



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 34
GUADALAJARA JALISCO

TITULO DE TESIS

MOTIVOS DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ALMA PATRICIA SALCEDO GARCIA

GUADALAJARA JALISCO

2006



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.

MOTIVOS DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ALMA PATRICIA SALCEDO GARCÍA

AUTORIZACIONES

DR. AGUSTIN ROBERTO BARRERA PARRAGA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 34 GUADALAJARA JALISCO

DR. HECTOR RAMON MARTINEZ RAMIREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UMF No 34
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. HECTOR RAMON MARTINEZ RAMIREZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UMF No 34
ASESOR DE TEMA DE TESIS

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES
I. M. S.S. - U. N. A. M**

**MOTIVOS DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

INVESTIGADOR

DRA. ALMA PATRICIA SALCEDO GARCÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL.

INDICE.....	5
RESUMEN.....	6
MARCO TEORICO.....	8
JUSTIFICACIÓN Y/O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	27
METODOLOGIA.....	28
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
SELECCIÓN MUESTRAL Y TAMAÑO	
VARIABLES DE ESTUDIO	
PROCEDIMIENTOS	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	51
CUESTIONARIO (ANEXO 1).....	54
CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO2).....	56
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.....	58

Resumen:

Motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios en atención primaria

Antecedentes:

Los indicadores demográficos de mayor impacto en salud reproductiva son la mortalidad de la mujer y la mortalidad perinatal. En México, el 54.4 % de la población es femenina. A pesar de que el 55.4% tiene seguridad social, es importante señalar que tres de cada cuatro defunciones maternas suceden en unidades medicas. Por lo que, queda claro que no solo el acceso a los servicios en salud es determinante, sino que se revela un problema más complejo en el cual intervienen diversas dimensiones. A pesar de que la mortalidad materna en México presenta un constante decremento entre 1955 y 1990, durante los últimos 12 años se ha desacelerado esta tendencia, esto puede ser atribuido a que el riesgo de muerte materna por toxemias no ha disminuido en los últimos 30 años. La Organización Mundial de la Salud en el año 2004, emite la primera estrategia global en salud reproductiva como una medida preventiva que permita disminuir la magnitud de la mortalidad materna. Promueve el derecho de las mujeres de espaciar o limitar sus embarazos, mediante la planificación familiar situación que impacta directamente en su salud y en la de sus hijos, mejorar su condición social y económica. En México, las actividades de planificación familiar constituyen una estrategia, de la salud reproductiva con un enfoque de prevención para la salud de la mujeres y constituye un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con pleno respeto a su dignidad. Por otro lado, la mortalidad materna relacionada con el embarazo en nuestro país continúa inaceptablemente alta, debido a complicaciones potencialmente prevenibles a través de uso de consejería en salud reproductiva y sexual. Por lo que, el objetivo general del presente trabajo es determinar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios de atención primaria en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de la Zona Metropolitana de Guadalajara, de la Delegación Jalisco del IMSS.

Pacientes y métodos.

Diseño: Transversal analítico. Se incluyeron sujetos de ambos sexos de 15 a 49 años, con vida sexual activa, adscritos a la UMF No 34. Se analizaron 362 pacientes, mediante muestreo aleatorio simple de las listas nominales de los pacientes que acudieron a recibir atención médica. A los seleccionados se les aplicó cuestionario estructurado y validado para determinar los motivos de rechazo, previa obtención de su consentimiento informado por escrito.

Análisis estadístico.

Las variables dimensionales, se muestran como promedio \pm desviación estándar (DE), o mediana (percentilas 25-75%), según sea necesario. Las variables nominales se muestran como números o porcentajes. Las comparaciones entre los grupos con función de la presencia de rechazo o aceptación de métodos de planificación familiar, se estableció mediante chi cuadrada en el caso de variables nominales; para variables cuantitativas se utilizó la prueba *t de Student*. Un valor $p < 0.05$ se considerará como significativo, sin embargo, preferentemente se expresará el valor exacto.

El protocolo fue sometido a revisión por el comité local de investigación del HGR No 46, del IMSS, en Guadalajara, Jalisco.

Resultados:

1. La frecuencia de uso de algún método de planificación familiar en atención primaria fue del 85% y en consecuencia de rechazo fue del 15 %. Esta frecuencia de uso fue mayor a la reportada a la frecuencia de uso en nivel nacional en población abierta.
2. El uso de métodos de planificación familiar de acuerdo a la preferencia de los pacientes en nuestro estudio muestran una tendencia diferente para la población nacional.

Conclusiones: Los principales motivos de rechazo de métodos de planificación familiar pueden ser atribuidos fundamentalmente falta de pareja estable y efectos colaterales.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Los indicadores demográficos de mayor impacto en salud reproductiva son la mortalidad de la mujer y la mortalidad perinatal⁽¹⁾. En México, las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) representaron para el año 2002, el 27.3% de la población total y 54.4 % de la población femenina⁽¹⁾. A pesar de que el 55.4% tiene seguridad social, en algunas entidades federativas esta condición esta presente en menos de la tercera parte, lo que refleja una desigualdad en el acceso a los servicios de salud, condición que se asocia a una mayor tasa de mortalidad.⁽¹⁾ Es importante señalar que tres de cada cuatro defunciones maternas suceden en unidades medicas, 80% de estas recibieron atención antes de morir y existe una tendencia a concentrarse más en áreas urbanas y metropolitanas⁽¹⁾. Por lo que, queda claro que no solo el acceso a los servicios en salud es determinante, sino que se revela un problema más complejo en el cual intervienen diversas dimensiones. Sin embargo, en la muerte materna los efectos de la pobreza se ven potenciados por factores socioculturales⁽²⁾. De ahí la necesidad de “ir más allá” de sus causas inmediatas, a fin de identificar y modificar los factores de riesgo⁽²⁾. A pesar de que la mortalidad materna en México presenta un constante decremento entre 1955 y 1990, durante los últimos 12 años se ha desacelerado esta tendencia⁽¹⁾. Esto puede ser debido, a que el riesgo de muerte materna por toxemias no ha disminuido en los últimos 30 años. En 1980 era de 21.0 y en 2002 fue de 20.8 por 100,000 nacidos vivos, permaneciendo más elevado con respecto a otras causas de muerte materna (hemorragia obstetricia 11.6; infección puerperal 2.5; parto obstruido 0.2; aborto 4.7; causas obstetricias indirectas 9.1 y otras causas maternas 14.8)⁽¹⁾. Acorde con lo anterior, en nuestro país en el año 2002, se registraron 1309 muertes materna y 427 (32%) fueron debidas a toxemias⁽¹⁾. Situación desafortunada si consideramos que un gran número de estas muertes pondrían haber sido evitadas⁽³⁾. Por lo que es prioritario cambiar lo que sea necesario para mantener la salud de las mujeres y de la población en el mejor estado de salud posible. Dentro de este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 57ava. asamblea del 2004, ha adoptado la primera estrategia global en salud reproductiva como una medida preventiva que permita disminuir la magnitud de la mortalidad materna⁽⁴⁾. Promueve como un derecho la capacidad en las mujeres de espaciar o limitar sus

embarazos, situación que impacta directamente en su salud y en la de sus hijos. Por lo que el incremento de la capacidad de la mujer para ejercer sus derechos reproductivos mediante la planificación familiar puede mejorar su condición social y económica así como la de su familia⁽⁴⁾.

En México, las actividades de salud y dentro de ellas, los servicios de planificación familiar constituyen una estrategia dentro del marco de la salud reproductiva con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de la mujeres y constituye un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos con pleno respeto a su dignidad⁽⁵⁾. Por otro lado, es importante señalar que la mortalidad materna relacionada con el embarazo en nuestro país continúa inaceptablemente alta, debido a complicaciones potencialmente prevenibles a través de uso de consejería en salud reproductiva y sexual. Por lo que, el objetivo general del presente trabajo es determinar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios de atención primaria en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de la Zona Metropolitana de Guadalajara, de la Delegación Jalisco del IMSS.

La planificación familiar puede ser entendida como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener información específica y los servicios idóneos así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja independientemente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas⁽⁵⁾. Es decir, la planificación familiar, es un elemento que garantiza, fortalece y consolida la decisión de los usuarios mediante su consentimiento informado por escrito⁽⁵⁾.

El programa de planificación familiar en nuestro país se origina en 1973: asentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 4^o, que entra en vigor en diciembre de 1993; la ley general de población, en su Art. 3^o, párrafo II, que inicia sus operaciones en enero de 1974; reglamento de ley general de población, del Art. 18 al 30, que entran en vigor a partir del 17 de noviembre de 1976; en la ley general de salud, en sus artículos 67, 68 y 69 vigentes desde el 7 de febrero de 1984 y el Art. 67 del 27 de mayo de 1987; reglamento de la ley general de salud, en materia de prestaciones de servicios de atención médica, a través de sus artículos 116,117,118,119,y 120, que entran en vigor el 14 de mayo de 1986 y la norma oficial mexicana, de los servicios de planificación familiar, NOM 005-SSA2-1993, vigente, que fue publicada en el diario oficial de la federación por acuerdo de comité consultivo nacional de normalización de servicios de salud, el día 30 de mayo de 1994⁽⁵⁾. En consonancia con estos fundamentos la salud reproductiva puede ser definida 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 y sexual⁽⁴⁾. En la actualidad las Unidades de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con servicios de consejería en salud reproductiva y sexual, con el objetivo de impactar sobre la morbilidad y mortalidad perinatal⁽⁶⁾

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR^(5,6,7)

HORMONALES ORALES.

