a cuatro hijos. En 1987, sólo las mujeres mayores de 44 años declararon desear cuatro hijos, en tanto que el resto manifestó preferencias cercanas a tres hijos¹³.

Las preferencias por un determinado número de hijos muestran marcadas diferencias de acuerdo con variables tales como el lugar de residencia y la escolaridad. Así, por ejemplo, las mujeres que en 1987 vivían en localidades rurales manifestaban un tamaño promedio de familia deseado de alrededor de 4.3 hijos, mientras que las residentes en las áreas metropolitanas del país preferían una familia de 2.5 hijos en promedio. Las diferencias son más amplias si se toma en consideración la variable escolaridad, en donde desean una familia con 2.4 hijos respecto al número deseado de hijos¹³.

La promoción de las preferencias por un tamaño reducido de familia debe descansar en la difusión y convencimiento acerca de los beneficios que representa la planificación familiar para el mejoramiento de la calidad de vida de la familia en su conjunto y para la salud materna e infantil, así como para el desarrollo de la pareja, la mujer y los hijos. De manera similar, el cambio de los ideales reproductivos puede ser estimulado mediante intervenciones dirigidas a fortalecer el desarrollo integral de la familia y a ampliar las oportunidades de educación y participación de las mujeres en la actividad económica¹³.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En nuestro país el derecho a la salud es una prioridad, de tal forma que el programa de salud reproductiva y a su vez en el programa de planificación familiar, es fundamental en el bienestar en sus tres esferas tanto biológico, psicológico y social de la familia mexicana fomentando los programas prioritarios en todas y cada una las unidades de primer contacto de la república Mexicana.

El Instituto Mexicano del Seguro Social no es la excepción, de tal forma que la planificación familiar tiene carácter prioritario, regida por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (nom-005-ssa2-1993), donde se marca de manera importante que sin presiones y con plena libertad la pareja seleccione el método de planificación familiar que más les agrade para tener y/o espaciar el número de hijos que se desean tener.

La inquietud que origina la planeación y realización de esta investigación, en la Unidad de Medicina Familiar número 65 en Río Hondo Estado de México, es conocer la preferencia de las mujeres en edad reproductiva de los métodos que se promueven de planificación familiar en esta Unidad, considerando que se tiene una población a diciembre de 2005 de 52735 pacientes y de estos 15488 mujeres en edad reproductiva.

Teniendo este universo de mujeres en edad reproductiva un gran porcentaje es usuaria de algún método de planificación familiar considero trascendente poder conocer y difundir las preferencias de este universo para mayor satisfacción, aceptación de los métodos y sobre todo poder ingresar nuevas aceptantes de planificación familiar, planteando la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las preferencias de la mujer en edad reproductiva de los métodos de planificación familiar?

1.4 JUSTIFICACION

En el rubro de la salud, de las áreas importantes, es la Salud Reproductiva, determinando en forma prioritaria la prevención del riesgo encaminado a la familia mexicana.

En México, considero que se ha dado la cobertura deseada en planificación familiar, por lo que es importante saber si existe o no desconocimiento en forma global del método elegido, la aceptación de la pareja, las características sociodemográficas de la usuaria, la disponibilidad de los servicios, si la desaprobación por parte de los familiares son causas de no llevar en forma regular un método de planificación familiar.

En la Unidad de Medicina Familiar 65 en Río Hondo Estado de México no existe información sobre las preferencias de las usuarias de los diversos métodos de planificación familiar que proponemos, por lo que esta investigación esta encaminada hacia el conocimiento de dicha satisfacción.

Es importante considerar la visión que tiene la usuaria sobre los métodos de planificación familiar que existen, si está satisfecha con el método que usa., si su pareja lo acepta, si ha utilizado algún otro método de planificación familiar y por que lo cambio, si conoce métodos relativamente nuevos como lo es el implante.

Es importante ofrecer información adecuada, sin confusión , bien integrada para que la usuaria elija en forma eficaz el método de planificación que más le convenza y no exista posibilidad de abandono y así contribuimos a la salud reproductiva de nuestras derechohabientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Conocer la preferencia de las mujeres en edad reproductiva de los métodos anticonceptivos que se promueven en la Unidad De Medicina Familiar No 65.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los métodos de planificación familiar más frecuentemente usados en mujeres en edad reproductiva UMF 65 Río Hondo.
- Identificar la satisfacción de los diferentes métodos de planificación familiar en mujeres de edad reproductiva en la UMF 65.
- Describir el perfil de la usuaria de método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la UMF 65 Río Hondo.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, observacional, prospectivo.

2.2 Diseño de investigación del estudio

Basado en la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina familiar^{14, 15}.

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, observacional en la Clínica de Medicina Familiar No 65 Río Hondo Estado de México. Con una población total de 52735 pacientes y de estos 15488 mujeres en edad reproductiva. La muestra estudiada fue de 150 mujeres en edad reproductiva, con un 99% de confianza, 0.7 de variabilidad y un error de 10%. La muestra fue no aleatoria. Se aplicaron 150 encuestas sobre métodos planificación familiar, la entrevista fue con técnica dirigida y se aplicó en la sala de espera de la clínica. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

2.3 Población, lugar y tiempo

Se incluyeron en este estudio a mujeres. Derechohabientes en edad reproductiva de la U.M.F. No 65 Río Hondo del IMSS, que utilizan método de planificación familiar. Durante el periodo de enero a junio 2006.

2.4 Muestra

Se trató de una muestra no aleatoria, representativa, con el 99% de confianza, 0.7 de variabilidad y un error de 10%, la muestra obtenida fue de 138 mujeres en edad reproductiva redondeando a 150 el tamaño¹⁴.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión

2.5.1 Criterios de inclusión

1. Mujeres en edad reproductiva derechohabientes en la UMF no 65. Río Hondo IMSS.
2. Con método de planificación familiar
3. Que aceptaron contestar la encuesta.

2.5.2 Criterios de exclusión

1. Que se negaron a contestar la encuesta.
2. Que se dieron de baja en el programa de planificación familiar.

2.6 Variables

2.6.1 V.I. Mujer en edad reproductiva

V.D. Preferencia de método anticonceptivo

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

1.- Mujer en edad reproductiva:

Definición operacional: se preguntó a la paciente su edad y que estuvo entre los rangos de 15 a 49 años y que fuera fértil.

Definición conceptual: Mujer en edad de 15 a 49 años.

2.- Preferencia de método de planificación familiar:

Definición operacional: Se preguntó a la paciente el método de planificación familiar de su preferencia.

Definición conceptual es la inclinación por un método de planificación familiar que satisfaga sus necesidades anticonceptivas primacia, ventaja, inclinación favorable^{17,18}.

3.- Método de Planificación Familiar:

Definición operacional: es la aceptación de algún tipo de método de planificación familiar utilizado: locales, Hormonales orales o inyectados, DIU, Quirúrgicos, OTB, vasectomía.

Definición conceptual: Es la aceptación voluntaria de un método de anticoncepción, la decisión de una paternidad responsable, con una sexualidad plena al no relacionarla con la anticoncepción¹⁹. El poder decidir el número de hijos que se desean tener es un derecho de las parejas. El concepto de planificación familiar abarca a todas las parejas en edad fértil, sexualmente activas que no desean por el momento un embarazo¹⁹.

4.- Satisfacción con el método de planificación utilizado:

Definición operacional: aquel método de PPF que cumple con ser accesible, de bajo costo y le proporcione mayor seguridad.

Definición conceptual: Acción y efecto de satisfacer. Siciar un apetito. Grato^{17,18}.

2.8 Diseño Estadístico

El propósito estadístico de la investigación fue identificar la preferencia del método de planificación familiar en la UMF 65 Río Hondo del IMSS de las mujeres en edad reproductiva. Se investigó a un grupo de 150 mujeres. Las variables fueron cualitativas y cuantitativas. Con escala de medición nominal, ya que fueron respuestas cerradas. La distribución de los datos fue de tipo no paramétrico. La muestra que se investigó fue de tipo no aleatoria.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

Los datos se recolectaron por un instrumento creado para los propósitos de la investigación.

El instrumento se constituyó de 3 secciones.

1. Consentimiento informado (1 variable)
2. Ficha de identificación (6 variables)
3. Planificación familiar (20 variables)

2.10 Método de recolección de datos.

Previa autorización de la dirección de la UMF 65, se realizó una prueba piloto de 15 encuestas, las cuales se aplicaron en sala de espera, de los métodos de planificación familiar se procedió a calcular la muestra de trabajo que fue de 150 mujeres. Se calculó la muestra no aleatoria con el 99% de confianza, 10% de error y 0.7 de variabilidad, se aplicó con la técnica de entrevista dirigida, el lugar de la aplicación fue en sala de espera de la UMF 65.

La información se obtuvo con el apoyo de Asistentes Médicas de la misma Unidad Familiar previo asesoramiento del investigador.

2.11 Maniobras para controlar sesgos.

Existe un sesgo de selección ya que la muestra fue no aleatoria no probabilística, el sesgo de información se controló pidiendo a las participantes que su respuesta fuera honesta. El sesgo de medición se controló adaptando a cada tipo de variable la escala de medición correcta.

2.12 Cronograma

ACTIVIDADES	2005 N	2005 D	2006 E	2006 F	2006 M	2006 A	2006 M	2006 J	2006 J	2006 A	2006 S	2006 O	2006 N	2006 D E/F
Planeación del protocolo	X	X												
Marco teórico			X	X										
Material y métodos					X	X								
Presentación de avances							X							
Revisión de protocolo							X							
Autorización comité local								X						
Prueba piloto								X						
Recolección de datos									X					
Almacenamiento de datos									X					
Análisis de datos										X				
Descripción de resultados										X				
Discusión de resultados										X				
Conclusión del proyecto										X				
Integración y revisión final											X			
Reporte final											X			
Autorizaciones IMSS. UNAM											X	X	X	X

2.13 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

El investigador, 2 asistentes medicas encargadas de aplicar la encuesta, previamente capacitadas por el investigador.

Recursos materiales

Lápiz, pluma, gomas, fotocopias, computadora, etc.

Recursos físicos: sala de espera.

El financiamiento a cargo del investigador.

2.14 Consideraciones éticas.

De acuerdo al Reglamento de La ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país ²¹, el presente trabajo se clasifica como categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportaran datos mediante una entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales, además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos ²⁰

.

3. RESULTADOS

Se estudio a 150 pacientes del sexo femenino, la edad promedio que presentaron fue de 30 años y tuvo un rango de 17 a 49 años de edad y la mediana de 29 años. Los datos obtenidos se muestran en la Gráfica 1.

El estado civil fue casada con 67.3% (101), seguido de unión libre con 20% (30), soltera 9.3% (14), divorciada 2,7% (4) y viuda 0.7% (1). Se muestran en el Grafico 2.

La escolaridad de las pacientes estudiadas medidas en años de estudio, revelo que el rango de años estudiados fue de 0 hasta los 17 años, el promedio fue de 9 años al igual que la mediana. Grafico 3.

Al interrogar acerca de la ocupación, 87 mujeres refirieron dedicarse al hogar (58%), 59 es empleada (39.3%), 3 al comercio (2.0%) y 1 es profesionista (0.7%). Tabla 1.

La religión más profesada fue la católica con 134 pacientes (89.3%), 7 refirieron ser creyentes (4.7%), 4 cristianas (2.7%), 3 testigos de Jehová (2.0%) y 3 no profesan alguna religión (1.3%). Grafico 4

El número de personas que habitan el hogar tuvo un rango de 2 hasta 16 personas, con un promedio de 5 personas y una mediana de 4. Grafico 5.

La edad de la menarca vario desde los 9 hasta los 18 años, con promedio y mediana de 13 años. Grafico 6.

El periodo menstrual es calificado como regular por el 90.7% (136) y de irregular el 9.3% (14). Grafico 7.

El rango de número de embarazos que han presentado las mujeres estudiadas fue de 0 hasta 8 embarazos, el promedio fue de 2 embarazos al igual que mediana. Grafico 8.

