



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**MOTIVOS DE LA NO ACEPTACIÓN DEL MÉTODO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRÓNICO
DEGENERATIVAS**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. JULIA KARLA MELCHOR RUIZ

TUTORA:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA



**GENERACIÓN 2009-2012
MÉXICO, D.F.**



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.

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No. 20**

ASESOR METODOLÓGICO:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No. 20**

Vo. Bo.

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMS No. 20**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme lograr una meta más en mi vida, porque quiso que todo fuera de esta manera, por colmarnos de bendiciones y no soltarme de su mano.

A mi padre, luchador de la vida, constructor de alas y realizador de sueños. Tu ejemplo y cariño me han impulsado en este camino de la vida. Sin tus sabios consejos en los momentos precisos no lo hubiera logrado.

A mi madre, guerrera incansable, fuente inagotable de amor. Tu dedicación, fe y cariño me han dado las armas necesarias para recorrer el camino. Sin tus palabras de aliento no hubiera podido continuar.

A mi hermana, mi cómplice de aventuras. Por ser y estar cuando más lo necesito. Por enseñarme a disfrutar de la vida todos los días y que el amor todo lo puede. Sin tu apoyo, cariño y genialidad nada de esto hubiera sido posible.

A mis Profesoras; Dra. Santa, Dra. Carmen y Dra. Vicky, por su paciencia, tiempo y acertada orientación en estos tres años de mi formación.

INDICE

	PÁGINA
I. TITULO	I
II. RESUMEN	II
III. ANTECEDENTES	1
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. JUSTIFICACION	12
VII. HIPOTESIS	14
VIII. METODOLOGÍA	15
IX. RESULTADOS	24
X. DISCUSIÓN	41
XI. CONCLUSIONES	47
XII. RECOMENDACIONES	49
XIII. BIBLIOGRAFIA	50
XIV. ANEXOS	53

**MOTIVOS DE LA NO ACEPTACIÓN DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR, EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES
CRÓNICO DEGENERATIVAS**

MOTIVOS DE LA NO ACEPTACIÓN DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Melchor-Ruiz Julia Karla ¹, Vega-Mendoza Santa ².

1. Médico Residente de Tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
2. Médico Familiar, Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

RESUMEN

INTRODUCCION: La Planificación Familiar, es una estrategia mundial para controlar el crecimiento demográfico en todas las naciones, significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener, además de propiciar la salud Materno-Infantil y la paternidad responsable. Por otra parte, las enfermedades crónicas, son uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema de Salud en México, por varios factores; el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general. Es indudable, que el hecho de ofrecer una atención de calidad en Planificación Familiar contribuye en forma importante a reducir la Morbimortalidad Materna y Perinatal. **OBJETIVO:** Determinar los motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar, en mujeres en edad reproductiva, con Enfermedades Crónico Degenerativas. **METODOLOGÍA:** Estudio transversal, descriptivo, en 384 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), con Enfermedad Crónico Degenerativa, usuarias y no usuarias del MPF, derechohabientes del HGZ No. 24 del IMSS, durante Febrero 2012. Se aplicaron Cuestionarios sobre aspectos sociodemográficos, conocimiento de los MPF, influencia de la pareja, familiares, amigos y personal de salud para la utilización del MPF, así como, motivos sociales, culturales y biológicos percibidos para la No aceptación del MPF. Se utilizó estadística descriptiva. **RESULTADOS:** mujeres en un rango de edad de 45 a 49 años, con estado civil casada (41.9%), religión católica (54.7%), escolaridad Preparatoria (34.4%), ocupación empleada (37.5%) y Nivel Socioeconómico Medio Bajo (65.9%). Las Enfermedades Crónico Degenerativas, más frecuentes, presentadas fueron Diabetes Mellitus Tipo 2 (39.3%) e Hipertensión Arterial (32%), con un rango de 1 a 10 años de padecer la enfermedad (66.4%). De los motivos sociales, se encontró; falta de aprobación de la pareja (29.2%) y la falta de orientación por el Personal de Salud (20.9%). El 25% de la población estudiada, identificaron no tomarle importancia a el uso de algún MPF, como el principal motivo cultural, seguido por la falta de tiempo (13.5%). El 61.7% de las mujeres estudiadas, consideró a la religión como influencia directa para el rechazo del MPF. De los motivos biológicos, ponderaron la percepción de la Enfermedad Crónica como factor protector en la Planificación Familiar (36.7%), seguida del miedo a que surjan complicaciones de la Enfermedad Crónica al utilizar algún MPF (25.8%). **CONCLUSIONES:** A pesar de que la mayoría de la población conoce los MPF, solo un número moderado de ellos utilizan los anticonceptivos, se apreciaron diversos motivos sociales, biológicos y culturales que interfieren en la aceptación del MPF; por lo que se deberían analizar los motivos de la no aceptación y elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población.

