



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTA DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF No 33 CHIHUAHUA



Cobertura de Planificación Familiar en Mujeres en edad fértil de la Unidad de Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIBEL ALCOCER PARRA

CHIHUAHUA

2012



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.

**COBERTURA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
FERTIL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No25 DE NAICA
CHIHUAHUA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA MARIBEL ALCOCER PARRA

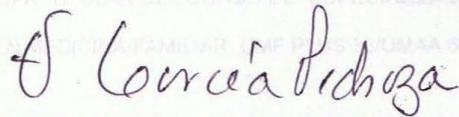
AUTORIZACIONES



DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA , U.N.A.M

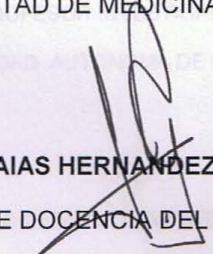


DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

COBERTURA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
FERTIL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 25 DE NAICA
**COBERTURA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
FERTIL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 25 DE NAICA
CHIHUAHUA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA MARIBEL ALCOCER PARRA

AUTORIZACIONES

DRA. MARTHA ESTHER PINO OLIVARES
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA ROSA EMMA CONTRERAS SOLIS

PROFA. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR. UMF PLUS 33/UAA 68

DR. HECTOR DANIEL SALAZAR HOLGUIN

DRA MARGARITA LEVARIO CARRILLO

ASESOR METODOLOGICO

PROFESOR INVESTIGADOR

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA

DRA. MARIA ELENA CONTRERAS CAMPOS
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DRA ROSA EMMA CONTRERAS SOLIS

MEDICO FAMILIAR

ASESOR DE TEMA

**COBERTURA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
FERTIL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°25 DE NAICA
CHIHUAHUA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA MARIBEL ALCOCER PARRA

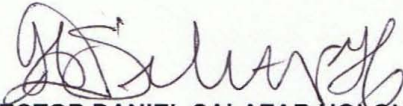
AUTORIZACIONES



DRA. MARTHA EDITH TUFÍÑO OLIVARES

COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DELEGACION ESTATAL CHIHUAHUA



DR. HÉCTOR DANIEL SALAZAR HOLGUÍN

AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

DELEGACION ESTATAL CHIHUAHUA



DRA. MARIA ELENA CONTRERAS CAMPOS

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UMF 33 CHIHUAHUA

1.- TITULO

**COBERTURA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°25 DE NAICA CHIHUAHUA**

2.- Índice

Índice General	Página
1.- Título	01
2.- índice General	02
3.- Marco Teórico	04
3.1 Introducción	04
3.2 Cobertura de Planificación	06
3.3 Métodos anticonceptivos	10
3.3.1 Métodos hormonales	10
3.3.2 Dispositivo intrauterino	12
3.3.3 Oclusión tubárica bilateral	12
3.3.4 Vasectomía	13
3.3.5 Métodos de barrera y espermicidas	13
3.3.6 Métodos naturales o de abstinencia periódica	14
3.4 Factores relacionados a la baja cobertura de planificación familiar	14
4.- Planteamiento del problema	22
5.- Pregunta de investigación	23
6.- Justificación	23
7.- Objetivos	25
8.- Hipótesis	26
9.- Metodología	26
9.1 Tipo de estudio	26

9.2 Población, lugar y tiempo de estudio	26
9.3 Criterios de inclusión	26
9.4 Criterios de exclusión	26
9.5 Variables	27
9.5.1 Variable dependiente	27
9.5.2 Variable independiente	27
9.6 Tipo y tamaño de la muestra	30
9.7 Cálculo del tamaño de la muestra	30
9.8 Plan de Análisis estadístico	31
9.9 Técnicas y procedimientos	31
9.10 Consideraciones éticas	32
10.- Resultados	33
10.1 Descripción de los resultados	33
10.2 Figuras y tablas	35
11.- Discusión	42
12.- Conclusiones	46
13.- Referencias bibliográficas	47
14.- Anexos	50
14.1 Anexo 1, Consentimiento informado	51
14.2 Anexo 2, Hoja de Recolección de datos	52

3. Marco Teórico

3.1 Introducción.

La planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos. De hecho, es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades. El hecho de contar y de acudir a servicios de planificación familiar le permite a las parejas elegir, de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos.

El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y el mayor acceso e interés de las mujeres para evitar embarazos no deseados hace que debamos estar al día en la utilización y en los nuevos avances sobre la anticoncepción, ya que la planificación familiar será, cada vez más, un motivo frecuente de consulta. La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.(1)

La planificación familiar es una de las tareas más importantes del programa especial de investigaciones en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud. (2)

En 1968, durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán, la Planificación familiar fue definida como el derecho humano fundamental de los padres para decidir sobre el número de hijos y los intervalos entre sus nacimientos (Naciones Unidas 1968). Con este enunciado, las Naciones Unidas introducía una variable que se sumaba a las consideraciones geopolíticas hasta entonces imperantes aunque, en la práctica, su consideración fue relativa. Aún así, esta declaración brindó una importante legitimidad a las acciones de planificación familiar, aunque fueron los argumentos esgrimidos desde la salud pública los que aseguraron su funcionamiento y continuidad. En la mayoría de los casos, los avances en este campo estuvieron vinculados con el problema de la muerte de mujeres a causa del aborto que con un discurso de derechos ciudadanos, aunque este estuviera ya presente en las Naciones Unidas.(3)

Desde 1990 en una investigación socio demográfica sobre planificación familiar Figueroa y cols, afirman que el reproducirse es y seguirá siendo uno de los actos de mayor trascendencia en la vida de un ser humano, independientemente de que en la actualidad exista una mayor motivación de la población para reducir el número de hijos que potencialmente se pueden tener. La reproducción humana es el reflejo, en el nivel de la praxis social, total y multifacética, de la evolución histórica natural de nuestra sociedad. El comportamiento reproductivo constituye un nivel de articulación entre las fuerzas económicas y otros niveles de la vida social, política y cultural (4).

La legislación mexicana en materia de población o Ley General de Población, en su artículo 3, Fracción II. Declara que la Secretaría de Gobernación será la responsable de dictar, ejecutar y promover las medidas para que los programas

de planificación familiar a través de los servicios públicos y privados educativos y de salud "se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preservar la dignidad de las familias" , en concordancia con lo planteado en el Artículo 4 constitucional que a la letra dice: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos" , y en su Artículo 9, Capítulo 2, Sección I, afirma "El respeto a los derechos humanos, libertades, garantías, idiosincrasia y valores culturales de la población mexicana serán los principios en los que se sustentan la política y los programas que se apliquen en materia de población (5)

3.2. Cobertura de planificación familiar.

Las condiciones de bienestar de la mujer en nuestro país han mostrado avances considerables en los últimos años, entre los logros son el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad reproductiva. Pese a lo mencionado, la salud de la mujer mexicana continúa siendo un escenario de fuertes contrastes en donde persisten niveles altos de mortalidad y morbilidad por causas previsibles, a pesar de los adelantos en el conocimiento médico, en los recursos tecnológicos y la disponibilidad creciente de los servicios de salud que se encuentran ahora más accesibles para grandes sectores de la población. Sin embargo en la población amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social un 15% de la población de mujeres en edad fértil que no desea un nuevo embarazo, no utiliza métodos para regular la fecundidad. En el contexto actual de la salud reproductiva, las acciones de planificación familiar juegan un papel fundamental tanto entre la población en general, como en lo específico para aquella amparada por la Seguridad social. La oferta y entrega sistemática de la metodología

anticonceptiva, vinculada a las acciones implícitas en la atención materna e infantil, contribuyen a favorecer un desarrollo familiar armónico en su componente reproductivo, sexual, de salud, social y económico y el objetivo es elevar la cobertura de mujeres en edad fértil que utilizan un método anticonceptivo (6)

El concepto de cobertura no se refiere solo a la cantidad de población que será cubierta por los servicios sino también al tipo de beneficios que se ofrecen, a los objetivos declarados de las actividades, la forma y condiciones en que los beneficios se otorgan, el financiamiento de ellos, el contexto institucional y social en el que la cobertura se aplicara, la política nacional de salud (7). Los indicadores médicos 2011 de la coordinación de programas integrados de salud, llevan el indicador de cobertura de protección anticonceptiva en las mujeres en edad fértil y después de un evento obstétrico el cual está en un rango de semaforización 74.6- 79.9.