108 mujeres han tenido algún parto, el promedio de partos fue de 1.5 a 53 mujeres se les ha practicado cesárea, el promedio de cesáreas entre las embarazadas de 0.53 y 28 mujeres han tenido algún aborto siendo el promedio de 0.21. Grafico 9,10 y 11

La edad de inicio de la vida sexual tuvo un rango de 12 hasta 39 años, el promedio de inicio fue de 18 años y medio, la mediana y moda de 18 años. Grafico 12.

El método de planificación familiar mas utilizado fue del dispositivo intrauterino con el 36.7% de las mujeres estudiadas (55), 20% OTB (30), 16% utiliza preservativo (24), 6.7% implante (10), 6.7% otros (10), 5.3% hormonal oral (8), 4.7% hormonal inyectable (7), 3.3% métodos “naturales” (5) y solo el 0.7% su pareja se realizo la vasectomía (1). Tabla 2.

El tiempo de utilización más frecuente fue de tres años o más (48%), seguido de menos de un año (27.3%) y de una a dos años (24.7%). Grafico 12.

Al 51.3% de las mujeres fue el medico familiar quien le ofreció el método de planificación familiar (77), el 22.7% lo eligió ella misma (34), al 11.3% se lo ofreció otro medico (17), al 8.7% fue su pareja (13), al 4.0% fue otra persona (6) y el 2.0% por los medios de comunicación (3). Grafico 13

Al preguntar si la pareja estaba de acuerdo con la utilización de un método de planificación familiar, el 92.7% respondió de manera afirmativa y solo el 7.3% respondió de manera negativa. Grafico 14

Al preguntar si se sentía satisfecha con el método de planificación que utiliza, el 88% menciona que si se sentía satisfecha, 11.3 no se sentía satisfecha y 0.7% no contesto. Grafico 14

Entre las mujeres que no se encontraron satisfechas, el 8.0% (12) refirió su insatisfacción por los efectos secundarios, 2.0% (3) desea embarazarse, 0.7% (1) desea otro método y el 0.7% refiere cambio de método. Grafico 15

El motivo principal por el cual utiliza el método de planificación familiar es para espaciar sus embarazos 60%, otros motivos 17.3%, por indicación medica 12.7% y por el deseo de su pareja 10%. Tabla 3.

Al cuestionar si ha utilizado algún otro método de planificación, el 52% (78) respondió que si y el 48% (72) respondió que no. Entre las mujeres que habían utilizado otro método previamente y lo abandonaron, el motivo de abandono fue: el 32.1% deseaba embarazarse, 26.9% presentaba molestias, 11.5 por los efectos secundarios que se presentaron, 9.0% fue por indicación medica, 2.6% porque su pareja no lo acepto y 17.9% por otros motivos.

Al preguntar cuales serian las características que debería tener el método de planificación familiar, el 60% (90) refirió que debería ser cómodo, 31.3% (47) que no ocasionara efectos secundarios, 4.7% (7) que sea aceptado por su pareja, 2.0% (3) que tenga otras características, 1.3% (2) que sea de fácil acceso y 0.7% (1) que sea aceptado por su religión.

Entre las mujeres entrevistadas, el 69.3% (104) no deseaba cambiar de método anticonceptivo y el 30.7% (46) si cambiaría de método.

En aquellas mujeres que si deseaban cambiar el método anticonceptivo que actualmente utilizan, el 34.8% (16) cambiaría por la oclusión tubarica bilateral, el 6.7% (10), 5.3% (8) desearía tener otro método, 5.3% (8) cambiaría por el implante, 1.3% optaría por la vasectomía (2), 0.7% (1) cambiaría por el DIU y 0.7% (1) no sabe pero desearía cambiar de método.

Referente a la satisfacción por cada tipo de método, con el DIU 48 (87.3%) mujeres se sienten satisfechas con su uso y 7(12.7%) no lo estaban. Con el implante 9 (90%) refirieron estar satisfechas con este método, mientras que 1 (10%) no lo esta. De las que usan hormonales orales, 6 (85.7%) están satisfechas y 1 (14.3%) no lo esta. Con el uso de hormonales inyectables, 5 (71.4%) están satisfechas y 2 (28.6%) no lo están. De las que utilizan el preservativo, 22 (91.7%) están satisfechas con su uso y 2 (8.3%) no lo están. La vasectomía resulto ser la de mayor satisfacción ya que 1 mujeres (100%) esta satisfecha con este método. Con la OTB, 9 (96.7%) se siente satisfecha y 1 (3.3%) no lo esta. Con los métodos naturales, 4 (80%) esta satisfecha y 1 (20%) no esta satisfecha. Con otros métodos, 8 (80%) se siente satisfecha con su uso y 2 (20%) no lo esta.

Sin embargo, al cuestionar a las mujeres acerca si les gustaría cambiar de método, no se presento la misma consistencia. La mujeres que utilizan el DIU el 34.5% (19) menciono que le gustaría cambiar de método y 65.5% (36) continuaría con el DIU; entre las mujeres que utilizan implante, el 40% (4) cambiaría a otro método y el 60% (6) no lo haría; en las mujeres que utilizan hormonales orales, el 50% (4) cambiaría de método; entre las que utilizan hormonal inyectable, el 57.1% (4) optaría por otro método y 42.9% (3) continuaría con este método. Entre las mujeres que utilizan el preservativo, el 33.3% (8) cambiaría de método, las que tienen OTB cambiaría el 6.7% (2), las que utilizan métodos naturales cambiaría el 60% (3) y las que utilizan otros métodos el 20% (2) optarían por otro tipo de método anticonceptivo.

El tipo de anticonceptivo utilizado según la ocupación de las mujeres entrevistadas, observamos que entre las mujeres que utilizan el DIU el 56.4% se dedican al hogar, 41.8% son empleadas y 1.8% se dedican al comercio. Entre las mujeres que utilizan el implante, 90% se dedican al hogar y 10% son empleadas. Las que utilizan hormonales orales el 37.5% se dedican al hogar y el 62.5% son empleadas. El 57.1% de las mujeres que usan hormonales inyectables se dedican al hogar y 42.9% son empleadas. El 54.2% de las mujeres que usan el preservativo como método se dedican al hogar, el 37.5% son empleadas y 8.3% se dedican al comercio. El 100% de las que optaron por la vasectomía de su pareja se dedican al hogar. Entre las mujeres con OTB, el 56.7% se dedican al hogar, 40% son empleadas y 3.3% son profesionistas. Las que refirieron utilizar medios naturales el 60% se dedican al hogar y 40% son empleadas. Entre las que refirieron otro tipo de métodos el 60% son amas de casa y 40% son empleadas. Grafico 19

La distribución según el tipo de método utilizado y la religión que profesan las mujeres fue el siguiente: entre las que utilizan el DIU, el 89.1% son de religión católica, 5.5% testigo de Jehová, 3.6% es creyente y 1.8% cristiana. Entre las mujeres que utilizan el implante, el 80% es católica, 10% es creyente y 10% es cristiana. Las que usan hormonal oral el 87.5% son católicas y 12.5% son creyentes. El 100% de las mujeres que utilizan hormonales inyectables profesan la religión católica. Entre las que utilizan el preservativo, el 91.7% son católicas y 8.3% no tienen religión. El 100% de quienes eligieron la vasectomía son católicas. Entre las que tienen OTB, el 86.7% son católicas, 10% son creyentes y 3.3% son cristianas. Las mujeres que optaron por métodos naturales, el 80% son católicas y 20% son cristianas.

La satisfacción de acuerdo a cada método, se observó que en quienes utilizan el DIU, la satisfacción fue del 87.3% (48) y 12.7% (7) esta insatisfecha con este método.

El 90% (9) de las mujeres que utilizan implante están satisfechas con su método y el 10% (1) no lo está.

El 85.7% (6) de quienes usan hormonal oral se encuentran satisfechas y 14.3% (1) no.

El 71.4% (5) de las que utilizan hormonales inyectables se encuentra satisfecha y el 28.6% no esta satisfecha.

Entre las mujeres que utilizan preservativo, el 91.7% (22) se encuentra satisfecha y el 8.3% (2) no esta satisfecha.

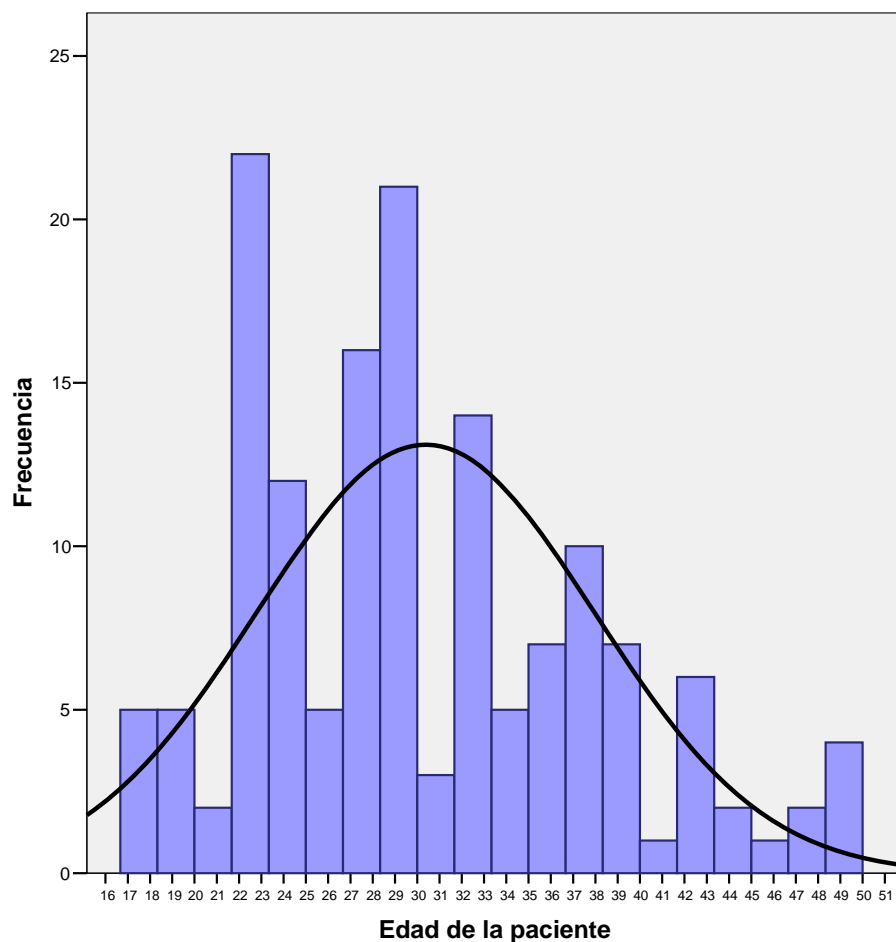
Las que sus parejas se realizaron la vasectomía, el 100% esta satisfecha con este método.

En las mujeres con OTB el 96.7% (29) se encuentran satisfechas y solo el 3.3% (1) no esta satisfecha.

En aquellas que eligieron métodos naturales, el 80% (4) esta satisfecha con su elección y el 20% (2) no esta satisfecha.

Y finalmente en quienes usan otro tipo de métodos, el 80% (4) esta satisfecha con su elección y el 20% (2) no esta satisfecha.