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en tres grupos:

- Los que contienen estrógeno y progesterona.
- Los que solo contienen progestina.

- Anticoncepción hormonal post coito.

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergesta, posaborto inmediato o poscesaria, después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Forma de administración: los anticonceptivos hormonales orales, en el primer ciclo de tratamiento deben iniciarse dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual o excepcionalmente al sexto o séptimo días. En este último caso se usara un método de barrera durante los primeros siete días de administración del método. En las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una tableta diaria por 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso. Los ciclos subsecuentes se iniciaran al concluir los siete días de descanso del ciclo previo, independientemente de cuando se presenta el sangrado. En el caso de presentación de 28 días, el ciclo va seguido de siete días durante los cuales se ingiere tabletas que contienen hierro o lactosa. En el caso de los métodos anticonceptivos que solo tienen progestina, en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse el primer día de la menstruación, si tal inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día se usara un método de barrera como apoyo en los primeros siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación. Se recomienda se ingiera la tableta a la misma hora del día para su mayor efectividad. Su principal indicación es en mujeres que se encuentran lactando y poscesaria o posparto. En el caso de anticoncepción emergente poscoital, es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Las presentaciones pueden ser: utilizan etinestradiol 50 microgramos más 250 microgramos de levonorgestrel o etinilestradiol 50 microgramos más 500 microgramos de dl-norgestrel. La dosis es de dos tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas del coito no protegido y administrar una segunda dosis dos tabletas doce horas después de la primera dosis.

Mecanismo de Acción: Los anticonceptivos hormonales orales, previenen el embarazo primariamente por inhibición de la ovulación mediante la supresión con la descarga de

hormona luteinizante por las acciones combinadas de estrógeno y progestinas. Además, se ha descrito cambios biofísicos del moco cervical y locales en el endometrio.

Efectividad: Bajo condiciones habituales de uso, los anticonceptivos hormonales orales combinados brindan una protección anticonceptiva del 92 al 99%. La efectividad de anticonceptivos que solo tiene progestina es del 90 al 97% y para el caso de anticoncepción hormonal postcoito la probabilidad embarazo es del 1 a 2%.

HORMONALES INYECTABLES.

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción, y se dividen en 2 grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina
- Los que contienen solo progestina.

Indicaciones: Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo las adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, posaborto, posparto y poscesaria después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Forma de administración: La presentación de los combinados inyectables es de: 1) 200 mg de enantato de noretisterona (NET-EN) y se administra cada dos meses, 2) 150 mg de acetato de depomedroxiprogesterona (DMPA) y se administra cada 3 meses. Los anticonceptivos hormonales inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. Los combinados se aplican dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación, mientras que los que contienen solo progestina se aplican dentro de los primeros siete días después del inicio de la menstruación. Si se aplican posterior al quinto día del ciclo menstrual en el caso de terapia confiada se utilizara un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes se aplicaran cada 30 ± 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Para el caso de aquellos con solo pregestina las inyecciones subsecuentes se aplican cada 3 meses.

Mecanismo de Acción: Se describen 3 mecanismo de acción anticonceptiva: a) inhibición de la ovulación b) supresión endometrial c) cambios biofísicos del moco cervical

Efectividad: Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

METODO HORMAL SUBDERMICO.

- Implante subdérmico anticonceptivo

Indicaciones: Este método anticonceptivo está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes, con patrón menstrual regular que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado, posparto o poscesaria sin lactancia o a la sexta semana si esta se lleva a cabo, posaborto.

Forma de administración: Las capsulas deben insertarse por debajo de la piel en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por los fabricantes. La inserción debe efectuarse preferentemente dentro de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo. Cada capsula subdérmica contiene 68 mg de etonogestrel. La duración del efecto anticonceptivo es por tres años.

Mecanismo de Acción: El sistema de implantes subdérmicos evita el embarazo a través de una combinación de mecanismos: es por inhibición de la ovulación, asegura niveles constantes de liberación hormonal con efecto anticonceptivo.

Efectividad: Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99%, durante primer año, después disminuye gradualmente. Su efectividad es comparable con la esterilización quirúrgica.

EFFECTOS COLATERALES: DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Algunas mujeres pueden presentar una variedad de acuerdo a su susceptibilidad de los usuarios: irregularidad menstrual; cefalea; náusea, vómito, sensación de mareo y mastalgia, incremento del peso corporal, melasma entre otros.

CONTRAINDICACIONES

Lactancia materna en las primeras seis semanas, embarazo o sospecha, antecedente de enfermedad trombo embólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y reumática, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

PRECAUCIONES

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, en hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

El DIU consiste en un cuerpo de polietileno flexible, que contiene un principio activo que puede ser un filamento de cobre y/o cobre y plata o un depósito con una progestina..

- Dispositivo uterino T de Cu 380A,375 y 250.
- Dispositivo liberador de hormonal levonorgestrel. (MIRENA)

Indicaciones: Los DIUs están indicados en mujeres de edad fértil, con vida sexual activa, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, y que no requieran o este contraindicado alguno de los otros métodos, por lo que se puede aplicar en: nulípara o multíparas incluyendo a las adolescentes.

Forma de administración: El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos: período ínter genésico, posplacenta, prealta., posaborto, puerperio tardío. Se debe de informar a la usuaria como será el procedimiento de inserción y la importancia de su colaboración durante el mismo. Se hará una exploración pélvica bimanual previa la colocación del DIU, para precisar forma, tamaño y posición del útero así como para descartar la existencia de alguna patología pélvica. Con la ayuda de un espejo vaginal se visualizará el cérvix y se realizará limpieza de cuello uterino con una gasa con solución antiséptica. Con una pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello y se tracciona suavemente, para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la longitud de la cavidad uterina. Se determina la longitud de la cavidad uterina mediante un histerómetro, se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es

menor de 6 cm. no es recomendable la aplicación del DIU. Si la longitud es mayor de seis cm se inserta el DIU. Una vez terminada la inserción se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de presión, se recortan los sitios guía a dos cm. del orificio externo del cervix y se retira el espejo vaginal. Se recomienda cita a la paciente al mes de la inserción de DIU para su revisión y es aconsejable utilizar temporalmente algún método de barrera (condón).

Mecanismo de Acción: Con dispositivos mecánico, a través del metal que contiene provoca alteraciones en la vitalidad y movimiento de los espermatozoides, impide su llegada hasta las trompas y por lo tanto la fecundación del ovulo. La presencia del DIU provoca una inmovilización de los espermatozoides por los glóbulos blancos intrauterinos ante la presencia de DIU. Los que contienen mecanismo hormonal liberan lentamente progestagenos (levonogestrel) en dosis muy bajas que actúan a nivel de la secreción de moco cervical que inhibe el paso de los espermatozoides por el canal cervical, anovulación en el 25% de las mujeres y causa altos niveles de levonogestrel en la cavidad uterina lo que suprime los receptores de estradiol y produce un endometrio atrófico.

Efectividad: La seguridad del DIU con mecanismo hormonal es del 99.9 %, similar a la esterilización y para el DIU con mecanismo metálico del 95% AL 99%.

Efectos colaterales.

Los efectos colaterales son poco frecuentes; generalmente se limitan a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el período menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes y graves pueden ser prevenibles: Perforación uterina, parcial o completa, perforación cervical, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo con DIU, expulsión del DIU: parcial o completa, pérdida u otro problema con los hilos del DIU.

Señales de alarma.

La usuaria deberá consultar de inmediato con su médico o con personal capacitado, si presenta: retraso en el sangrado menstrual, dolores abdominales o dolor durante las relaciones sexuales, pérdida anormal de sangrado o presencia de hemorragia, presencia de

secreción transvaginal anormal, escalofrío, fiebre y malestar general, cambio en el tamaño de los hilos del DIU, están más cortos, más largos, o faltan.

METODOS DEFINITIVOS.

- Oclusión tubárica bilateral (mujer)
- Vasectomía (hombre)

OCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB).

La OTB es un método anticonceptivo permanente, que consiste en obstruir sus trompas de Falopio con el objeto de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide, esto se consigue mediante su ligadura y corte a través de diferentes técnicas quirúrgicas. La OTB, debe manejarse como un método definitivo irreversible por lo que su reversibilidad no debe considerarse dentro del programa ya que esta implica microcirugía, por personal altamente especializado.

Momento de realización.

El procedimiento puede realizarse en el intervalo ínter genésico, posparto, transcesarea y postaborto.

Indicaciones.

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental.

Contraindicaciones.

Enfermedad Pélvica inflamatoria activa, tuberculosis genital, deficiente o nula conserjería.

Precauciones.

Embarazo o sospecha de embarazo, trastornos de la coagulación, anemia severa, falta de movilidad uterina, adherencias, en el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

VASECTOMÍA.

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

Indicaciones.

Hombres con vida sexual activa que deseen un método permanente de aceptación, fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental.

Contraindicaciones.