El programa de planificación familiar de México es ya reconocido en todo el mundo, gracias a sus alcances y a las publicaciones que algunos investigadores han presentando en los foros de todos los continentes; y gracias también a la formación de recursos, en pre y en posgrado, responsables de incrementar el interés profesional, en esta ya importante subespecialidad de la ginecología y la biología de la reproducción. El sector Salud debe considerar no solo satisfecho, sino también orgulloso, porque después de 30 años la salud reproductiva de la mujer ha sufrido cambios evidentes. La planificación familiar ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva para evitar el embarazo de alto riesgo (8).

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional. Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1o. de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las normas oficiales mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país. Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.(9)

La consejería en la planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la

protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario. (9)

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población. La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a: sus características, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones y precauciones, forma de administración, lineamientos generales para la prescripción, duración de la protección anticonceptiva, seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir, necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva y cuando proceda, información sobre el costo.(9)

En toda mujer en edad fértil posterior a valoración del riesgo reproductivo, éste debe ser comentado con la mujer y con su pareja para permitirle tomar decisiones en cuanto a su futuro reproductivo y el efecto sobre su salud. Se debe indagar sobre expectativas reproductivas de la pareja, su deseo o no de utilizar anticoncepción, experiencia previa con algún método anticonceptivo. Brindar información suficiente y clara de las ventajas y beneficios de la planificación familiar. En todos los casos buscarán obtener el consentimiento informado para el

caso de aceptación de un método anticonceptivo y lo registrarán por escrito, situación que aplica igual para el varón. (6)

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentran un lineamiento técnico para la promoción y prestaciones de servicios de planificación familiar en unidades médicas del IMSS. Dentro del cual existen criterios y procedimientos para realizar la promoción de la comunicación educativa y la prestación de los servicios de Planificación Familiar. Como la comunicación educativa la cual incluye entrevista- consejería donde se realiza en forma individual o en pareja para identificar las expectativas reproductivas y despejar dudas relacionadas con anticoncepción, y deberá promover la adopción de la metodología anticonceptiva a través del proceso de consentimiento informado.(10)

Consentimiento informado es la toma de decisión voluntaria, suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo. Y su objetivo es salvaguardar el derecho de la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo (11).

3.3. Métodos anticonceptivos

Según la norma oficial mexicana los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales (hormonales orales, inyectables, subdérmicos, dispositivo intrauterino, de barrera y espermicidas, naturales o de abstinencia periódica) y los permanentes o definitivos como son la oclusión tubárica y la vasectomía.

3.3.1. Métodos hormonales

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas 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 intergenésico, en postaborto inmediato, en posparto o postcesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Sus contraindicaciones serían lactancia en los primeros seis meses, posparto, embarazo o sospecha del mismo, tener o haber tenido enfermedad tromboembolia, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática, cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes. Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%, están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable. La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación subsecuente después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva, deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

El implante hormonal subdérmico es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno). Bajo condiciones habituales de uso brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso). Está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el posparto o pos cesárea, con o sin lactancia.

3.3.2. Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal. Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción. La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: Antes del primer embarazo. En el intervalo intergenésico. En el posparto, trans y postcesárea, con o sin lactancia. En el postaborto.

3.3.3. Oclusión tubaria bilateral

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha. Razones médicas. Retardo mental.

3.3.4. 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. Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: Fecundidad satisfecha. razones médicas. Retardo mental.

3.3.5. Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química. Los métodos de barrera son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas. Los espermicidas son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en

aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida, bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera. Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones: Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales durante la lactancia. Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera .En periodo inmediato pos vasectomía.

3.3.6. Métodos naturales o de abstinencia periódica

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer. Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. los más utilizados son calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus. Método de la temperatura. Método del moco cervical o de Billings. Método sintotérmico. Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%. Estos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

3.4. Factores relacionados a la baja cobertura de planificación familiar.

Hace 25 años la OMS comenzó a aceptar preparados esteroideos que brindan protección anticonceptiva durante extensos periodos, ya sea por sus propiedades

intrínsecas en forma de progestágeno inyectable de depósito, o más recientemente a través del uso de varios sistemas de liberación lenta, como los implantes subcutáneos, anillos vaginales o dispositivos intrauterinos pre medicados. Uno de los efectos indeseables más expuestos por el uso de los progestágenos de depósito es la irregularidad del patrón normal del sangrado menstrual, con episodios impredecibles de sangrado vaginal y amenorrea. Los anticonceptivos orales (ACO) forman parte del gran grupo de los anticonceptivos hormonales, siendo los más utilizados en la actualidad. Se calcula que más de 55 millones de mujeres lo utilizan en este momento.(2)

En el Instituto Nacional de Perinatología, Unidad de tercer nivel de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, Salinas A. y cols., realizaron estudio para identificar la percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo, se estudiaron a 720 mujeres que asistieron a su control prenatal, la edad materna promedio fue de 27 años, el 18.2 % tenía el antecedente de un primer embarazo a los 17 años o antes, 89.2 % contaba con una pareja, 78% se dedicaba al hogar y el 75.1% tenía educación media o superior. El promedio de gestaciones fue de 2.7; el 26.7% eran primigestas; 48.1% había tenido de dos a tres gestas y el 25.3% cuatro o más. El promedio de edad gestacional correspondió a 27.2 semanas, el 63.8 % tenía antecedentes de alguna pérdida perinatal y el 40 % de alguna cesárea. El 59.3 % había recibido control prenatal inadecuado. El 90 % estuvo en disposición de aceptar el uso de anticonceptivos al término de la gestación, el 31 % aceptó que se le practicara la oclusión tubaria; el 29% la colocación de dispositivo intrauterino; el 5.2 % el control hormonal oral, el 5,4 % el ritmo; el 8.3 % otros; el 14% aun no había decidido el

método y el 7 % utilizaría aquel que el médico indicara. La mitad de las mujeres menciona a la pareja, a un familiar o una amistad como las fuentes más influyentes para decidir sobre el uso de anticonceptivos; solo el 6 % refirió al personal de salud. La conclusión de su estudio fue que la educación para la salud reproductiva debe ser una actividad diseñada para facilitar decisiones voluntarias que conduzcan a prácticas positivas. Es necesario identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas preventivas, a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a modificar las actitudes negativas, a reforzar las creencias positivas, a tener conocimiento de los métodos anticonceptivos y a prevenir los embarazos de alto riesgo (12).

Existen causas de no uso de anticonceptivo durante el periodo posparto inmediato según un estudio en la Instituto Mexicano del Seguro Social en Colima en el Hospital General de Zona No 1, donde se determinaron las causas de no uso de anticonceptivo durante las primeras 24 horas después del parto. Incluyeron n=2593 mujeres, de las cuales 57.5% se estudiaron en las primeras 24 horas después del parto, n=478 (32%) no adoptaron ningún método anticonceptivo, en 349 (73%) las causas fueron atribuibles a factores religiosos morales, familiares, culturales y sociales de la paciente, en 91 mujeres (19%) fueron por factores técnico-administrativos, o bien insuficiencia u omisión de las actividades de comunicación educativa por parte de los proveedores del servicio y en mujeres (8%) no se aplicó por la presencia de factores de riesgo para la salud o la vida (13).