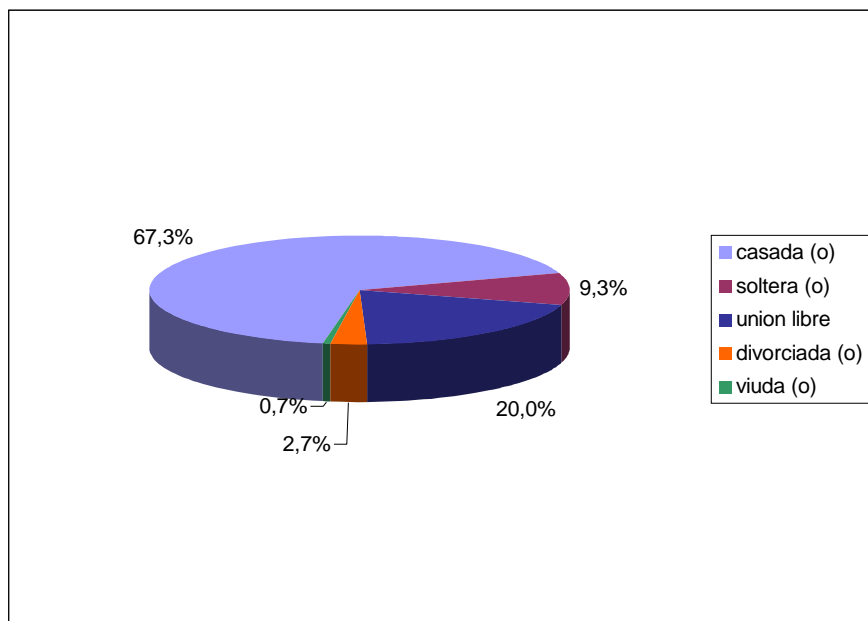
Grafico 1. Distribución por edad.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

La edad tuvo un rango de 17 a 49 años, el promedio de edad fue de 30 años y la media de 29 años.

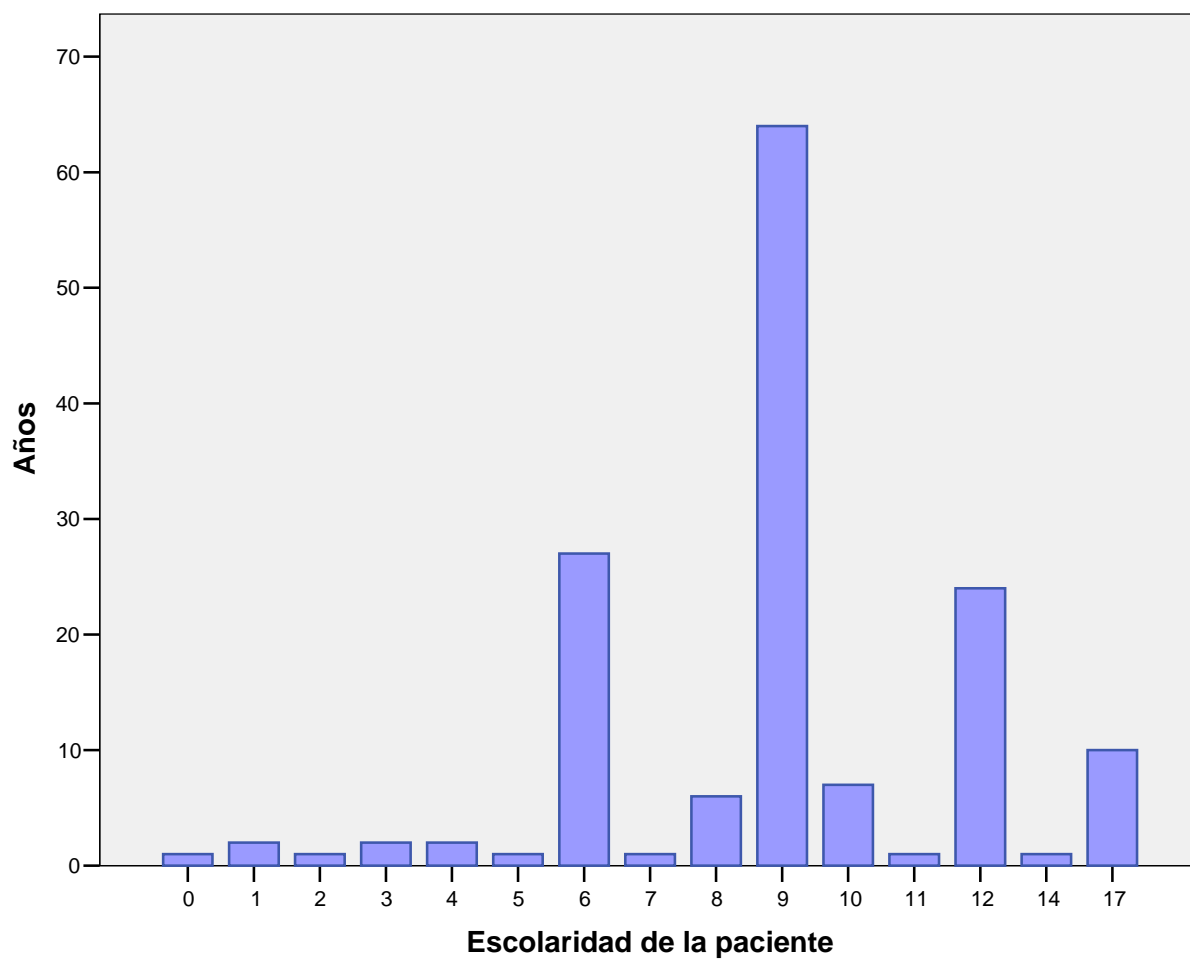
Grafico 2. Distribución por estado civil.



Fuente: encuestas realizadas n= 150.

El estado civil con más frecuencia fue casada, seguido de unión libre, soltera, divorciada y viuda.

Grafico 3. Distribución por años estudiados.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

El rango de estudios fue de 0 hasta 17 años, con un promedio de 9 años.

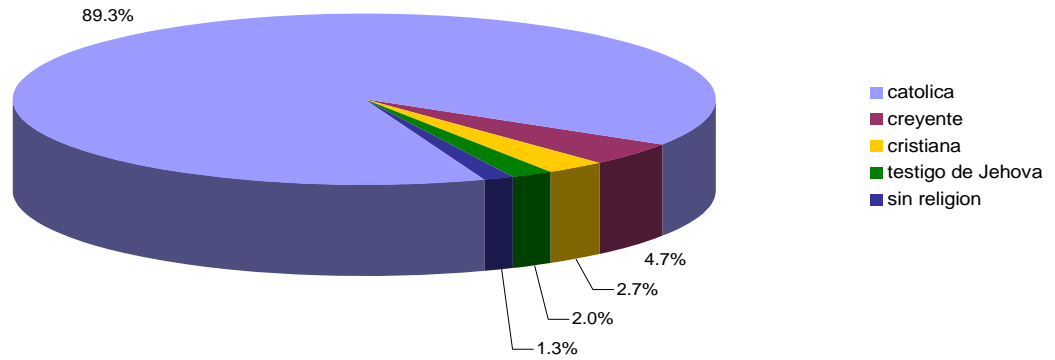
Tabla 1. Distribución por tipo de ocupación de la paciente

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa u hogar	87	58.0
empleada (o)	59	39.3
Comercio	3	2.0
Profesionista	1	0.7
Total	150	100.0

Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

87 mujeres refirieron dedicarse a l hogar, 59 mujeres son empleadas, 3 se dedican al comercio y solo una es profesionista.

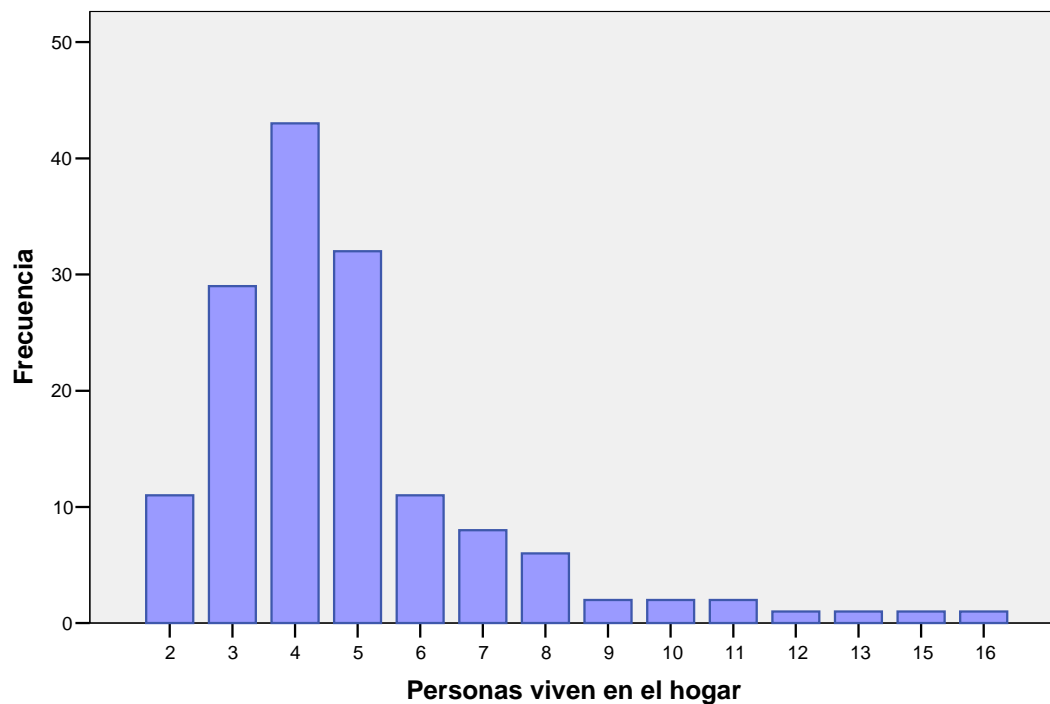
Grafico 4. Distribución por tipo de religión.



Fuente: encuestas realizadas. N=150

La religión que mas se profesa es la católica con un 89.3%, 4.7% son creyentes, 2.7% cristianas, 2.0% testigos de Jehová y 1.3% sin religión.

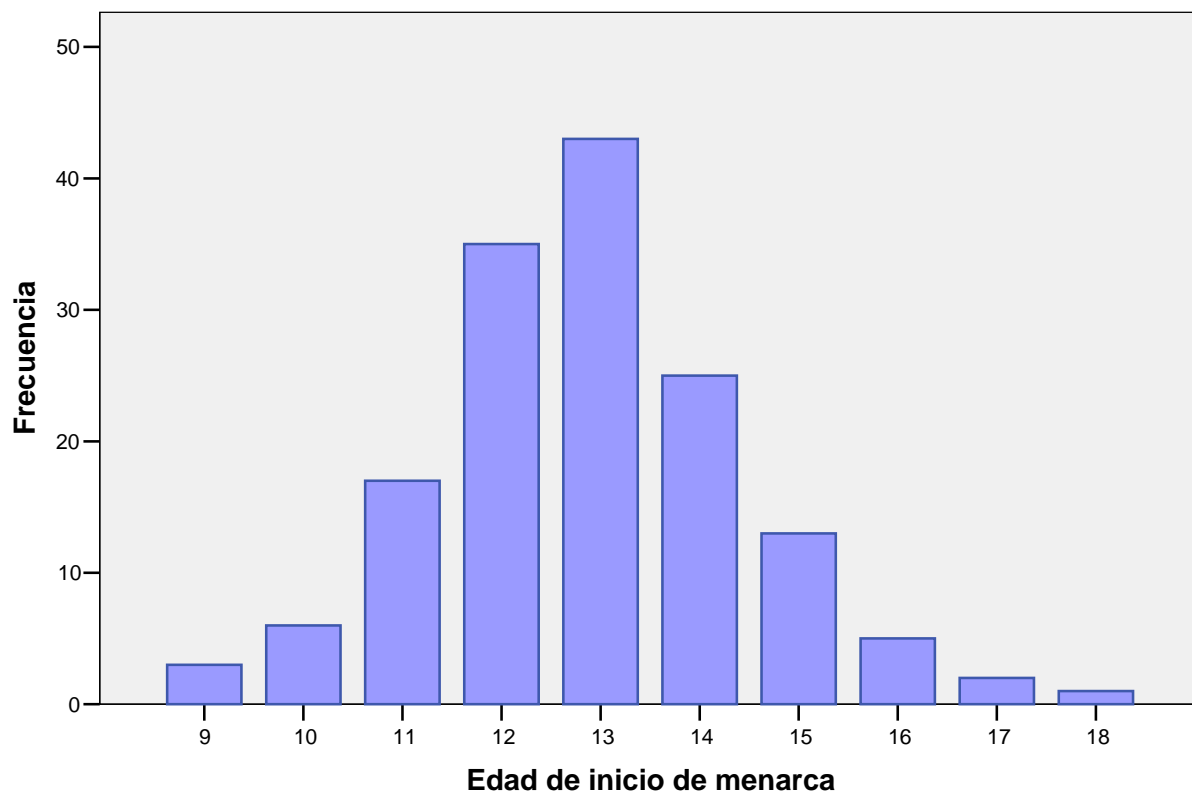
Grafico 5. Distribución por número de personas que habitan el hogar.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

Las personas que habitan en el hogar tuvieron un rango de 2 hasta 16 personas, con un promedio de 5 personas. El valor que más frecuente se presentó fue de 4 personas.