Criptorquidia bilateral, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia sexual, deficiente o nula conserjería.

Precauciones.

Infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filarías (escroto engrosado), hernia inguinoescrotal, trastornos de la coagulación.

Se efectuará estudio de semen para determinar el número de espermatozoides después de la primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico, en caso de ser positivo repetir al mes. Se debe de utilizar el uso de otro método anticonceptivo, hasta corroborar la ausencia de espermatozoides.

Efectividad: La seguridad del los métodos definitivos es mayor al 99%.

METODOS DE BARRERA Y ESPERMATICIDAS

Son métodos anticonceptivos temporales y su mecanismo de acción es interferir en el proceso de fecundación, evitando la unión del espermatozoide con el óvulo, de manera mecánica o química.

Los métodos de barrera son:

- El condón masculino, y
- El condón femenino

Mecanismo de acción.

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, a algunos se les adiciona una sustancia química. Además, puede evitar el paso de agentes causales de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Efectividad.

En condiciones habituales y adecuadas de uso, este método brinda una protección anticonceptiva del 85 al 97%.

Indicaciones.

Es un método para el hombre con vida sexual activa en las siguientes situaciones: como apoyo a otros métodos, en personas con actividad sexual esporádica, como apoyo de las 25 a 30 eyaculaciones posvasectomía, cuando existe riesgo de contraer una ETS, incluyendo el VIH.

Contraindicaciones.

- Alergia o hipersensibilidad al plástico, o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil del pene.

Duración de la protección anticonceptiva. Limitado al tiempo y adecuado uso del método.

ESPERMICIDAS. Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides inactivándolos antes de que penetren al útero, y se administran en diversos vehículos como cremas, óvulos y espumas.

Forma de administrar.

Se aplica dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito con duración aproximada de 1 hora.

Efectividad.

En condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90%.

Mecanismo de acción.

El excipiente actúa como un bloqueador mecánico del cuello del útero y la sustancia química inmoviliza a los espermatozoides a través de la disrupción de su membrana celular.

Ventajas.

Son seguros y efectivos cuando se usan correctamente: su uso no depende de la decisión del varón, no se requiere prescripción médica para obtenerlo.

Desventajas.

Puede producir irritación o reacción alérgica, el tiempo de espera antes del coito.

Indicaciones: En mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal en las siguientes condiciones: cuando está contraindicado el uso de anticonceptivos hormonales, durante la lactancia, para aumentar la efectividad anticonceptiva de otros métodos de barrera, en el período inmediato posvasectomía.

Contraindicaciones. Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

Duración de la protección anticonceptiva. Dependiendo del producto empleado, será limitado a una hora a partir de su aplicación.

METODOS TRADICIONALES, NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA.

El uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos que ocurren durante el ciclo menstrual normal y la efectividad anticonceptiva depende de la capacidad de la mujer para identificar los signos y síntomas asociados con el periodo fértil. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses) y requiere de la abstinencia sexual durante los días del ciclo menstrual donde la probabilidad de embarazo es mayor. Típicamente se proscribe el coito entre un 35 al 50% de los días de un ciclo menstrual.

Efectividad.

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%

Indicaciones.

Estos métodos pueden aplicarse a parejas en edad fértil, con vida sexual activa que requiere regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Contraindicaciones. Riesgo reproductivo elevado, mujer con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación, inhabilidad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, en personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

METODO DE CALENDARIO O RITMO.

Es el método que recomienda la abstinencia sexual durante el período fértil de la mujer o sea cuando el óvulo puede ser fecundado por un espermatozoide viable. Este método se basa en el hecho que generalmente sólo una vez por mes la mujer libera del ovario un óvulo. El óvulo tiene una vida media de 24 hrs. Si no es fecundado en este tiempo, se desintegra y reabsorbe. Este método también tienen en cuenta que el espermatozoide tiene una viabilidad de hasta 72 hrs. en el tracto genital de la mujer después de la relación sexual y fecundar el óvulo. Normalmente una mujer libera un óvulo alrededor del día 14 ± 2 , días antes del comienzo de la menstruación siguiente, lo que quiere decir que el óvulo puede liberarse en cualquier momento, desde el día 12 hasta el día 16 del ciclo menstrual de 28 días.

METODO DE LA TEMPERATURA.

La mujer que utiliza el método de la temperatura, depende de un solo signo físico de la ovulación, la elevación de la temperatura corporal basal.

METODO DE LA LACTANCIA Y AMENORREA (MELA).

En situaciones donde se efectúa la lactancia materna, se puede afectar la duración de la amenorrea, haciéndola menos útil como un método de planificación familiar. Se incluyen situaciones como la hepatitis viral activa, las lesiones sifilíticas abiertas, y el VIH.

Con el fin de proteger la salud del lactante, el método no es recomendable en las mujeres que toman medicamentos tales como: reserpina, ergotamina, antimetabólicos, citostáticos, esteroides a dosis altas, bromocriptina, radioisótopos, litio, anticoagulantes y drogas que modifican el estado de ánimo.

METODO DE MOCO CERVICAL O DE BILLINGS.

Para practicar este método, la mujer debe establecer una diferencia entre las sensaciones de sequedad, humedad y mayor humedad en la vagina y vulva durante las fases del ciclo menstrual, la mujer puede tomar el moco de la vulva con un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo y verificar su aspecto y su elasticidad.

Mecanismo de acción.

Durante el ciclo menstrual ocurren cambios en las características de moco cervical que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguida de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación caracterizada por una mayor humedad.

El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre los dedos se observa filante (es decir, que se estira o enloga como clara de huevo)

Instrucciones de uso.

Determinación de la fase infértil preovulatoria: Esta fase se inicia inmediatamente después de la menstruación, después de la cual hay algunos días (6-10 días) en que no se observa secreción vaginal porque el moco es escaso. Aunque la vagina está húmeda, los genitales externos están secos. Estos días se conocen como días secos. Su duración varía dependiendo de si los ciclos son largos o cortos. Durante esta fase se puede tener relaciones sexuales sin peligro de fecundación, no se recomiendan las relaciones sexuales en días consecutivos porque el líquido seminal puede confundirse con el moco cervical y secreción femenina por estímulo sexual, especialmente en el caso de usuarias inexpertas para garantizar la observación exacta de las características del moco.

Determinación de la fase fértil preovulatoria y ovulatoria.

Después de los días de poca producción de moco cervical o “días secos”, a medida que progresa la fase preovulatoria o prolifera el ciclo, el moco aumenta en cantidad, es espeso, pegajoso y opaco como engrudo, apareciendo en los genitales externos la sensación de humedad. A medida que se acerca la ovulación, el moco aumenta, haciéndose más fluido transparente y elástico, semejante a la “clara de huevo” dando una sensación de franca humedad en los genitales externos, esto se conoce como punto máximo de humedad. Inmediatamente después de la ovulación el moco se vuelve turbio y denso, y se suspende. Los tres días secos que siguen al día cúspide de humedad se consideran potencialmente fértiles, pertenecen a la fase fértil de ciclo y desde el inicio de ella hasta aquí se hace abstinencia sexual.

Determinación de la fase infértil post-ovulatoria:

En esa fase la secreción del moco cervical disminuye en cantidad y desaparece con el restablecimiento de la sensación de sequedad en los genitales externos. Se inicia esta fase la noche del cuarto día después del día cúspide del moco (último día húmedo) y se extiende hasta el comienzo de la próxima menstruación. Se permite tener relaciones sexuales.

Tipo de familiar⁽⁸⁾

Se clasifica de acuerdo según su conformación: a) Familia nuclear simple, como la integrada por los cónyuges y menos de cuatro hijos. b) Familia nuclear numerosa, como en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres. c) Familia nuclear ampliada, como la integrada por un núcleo familiar al que se le añaden otros parientes, o agregados. d) Familia bi_nuclear, aquella en la que uno de los conyugues o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de ambos progenitores. e) Familia extensa en la que se mantiene el vínculo generacional conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. f) Familia monoparental, aquella constituida por un solo conyugue y sus hijos, abuelo (a) con nietos. g) Sin familia, aquella en la que se integra un adulto soltero, el divorciado o al viudo sin hijos. h) Equivalentes familiares, la que se refiere a individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional.

Jerarquía⁽⁹⁾

La familia como cualquier otro sistema tiene jerarquías, de tal forma que existen diferentes niveles de autoridad que forman parte de las reglas que gobiernan la organización familiar, de manera que los padres tengan niveles diferentes de autoridad y exista una complementariedad de funciones entre los esposos.

Normas⁽¹⁰⁾

Son las reglas que deben de seguir para actuar y sentir, que va constituyendo el sistema familiar:

Normas Rígidas: cuando en la familia esta regida por reglas en las cuales sus miembros se comportan entre sí de una manera reiterada y organizada, de modo que configuran un principio regidor en la familia⁽¹⁰⁾.

Normas Flexibles: Las normas deben existir con la sola condición de no ser sino flexibles, elásticas, cuestionables, discutibles y negociables. También conocida como adaptabilidad,

se debe de entender cuando la familia tiene capacidad para crear un equilibrio entre la estabilidad y cambio dentro del sistema familiar⁽¹⁰⁾

Comunicación en la familia⁽¹¹⁾

Comunicarse puede ser definido como un proceso de dar y recibir o intercambiar información. En la familia la comunicación es un factor para indicar que tipo de relaciones establecen los individuos entre sí. Es decir, constituye un indicador del grado de funcionalidad de la familia y debe de evaluarse de acuerdo con los niveles del mensaje.