En 1999, De la Cruz D. y cols., realizó un estudio comparativo de dos comunidades en la región de la selva peruana cuyo objetivo era identificar la

asociación entre los conocimientos y actitudes y la práctica de la planificación familiar en parejas de la región, fueron entrevistadas 600 parejas, la tasa de respuesta fue de 99.84 %, se observó que la escolaridad fue mayor en los hombres que en las mujeres, más del 60% de las mujeres de zonas urbanas no trabajaban o se dedicaban al hogar, los varones trabajaban de manera independiente (vendedores) y como empleados, el nivel socioeconómico medio predominó, su religión era católica , 64.33%) vivía en unión libre (a comparación con la otra comunidad la cual solo el 38.33%) La escolaridad secundario fue similar en las 2 comunidades. La oposición de los hombres a los métodos de planificación ejercía un efecto importante en la pareja para decidir su uso, en ellos cuanto mayor era el conocimiento del método mejor era la aceptación del uso del método. Los varones rehusaban un método por miedo a la infidelidad, mientras las mujeres por temor a los efectos secundarios (14).

En Colombia se realizó estudio para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ETS/VIH-SIDA) y la influencia de medios de comunicación en adolescentes. El resultado fue que 81.9% tenían el conocimiento sobre el uso de los métodos de planificación familiar, siendo más frecuente el uso del condón. Encontraron que existían vacíos de conocimientos sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIH-SIDA y que a pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de la planificación familiar y los medios para prevenir, estos continúan desinformados y asumen conductas de riesgo (15).

En Tamaulipas en la Unidad de Medicina Familiar No 78, Lee I y cols en un estudio donde el objetivo era identificar las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres en edad fértil, se estudiaron n=173 mujeres, en las que se identificaron datos socio demográficos (edad, escolaridad, estado civil, y ocupación), antecedentes ginecoobstétricos, vida sexual, intenciones de vida reproductiva, conocimiento y practica de anticoncepción y razones de no uso. Se observo que solo el 69.3% de las mujeres en edad fértil refirieron usar un método anticonceptivo y 30.7 % no lo utilizaban. El mayor número de mujeres se ubicó en grupo de edad entre 20 y 29 años; en este grupo se encontró a 55% de las usuarias de método y a 75% de las no usuarias, respecto a la escolaridad, el mayor porcentaje fue el equivalente a secundaria con un 43 % para ambos grupos, en cuanto al estado civil, predomino el estar casada con un 88% para ambos grupos, el dedicarse al hogar se identificó en 74% de las usuarias y 83% entre las no usuarias. En los antecedentes gineco obstétricos no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de mujeres en edad fértil. Se concluyo que la necesidad insatisfecha representa un reto a la manera tradicional de ofertar los servicios de planificación familiar, por ello es conveniente gestionar en forma estratégica el programa, a través de un enfoque de calidad centrado en el usuario (16).

En un estudio realizado en Aguascalientes, para evaluar el impacto socio demográfico de 15 años de planificación familiar, Rosales E. y cols., encontró un aumento en las usuarias que continuaron utilizando algún método anticonceptivo, de 33,660 mujeres en 1990 a 55,717 en el 2004, la cobertura anticonceptiva posparto mostró variaciones importantes principalmente en los años 1990 a 1994

la cual disminuyó de un 70 % a un 40% debido según el análisis de los investigadores a la actitud del personal o a la susceptibilidad de la población blanco en ese momento, motivo por el cual no es conveniente analizar periodos cortos para evaluar su impacto demográfico, y las coberturas transcesáreas y pos-aborto muestran una tendencia ascendente observando que este aumento se obtuvo debido al apoyo brindado a estrategias tales como la protección anticonceptiva posterior a un episodio obstétrico atendido en hospital. En pacientes con riesgo obstétrico por cesárea o aborto se presenta una cobertura frecuentemente ascendente, debido a la percepción positiva de que al proteger a la mujer con mayor riesgo favorecen el bienestar materno-infantil, y disminuyen la tasa de mortalidad materna. Los programas a través de los módulos de apoyo a la prestación de servicios de planificación familiar observaron que el mayor impacto se dio principalmente en las clases media y obrera de las zonas urbanas y en los grupos sociales en mejores condiciones económicas en el medio rural (17).

Acevedo I. y cols., realizaron un estudio para determinar el perfil de la usuaria y no usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. De las 150 mujeres entrevistadas, n=100(66%) tenían método anticonceptivo y sin método n=50 (34%), la edad promedio de los grupos fue de 30 años, con edad máxima 49 y mínima de 18 años (usuarias) y de máxima 49 y mínima 19 (no usuarias). El estudio estableció el perfil de la usuaria considerándose como mujer con promedio de edad de 30 años, casada, con escolaridad secundaria, dedicada al hogar, de religión católica, con un promedio de dos hijos, con un inicio de vida sexual de 15 años, y sin patología. Los métodos más utilizados fueron los de alta continuidad como el dispositivo intrauterino (DIU) y la oclusión tubaria bilateral (OTB). El perfil

de la paciente no usuaria fue mujer de 29 años, casada, con escolaridad secundaria, ama de casa, católica con inicio vida sexual 19 años con promedio de hijos uno, el estudio concluyó que las causas de no utilización por la mujer no usuaria se relaciona con el miedo a efectos secundarios en un 24%; por no tener pareja permanente (22%); por enfermedad 22%; deseo de embarazo 14%; falta de información 8%; otras causas en un 10 % fueron el tener pareja con vasectomía, falta de tiempo y pareja estéril (18).

En cuanto a la aceptación y rechazo de vasectomía en hombres en el medio rural García J. y cols., observaron que el rezago en la cobertura de protección anticonceptiva y la poca participación masculina al respecto, se debía a la falta de información y a ciertos factores socioculturales. Se observó que el deseo de no tener más hijos y la decisión de aceptar la vasectomía estaban determinados por razones diferentes a la información acerca del método, como la situación económica adversa, alguna condición relacionada con la pareja, como la salud o el amor por ella, siendo éstas las razones de mayor peso para decidir la aceptación del método, en tanto el temor a un mal desempeño sexual fue la limitante más poderosa para su rechazo. Ellos concluyeron que la participación masculina en la planificación familiar es un factor que condiciona el rezago en la cobertura y los beneficios de la misma (19).

Las acciones de la planificación familiar han evolucionado a partir de la difusión y el conocimiento de los medios para la planificación familiar, los cuales procuran un cambio favorable en la actitud de la población respecto de la regulación de su fecundidad y aseguran la disponibilidad y acceso a los servicios anticonceptivos. En la década de los setenta, la prevalencia anticonceptiva y la efectividad

anticonceptiva eran los 2 valores como indicadores de vigilancia. Más tarde en los años 80, la planificación familiar se entrelaza con la salud materno-infantil a fin de procurar patrones reproductivos caracterizados por retrasar el inicio de la reproducción en la vida de la mujer, un intervalo de al menos dos años entre nacimientos sucesivos y un adelanto en la llegada del último hijo así como considerar para el uso de métodos anticonceptivos los factores de riesgo de la salud reproductiva. A partir de los años 90, a raíz de las reuniones mundiales sobre población y la mujer, se incorporaron con mayor énfasis el consentimiento informado con respecto a la adopción de los métodos anticonceptivos así como la perspectiva de género a las acciones de planificación familiar con el propósito de fortalecer la participación del varón a la salud reproductiva . Se estima según el cuadro de población mundial 2005 (Population Reference Bureau) que el 60 % de la Mujer en edad fértil del mundo regula su fecundidad con algún método anticonceptivo y 53 % lo hace con métodos modernos (pastillas, inyección, DIU, condón y esterilización), lo que se relaciona con una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos por mujer. Mientras la prevalencia del uso de anticonceptivos de los países más desarrollados alcanza la cifra de 68% con un nivel de fecundidad de 1.6 hijos por mujer, por abajo del reemplazo generacional, en los países menos desarrollados el uso de anticonceptivos es de solo 58% con una fecundidad de tres hijos por mujer (20).