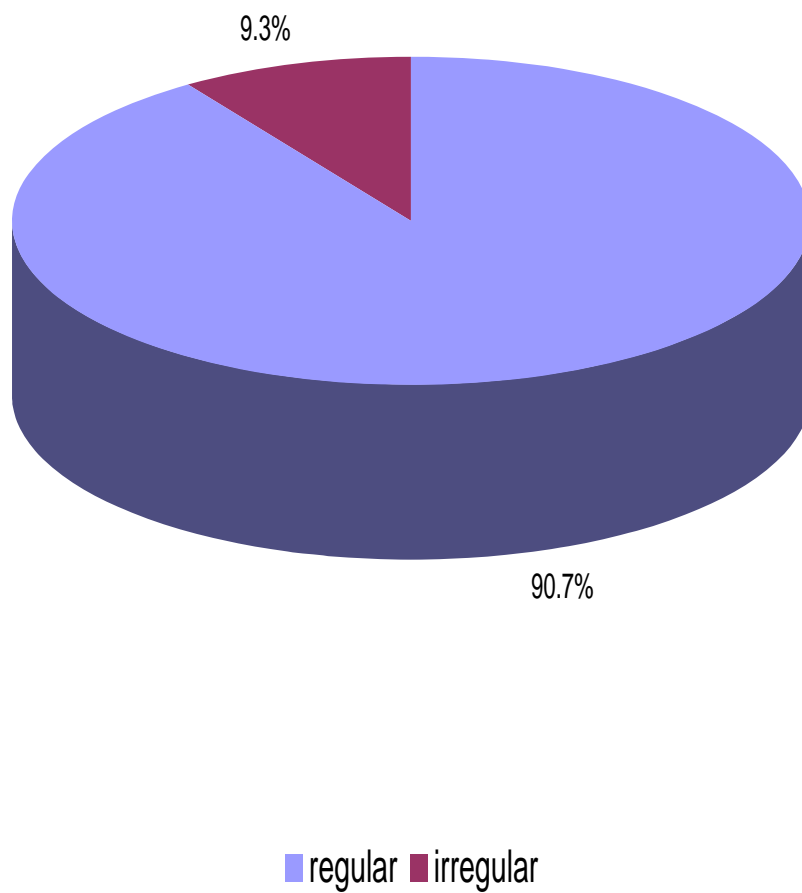
Grafico 6. Edad de inicio de menarca.



Fuente: encuestas realizadas N= 150.

La edad de la menarca vario desde los 9 hasta los 18 años, con promedio y mediana de 13 años.

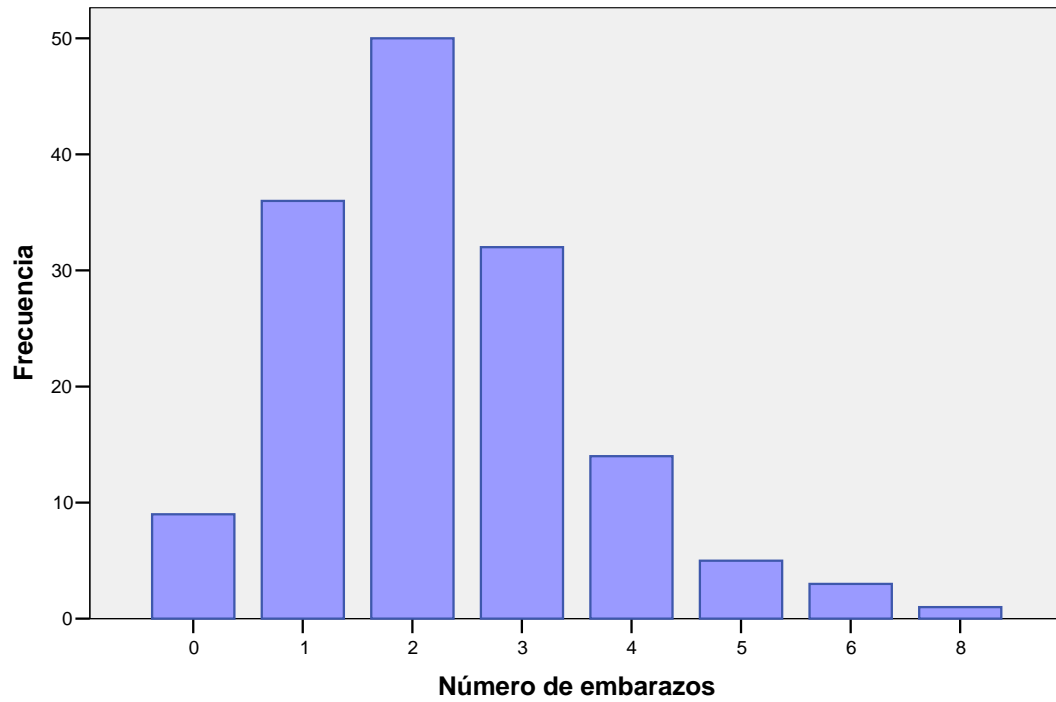
Grafico 7. Regularidad del periodo menstrual



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

El periodo menstrual regular fue de 90.7% y de irregular el 9.3%.

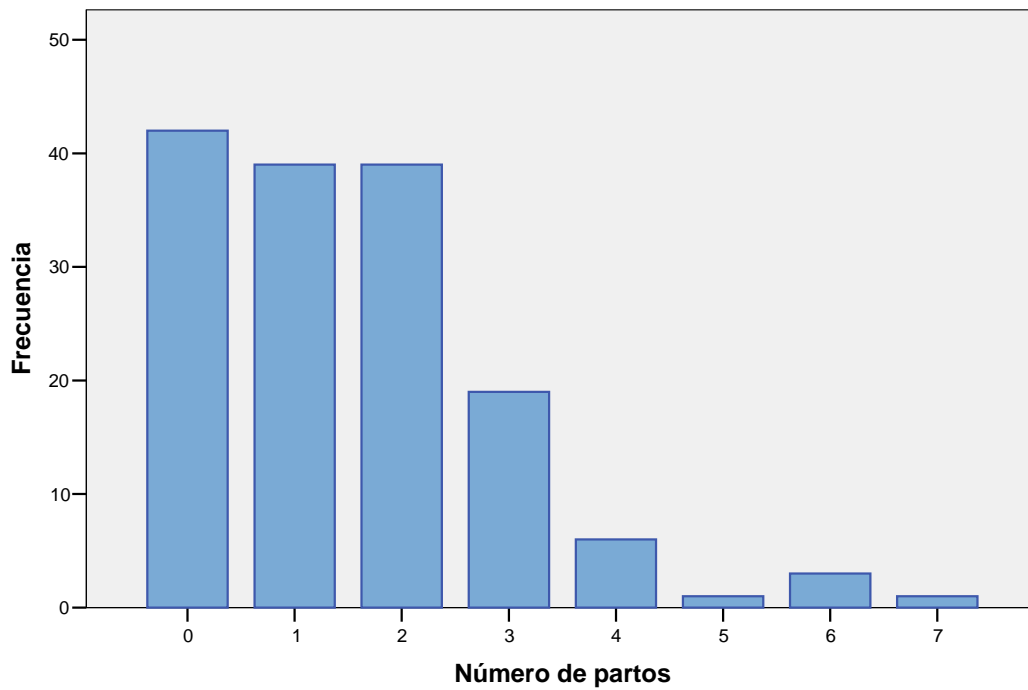
Grafico 8. Distribución por número de embarazos.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

El número de embarazos fue de 0 hasta 8 embarazos, el promedio fue de 2 embarazos.

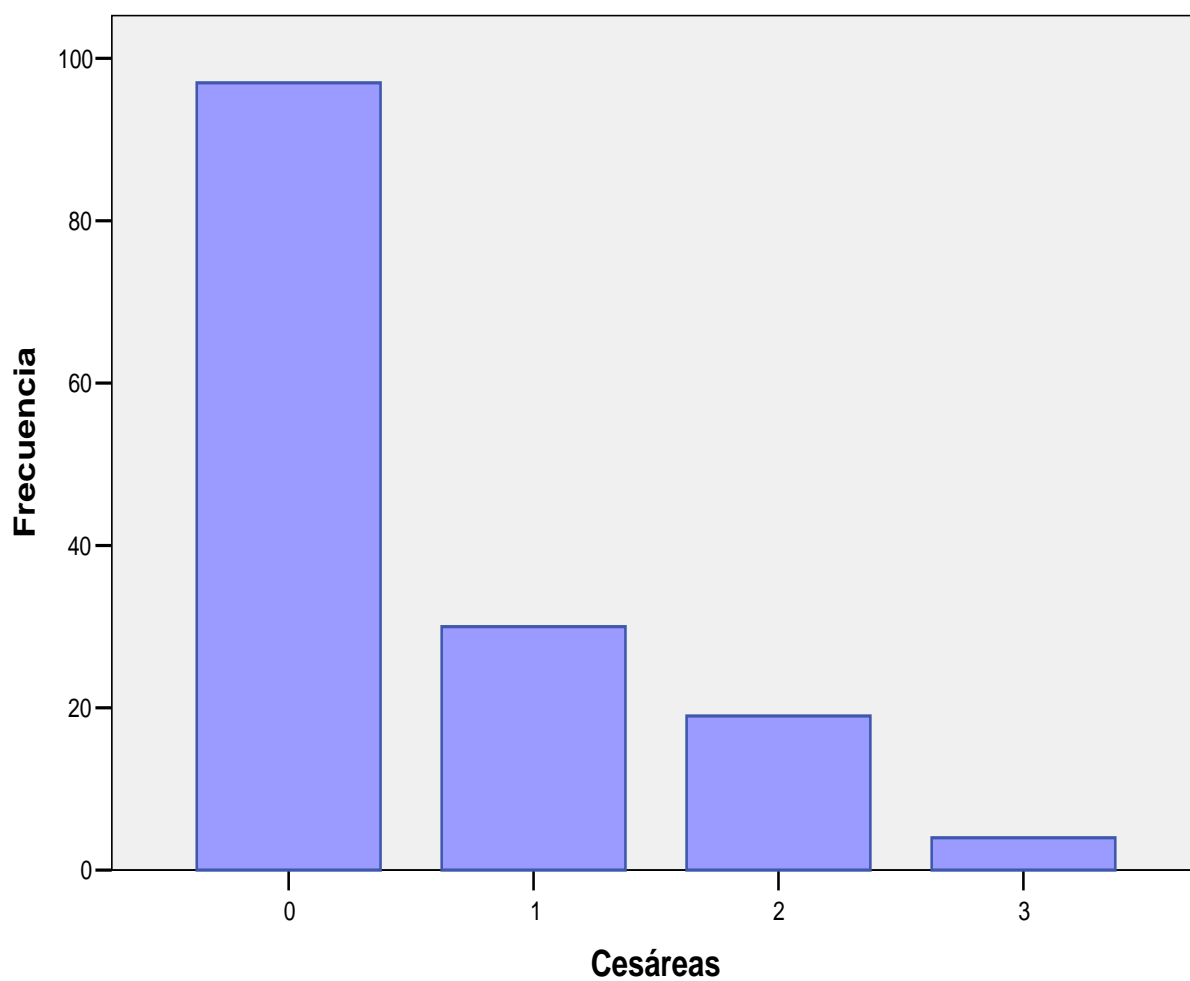
Grafico 9. Distribución por número de partos.