Comunicación directa es aquella que se envía hacia la persona a quien está destinado. (ej. Si una madre dice a su hijo estoy enojada contigo por ensuciar mi tapete no hay manera de que el hijo no sepa que el mensaje es para él). Por otra parte la comunicación indirecta o desplazada es aquella en que en apariencia va directo a una persona pero en realidad está destinado a otra (ej. una señora dice a su esposo “los adolescentes hoy en día son latosos” en presencia de su hija adolescente, con intención de que el mensaje le llegue a su hija).

JUSTIFICACIÓN Y/O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una decisión trascendente en la vida de la familia es en función de la anticoncepción⁽¹⁾ El objetivo es lograr tomar una decisión en pareja acerca de cómo planificar su familia, es decir, cuantos hijos desean tener, seleccionar un anticonceptivo en forma libre y soberana sin ninguna restricción y bajo consentimiento informado por escrito⁽²⁾ Todo lo anterior, para lograr una plena integración de la pareja en los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de los seres humanos en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor⁽⁴⁾. La OMS, propone objetivos de desarrollo del Milenio, en la declaración de las Naciones Unidas adoptada en el año 2000 por 189 países, que ofrece un marco institucional para evaluar los progresos realizados hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza⁽⁴⁾ De los ocho objetivos propuestos, tres están directamente relacionadas con la salud reproductiva y sexual y se refieren a mejorar la salud materna, reducir la mortalidad y combatir el VIH-SIDA, cuyas metas son: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes; reducir en dos terceras partes la mortalidad en los niños menores de 5 años y haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación de VIH/SIDA⁽⁴⁾

En nuestro país, la mayor información sobre la salud de la mujer corresponde al proceso reproductivo. En 1995, ocurrieron 1454 muertes maternas (1477 en 1990), 87.1% se debieron a causas obstétricas directas (92.1% en 1990), el 28% por toxemia del embarazo, seguidas por el 23.6% por hemorragia del embarazo y el parto, 11.6% por complicaciones del puerperio, 1% por parto obstruido, 1% por enfermedades del aparato genito urinario y 21.6% otras causas⁽¹²⁾. La cobertura del programa nacional de planificación familiar, aumento entre 1987 y 1996 de 52.7% a 66.5% de las mujeres en edad fértil, y los mayores incrementos fueron en las mujeres sin instrucción primaria completa, en las que la cobertura pasó de 23.7 en 1987 a 48.4 % en 1995⁽¹²⁾. La distribución de usuarias según el método utilizado fue: oclusión tubárica bilateral 41.3%; dispositivo intrauterino 21.9%; métodos tradicionales 13.4%; anticonceptivos orales 12.7%; inyecciones 4.6%; locales 5.1 % y vasectomías 0.9%⁽¹²⁾. Información más reciente en adolescentes con embarazo no deseado y utilización de métodos anticonceptivos posparto informó que el 91.3% conocían la píldora anticonceptiva, un 84.72% conocía el dispositivo intrauterino (DIU) y el 63.68% el condón⁽¹³⁾. Datos en

población no asegurada informan que solo el 35% de mujeres adolescentes con embarazo no deseado estaban utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de la seis semanas de posparto⁽¹³⁾.

La encuesta nacional de salud (ENSA 2000) informó que solamente el 61.7% de la población entre 20 y 49 años usaba algún método de planificación familiar⁽¹⁴⁾, además un alto porcentaje de esta población (35.3%), inició vida sexual activa antes de los 18 años. El 22.8% de las adolescentes embarazadas no utilizo ningún método de planificación familiar; el 11.1% quiere embarazarse; el 6.5% no esta de acuerdo en utilizar método de planificación familiar; dejo de tener relaciones 6.4%; lactando 5.4%; ausencia temporal de su pareja 4.1%; cree que puede tener problemas de salud 3.3%; soltero, separado, viudo, divorciado 2.7%, esterilidad 2.7%, refiere problemas de salud, prefiere no usar 2.6%, desconoce o no sabe usar métodos 2.0%; tubo efectos colaterales 2.6%; se opone su pareja 1.4%; por razones religiosas 0.6%; otras 21.9%; no especificado 4.7%⁽¹⁴⁾. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron: la salpingoclasia (36.9%), dispositivo intrauterino (18.9%), los condones (9.0%) y los anticonceptivos orales (8.7%)⁽¹⁴⁾. De las mujeres entre 20 y 49 años que han estado embarazadas en promedio han tenido 3.2 hijos. Casi 900 mil mujeres de este grupo de edad, han tenido hijos nacidos muertos y poco más de 4 millones han sufrido al menos un aborto⁽¹⁴⁾. En México, el costo económico de la atención de un caso post-aborto es de 192 dólares⁽¹⁵⁾, la mayor proporción del costo total es la atención hospitalaria (63.5%), seguido de los costo de los insumos, instrumentos y medicinas consumidos (30%), y el costo ocasionado por lo recursos humanos (6.7%)⁽¹⁵⁾. Sin embargo, existen factores que limitan el uso de anticonceptivos⁽¹⁶⁻²¹⁾: el acceso deficiente a los servicios y temor a los efectos secundarios pueden desanimar a las personas⁽¹⁶⁾, temor a que el compañero no este de acuerdo⁽¹⁶⁾, temor a perder la fertilidad y el hecho de preferir hijos varones⁽¹⁶⁾, desinformación de planificación familiar por parte de amigos y familiares influyen en toma de decisiones⁽¹⁷⁾, mitos y rumores en el uso de métodos anticonceptivos^(18,21), falta de confianza y de experiencia en los proveedores de los servicios de planificación familiar⁽²⁰⁾. Por otro lado, las características de la familia como son tipo de familia, jerarquías, roles familiares, tipo de la comunicación y las normas que moderan las conductas entre sus integrantes pueden ser determinantes en la toma de decisiones al respecto^(8,9,10,11). Este panorama es preocupante y constituye una barrera para el uso de

la anticoncepción a nivel mundial y especialmente en países en desarrollo como el nuestro.

En atención primaria la consejería de planificación debe ser considerada como un componente importante de la medicina preventiva con el objetivo de mejorar la salud reproductiva y sexual. Por lo que consideramos que los resultados del presente estudio serían de utilidad para identificar los motivos de rechazo de los métodos anticonceptivos en atención primaria y podrían ayudar a establecer medidas encaminadas a incrementar y mejora la calidad de la atención de los pacientes usuarios de métodos de planificación familiar.

La pregunta de investigación que podría plantearse sería de la siguiente forma:

¿Cuales son los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la zona metropolitana de Guadalajara?

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de la Zona Metropolitana de Guadalajara, de la Delegación Jalisco del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En usuarios de ambos sexos en edad reproductiva de 15 a 49 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de la Zona Metropolitana de Guadalajara, de la Delegación, Jalisco del IMSS:

- 1.1. Determinar la frecuencia de motivos y rechazo de métodos de planificación familiar.
- 1.2. Comparar variables sociodemográficas, de las usuarias de acuerdo a la su condición de aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

El presente es un estudio transversal analítico.

Población, lugar y tiempo de estudio:

Se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 34 de zona metropolitana de Guadalajara, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco, entre el período comprendido entre Octubre de 2005 y Mayo de 2006, reclutándose pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Inicio de vida sexual activa
- Ambos sexos de 15 a 49 años
- Adscritos a la UMF No. 34.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que por alguna razón no desean participar.
- Pacientes que no se cuente con información necesaria para su análisis.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán pacientes que no se cuenten con datos completos para su análisis.

Unidad de análisis:

Sujetos de ambos sexos en edad reproductiva de 15-49 años.

Selección muestral y tamaño de la muestra:

El estudio se llevará a cabo en pacientes que acudan a la consulta externa de la UMF No. 34, que hayan cumplido con los criterios arriba señalados, mediante muestreo aleatorio simple de las listas nominales de los pacientes que acuden a recibir atención medica.

Cálculo del tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se cálculo en base a los siguientes criterios estadísticos; nivel de significancia del 95%, un poder de la muestra del 80% y una precisión del 0.05%. Tomando en cuenta los resultados de la ENSA 2000 dentro de la población con vida sexual activa, el 61.7% usaba algún método de planificación familiar, por lo tanto una frecuencia esperada de rechazo a nivel nacional del 39.3 %⁽¹⁴⁾.

Se usó la formula para comparación de proporciones para obtener el numero de sujetos a estudiar. El total de pacientes por estudiar es de 362 pacientes.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (pq)}{\delta^2}$$

donde:

$(Z\alpha)^2$ Corresponde al nivel de confianza elegido

p= Proporción de la población que posee la característica de interés
(rechazo de métodos de planificación)

$$q= 1-p$$

$\delta^2 =$ (Coeficiente de Confiabilidad) x (error estándar)

Substituyendo los valores en la fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 \times [(0.38)(0.62)]}{(0.05)^2}$$

Se determinó el tamaño de la muestra en:

362 pacientes

VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO ¹.