Rosales E y cols., realizó un análisis de la influencia de la operación cesárea en la planificación familiar, encontrando que la operación cesárea influye de manera positiva en la toma de decisiones para elegir un método de planificación familiar definitivo (21).

Medina R. y cols., identificaron los factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México, donde encontraron que los principales motivos por los que las mujeres utilizan métodos de planificación familiar son: para no embarazarse, para espaciar sus embarazos y por indicación médica; los motivos por los que no los utilizan: fueron por miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos, por deseo de embarazo y por no tener una pareja estable (22).

Entre las causas de baja participación del varón en la consulta de medicina familiar Prendes M., encontró que solo 3,6 % participó en la consulta de planificación familiar, el 63,6 % fue con el objeto de acompañar a sus parejas. El condón fue el método anticonceptivo más utilizado por la muestra (47,3 %), predominando su uso entre jóvenes de 20 a 24 años (59,5 %). El 48,6 % tiene conocimiento regular sobre PF y en 1 de cada 4 hombres el nivel de conocimientos es malo, y predominó la comunicación deficiente de parejas (64 %). Se concluye que los hombres acuden poco a la consulta de PF por tener pobre motivación para ello, desconocimiento sobre aspectos relacionados con la PF y comunicación deficiente con su pareja. (23)

4.- Planteamiento del problema

En la actualidad se reconoce que en su mayoría las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante la identificación de factores de riesgo y si en la población derechohabiente un 15% de la población de mujeres en edad fértil que no desea un embarazo no utiliza métodos para regular

su fecundidad esto representa un factor de riesgo y un problema de salud que amerita ser estudiado en las unidades de medicina familiar. Se estima que las necesidades de métodos anticonceptivos de las adolescentes es al menos en 10% mayor que las del conjunto de mujeres en edad fecunda. Más del 10% de las madres son adolescentes y tienen el doble de probabilidad de fallecer por causas relacionadas con el embarazo. Como médico familiar es importante conocer las características socio demográficas de las mujeres usuarias, las cuales pueden influir en la aceptación y uso de los métodos anticonceptivos, es necesario saber que tanto están informadas las usuarias sobre las ventajas y desventajas de los métodos de planificación, así como conocer el consentimiento informado lo que ayudara a aumentar la cobertura de planificación familiar, en nuestra unidad médica. Logrando el bienestar de la mujer en nuestro país, aumentando la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad reproductiva.

En base a lo anterior surge la pregunta de investigación:

5.- Pregunta de investigación

¿Cuál es la cobertura de planificación familiar en mujeres en edad fértil con vida sexual activa en la UMF No 25 de Naica Chihuahua?

6.- Justificación

La planificación familiar le permite a las parejas elegir de manera informada el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos. La planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y mejorar la calidad de vida. Ayuda al control

de la fecundidad reduciendo la natalidad, es por ello que es de vital importancia saber que tanta cobertura tenemos en una clínica de medicina familiar, y así poder dar medidas de acción, para lograr una cobertura amplia sobre planificación familiar.

El uso de anticonceptivos de las mujeres en edad fértil se ha incrementado en forma sostenida, aunque a ritmos cada vez menores en los últimos años. Así, paso de 30.7% en 1976 a 37.8% en 1979, 52.7% en 1987, 63.1% en 1992, 68.4 % en 1997 y a 70.9% en 2006.

La influencia del equipo de salud podría ser crucial para alargar la concepción del primer hijo al momento más adecuado, lograr un espaciamiento favorable entre gestaciones, así como para determinar tempranamente la fecundidad, lo cual mejoraría la calidad y la disponibilidad de la atención que reciben las mujeres, garantizando la reducción de la morbilidad y mortalidad del binomio y la mejoría familiar. La falta de información o bien la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas, representan factores particularmente importantes para el uso de los anticonceptivos.

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescente se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo y su pareja.

La educación de la población es lo que ayudara a evitar riesgo reproductivo, desde hace 30 años se identificaron tres retos prioritarios de la planificación familiar en México: el primero es reducir la demanda insatisfecha de información y de metodología anticonceptivo. El segundo se refiere a aumentar la participación del hombre en la planificación familiar con el uso de la vasectomía, el cual sigue siendo inferior a un 2%. El tercer reto identificado desde hace dos decenios que quizá sea el más importante es el de la atención a los adolescente, parece un reto de carácter crónico; resistente a los múltiples esfuerzos que ha hecho el sector salud en estos años. La cobertura de la unidad de medicina familiar No 25 en el 2009 fue de 66%. El Identificar la cobertura de planificación familiar en las unidades de Medicina familiar , así como el conocer los factores asociados a esta cobertura , ayudara a otorgar atención anticipatoria para evitar el riesgo reproductivo, identificar qué población es más vulnerable y así poder realizar acciones preventivas y educativas dentro del consultorio

7.-Objetivos

Objetivo general

1. Identificar los factores relacionados con la cobertura de métodos de planificación familiar

Objetivo específico

- 2.-Estimar la cobertura de los métodos de planificación en mujeres en edad fértil adscritas a la unidad de medicina familiar No 25 de Naica Chihuahua.
- 3.- Describir los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil con vida sexual activa adscrita a la unidad de medicina familiar No 25 de Naica Chihuahua.

8.- Hipótesis

La cobertura de planificación familiar en mujeres en edad fértil de Unidad de Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua, es mayor de 66 %.

Hipótesis nula

La cobertura de planificación familiar en mujeres en edad fértil de Unidad de Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua se encuentra por debajo del indicador establecido el cual es de 66%.

9.- Metodología

9.1 Tipo de estudio: transversal descriptivo.

9.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Mujeres en edad reproductiva con vida sexual activa adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua, las cuales se estudiarán de Enero a marzo del 2010.

9.3 Criterios de inclusión

- Mujeres derechohabientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 25 del IMSS en edad fértil.
- Mujeres con vida sexual activa, que aceptan participar

9.4 Criterios de exclusión:

- Mujeres que no acepten participar en el estudio
- Mujeres con alguna discapacidad física o mental que les impida contestar la encuesta

9.5 Variables

Cobertura de planificación familiar:

- Definición operacional: es el número de habitantes que tienen acceso al servicio de planificación familiar o que son usuarias de los métodos de planificación.
- Indicador: porcentaje (%)
- Escala de medición: cuantitativa

Métodos anticonceptivos

- Definición operacional: es aquel método que impide la fecundación en una mujer fértil que mantiene relaciones sexuales de carácter heterosexual. Contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad
- Indicador: métodos hormonales, dispositivo intrauterino, oclusión tubaria bilateral, vasectomía, métodos de barrera y espermicidas.
- Escala de medición: nominal

Tiempo de uso de método de planificación

- Definición operacional: tiempo que la mujer tiene utilizando el método de planificación familiar, referido al momento de la entrevista
- Indicador : Menos de 1 años
Más de 1 año
- Escala de medición : cuantitativa

Variables universales

Escolaridad:

- Definición operacional: grados de instrucción terminada en el sistema escolar mexicano que refiere la mujer al momento del estudio.
- Indicador: escolaridad primaria, secundaria, preparatoria , profesional.
- Escala de medición: nominal

Estado civil:

- Definición operacional : estado legal de unión o religiosa que refiere la usuaria al momento de las encuestas
- Indicador: casada, soltera, unión libre, viuda, divorciada
- Escala de medición: nominal

Religión:

- Definición operacional: conjunto de dogmas, normas y practicas relativas a una religión.
- Indicador: católica, otras.
- Escala de medición: nominal

Ocupación:

- Definición operacional: es la acción y efecto de ocupar o ocuparse, es un sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad para fines del estudio se considerará la ocupación referida por la mujer usuaria.
- Indicador: hogar, obrera, profesional
- Escala de medición: nominal

Índice de masa corporal (IMC):

- Definición operacional : se determina peso entre talla al cuadrado

- Indicador: peso bajo menos de 18.5
 Normal 18.5-24.9
 Sobrepeso 25.0-29.9
 Obesidad 1er.grado 30.0-34.9
 Obesidad 2do. grado 35.0-39.9
 Obesidad 3er.grado igual o mayor a 40.0
- Escala de medición: cuantitativa.