Fuente: encuestas realizadas. N=150.

El promedio de partos fue de 1.5.

Grafico 10. Distribución por número de cesáreas.



Fuente: encuestas realizadas. N: 150.

Se les practicó cesárea a 53 pacientes, su promedio es de 0.53.

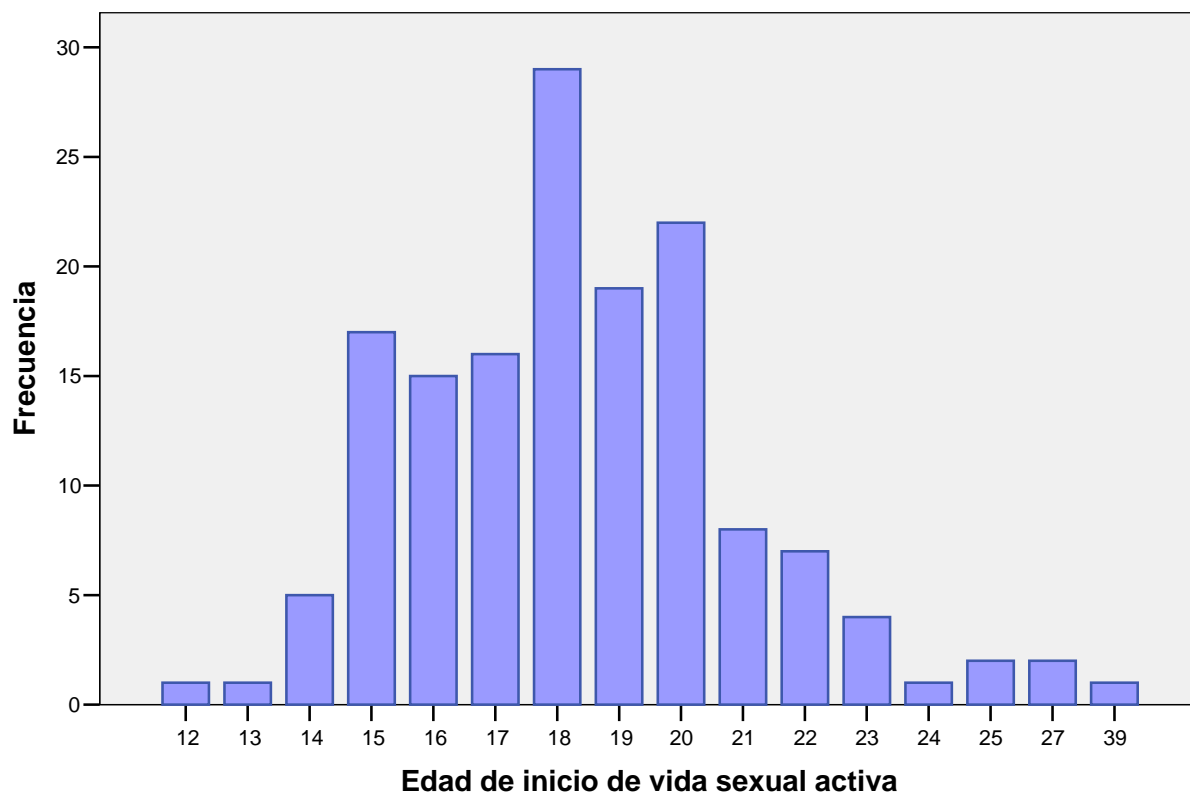
Grafico 11. Distribución por número de abortos.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

28 mujeres han tenido un aborto siendo el promedio de 0.21.

Grafico 12. Distribución por edad de inicio de vida sexual activa.



Fuente: encuestas realizadas. N=150.

La edad de inicio de la vida sexual activa tuvo un rango de 12 a 39 años, el promedio de inicio fue de 18 años y medio.

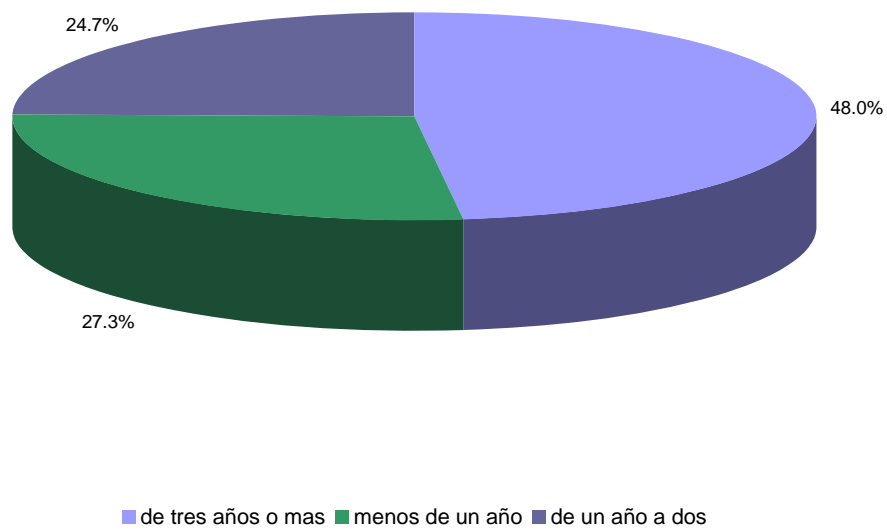
Tabla 2. Frecuencia de método de planificación familiar utilizado

Método utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Dispositivo uterino	55	36.7
OTB	30	20.0
Preservativo	24	16.0
Implante	10	6.7
Otros	10	6.7
Hormonal oral	8	5.3
Hormonal inyectable	7	4.7
Naturales	5	3.3
Vasectomía	1	0.7
Total	150	100.0

Fuente: encuestas realizadas n= 150.

El método de planificación más utilizado fue el dispositivo intrauterino con un 36.7%, OTB con 20%, preservativo con un 16%.

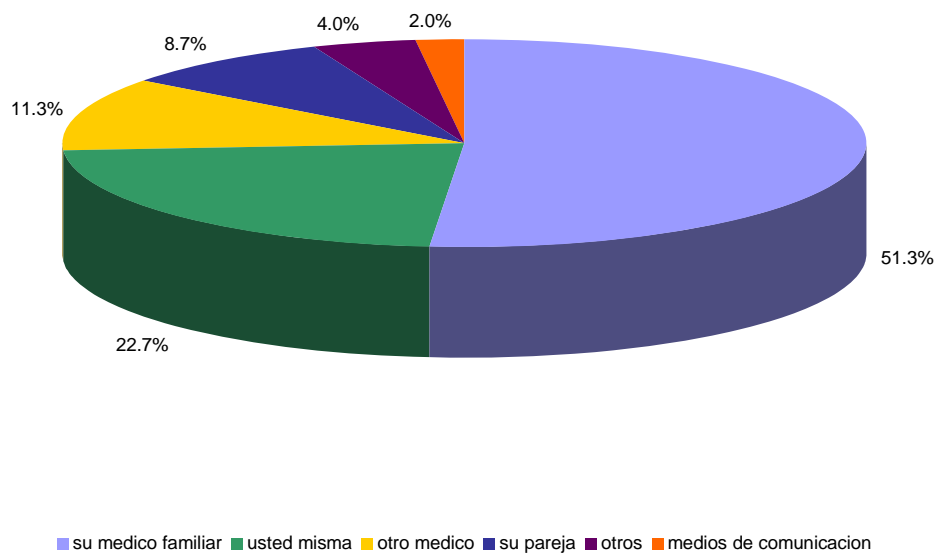
Grafico 12. Tiempo de utilización del método de planificación familiar



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

El tiempo de utilización más frecuente fue de 3 años en 48%, seguido de menos de un año con 27.3% y de uno a dos años con un 24.7%.

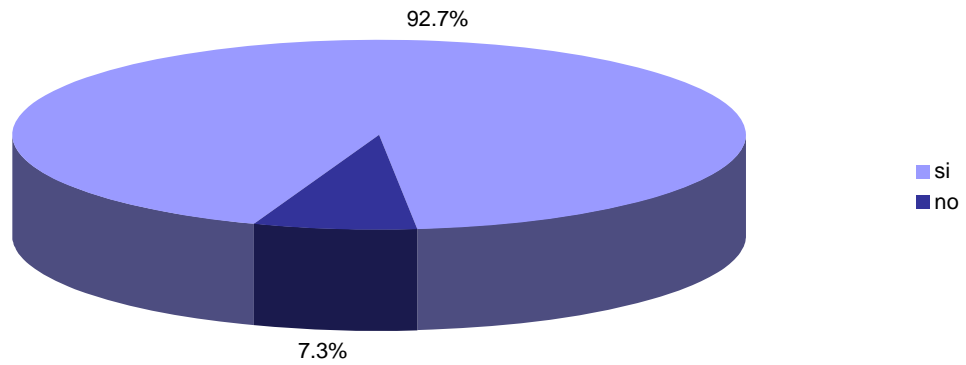
Grafico 13. Quien le ofreció el método



Fuente: encuestas realizadas n=150.

Al 51.3% de las mujeres fue el medico familiar quien le ofreció el método de planificación familiar, el 22.7% lo eligió ella misma, al 11.3% se lo ofreció otro medico, al 8.7% fue su pareja, al 4.0% fue otra persona y el 2.0% por los medios de comunicación.

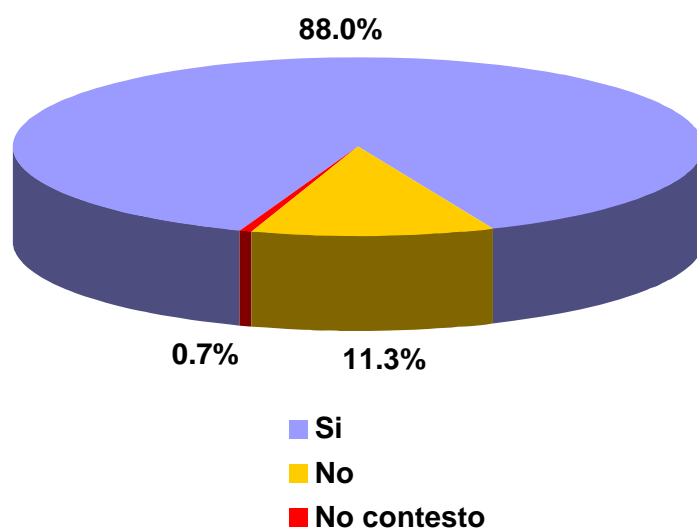
Grafico 14. Esta de acuerdo su pareja en la utilización de un método de planificación.



Fuente: encuestas realizadas. N=150.

Al preguntar si la pareja estaba de acuerdo con al utilización de un método de planificación familiar, el 92.7% respondió de manera afirmativa y solo el 7.3% respondió de manera negativa.

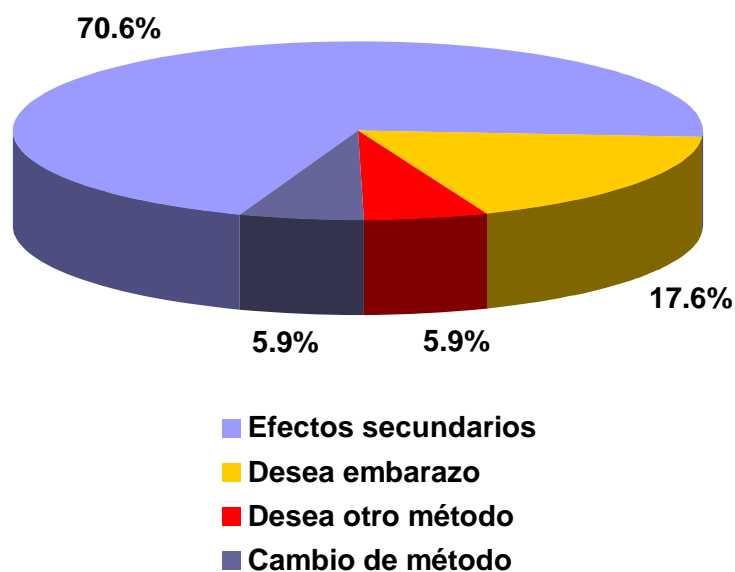
Grafico 14. Esta usted satisfecha con el método de planificación que utiliza



Fuente: encuestas realizadas. N= 150

El 88% de las mujeres encuestadas se sentía satisfecha con el método de planificación familiar utilizado, el 11.3% no se sentía satisfecha.