Variable dependiente:

Rechazo de métodos de planificación familiar.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, antecedentes personales y familiares patológicos, antecedentes gineco-obstetras.

PROCEDIMIENTOS:

Mediante muestreo aleatorio simple de los sujetos que acuden a consulta externa de medicina familiar, se seleccionaran 362 participantes en edad reproductiva. Una vez que los pacientes hayan sido seleccionados y obtenido el consentimiento informado por escrito se aplicará un cuestionario estructurado y validado para determinar los motivos de rechazo ⁽²²⁾ (anexo1). Mediante la técnica de entrevista se aplicara el cuestionario que incluye preguntas sobre aspectos sociodemográficos como son: edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, ingreso mensual, No. de hijos, si su último embarazo fue planeado y por qué, tipo, comunicación y jerarquía de la familia, describir brevemente lo que entienden por métodos de planificación familiar y cuales conoce así como inconvenientes de su uso, por que medio se ha informado sobre los métodos de planificación familiar y si considera que la información que tiene es suficiente y adecuada y por qué. Además si el momento de la entrevista usa o no usa métodos de planificación familiar. Lo sujetos participantes serán entrevistados en consultorio de consejería de planificación y toda la información será recababa por un residente de la especialidad de medicina familiar.

¹ Definición operacional de variables: p 60-63.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En el caso de las variables dimensionales, los datos se muestran como promedio \pm desviación estándar (DE), o mediana (percentilas 25-75%), según la distribución sea paramétrica o no paramétrica, respectivamente. Las variables nominales se muestran como números o porcentajes. Se estableció la frecuencia de rechazo o aceptación de métodos de planificación familiar. Las comparaciones entre los grupos con función de la presencia de rechazo o aceptación, se realizó mediante chi cuadrada en el caso de variables nominales o categóricas; para variables cuantitativas se utilizó la prueba *t de Student*. Un valor $p < 0.05$ se considerará como significativo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los aspectos éticos de la presente investigación se establecen en los lineamientos y principios generales que el *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud* se refiere (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del TÍTULO SEGUNDO correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo al artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación se considera una *INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO*. Se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los pacientes. El protocolo fue sometido al Comité de Investigación del Hospital General Regional no. 46, IMSS. Además se solicitó consentimiento informado por escrito (anexo 2).

FACTIBILIDAD

La UMF No. 34 es la más grande de la Zona Metropolitana de Guadalajara; cuenta con una población adscrita de 194,284 personas, de las cuales 175,104 son usuarias. Según la pirámide de población de esta unidad, se encuentran adscritos 90,608 adultos de ambos sexos en edad reproductiva.

Resultados

Características generales de la población estudiada

Se entrevistaron 362 pacientes de la consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 34, los sujetos de estudio fueron seleccionados de manera aleatoria, durante el periodo comprendido de Octubre de 2005 a Mayo de 2006. De los 362 pacientes que integraron la muestra, se eliminaron dos casos (0.5%) por no contar con la información completa para su análisis, por lo que se presentan resultados de 360 pacientes.

La mayor proporción de la muestra fueron mujeres con el 74% y el 26% fueron hombres. La edad promedio fue de 28 ± 7.5 años con un rango de edad de 18 a 48 años. La mayor proporción de pacientes fueron casados con el 58% de los sujetos estudiados, seguidos de los solteros con un 26%, unión libre 11%, divorciados 3%, separados y viudos con el 1% respectivamente. La escolaridad máxima más frecuente fue secundaria con 43%, seguidos de máximo preparatoria con el 27% y máximo primaria con el 23 %, el nivel de escolaridad profesionales 7% y solamente un paciente analfabeta. La categoría más frecuente en la ocupación fue empleado con el 37%, seguido por la ocupación al hogar en un 33%, obrero con 25% y estudiante con el 5%. La religión católica fue predominante con el 97%) (Tabla No. 1).

Tabla 1. Características generales de la muestra

Causa	N (362)
Edad (años)	28 ± 7.5
Sexo, N (%)	
Femenino	267 (74%)
Masculino	95 (26%)
Estado Civil, N (%)	
Casado	209 (58%)
Soltero	95 (26%)
Unión Libre	39 (11%)
Divorciado	10 (3%)
Separado	5 (1%)
Viudo	4 (1%)
Escolaridad, N (%)	
Analfabeta	1 (0.3%)
Máximo primaria	82 (22.7%)
Máximo secundaria	156 (43%)
Máximo preparatoria	96 (27%)
Profesional	27 (7%)
Ocupación, N (%)	
Hogar	118 (33%)
Empleado	134 (37%)
Obrero	92 (25%)
Estudiante	18 (5%)
Religión, N (%)	
Católica	350 (97%)
Otros	12 (3%)

Principales características de los usuarios de métodos de planificación familiar.

Los datos relativos a las principales características de los usuarios que refirieron utilizar algún método de planificación familiar independientemente de su efectividad se muestran en la Tabla No 2. La frecuencia de uso de algún método de planificación familiar temporales, definitivos y naturales en usuarios en la consulta externa de medicina familiar en de la UMF No. 34, fueron 306 (85%) pacientes y 54 (15%) manifestaron no usar métodos de planificación familiar al momento de la encuesta.

En la comparación de las características sociodemográficas de la población estudiada se observó que el inicio de la vida sexual activa fue significativamente menor en los usuarios de algún método de planificación familiar y mayor proporción de usuarios fueron casados.

El promedio de edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación y la religión no mostraron diferencias significativas. A pesar de lo anterior es interesante señalar que proporción de usuarios con escolaridad máxima secundaria fue mayor y que las proporciones de carreras técnicas o profesionales fueron menores entre los usuarios. Mismas tendencias se observaron en los sujetos no usuarios. Para el caso de la ocupación, los empleados presentaron mayor proporción entre los usuarios, mientras que en los no usuarios la mayor proporción fueron los que se dedicaban al hogar, aunque estas diferencias no fueron significativas.

Tabla 2. Principales características de los usuarios de algún método de planificación familiar.

Variable	Usuario de métodos de planificación familiar		<i>p</i>
	SI (N 306)	NO (N 54)	
Edad, (años)	28 ± 7	29 ± 8	0.14
IVSA, (edad)	18 ± 3	19 ± 3	0.006
Sexo, N (%)			0.09
Masculino	84 (27%)	9 (17%)	
Femenino	222 (73%)	45 (83%)	
Estado Civil, N (%)			0.02
Soltero	73 (24%)	20 (37%)	
Casado	187 (61%)	22 (40%)	
Unión libre	33 (11%)	6 (11%)	
Separado	3 (1%)	2 (4%)	
Divorciado	8 (2%)	2 (4%)	
Viudo	2 (1%)	2 (4%)	
Escolaridad, N (%)			0.17
Analfabetismo	0	1 (2%)	
Máximo Primaria	66 (21%)	16 (30%)	
Máximo Secundaria	134 (44%)	21 (39%)	
Máximo Preparatoria	58 (19%)	9 (17%)	
Carrera Técnica	24 (8%)	3 (5%)	
Máximo Profesional	24 (8%)	4 (7%)	
Ocupación, N (%)			0.79
Obrero	79 (26%)	13 (24%)	
Empleado	117 (38%)	17 (31%)	
Hogar	97 (32%)	21 (39%)	
Estudiante	13 (4%)	3 (6%)	
Religión, N (%)			0.07
Católicos	298 (97 %)	50 (93%)	
Otros	8 (3%)	4 (7%)	

p < 0.05

Porcentaje de pacientes que usan métodos de planificación familiar de acuerdo a su preferencia

En la tabla No. 3 se presentan los métodos de planificación familiar más usados en atención primaria tomando en cuenta la elección de las pacientes considerando que la planificación es un acto de pareja voluntario. Los métodos más usados fueron los temporales (hormonales orales, inyectables, dispositivo intrauterino, implante subdérmico, parche y preservativo) con el 51%, los métodos definitivos (vasectomía y oclusión bilateral tubarica) en el 10% y los naturales/rechazo (coito interruptus, calendario, y/rechazo) con un 39%.

Tabla No. 3 Distribución de usuarios de métodos de planificación familiar de acuerdo a su preferencia.

Métodos usados de acuerdo a la preferencia de los pacientes		
Temporal N 184 (51%)	Definitivo 35 (10%)	Natural y/o rechazo 141 (39%)

Las comparaciones de las características sociodemográficas de acuerdo al uso de métodos de alta efectividad vs natural y/o rechazo.

Para realizar el análisis de los métodos de planificación familiar de acuerdo a su efectividad, fueron agrupados en dos grupos: los usuarios de métodos de alta efectividad (hormonales orales, hormonales inyectables, dispositivo intrauterino, implante subdérmico, parche y preservativo) de acuerdo con Norma Oficial Mexicana y los usuarios que utilizaban métodos de baja efectividad como sería los naturales (coito interruptus, calendario).

Podemos observar en la tabla No. 4, el promedio de edad de los usuarios de métodos de alta efectividad fue significativamente mayor en comparación con aquellos que rechazaban utilizar algún método de planificación familiar o que refirieron usar un método natural. La mayor proporción de los usuarios de métodos de alta efectividad fueron casados, seguidos de los solteros en comparación con una menor proporción de no usuarios casados y de una mayor proporción de solteros. Mientras que en la ocupación la proporción de empleados tendió a ser mayor en comparación con los no usuarios. El nivel de escolaridad y la religión no mostraron diferencias significativas.