Inicio de vida sexual activa

- Definición operacional : edad en la que se inicio la actividad sexual según refiere la usuaria al momento de la entrevista
- Indicador : años
- Escala de medición : cuantitativa

Menarca:

- Definición operacional: edad de la primera menstruación que la mujer refiere en el momento de realizar la entrevista.
- Indicador: años
- Escala de medición : cuantitativa

Número de embarazos (gestación):

- Definición operacional: Número de gestas o procesos de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino que abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.
- Indicador : ninguno, 1-2, 3-5, mas de 5
- Escala de medición : cuantitativa

Evento obstétrico:

- Definición operacional: evento con el que culmina el o los embarazos de la mujer usuaria que puede ser aborto, parto y cesárea. Para fines del estudio se consideraran los eventos referidos por la mujer de acuerdo al número de embarazos.
- Indicador : partos, abortos, cesáreas, partos y abortos, partos y cesáreas, abortos y cesáreas, partos, abortos y cesáreas y nulíparas
- Escala de medición : nominal

Conocimiento de las ventajas y desventajas de la planificación familiar

- Definición operacional: conocimiento de la mujer usuaria acerca de las ventajas y desventajas de los métodos de planificación
- Indicador : si, no
- Escala de medición : nominal

Conocimiento del Consentimiento informado

- Definición operacional: conocimiento de la mujer usuaria sobre que es el consentimiento informado,
- Indicador : si, no
- Escala de medición : nominal

9.6 tipo y tamaño de la muestra:

Tipo de muestra: no probabilística

9.7 Calculo del tamaño de la muestra

Se calculo con apoyo del programa estadístico Epidat (programa para análisis epidemiológicos de datos tabulados versión 3.0 Organización Panamericana de Salud), con las siguientes consideraciones, se tomo como variable de referencia la

cobertura de métodos de planificación familiar del 53% en una población similar en Nuevo Laredo Tamaulipas de acuerdo a Lee I. y cols., en 2003 (). Se calculo la muestra en $n= 195$, con un nivel de confianza del 95% y un poder de prueba del 80%

9.8 Plan de análisis estadístico.

Los datos fueron analizados usando el programa estadístico STATA 9.0 para Windows, (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 9.0 Station, Txistata).

Se realizo un análisis exploratorio para evaluar la cantidad de los registros, posteriormente un análisis uni y bi variado.

Para las variables medidas de forma cuantitativa se utilizo la prueba t de Student. Para evaluar las diferencias en las variables cualitativas se utilizo la prueba de Chi o exacta de FISHER.

Se estimo la proporción de mujeres con cobertura de métodos de planificación familiar y la frecuencia y proporción de los métodos de planificación utilizados.

Posteriormente se estimaron los factores relacionados con la cobertura de métodos de planificación familiar.

Se acepto una diferencia significativa cuando el valor de p fue menor a 0.05

9.9. Técnicas y procedimientos.

Se selecciono a las mujeres que acudían a la UMF 25 de Naica, a las mujeres, que reunieron criterios de inclusión, se les invito a participar en el estudio, las que aceptaron con previa firma de consentimiento informado se les aplico un cuestionario sobre sus antecedentes, datos personales y sobre uso de métodos anticonceptivos, durante el periodo de enero a marzo del 2010 en la Unidad de

Medicina Familiar No 25 de Naica. Se realizo una base de datos y se procedió al análisis estadístico de los resultados.

9.10 Consideraciones éticas

Para el presente estudio se tomaron en cuenta:

Declaración de Helsinki. Adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989).

Nos apegamos al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

El presente estudio no represento ningún riesgo para las mujeres a las cuales se les realizo un cuestionario y se firma consentimiento informado ..

10.- Resultados

10.1 Descripción de los resultados

El estudio se realizó en mujeres en edad fértil que acudieron a UMF 25 de Naica durante el periodo de febrero del 2010 a enero del 2011. Se estudiaron $n=195$ mujeres.

En la figura 1 se muestra la cobertura de planificación familiar estimada que fue de 67% (IC_{95%} 59-72). La proporción de mujeres en edad fértil con método de planificación fue mayor $n=130$ (67%) en relación a $n=65$ (33%) sin método.

La edad promedio en las pacientes con método de planificación fue de 31 ± 8 años y de las que no tenían método 25 ± 9 años ($p<0.01$). Las características socio demográficas que mostraron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos fueron la ocupación, la escolaridad, la religión, y el estado civil (tabla 1).

Los antecedentes gineco obstétricos se muestran en la tabla 2, los que mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron el inicio de vida sexual activa entre los 15-20 años ($p<0.01$), el número de embarazos de 3-5 en el grupo de mujeres con método de planificación ($p<0.01$) y la culminación por parto del embarazo ($p<0.01$).

Los métodos de planificación utilizados con mayor frecuencia fueron obstrucción tubárica 40(31%) y hormonales orales 31(24%), como se observa en la figura 2.

La tabla 3 nos muestra la percepción de las mujeres estudiadas sobre planificación familiar habiendo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos sobre el conocimiento de ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar y el conocimiento del consentimiento informado ($p<0.01$) sin

embargo de las mujeres con método 8% no conocían ventajas y desventajas de la planificación familiar y un 48% refirieron no conocer el consentimiento informado (tabla 3).