Grafico 15. Motivo de insatisfacción del uso del método de planificación familiar.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

Entre las mujeres que no se encontraron satisfechas, el 8% refirió su insatisfacción por efectos secundario, el 2.0% desea embarazarse, el 0.7% desea otro método, y el 0.7% refiere cambio de método.

Tabla 3. Motivo por el que utiliza un método de planificación familiar

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Para espaciar sus embarazos	90	60.0
Otros	26	17.3
Por indicación medica	19	12.7
Por deseo de su pareja	15	10.0
Total	150	100.0

Fuente: encuestas realizadas. N=150.

El motivo principal por el cual utiliza el método de planificación familiar es para espaciar sus embarazos 60%, otros motivos 17.3%, por indicación medica 12.7%, por deseo de su pareja 10%.

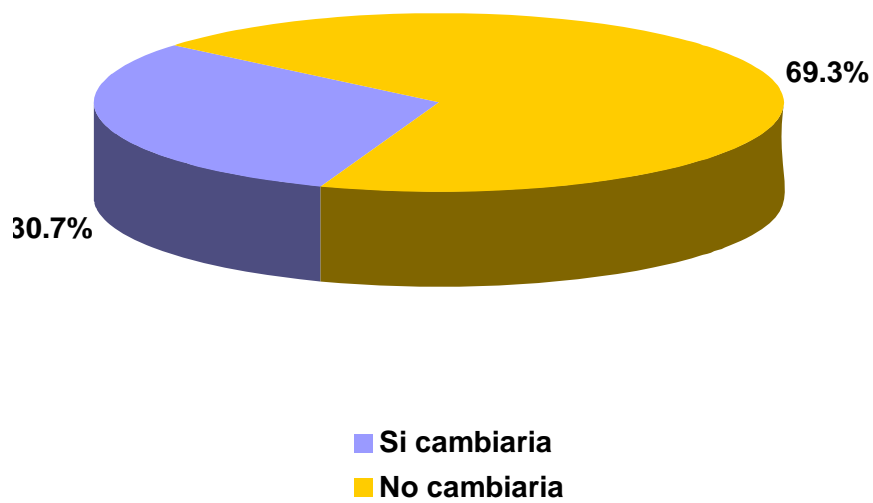
Tabla 4. Motivo de abandono del método de planificación previo.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Deseo de embarazo	25	32.1
Por que le dio molestias	21	26.9
Por indicación medica	7	9.0
Por efectos secundarios	9	11.5
Su pareja no lo acepto	2	2.6
otros	14	17.9
Total	78	100.0

Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

El motivo de abandono del método de planificación familiar fue por deseo de embarazo 32.1%, por que le dio molestias 26.9%, por indicación medica, 9.0%, por efectos secundarios 11.5%, su pareja no lo acepto 2.6%.

Grafico 16. Aceptación de cambio de anticonceptivo actual.



Fuente: encuestas realizadas n= 150.

En relación con la aceptación de método de planificación familiar el 69.3%, no cambiaría método, y el 30.7% si cambiaría método.

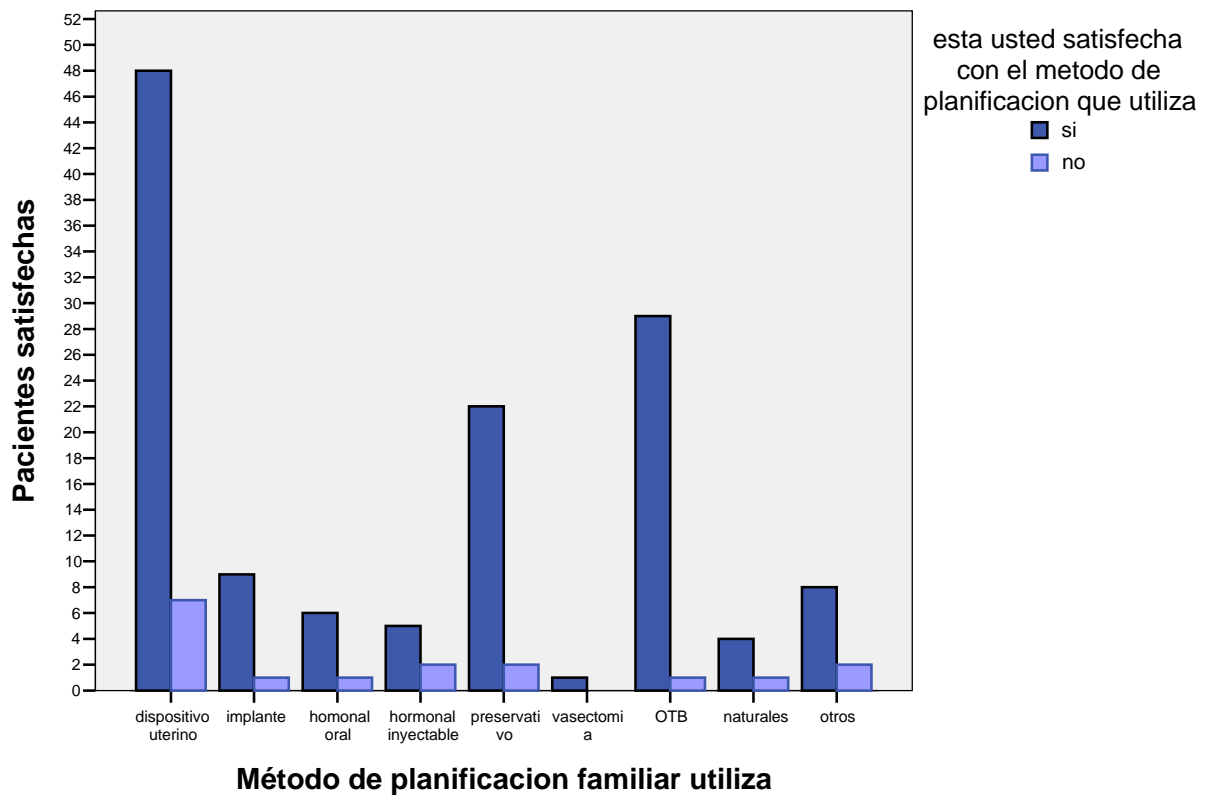
Tabla 5. Por que método cambiaría.

Método a cambiar	Frecuencia	Porcentaje
Por O.T.B.	16	34.8
Para no embarazarse	10	21.7
Por otro método	8	17.4
Por implante	8	17.4
Por vasectomía	2	4.3
Por DIU.	1	2.2
No sabe	1	2.2
Total	46	100.0

Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

Al preguntar por que cambiaría su método de planificación familiar el 34.8% lo cambiaría por OTB, para no embarazarse el 21.7%, por otro método 17.4%, por implante el 17.4%, por vasectomía 4.3%, por DIU 2.2%, y el 2.2% no sabe por que lo cambiaría.

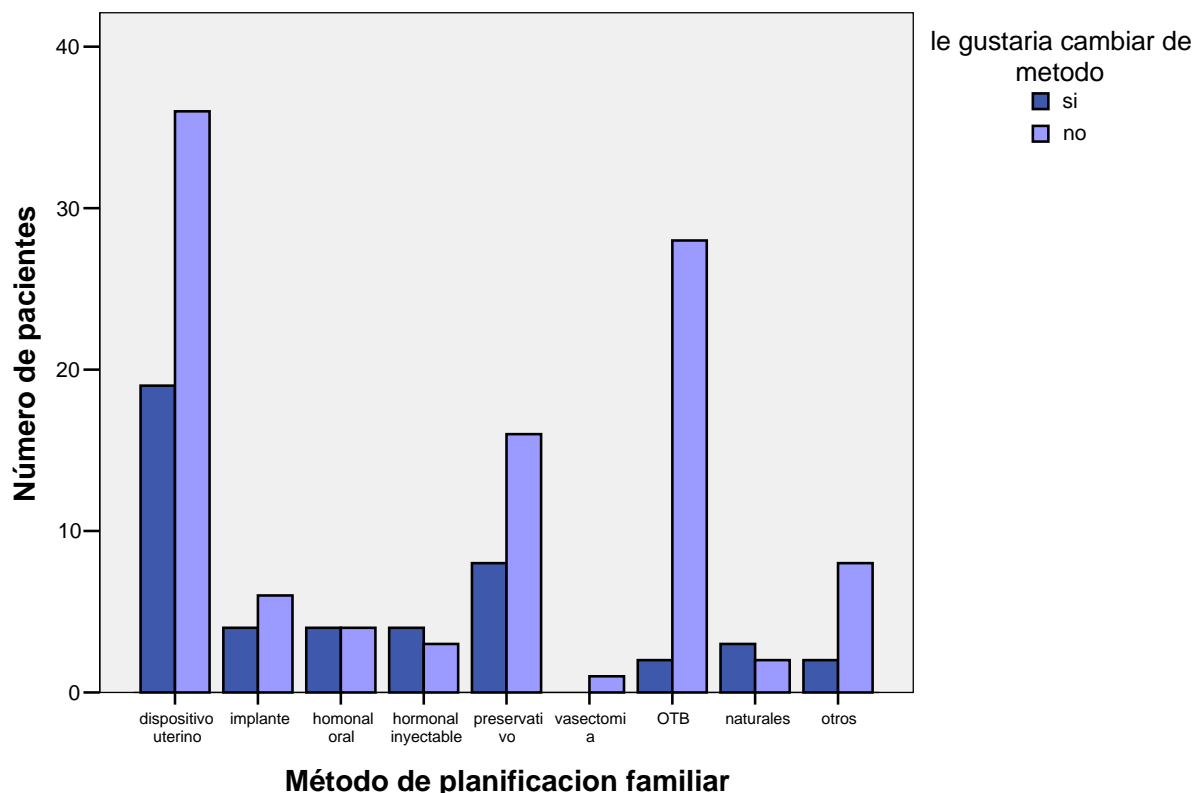
Grafico 17. Satisfacción de uso por tipo de método anticonceptivo.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

Referente a la satisfacción por cada tipo de método, con el DIU 87.3% mujeres se sienten satisfechas con su uso, y el 7% no lo están. Con el implante 9 pacientes refirieron estar satisfechas y 1 mujer no lo está. De los hormonales orales 6 mujeres están satisfechas y 2 no lo están. De las que utilizan el preservativo 22 mujeres están satisfechas con su uso y 2 no lo están. La vasectomía 1 mujer está satisfecha. Con la OTB 9 mujeres se sienten satisfechas y 1 no lo está. Con los métodos naturales 4 mujeres están satisfechas y 1 no lo está. Con otros métodos 8 mujeres se sienten satisfechas con su uso y 2 no lo está.