Tabla No. 4 Comparación de las características sociodemográficas de acuerdo al uso de métodos de planificación familiar de alta efectividad.

Métodos usados de acuerdo a la efectividad de método vs rechazo de método			
Variable	Alta efectividad	Natural/Rechazo	<i>p</i>
(N)	219 (61%)	141 (39%)	
Edad, (años)	29 ± 7	26 ± 7	0.001
Sexo, N (%)			0.55
Masculino	59 (27%)	34 (24%)	
Femenino	160 (73%)	107 (76%)	
Edo. Civil, N (%)			0.05
Soltero	47 (21.5%)	46 (32%)	
Casado	139 (63%)	70 (50%)	
Unión libre	21 (10%)	18 (13%)	
Separado	4 (2%)	1 (1%)	
Divorciado	7 (3%)	3 (2%)	
Viudo	1 (0.5%)	3 (2%)	
Escolaridad, N (%)			0.28
Analfabetismo	0	1 (1%)	
Máximo Primaria	49 (22%)	33 (24%)	
Máximo Secundaria	89 (40%)	66 (47%)	
Carrera Técnica	19 (9%)	9 (6%)	
Máximo Preparatoria	41 (19%)	26 (18%)	
Máximo Profesional	21 (10%)	6 (4%)	
Ocupación, N (%)			0.06
Obrero	47 (21%)	45 (32%)	
Empleado	92 (42%)	42 (30%)	
Hogar	72 (33%)	46 (32%)	
Estudiante	8 (4%)	8 (6%)	
Religión, N (%)			0.43
Católicos	213 (97%)	135 (96%)	
Otros	6 (3%)	6 (4%)	

p <0.05

Comparación de las características generales del grupo de mujeres de acuerdo al uso de método de planificación familiar

La comparación de las características generales del grupo de mujeres de acuerdo al uso de métodos de planificación familiar se presenta en la Tabla No. 5. La edad promedio de inicio de vida sexual activa en las mujeres usuarias fue significativamente menor que las que no usaron métodos, mientras que la edad solo mostró una tendencia. La proporción de mujeres casadas usuarias de métodos de planificación familiar fue mayor en comparación con las casadas no usuarias; mientras que los solteros usuarios fue menor que aquellos que no usaban. El nivel de escolaridad, ocupación y la religión no mostraron diferencias significativas.

Tabla No. 5 Comparación de las características generales del grupo de mujeres de acuerdo al uso de método de planificación familiar

Comparación de las características generales del grupo de mujeres de acuerdo al uso de métodos de planificación familiar			
Variable	Usuario de métodos de planificación familiar		<i>p</i>
Variable	SI (N 222)	NO (N 45)	
Edad, (años)	27± 7	30 ± 8	0.08
IVSA, (años)	18 ± 3	20 ± 3	0.01
Edo. Civil, N (%)			0.05
Soltero	39 (17.5%)	15 (34%)	
Casado	147 (66%)	20 (45%)	
Unión libre	24 (11%)	5 (11%)	
Separado	3 (1.5%)	1 (2%)	
Divorciado	7 (3%)	2 (4%)	
Viudo	2 (1%)	2 (4%)	
Escolaridad, N (%)			0.22
Analfabetismo	0	1 (2%)	
Máximo Primaria	49 (22%)	14 (31%)	
Máximo Secundaria	89 (40%)	16 (35%)	
Carrera Técnica	20 (9%)	4 (9%)	
Máximo Preparatoria	45 (20%)	7 (16%)	
Máximo Profesional	19 (9%)	3 (7%)	
Ocupación, N (%)			0.96
Obrero	47 (21%)	10 (22%)	
Empleado	69 (31%)	12 (27%)	
Hogar	97 (44%)	21 (47%)	
Estudiante	9 (4%)	2 (4%)	
Religión, N (%)			0.27
Católicos	218 (98%)	43 (96%)	
Otros	4 (2%)	2 (4%)	

$p < 0.05$

Comparación de los antecedentes gineco-obstétricos y el uso de métodos de planificación familiar

Al analizar los antecedentes gineco-obstétricos y el uso de métodos de planificación familiar se observó que el 9% de las mujeres que no usaban métodos de planificación familiar estaban embarazadas, mientras que solamente el 1% de las usuarias embarazadas informaron que usaban algún método al momento del embarazo, siendo esta diferencia significativa. Por otra la mayor parte de las mujeres que no usaban algún método de planificación familiar presentaron embarazo no deseado en su última gestación en comparación con una menor proporción de usuarias de métodos de planificación familiar.

En ambos grupos la mayor proporción de hijos y embarazos fue en la categoría de 1 a 2 sin mostrar diferencias significativas. El número de cesarías, abortos y embarazos no mostró diferencias significativas. Los resultados se muestran en la Tabla No. 6.

Tabla No. 6 Comparación de los antecedentes Gineco-Obstétricos y el uso de métodos de planificación familiar

Comparación de los antecedentes gineco-obstétricos y el uso de métodos de planificación familiar			
Variable	Usuario de métodos de planificación familiar		<i>p</i>
Variable (N 360)	SI (N 306)	NO (N 54)	
Embarazo actual, N (%)	4 (1%)	5 (9%)	0.001
Sin embarazo	302 (99%)	49 (91%)	
No. de embarazos, N (%)			0.36
0	59 (19.5%)	12 (22%)	
1 a 2	139 (45.5%)	28 (52%)	
3 a 4	92 (30%)	10 (18.5%)	
> 5	16 (5%)	4 (7.5%)	
No. de hijos, N (%)			0.35
0	64 (21%)	15 (29%)	
1 a 2	143 (47%)	261 (48%)	
3 a 4	88 (29%)	10 (18%)	
> 5	11 (3%)	3 (5%)	
Variable (N 232)	SI (194)	NO (38)	
No. de Cesáreas, N (%)			0.40
0	122 (63%)	25 (66%)	
1	50 (26%)	12 (32%)	
2	17 (9%)	1(2%)	
3	5 (2%)	0	
No. de Abortos, N (%)			0.40
0	122 (63%)	25 (66%)	
1	50 (26%)	12 (32%)	
2	17 (9%)	1 (2%)	
3	5 (2%)	0	
Embarazo Deseado, N (%)			0.04
Si	79 (41%)	9 (24%)	
No	115 (59%)	29 (76%)	

$p < 0.05$

Distribución del tipo método de planificación familiar más usados en atención primaria.

La distribución del uso de métodos de planificación familiar en atención primaria se muestra en la Tabla No. 7. Lo métodos con más frecuencia de uso en atención primaria fueron los preservativos, seguidos del dispositivo intrauterino (DIU), la oclusión tubárica bilateral (OTB), hormonales orales, hormonales inyectables, el implante, vasectomía y los parches.

Tabla No. 7 Distribución del tipo método de planificación familiar más usados en atención primaria.

Distribución de tipo de método de planificación familiar más usados en atención primaria							
Preservativo	DIU	OTB	H Orales	H. Iny.	Implante	Vasectomía	Parche
78 (36%)	53 (24%)	33 (15%)	24 (11%)	20 (9%)	6 (3%)	3 (1%)	2 (1%)

Motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios en atención primaria.

El principal motivo de rechazo en los pacientes estudiados en atención primaria fue el no tener pareja en el momento de la entrevista y efectos colaterales primordialmente al DIU. Llama la atención que el 41% de los sujetos estudiados no usuarios de métodos de planificación familiar pueden se atribuidos fundamentalmente a mitos, no acepta y falta de información y disponibilidad en el horario que se otorga el servicio. Por lo que podrían ser potenciales usuarios de métodos si se mejoran los procesos de información y flexibilidad de los servicios de planificación familiar de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Tabla No. 8 Motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en atención primaria.

Motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios en atención primaria							
S/Pareja estable 36 (26%)	Efectos colaterales 25 (18 %)	Mitos 11 (8%)	No acepta 23 (16 %)	Falta de Inf. 19 (13%)	Embarazo 9 (6 %)	Deseo de embarazo 11 (8%)	Falta de disponibilidad en el servicio 7 (5%)

Discusión.

El presente estudio, se realizó en 362 pacientes seleccionados aleatoriamente de la consulta externa que acudieron a atención médica en la UMF No. 34, del IMSS, de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, durante el periodo comprendido Octubre de 2005 a Mayo del 2006. Con la finalidad de determinar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en atención primaria. En ningún caso los sujetos de estudio habían acudido específicamente a recibir atención y/o conserjería en el servicio de planificación familiar de la Unidad.

La frecuencia de uso de algún método de planificación familiar en atención primaria fue del 85% y en consecuencia de rechazo fue del 15 %. La frecuencia de uso de métodos de planificación familiar varía en las diferentes entidades federativas del país ⁽¹⁴⁾. Para el caso de Sinaloa la frecuencia de uso es del 70.1% y la más baja con el 53.9% para el Estado de Michoacán y Jalisco con una frecuencia intermedia del 61%, según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000)⁽¹⁴⁾. Es importante señalar que los datos analizados en ENSA, corresponden a población abierta, mientras que los datos del presente estudio solamente implican población asegurada, esta situación podría explicar la mayor frecuencia encontrada en nuestro estudio.