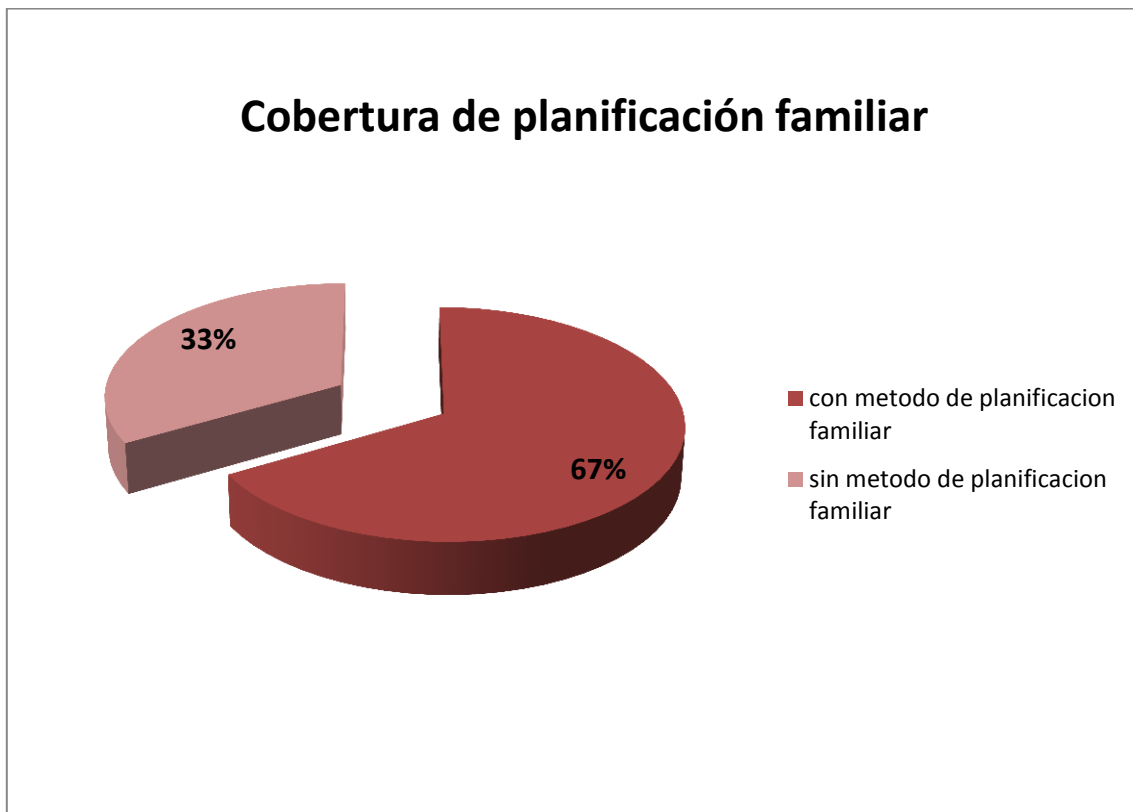
El comportamiento de las mujeres usuarias sobre los servicios de planificación se muestra en la tabla 4, observando que prolongar el periodo intergenesico fue el motivo que se encontró con mayor frecuencia en un 55% de las usuarias. Un 94% de las mujeres refirieron que el método fue indicado por un médico. Un 7% de las mujeres entrevistadas refirieron que su pareja era quien utilizaba método.

Del grupo de mujeres no usuarias, el motivo observado con mayor frecuencia para no utilizar método fue el no tener pareja en un 57% (tabla 5).

10.2 Figuras y tablas

Figura 1.

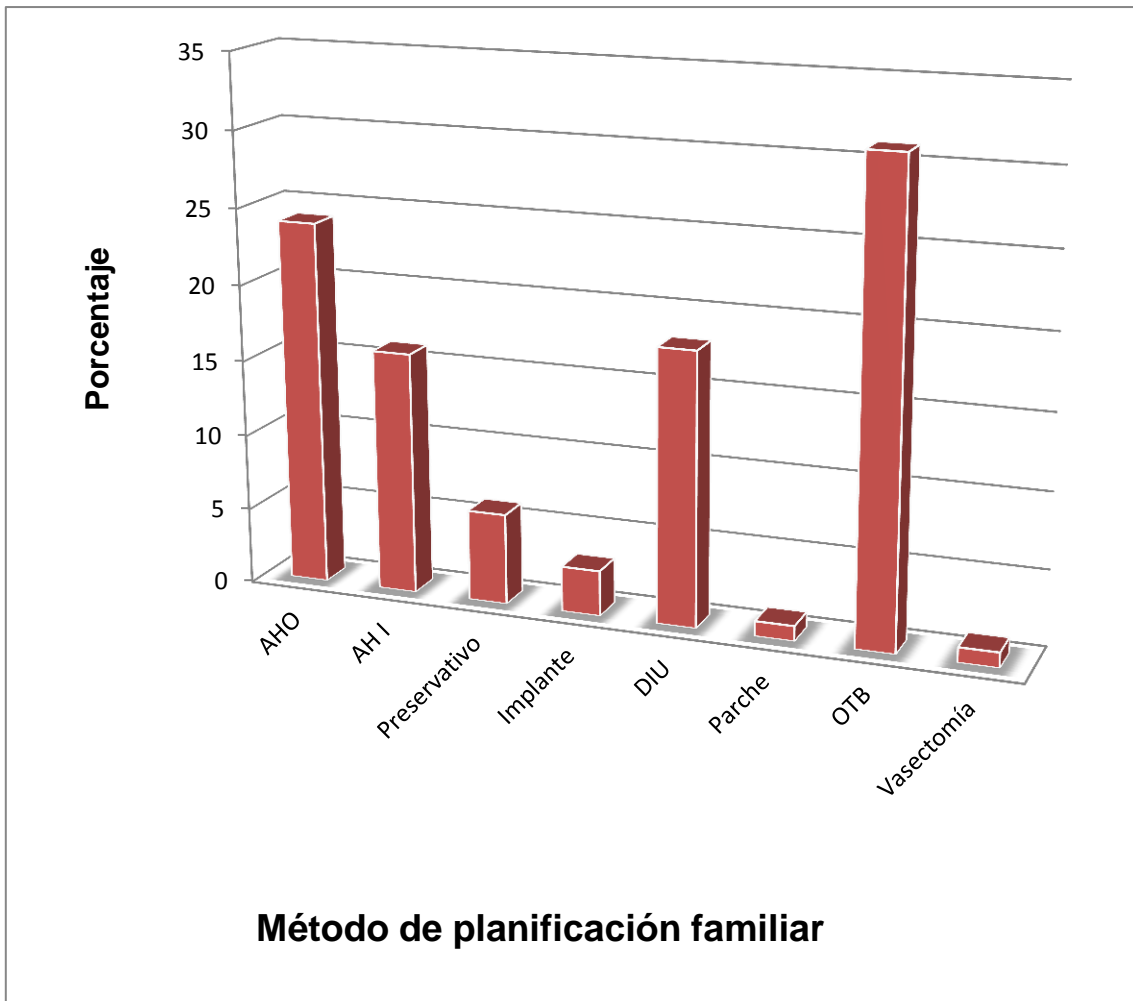
Cobertura de planificación familiar en UMF 25 de Naica Chihuahua



La cobertura estimada de planificación familiar fue de 67% (IC₉₅, 59-72)

Figura 2.

Proporción de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de UMF 25 de Naica Chihuahua



(AHO) Anticonceptivos hormonales orales. (AH I) Anticonceptivos hormonales inyectables. (DIU) dispositivo intrauterino. (OTB) Obstrucción tubárica bilateral

Tabla 1

Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil

Variable	Pacientes con métodos X±DE/n (%) n= 130	Pacientes sin métodos X±DE/n(%) n=65	p
Edad (años)	31±9	25±8	p<0.01
Escolaridad			
Primaria	9(7)	3(5)	0.048
Secundaria	85(66)	32(49)	
Preparatoria	29(22)	27(41)	
Profesional	7 (5)	3 (5)	
Ocupación			
Hogar	80(62)	48 (74)	0.040
Obrera	47 (36)	13 (20)	
Profesional	3 (2)	4 (6)	
Religión			
Católica	123 (95)	64(90)	0.202
Otra	7 (5)	1(1)	
Estado civil			
Casada	104 (80)	27 (41)	p<0.01
Soltera	10(8)	32(50)	
Unión libre	13 (10)	3 (5)	
Viuda	2(1)	2 (3)	
Divorciada	1(1)	1 (1)	
Índice de masa corporal			
Peso normal	54 (42)	24 (37)	0.432
Sobrepeso	58 (45)	28 (43)	
Obesidad I	9 (7)	8 (12)	
Obesidad II	7 (5)	2 (3)	
Obesidad III	2 (1)	3 (5)	
Toxicomanías			
Si	20 (15)	8 (18)	0.564
No	110 (85)	57 (88)	