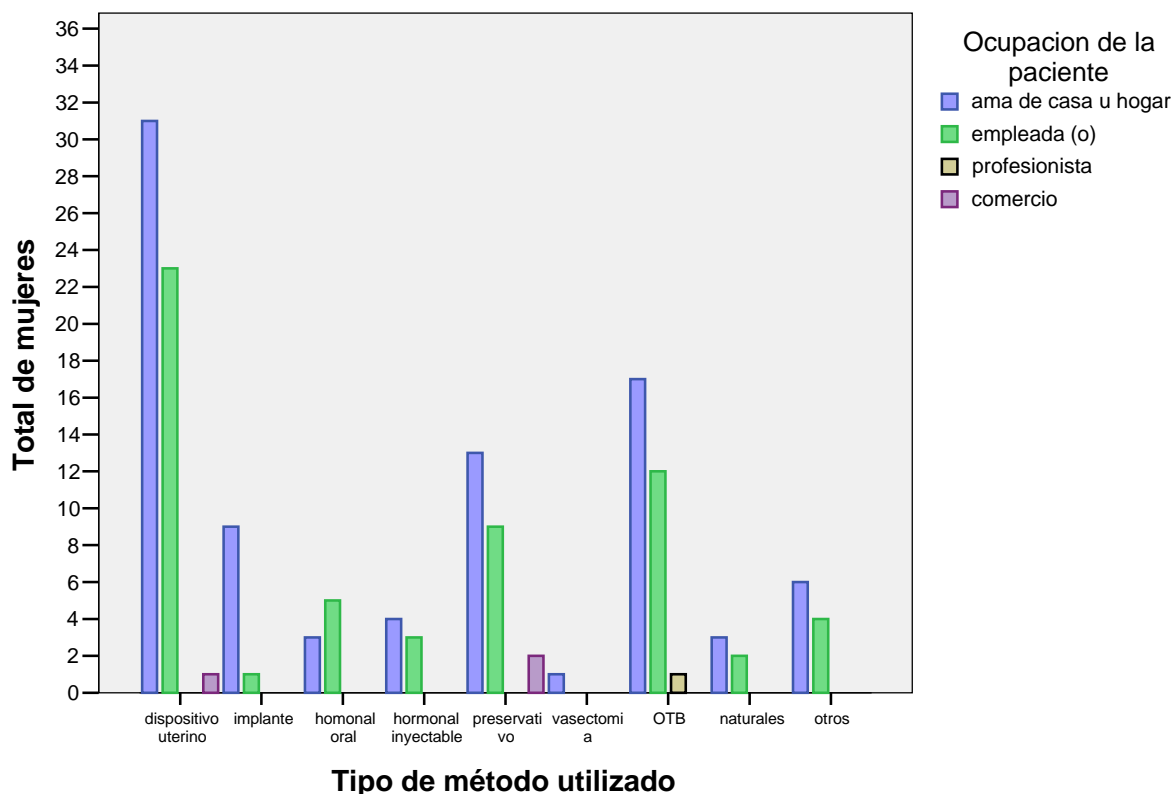
Grafico 18. Cambio de método de acuerdo al tipo de método anticonceptivo actual.



Fuente: encuesta realizadas.

Al cuestionar a las mujeres si les gustaría cambiar de método, las mujeres que utilizan el DIU 34.5% respondió que si, y el 65% continuaría con el DIU; entre las mujeres que utilizan el implante, el 40% cambiaría de método y el 60% no lo haría; en las mujeres que utilizan hormonales orales, el 50% cambiaría de método; en las que utilizan hormonal inyectable, el 57.1% optaría por otro método y el 42.9% continuaría con este método. Entre las mujeres que utilizan el preservativo, el 33.3% cambiaría de método, las que tienen OTB cambiaría el 6.7%, las que utilizan métodos naturales cambiaría el 60%, y las que utilizan otros métodos el 20% optaría por otro método anticonceptivo.

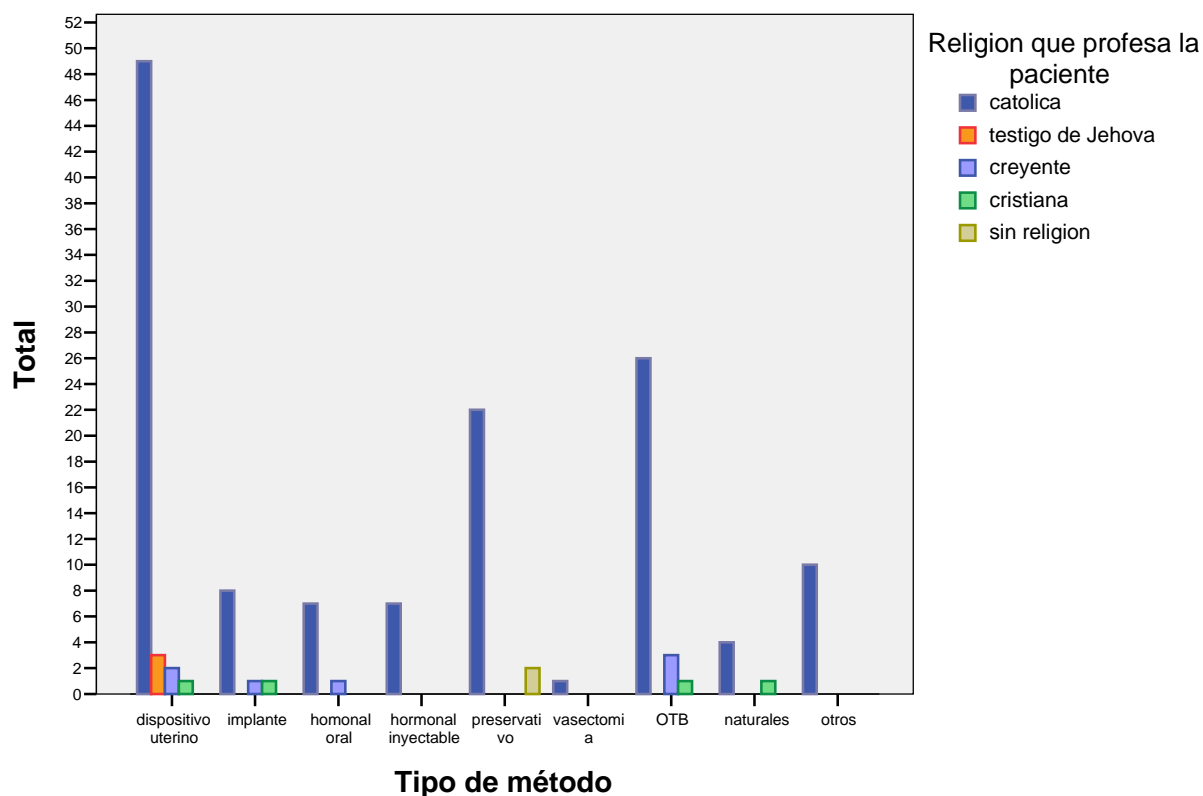
Grafico 19. Utilización de método anticonceptivo por actividad laboral.



Fuente: encuestas realizadas n= 150.

En relación a la ocupación de las mujeres entrevistadas, se observó que entre las mujeres que utilizan DIU el 56.4% se dedican al hogar, 41.8% son empleadas y el 1.8% se dedican al comercio. Entre las mujeres que utilizan el implante, 90% se dedican al hogar y el 10% son empleadas. Las que utilizan hormonales orales el 37.5% se dedican al hogar y el 62.5 son empleadas. El 57.1% de mujeres que usan hormonales inyectables se dedican al hogar, y 42.9% son empleadas. De las mujeres que usan preservativo el 54.2% se dedica al hogar, el 37.5% son empleadas y 8.3% se dedican al comercio. El 100% de las que optaron por la vasectomía de su pareja el 100% se dedican al hogar. En las mujeres que utilizan OTB el 56.7% se dedican al hogar, el 40% son empleadas y 3.3% son profesionistas. Las que refirieron utilizar métodos naturales el 60% se dedican al hogar y el 40% son empleadas. En las que refirieron otro tipo de método el 60% son amas de casa y 40% son empleadas.

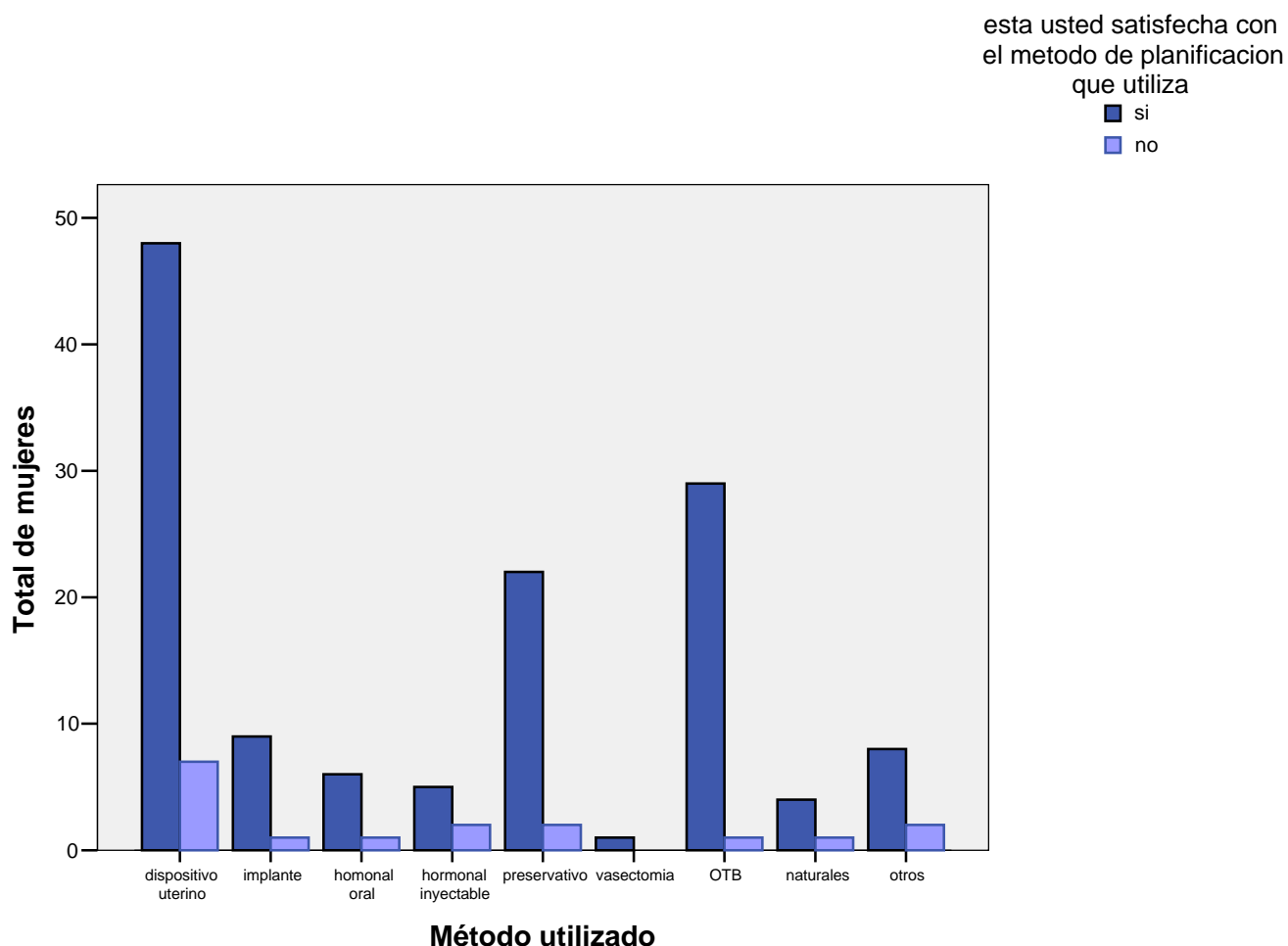
Gráfico 20. Método anticonceptivo de acuerdo a religión



Fuente: encuestas realizadas n= 150.

La distribución según el método utilizado y la religión que profesan las mujeres fue el siguiente: en las que utilizan DIU, el 89.1% son de religión católica, 5.5% testigos de Jehová, 3.6% es creyente y 1.8% cristiana. Entre las que utilizan el implante: el 80% es católica, 10% es creyente, y el 10% es cristiana. De las que usan hormonal oral el 87.5% son católicas, y el 12.5% son creyentes. El 100% de las mujeres que utilizan hormonales inyectables profesan la religión católica. En las que utilizan el preservativo el 91.7% son católicas y 8.3% no tienen religión. El 100% de quienes eligieron la vasectomía son católicas. Entre las que tienen OTB, el 86.7% son católicas, 10% son creyentes y 3.3% son cristianas. Las mujeres que optaron por métodos naturales, el 80% son católicas y el 20% son cristianas.