Las características generales de la muestra y el rango de edad son similares a las informadas en ENSA⁽¹⁴⁾. Por otra parte el perfil de los pacientes, puede ser considerado similar a otras instituciones de la seguridad social ^(23,24). Llama la atención como era de espera una mayor proporción de mujeres, casadas, con escolaridad máxima secundaria, mayor ocupación al hogar y la religión predominante católica.

En la frecuencia de uso de los métodos de planificación familiar independientemente de su efectividad, se encontró que la edad promedio de inicio de vida sexual activa en nuestro estudio es similar a la reportada en otras series nacionales^(13,14,25). La mayor proporción de usuarias de algún método fueron casadas. Sin embargo, en áreas urbanas la utilización de métodos de planificación familiar puede tener múltiples determinantes como podrían ser factores económicos, culturales e institucionales. En nuestro estudio cabría esperar que la mayor escolaridad y la ocupación remunerada incrementara de manera significativa el uso

de métodos de planificación familiar^(23,26). Sin embargo en los resultados de nuestro estudio esto no se demostró.

Los métodos anticonceptivos de acuerdo a la preferencia de los pacientes en nuestro estudio muestran una tendencia diferente para la población nacional⁽¹⁴⁾. Mientras que en nuestro medio los métodos temporales fueron los más usados con el 51%, otras series nacionales refieren a los métodos definitivos quirúrgicos (OTB), como la primera opción con cifras que varían del 28 al 44%^(14,26). Es importante señalar que en nuestro estudio se observó una alta frecuencia de uso de preservativos hasta en un 36% entre los usuarios de métodos de planificación, mientras otros informes a nivel nacional reportan cifras que varían del 12% al 15%^(14,26). Por otra parte, el análisis de métodos de acuerdo con su efectividad mostró que los usuarios de métodos de mayor efectividad fueron de más edad, casados y tendieron a ser empleados. Similares tendencias han sido observadas en series nacionales^(23,26). De acuerdo con lo comentado previamente la edad promedio del inicio de vida sexual activa en mujeres es similar a lo informado en otras series nacionales^(13,14,25).

En nuestro estudio se encontró una mayor proporción de mujeres embarazadas en el grupo de rechazo en comparación con una menor proporción en el grupo de usuarias al momento del embarazo. Es importante señalar que las embarazadas en el grupo de usuarias, dos pacientes refirieron practicar el coito interruptus como método de planificación familiar, otra con uso de preservativo y una más portadora de dispositivo intrauterino. Esta bien documentado en otras series que el uso de métodos naturales incrementa el riesgo de embarazo^(5,27), así como una menor falla en el uso del preservativo y del DIU^(5,27). La elección del contraceptivo es en parte dependiente de la efectividad de método para prevenir un embarazo no planeado, es decir no solo de la protección que ofrece el método por sí mismo, si no también en que consiste y de su uso correcto⁽²⁷⁾. Por otra parte en las embarazadas del grupo de no usuarias mencionaron diversas razones por las cuales no usaron los métodos anticonceptivos. En nuestro estudio los mitos y la información insuficiente fueron razones frecuentes para causa de rechazo. Diversos estudios han informado que los rumores y mitos son factores que inciden en el uso limitado de los métodos anticonceptivos⁽²⁰⁾. En una encuesta internacional realizada por la Organización Mundial de la Salud, se ha observado que la información inexacta acerca del DIU constituye una barrera para su uso mundial⁽¹⁸⁾.

Los motivos principales de rechazo de método de planificación familiar en atención primaria en población sexualmente activa fueron: el no tener pareja estable y efectos colaterales (trastornos menstruales, dolor abdominal, cefalea, náusea, mastalgia, melasma y deseo de embarazo). Existe evidencia científica de los efectos colaterales y el uso de métodos de hormonales y DIU, que limitan su adherencia y aceptación del métodos^(5,6,7).

En este sentido la industria farmacéutica y las instituciones de salud realizan esfuerzos para la incorporación y disponibilidad de nuevos anticonceptivos más idóneos, más permanentes y con menos efectos colaterales como podrían ser los parches, implante subdermicos y métodos de emergencia entre otros. Además de tomar en cuenta a la consejería como estrategia fundamental en atención primaria para garantizar una actitud positiva en los usuarios ante el correcto uso y aceptación de los métodos de planificación familiar en atención primaria.

Finalmente señalar que en nuestro estudio el 42% de las causas de rechazo son potencialmente modificables.

Conclusiones

1. La frecuencia de uso de algún método de planificación familiar en atención primaria fue del 85% y en consecuencia de rechazo fue del 15 %. Esta frecuencia de uso fue mayor a la reportada a la frecuencia de uso en nivel nacional en población abierta.
2. El uso de métodos de planificación familiar de acuerdo a la preferencia de los pacientes en nuestro estudio muestran una tendencia diferente para la población nacional. En nuestro medio los métodos temporales fueron los más usados mientras que en otras series nacionales refieren a los métodos definitivos quirúrgicos (OTB), como la primera opción.
3. En la frecuencia de uso de los métodos de planificación familiar independientemente de su efectividad, se encontró que la edad promedio de inicio de vida sexual activa en nuestro estudio es similar a la reportada en otras series nacionales.
4. El análisis de métodos de acuerdo con su efectividad mostró que los usuarios de métodos de mayor efectividad fueron de más edad, casados y tendieron a ser empleados en comparación con los no usuarios. Similares tendencias han sido observadas en series nacionales.
5. En nuestro estudio las mujeres embarazadas en el grupo usuario se asocia al uso de coito interruptus, preservativo y DIU. Mientras que las embarazadas en el grupo de rechazo a mitos y falta de información.
6. Los motivos principales de rechazo de método de planificación familiar en atención primaria en población sexualmente activa fueron: el no tener pareja estable y efectos colaterales
7. El 42% de los causas de rechazo son potencialmente modificables.
8. Finalmente, no se encontró asociación con la mayor escolaridad, ni con la ocupación remunerada y el uso de métodos de planificación familiar.

Sugerencias.

1. Consolidar un sistema de evaluación con el objetivo de evaluar las tendencias recientes de la anticoncepción en atención primaria con un enfoque preventivo centrado en la necesidad de la planificación familiar de la pareja.
2. Ampliar el acceso de la disponibilidad de la población a servicios de planificación familiar, incluyendo mayor y mejor información en la materia.
3. Disminuir la reducción de la falla de los métodos mediante mejoras continuas de la calidad de los servicios de planificación familiar en atención primaria.
4. Atención urgente a la población en riesgo sin pareja estable mediante la consolidación de un programa de conserjería en atención primaria.
5. Diseño de estrategias educativas en grupos de jóvenes con objetivo de promover a la planificación como una herramienta en el proyecto de vida de los individuos con el fin único de elevar el bienestar y la calidad de vida de la población.

BIBLIOGRAFIA

1. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 2002. *Salud Publica de México* 2004; 46: 75-88
2. Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna. *Perinatol Reprod Human* 2004; 18: 44-52
3. Wei-Hong Z, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Macfarlane A. Incidence of severe preeclampsia, postpartum hemorrhage, and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: The MOMS-B Survey. *2005 Obstetrical & Gynecological*: 60, 357-358
4. OMS. 57^a asamblea mundial de la salud. A57/13. http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy_small_es.pdf (acceso agosto 2005)
5. NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.
6. Manual de actualización en anticoncepción hormonal IMSS 2005.
7. Dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel. http://www.reproline.jhu.edu/spanih/Gread/Gmulti/GtgwgII/tgli_s.pdf. (acceso en agosto 2005)
8. De la Revilla L. Estructura familiar. En: Conceptos e instrumentos de la atención familiar. De la Revilla Luis. Barcelona. Editorial DOYMA 1993. pag. 27-32.
9. Huerta GJ. Estudio de la salud familiar. En: programa de actualización continúa en medicina familiar PACMF1. México editorial ínter sistemas editores, libro 1 capítulo 4 pag. 30.
10. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. En: Las reglas que te rigen. México, editorial PAX México 1993. capítulo 9.
11. Birrell De Chagoya Ch. Psicoterapia familiar el enfoque comunicacional. En: Familias y terapia familiar. Instituto de la familia AC. México D.F. editorial IFAC 1982 pag. 87.
12. México. Salud en las Americas edición 1998. Vol II. [http://reduvirtualcbs,xoc.uam.mx/meduamII/cab/mexico.pdf](http://reduvirtualcbs.xoc.uam.mx/meduamII/cab/mexico.pdf) (acceso en agosto 2005)
13. Nuñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barrios C, González D, Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos postparto. *Salud Pub Mex* 2003; 45(Suppl 1): S92-S102.