X±DE = promedio ±desviación estándar

n (%)= número de pacientes (proporción)

p<0.005

Tabla 2.
Antecedentes ginecobstetricos

Variable	Mujeres con método n (%) n= 130	Mujeres sin método n(%) n=65	p
Inicio de vida sexual			
Sin vida sexual	0 (0)	27 (42)	p<0.01
Menos de 14 años	1 (1)	1 (1)	
15-20 años	122 (94)	34 (52)	
20-29 años	7 (5)	3 (5)	
Menarca			
9-12 años	105 (81)	46 (71)	0.115
13-17años	25 (20)	19 (29)	
Mas 17 años	0 (0)	0 (0)	
Número de embarazos			
Ninguno	4 (3)	32 (49)	p<0.01
1-2	56 (43)	20 (31)	
3-5	69 (53)	13 (20)	
Mas 5	1 (1)	0 (0)	
Evento obstétrico			
Partos	67 (52)	21 (32)	p<0.01
Abortos	0 (0)	2 (3)	
Cesáreas	8 (6)	2 (3)	
Partos y abortos	22 (17)	4 (7)	
Partos y cesáreas	21 (16)	2 (3)	
Abortos y cesáreas	2 (1)	1 (1)	
Partos , abortos y cesáreas	6 (5)	1 (1)	
Nulíparas	4 (3)	32 (50)	
Ciclo menstrual			
Regular	121 (93)	59 (91)	0.569
Irregular	9 (7)	6 (9)	

n (%)= número de pacientes (proporción)

p=<0.005

Tabla 3.

Percepción de las mujeres en edad fértil sobre planificación familiar.

Variable	Mujeres con método anticonceptivo n (%) n= 130	Mujeres sin método anticonceptivo n(%) n=65	P
Conocimiento de las ventajas y desventajas de la planificación familiar			
Si	119 (92)	36(55)	p<0.01
No	11 (8)	29 (45)	
Conocimiento del consentimiento informado			
Si	67 (52)	7 (11)	p<0.01
no	63 (48)	58 (89)	
n (%)= número de pacientes (proporción)		p=<0.005	

Tabla 4.

Características de comportamiento en el uso de servicios de planificación familiar por mujeres del UMF 25 de Naica Chihuahua

Variable	Mujeres usuarias n (%) n= 130
Tiempo de uso de método de planificación	
Menos de 1 año	
Más de 1 año	45 (35)
	85 (65)
Motivos de aceptación de método	
Paridad satisfecha	59 (45)
Prolongar periodos intergenésico	71 (55)
Personal de salud que indica el método	
Medico	122 (94)
Enfermería	4 (3)
Otro	4 (3)
Uso de método anticonceptivo por la pareja	
Si	9 (7)
No	121 (93)
Método utilizado por la pareja	
Preservativo	8 (89)
Vasectomía	1 (11)

n (%)= número de pacientes (proporción)

Tabla 5.

Motivos de no utilización de métodos de planificación familiar en mujeres no usuarias

Variable	Mujeres no usuarias n(%) n=65
Motivos de no utilización	
Su pareja tiene método	3 (5)
No tiene pareja	37 (57)
Desea embarazo	25 (38)

n (%)= número de pacientes (proporción)

11.- Discusión

Nuestros resultados mostraron una cobertura de planificación familiar de 67%, (IC₉₅ 59-72).

La edad promedio de las pacientes con método anticonceptivo fue de 31 ± 8 y sin método fue de 25 ± 9 , resultados similares a los mostrados por Acevedo I. y cols., donde la edad promedio de los 2 grupos de estudio fue de 30 años, a los de Salinas-Martínez A. y cols en un estudio sobre percepción de riesgo y anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo donde la edad materna promedio fue de 27 ± 6 y a lo reportado por Navarro C. y cols., en un estudio en Colima en el 2002 donde la edad promedio fue de 24 años.

Dentro de las características socio demográficas de las mujeres usuarias el 66 % (n=85) tuvieron escolaridad secundaria, datos similares a lo que reporta Lee I y cols., en el 2003 donde se encontró una mayor escolaridad en las mujeres que tenían un método de planificación (74%) RM 1.54, IC95% y a los reportados en México por Acevedo I. y cols., en el 2005 quienes reportaron que 39% de la mujeres usuarias tenían secundaria.

La ocupación encontrada en mayor proporción con método anticonceptivo n=80 (62%) fue el hogar (p=0.004) similar a lo observado por Salinas-Martínez A. y cols., donde el 78% de las mujeres estudiadas se dedicaban al hogar y a los resultados de Lee I y cols., en 72% (n=87) en las pacientes con métodos. En mujeres usuarias, Acevedo I. y cols., mostro que 58% eran amas de casa.

En cuanto el estado civil nuestros resultados son similares a los Salinas-Martínez A. y cols., donde el 89.2% contaban con pareja y a los reportados por Lee I y cols., donde n=106 (88%) eran casadas.

En toxicomanías índice de masa corporal (IMC) y religión no hubo diferencia estadísticamente significativa, sin embargo nuestro resultado en cuanto a la religión católica n= 123 (95) es similar a la referida por Acevedo I. y cols., el cual reporta religión católica en 95%.

De los antecedentes ginecoobstetricos, Salinas-Martínez A. y cols menciona un promedio de gestaciones de 2.7 ± 1.6 . Lee I y cols., menciona 2.4 ± 1.3 con método y 2.3 ± 1.4 . En nuestro estudio n=69 (53%) tuvieron de 3 a 5 gestaciones ($p < 0.01$) siendo mayor a lo reportando por Acevedo I. y cols, donde el 62% tenían 2 a 4 embarazos,

El estudio sobre causas de necesidades insatisfecha planificación familiar Lee. I. y cols., la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18 ± 3 . En cuantos a los grupos de edad el estudio de Acevedo. I. y cols., encontró una mayor proporción de paciente (57%) en el grupo de inicio de vida sexual activa entre 15 a 19 años, datos que difieren a los nuestros donde el mayor grupo de edad fue de 15 a 20 años n=122 (94) siendo este grupo de edad el que mostro mayor diferencia estadísticamente significativa con el grupo sin método ($p < 0.01$).

Otros de los antecedentes ginecoobstétricos que mostraron diferencia estadísticamente significativa fue la terminación por parto del evento obstétricos n=67(52%) con una $p < 0.01$. Estudios como el de Rosales E y cols., 2009 sobre la influencia de la cesárea en la planificación familiar han mostrado que la terminación del evento obstétrico por cesárea influye de manera positiva en la

toma de decisión para elegir un método de planificación familiar, resultados que difiere a los nuestros donde la terminación del evento encontrado con mayor frecuencia fue por parto.

Sobre el conocimiento de las mujeres sobre planificación familiar nuestros resultados muestran diferencia estadísticamente significativa en el conocimiento de las ventajas y desventajas de la planificación familiar y sobre conocimiento del consentimiento informado ($p < 0.01$) no encontramos estudios sobre planificación que hayan analizado esta variable.

Medina- Arreguin R. y cols., en el 2004 en un estudio sobre factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva concluyen que los principales motivos que utilizan métodos de planificación son: para no embarazarse $n=87$ (86%) es espaciar sus embarazos $n=6$ (6%) y por indicación médica $n=5$ (5%). Como motivos de no utilización: otros motivos $n=27$ (46%) miedo a efectos secundarios $n=12$ (20%) desea embarazo $n=11$ (19%) no tener pareja $n=9$ (15%). En nuestros resultado $n=59$ (45%) utilizan método por paridad satisfecha y $n=71$ (55%) desean espaciar sus embarazos. Nuestro estudio muestra que $n=37$ (57%) de las paciente sin método no lo utilizan por no tener pareja, $n= 25$ (38%) por que desean embarazo y $n=3$ (55) porque su pareja tiene método anticonceptivo.