Gráfico 21. Satisfacción por tipo de método elegido.



Fuente: encuestas realizadas. N= 150.

La satisfacción de acuerdo a cada método se observó en quienes utilizan DIU, la satisfacción fue del 87.3% y 12.7% están insatisfechas con su método. El 90% de las mujeres que utilizan implante están satisfechas con su método y el 10% no lo está. El 85.7% de quienes usan hormonal oral se encuentran satisfechas y 14.3% no. El 71.4% de las que utilizan hormonales inyectables se encuentra satisfecha y el 28.6% no está satisfecha. Entre las mujeres que utilizan preservativo, el 91.7% se encuentra satisfecha y el 8.3% no está satisfecha. Las que sus parejas se realizaron vasectomía. El 100% está satisfecha con el método. En las mujeres con OTB el 96.7% se encuentra satisfecha y solo el 3.3% no lo está. Con métodos naturales, el 80% está satisfecha con su elección y el 20% no está satisfecha. Y finalmente en quienes usan otro tipo de método, el 80% está satisfecha y el 20% no lo está.

4.- Discusión:

Se encuestaron a 150 mujeres que tuvieron 30 años de edad en promedio, siendo la edad más frecuente de 23 años, estos resultados son similares a investigaciones previas realizadas por Acevedo y col.²⁵

El estado civil más frecuente fue de casada con 67%, le siguieron unión libre con un 20%. Soltera en un 9.3%, que es un porcentaje bajo en comparación con diversas regiones del mundo, como en África Oriental con un 23%, el Caribe con un 28%, América Latina con un 20%. Considero que la proporción de madres solteras que son cabeza de familia va en aumento debido al mayor número de disoluciones de matrimonios, a la migración de la población, y a los hijos engendrados fuera del matrimonio²³.

La escolaridad de las pacientes estudiadas fue en promedio de 9 años lo que nos menciona que no se rebasa el nivel de educación secundaria, siendo similar a lo reportado por Acevedo y col²¹. En donde reporta un 39% con estudios de secundaria.

En cuanto a la ocupación se dedican a: el hogar un 58%, coincidiendo también, con lo reportado por Acevedo y col. Donde reporta el mismo porcentaje (58%) dedicado al hogar¹²⁰. En relación con mujeres con tipo de ocupación de empleadas, en mi investigación se presentaron en el 39%, a diferencia del mismo autor en donde reporta el 17%. lo que nos indica la preocupación por la mujer por el estado económico de la familia, desafortunadamente con un muy bajo porcentaje de mujeres profesionistas el 0.7%.

En la presente investigación en relación a la ocupación de las mujeres entrevistadas las que prefieren un método de planificación, el mayor porcentaje está en las que se encuentran en el hogar.

Se observó que un porcentaje de las mujeres encuestadas la religión que profesaban fue católica con 58%. No concordando con Acevedo y Col. en donde su porcentaje es de 95%.

El número de personas que habitan en el hogar tiene un promedio de 5 personas lo que refleja preocupación de planificación familiar para un mejor nivel de vida.

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró que la menarca se presentó en promedio a los 13 años, coincidiendo con lo investigado por Domínguez, en México, la menarca ocurre antes de los 14 años²³.

El periodo menstrual se clasificó como regular en 90.7% y de irregular en 9.3%. Lo que difiere con lo referido en la literatura consultada.

En relación al número de embarazos que han presentado las mujeres estudiadas, en promedio fue de 2 embarazos coincidiendo con Domínguez et al en 1999 menciona que en México durante las últimas tres décadas, lapso en que la tasa global de la fecundidad descendió de 7.0 a 2.7 hijos por mujer²³.

El método planificación preferido fue del dispositivo intrauterino con un 36.7%, coincide con lo reportado en la literatura por Acevedo y col. En donde reporta un 40%. En relación con OTB con un 20%, a diferencia de este autor en donde reporta el 44%. Seguido del preservativo con un 16%.

Por otro lado, la presente investigación reporta a los métodos naturales con menor preferencia dando un porcentaje de 3.3% lo que difiere con lo referido por los autores Palma y Rivera en México en comunidades similares. Con un porcentaje de casi 15% para métodos naturales²⁴.

El tiempo de utilización más frecuente de tres años o más con un 48%, lo cual no se encuentra referido en la literatura investigada.

El 51.3% de las mujeres fue el médico familiar quien ofreció el método de planificación familiar, el 22.7% lo eligió ella misma lo que nos menciona de la conciencia tomada por la mujer en el UMF 65 del control de planificación familiar. En el cual probablemente hayan influido la ardua labor que están realizando el equipo multidisciplinario de la UMF 65 que han logrado concientizar a dichas mujeres.

Es de llamar la atención el porcentaje tan importante en relación a la participación de la pareja sexual de la mujer estando de acuerdo en un 82.7% con un método de planificación familiar a diferencia de lo que menciona Domínguez y col. en donde refiere no se ha logrado sensibilizar a los varones para su participación en salud reproductiva²³.

El 88% de las mujeres entrevistadas se sentían satisfechas del método de planificación familiar utilizado.

El motivo principal por el cual utiliza el método de planificación familiar es para espaciar los embarazos con un 60%. Lo cual no se encuentra referido en la literatura.

Al preguntar si ha utilizado otro método de planificación familiar, el 52% respondió que sí, y que lo abandonaron por deseo de embarazo en 32.1%, 26.95 por ciento presentaba molestias, el 11.5% por efectos secundarios.

Al preguntar sobre las características que desearían del método de planificación familiar las mujeres encuestadas respondieron que debería de ser cómodo en un 60%, que no ocasionara efectos secundarios en un 31.3%.

El 88% de las mujeres entrevistadas se sentían satisfechas del método de planificación familiar utilizado.

En las mujeres encuestadas un 63.3% no desea cambiar de método por satisfacción por el, de las mujeres que respondieron que si deseaban cambiar de método anticonceptivo que actualmente utilizaban, 34.8% deseaban cambiar por un método definitivo(oclusión tubaria bilateral).

En lo referente a la preferencia con cada tipo de método se presenta un alto porcentaje de aceptación, con el DIU un 87%, con el implante un 90%, con la OTB 96.7% de satisfacción, lo que concuerda con lo investigado por Palma y Rivera con métodos como la OTB y El DIU con un porcentaje de 82.8%²⁴.

Sin embargo, al preguntar si les gustaría cambiar de método un 65.5% continuaría con DIU, entre las mujeres que utilizan el implante el 60% no cambiaría de método, en las mujeres que utilizan hormonales orales el 50% esta de acuerdo con este método, entre las mujeres que utilizan el preservativo el 66.7% no cambiaría de método.

5.- CONCLUSIONES

El perfil de la usuaria de método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la UMF 65 en el presente estudio fue la edad promedio de 30 años, el estado civil casada, dedicadas al hogar, con escolaridad promedio de 9 años, religión católica.

En base a conocer la preferencia de las mujeres en edad reproductiva de los métodos anticonceptivos en el presente estudio se encontró que el DIU fue el que obtuvo el mayor porcentaje, seguido de la oclusión tubaria bilateral y del preservativo.

En esta investigación los métodos de planificación familiar más frecuentemente usados en mujeres en edad reproductiva fueron los siguientes: el dispositivo uterino, la oclusión tubaria bilateral, el uso de preservativo, el implante, hormonal oral, hormonal inyectable, métodos naturales y la vasectomía.

Al identificar la satisfacción de los diferentes métodos de planificación familiar en mujeres de edad reproductiva se encontró que la gran mayoría, un 88% estuvieron satisfechas con el método de PPF utilizado.,

Los resultados del presente estudio de investigación resaltan la importancia de la utilidad de los métodos de PPF. En México, Edo. Méx., del IMSS.

En este estudio se manifiesta que en la UMF 65 de Río Hondo se cumple con el programa de planificación familiar se hará extensivo el resultado de la presente investigación a las autoridades del instituto para mantener siempre el suministro de los métodos de planificación familiar identificados de mayor demanda, continuar con la misma participación del equipo multidisciplinario en la información de los diversos métodos de planificación familiar .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Historia de la anticoncepción

Disponible en: [URL:http://www.celsam.org/manual.aspzcre manual:7](http://www.celsam.org/manual.aspzcre%20manual:7) revisado 200706.

2.- Díaz AG, historia de la anticoncepción

Disponible en: [URL:http://www.brs.bld.cu/revistas/mgi/volii295/mgi16295.htm](http://www.brs.bld.cu/revistas/mgi/volii295/mgi16295.htm) revisado 200706.

3.- Lugones BM Quintana RT, Orígenes de la anticoncepción

Disponible en: [URL:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12496/mgi4496htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12496/mgi4496htm) revisado 250706

4.- La anticoncepción tiene historia

www.minerva.com.mx/p_historia.asp.historia=01-14k. Revisado diciembre 2006.

5.- encolombia.com.anticonceptivos-datos historicos.h+m-11k. Anticonceptivos orales. Revisado diciembre 2006.

6.- Guía didáctica anticonceptivo e implante subdérmico con etonogestrel material de apoyo febrero 2001 IMSS.

7.- Domínguez del Olmo J. salud reproductiva Programa de actualización en Medicina Familiar 1999. ED Colegio Mexicano de Medicina Familiar pgs 5-7.

8.- Veinticinco años de planificación familiar en México

Disponible en: www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014pdf.010806.

9.- Irigoyen CAE. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Segunda Edición. 1994. ED. Medicina Familiar Mexicana Pgs. 125-133.

10.- Irigoyen C.A. "Perfil Profesional del Médico Familiar en México" Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Segunda Edición.2004. ED. Medicina Familiar Mexicana. Pgs. 138-140, 146-147.

11.- Gallo VF, Col. Perfil Profesional del médico

De familia. Atención Primaria 1999: Vol. 23(5): p 236-248.

12.- Gallo VF, Perfil profesional del médico de familia. Bases conceptuales. En Ceitlin J, Gómez GT Medicina de familia: la clave del modelo. Edit Sem FyC, España 2000: p 164-178.

13.- Preferencias reproductivas y anticoncepción.

Disponible en: www.cddhcv.gob.mx/camdip/compyd/pmp02.htm-25k revisado 180906.

14.- Gómez –Clavelina, Irigoyen_Coria, Ponce-Rosas. Bases Para la Investigación en las Especialidades Médicas. 1ª Edición ED. Medicina Familiar Mexicana. Pgs. 52-75.

- 15.- Ponce RER. Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en medicina Familiar. Primera Edición. 2003. Editorial Medicina Familiar Mexicana
- 16.- García RA. Y cols. "Guía Ejecutiva para la elaboración de protocolos de tesis y parte de una investigación en proceso". Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. 2004.
- 17.- Gran Diccionario Enciclopédico visual 1994. ED. Programa educativo visual pg. 992.
- 18.- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina ED. Dorland. Vigésima sexta edición. ED Interamericana MC Graw Hil 1988.
- 19.- NOM-005 SSA 2-1993. De Los Servicios de Planificación familiar. Mayo 1999. Sector Salud.
- 20.- Ramírez HA, Avecilla PA. Planificación Familiar. En Martín ZA. Atención Primaria. ED. Harcourt; España 1999 p 558-589.
- 21.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud 1983.
- 22.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada en al 18ª Asamblea Medica Mundial en Helsinki, Finlandia 1964, enmendada en al 52ª Asamblea General, Edimburgo Escocia, octubre de 2000.
- 23.- Domínguez del Olmo J. Salud reproductiva. Programa de actualización continua en Medicina Familiar segunda edición 1994pag 1-54 ED. Colegio Mexicano de medicina familiar AC.
- 24.- Palma Y, Rivera G. Planificación familiar en México. En Langer A, Tolber K (eds). Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México.
- 25.- Acevedo-Galindo I, Nájera-Soto J, Bernal-Fernández A. Perfil de la mujer usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. Arch Med Fam 2005; 7 (2):54-56.