14. ENSA 2000 http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf (acceso en agosto 2005)
15. Alternativas. The population council/programa INOPAL III 1996-No. 2
<http://www.laneta.apc.org/inopal/altertext.html> (acceso agosto 2005).
16. Los nuevos usuarios tienen diversas necesidades. FHI: Boletín trimestral de salud, Network (http://www.Hfi.org/sp/RH/Pubs/Network/v19_4/first+times.htm) (acceso agosto 2005).
17. Los contactos sociales influyen en el método. FHI: Boletín trimestral de salud Network (http://www.Hfi.org/sp/RH/Pubs/Network/v19_4/social-contacts.htm). (acceso en agosto 2005)
18. El DIU T de cobre: seguro, eficaz, reversible. FHI: Boletín trimestral de salud Network (http://www.Hfi.org/sp/RH/Pubs/Network/v20_1/index.htm). (acceso en agosto 2005).
19. Las barreras médicas suelen ser innecesarias. FHI: Boletín trimestral de salud Network (<http://www.Hfi.org/sp/RH/Pubs/Network/v21-3/NMvol21-3medbarriers.htm>). (acceso en agosto 2005).
20. Katz KR, Johnson LM, Janowitz B, Carranza JM. Factores que inciden en el uso limitado del DIU en el Salvador.. *Perspectivas Internacionales en planificación familiar*, número especial. 2002: 3-9.
(<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2800302sp.pdf>) (acceso en agosto 2005)
21. Myths about oral contraceptives. The contraception report
(<http://www.contraception.online.org/contrareport/article01.cfm?art232>) (acceso septiembre 2005).
22. Factores que originan el rechazo en las pacientes hacia los métodos de planificación familiares los hospitales maternos infantiles de Tlahuac y Topilejo. López EM, Sánchez LL, Ponce MT.
23. Veinticinco años de planificación en México. La Situación demográfica en México, 1999. CONAPO. www.conapo.gob.mx/mx/publicaciones (acceso Julio 2005)
24. Beltrán HM, Melayes SC. Embarazo no deseado en pacientes derechohabientes de una unidad de medicina familiar. www.adolesc.org.mx/htcién/pubelec/cartel (acceso en Julio 2006)

25. Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA, Magis C. Uso de condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México* 2003; 45: S632-S640.
26. Calidad de la atención en la salud sexual y reproductiva en México. *Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe*.
www.ateneareddesalud.org/publicaciones/México/CALIDAD.PDF (acceso en julio 2005).
27. Trussell J. Contraceptive efficacy. In. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology*.
http://.who.int/reproductive-health/publications/spr/spr_effect (acceso en Julio 2005)

ANEXO 1.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer las principales causas socioeconómicas y culturales de los pacientes relacionadas con la aceptación y/o rechazo de los métodos de planificación familiar.

Edad _____ sexo _____ Edo. _____
Civil _____ Escolaridad _____ Religión _____

Edad de IVSA _____ Utiliza algún método de planificación en el momento actual (temporal o definitivo).
si _____ no _____ cual _____ tiempo de usarlo.

No. de embarazo _____ No. de hijos _____ Su último embarazo fue planeado si no y por
qué _____

Describe quines componen su familia

En su familia quien es la persona que regularmente toma las decisiones 1) padre 2) madre 3) ambos y
otros _____

Las normas que rigen el desarrollo de su familiar son: 1) Rígidas 2) Flexibles 3) Sin Normas

Considera Ud. Que el tipo de comunicación en su familiar es: 1) Buena 2) Mala 3) Regular

Como se realiza: Directa o Indirecta.

Su ingreso mensual es de: _____

Describe brevemente lo que ud. entiende por métodos de planificación familiar:

Mencione los métodos de planificación familiar que conoce:

_____ Para Ud. existe algún inconveniente para la elección de algún método de planificación familiar:

Si _____ No _____ Por
qué _____

De que manera se ha informado Ud. sobre los métodos de planificación familiar:

_____ Considera ud. que la orientación que le proporcione el personal de salud de esta unidad, es adecuada:

Si _____ No _____ y _____ Por
qué _____

Como Ud. alguna contraindicaron medica para el uso de métodos de planificación familiar:

Utiliza algún método de planificación en el momento actual (temporal o definitivo).
si _____ no _____ cual _____ tiempo de usarlo.

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Guadalajara, Jalisco a _____

“Motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarias en atención primaria”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el No _____

El objetivo del estudio es determinar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar en usuarios de ambos sexos en edad reproductiva, así como las características de los pacientes que influyen para que se presente. Las actividades de planificación constituyen una estrategia para disminuir la mortalidad materna y del recién nacido, así como ayudar disminuir la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual. Por otra parte, en la actualidad se acepta que los métodos de planificación familiar son seguros para la salud, promueven la salud reproductiva y sexual. Sin embargo en nuestro medio con frecuencia estos métodos son rechazados por razones diversas como son: el temor a efectos secundarios, temor a que el compañero(a) no este de acuerdo, temor a perder la fertilidad, desinformación por parte de amigos y familiares que influyen en la toma de la decisión. Por lo que identificar los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar permitiría al médico y a las instituciones de salud establecer medidas tendientes a incrementar el uso de los métodos de planificación familiar.

Se me ha explicado que la participación consistirá en: una entrevista, donde manifestaré mi aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar y los motivos, mediante la aplicación de un cuestionario. Todos los participantes serán entrevistados en el consultorio de consejería en planificación familiar de la unidad de medicina familiar. Además, recibirán información de consejería de planificación familiar.

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

RIESGOS: Es importante que proporcione la información más completa y verdadera sobre su historia médica y estado de salud. Durante el estudio únicamente se realizarán registro de datos mediante interrogatorio directo por lo que las molestias serán mínimas. Aún así, se le solicitara su autorización por escrito para que sea admitido al estudio después de habersele informado detalladamente de los fines y riesgos del estudio.

BENEFICIOS: El beneficio potencial de la participación en este estudio es que usted recibirá información a cerca de los métodos de planificación familiar mediante consejería en salud reproductiva y sexual. Además, contribuirá al conocimiento médico que redundará en una mejor comprensión de los motivos de rechazo de los métodos de planificación familiar.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se 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. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pueda hacerme cambiar de parecer respecto.

Asimismo, si tiene alguna duda con relación al proyecto de investigación, puede acudir en cualquier momento al Comité de Investigación del Hospital General Regional 46, IMSS.

Nombre y Firma del participante

Dra. Alma Patricia Salcedo García (matricula 9086684)

Nombre, firma y matrícula del investigador principal

Números telefónicos en caso de emergencias o dudas, y preguntas relacionadas con el estudio:

Dr. Héctor R. Martínez Ramírez 36-45-45-45 (Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud, UMF 34)

Dra. Alma Patricia Salcedo García 36-45-45-45 (Consultorio No.2 TM).

044-3310988216 (teléfono celular)

31-22-65-55 (casa)

Testigo (1)

Nombre y firma

Testigo (2)

Nombre y firma

CUADRO DE DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE.

“MOTIVOS DE RECHAZO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Variable s	Tipo de variable	Indicador	Fuentes	Instrumentos	Estadígrafo descriptivo	Inferencial	Nivel de significancia
Sociodemográficas							
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	Directa	Cédula de información	X ± DE y/o mediana (percentil 2575%)	Prueba t de Student	< 0.05
Sexo	Cualitativa nominal	F : M	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Estado Civil	Cualitativa nominal	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudez	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Escolaridad	Cualitativa	Analfabeta, primaria incompleta., primaria completa., secundaria y/o técnico, preparatoria y profesional	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Religión	Cualitativa nominal	Tipo de religión	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
No. de embarazos	Cuantitativa discreta	No de embarazos	Directa	Cédula de información	X ± DE y/o mediana (percentila 2575%)	t Student y/o U de Man-Whitney	< 0.05
No. de hijos	Cuantitativa discreta	No de embarazos	Directa	Cédula de información		t Student y/o U de Man-Whitney	< 0.05
Su último embarazo fue planeado	Cualitativa dicotómica	Si: No	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Tipo de familia	Cualitativa nominal	Familia nuclear simple, nuclear numerosa, nuclear ampliada, binuclear, extensa, monoparental, sin familia, equivalentes familiares.	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Toma de decisiones familiares	Cualitativa nominal	Padre, madre, ambos	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Normas familiares	Cualitativa nominal	Rígida, flexible, sin normas	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Comunicación familiar	Cualitativa ordinal	Buena, regular, mala	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
a)Comunicación familiar	Cualitativa dicotómica	Directa o Indirecta	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Ingreso mensual	Cuantitativa ordinal	< al salario mínimo salarios mínimo, >al salario mínimo	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Tipos de métodos de planificación familiar	Cualitativa nominal	Temporales y definitivos	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05
Tipo de información	Cualitativa nominal	Formal e informal	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	< 0.05

Variable (Dependiente)	Tipo de variable	Indicador	Fuentes	Instrumentos	Estadígrafo descriptivo	Inferencial	Nivel de significancia
Rechazo de métodos de planificación familiar	Cualitativa dicotómica	Si-No	Directa	Cédula de información	N (%)	Ji ²	<0.05

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Planificación familiar.

La planificación familiar puede ser entendida como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener información específica y los servicios idóneos así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja independientemente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas⁽⁵⁾.

Rechazo de método de planificación familiar.

Cuando en el momento de la entrevista los sujetos de estudio refirieron no estar usando ningún método anticonceptivo temporal o definitivo

Aceptación de método de planificación familiar.

Cuando en el momento de la entrevista los sujetos de estudio refirieron estar usando algún método anticonceptivo temporal o definitivo.