De la población en estudio dentro del grupo de paciente con método $n = 09$ (7%) era su pareja la que tenía el método. Un estudio sobre conocimiento y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva de Perú 2003 muestra que los hombres con educación primaria fueron más proclives a no conocer sobre el uso de métodos anticonceptivos que aquello con educación

profesional , ellos concluyen que la aceptación masculina es un factor importante y de gran influencia en la práctica de la planificación familiar, García Moreno y cols en el 2005 muestra que el rechazo de vasectomía en hombres del medio rural se debe al temor a un mal desempeño sexual, concluyen que la participación del hombre en la planificación familia es un factor que condiciona el rezago en la cobertura y los beneficios respectivos.

Se hacen necesarios nuevos estudios para conocer la percepción en nuestra comunidad de no uso de los métodos de planificación.

12.- Conclusiones

- La cobertura de planificación familiar encontrada en este estudio fue de 67% la cual es menor de acuerdo a los indicadores del IMSS.
- Los factores socio demográficos asociados a la cobertura que se encontraron con mayor frecuencia en las mujeres usuarias fueron ocupación al hogar, escolaridad secundaria, religión católica, estado civil casada.
- Los métodos de planificación familiar utilizados con mayor frecuencia fueron obstrucción tubarica bilateral y los hormonales orales.
- De las mujeres con método de planificación el 8% no tenían conocimiento sobre las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos y un 48 % no tenían conocimiento del consentimiento informado.

13.- Referencias Bibliográficas

- 1.- Estrada F, Hernández -Girón C, Hernández-Prado B. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud pública de México 2008; 50:472-481
- 2.- Carbajal-Ugarte J., Cárdenas-Blanco A. Pastrana-Huanaco E. López-Berrios D. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. Revista médica instituto Mexicano del seguro social 2008; 46:83-87
- 3.- Felitti K. Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. Revista de Ciencias Sociales 2009; 35:55-66.
- 4.- Figueroa – Perea J. Investigación socio demográfico sobre planificación familiar: El caso de la secretaria de salud. Salud pública de Mexico 1990;32:352-363.
- 5.- Renteria Rodríguez M., Salinas Escobar M. Desinformación sobre salud reproductiva en los centros de salud de Guadalajara. Persona y bioética .2007;2:71-84.
- 6.- Guia técnica programas integrados de salud del instituto Mexicano del seguro social 2010.
- 7.- San Martin H. Administración en Salud pública. La Prensa Medica Mexicana, primera edición. México DF, 1988:271
- 8- Torres-Ramírez A. La planificación familiar en el ocaso del siglo XX. Perinatol Reprod Hum 2000;14:108-114.
- 9.- Norma oficial mexicana, nom 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

- 10.-Guia para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social.1996:9.
- 11.-Lineamiento técnico para la promoción y prestación de servicios de planificación familiar en unidades medicas del IMSS.2004:9.
- 12.- Salinas-Martínez A. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Salud pública de México 1994; 36: 513-520
- 13.- Navarro C. Gutiérrez D. Álvarez G. Aguayo A. Causas de no uso de anticonceptivo durante el periodo posparto inmediato. Ginecol Obstet Mex 2002; 70:566-571
- 14 - De la cruz-Peñaran D. Langer-Glas A.. Hernández-Prado B. González-Rengijo G. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva del Perú. Salud pública de México 2003; 45:461 - 471
- 15.- Mosquera J. Mateus, J. Conocimientos, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Colombia Medica 2003;34:206-212
- 16.- Lee I. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Revista Medica IMSS 2003;41:313-319
- 17.-Rosales E. Felguerez J. Impacto socio demográfico de 15 años de planificación familiar. Gineco Obstet Mex 2005;73:443-450
- 18.-Acevedo-Galindo I. Nájera -Soto J, Bernal-Fernández A. Perfil de la mujer usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización.. Archivos en medicina familiar 2005;7: 54-56

- 19.-García J. Solano L. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. Rev Med IMSS 2005; 43:205-214
- 20.- Mojarro O. Mendoza D. Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿Qué hemos logrado y a donde se pretende llegar? Salud pública de México 2007; 49:238-240
- 21.-Rosales Aujang.E.,Felguerez Flores J. Influencia de la operación cesárea en la planificación familiar. Ginecología y obstetricia de Mexico2009;7:562-566.
- 22.- Medina-Arreguín R, Sánchez-Escobar L, Landgrave-I bañez S, Ponce-Rosas R,Irigoyen-Coria A. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edad reproductiva. Archivos en medicina Familiar 2004;6:8-10.
- 23.- Prendes Labrada M. Aparicio Arias Z. Guibert Reyes W. Lescay Megret O. Participación de los hombres en la planificación familiar .Rev. Cubana Med Gen integr. 2007:216-221

14.- Anexos

14.1 Anexo 1.consentimiento informado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Cobertura de Planificación Familiar en mujeres en edad fértil de la unidad de
Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

No Folio. _____

Naica Chihuahua, a _____ de _____ del _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **cobertura de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva de la unidad de medicina familiar No 25 de Naica Chihuahua.**

Cuyo objetivo de estudio es identificar la cobertura de planificación familiar en esta unidad médica.

Se me ha explicado que mi participación consiste en; contestar un cuestionario y permitir que se me realice la medición de peso y talla, que no existe riesgo para mi salud, el beneficio que obtendré es ayudar a mejorar el servicio de planificación familiar y que los datos obtenidos se manejaran en forma confidencial

Nombre y firma de la participante

Testigo

Firma del investigador

Testigo

14.2. Anexo 2 Hoja de recolección de datos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No 25 Naica Chihuahua

Cobertura de planificación familiar en mujeres en edad fértil de la Unidad de Medicina Familiar No 25 de Naica Chihuahua

Folio _____

Fecha _____

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Edad _____

Consultorio _____

Turno _____ Teléfono _____

Domicilio _____

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Religión: 1) católica _____ 2) otra _____

Estado civil: 0) casada 1) soltera, 2) unión libre 3) viuda 4) divorciada

Escolaridad 0) analfabeta 1) primaria 2) secundaria 3) preparatoria 4) profesional

Ocupación: 0) hogar 1) obrera 2) profesional

Antecedentes ginecoobstetricos: IVSA: _____ Menarca: _____

Ciclo Menstrual: 0) regular 1) irregular

G. _____ P: _____ A: _____ C: _____ Toxicomanías : Tabaquismo _____

Fecha última regla _____ alcoholismo _____

Fecha de ultimo evento obstétrico: - _____ sin vida sexual activa _____

Antecedentes de enfermedades: 0) diabetes mellitus _____ 1) hipertensión _____
2) Cáncer _____ 3) alergias _____ 4) Otros _____

- 1.- ¿Tiene algún método de planificación? SI_____ NO_____
- 2.- ¿Cuál método? 0) hormonales orales 1) hormonales inyectables 2) preservativo 3) implante 4) DIU 5) Vasectomía 6) OTB 7) parches
- 3.- ¿Desde cuándo usa el método? 0) menos de 1 año_____ 1) más de 1 año _____
- 4.- ¿Por qué lo utiliza? 0) paridad satisfecha_____ 1) por el momento no quiere hijos_____ 2) otro_____
- 5.- ¿Quién se lo indico? 0) Medico_____ 1) Enfermería_____ 2) Otro_____
- 6.- ¿Por qué no utiliza método de planificación?
0) su pareja tiene método 1) no tiene pareja 2) quiere tener un hijo
- 7.- ¿Le han explicado sobre las ventajas y desventajas de los métodos de planificación?
1) Si 2) no
- 8.- ¿Sabe que es el consentimiento informado para la planificación familiar?
1) Si 2) no
- 9.- ¿Su pareja utiliza algún método de planificación familiar?
1) Si 2) no
- 10.- ¿Qué método utiliza)
1) Preservativo 2) vasectomía 3) otro

Elaboro cuestionario

Firma del investigador