Palabras clave: Planificación Familiar, edad reproductiva, Métodos de Planificación Familiar, Enfermedad Crónico Degenerativa, influencia, motivos sociales, culturales y biológicos.

REASONS FOR NON-ACCEPTANCE OF FAMILY PLANNING METHODS, IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH CHRONIC DEGENERATIVE DISEASES

Melchor-Ruiz Julia Karla ¹, Vega-Mendoza Santa ².

1. Resident MD, specializing in Family Medicine.
2. MD Family Medicine, associate professor of the specialization course in Family Medicine.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Family planning, is a global strategy for demographic growth in all the nations, it means achieve a aware and responsible acting of the couple in the right to decide the number of children to have, in addition to promoting Maternal and Child health. On the other hand, the Chronic Diseases, are one of the biggest challenges facing the health system in Mexico. They are by several factors; the large number of affected cases, its growing contribution to overall mortality. There is no doubt, that the fact of providing quality care on Family planning contributes significantly to reduce the Maternal-Child Morbidities and Mortality.

OBJECTIVE: Determine the reasons for non-acceptance of Family Planning Methods, in women of reproductive age, with Chronic Degenerative Diseases. **METODOLOGY:** A descriptive cross-sectional study in 384 women of reproductive age (15 to 49 years old), with Chronic Degenerative Diseases, users and non-users of the Family Planning Methods, belonging to the HGZ 24 of IMSS, during February 2012. Questionnaires were applied about social and demographic aspects, knowledge of the Family Planning Methods, influence of the couple, family, friends and health personal in the use of the Family Planning Methods, as well as, reasons based on social, cultural and biological aspects perceived for non-acceptance of the Family Planning Methods. We use descriptive statistics. **RESULTS:** It was found, women in a range of 45-49 years old, status civil married (41.9%), catholic religion (54.7%), schooling preparatory (34.4%), employee occupation (37.5%). Social and economic level lower middle (65.9%). The Chronic Degenerative Diseases, more frequent was Type 2 diabetes mellitus (39.3%) and arterial high blood pressure (32%), with a range of 1-10 years of suffering from the disease (66.4%). Of the reasons based on social, cultural and biological aspects for non-acceptance of the Family Planning Methods, we found; lack of approval by the couple (29.2%), lack of orientation by the Health personal (20.9%). The 25% of the study group, identified haven't importance (13.5%). The 61.7% of the study women, considered to the religion like a direct influence for the rejection of the Family Planning Methods. Of the biological reasons, they perceived to the Chronic Disease like a protective factor in the Family planning (36.7%), followed by the fear of caused complications by the Chronic Disease to use any Family Planning Methods (25.8%). **CONCLUSIONS:** Although a great percentage of patients know the Family Planning Methods, just a moderate number of them use the birth control, We appreciated several reasons based on social, cultural and biological aspects for non-acceptance of the Family Planning Methods. We recommend analysis of the causes of non-acceptance, and the elaboration and implementation of working strategies to diminish the latter and to clarify doubts in the population.

Key words: Family planning, Family Planning Methods, reproductive age, Chronic Degenerative Diseases, influence, reasons, social, cultural and biological.

ANTECEDENTES

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

La Planificación Familiar, significa en principio lograr una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener, además de propiciar la salud Materno-Infantil y la paternidad responsable.²

La orientación sexual y familiar forman parte de la planificación de la familia, lo que refuerza los vínculos conyugales, equilibrando las relaciones de los padres entre sí y con sus hijos, dando oportunidad a las personas para que se comuniquen con su pareja y elijan libre y democráticamente el procedimiento más adecuado para controlar su fecundidad y preservar su salud reproductiva.³

La década de los sesenta marca la etapa en la que México inicia su participación en la Planificación Familiar. En esos años, muchos investigadores, entre ellos Boris Rubio y Manuel Mateos Cándano, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez Palacios, en el Instituto Nacional de la Nutrición; Sergio Correu en la Fundación para Estudios de la Población; Juan Giner, Ramón Aznar y Roger Lara, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; José Antonio Ruíz Moreno, en el Hospital Militar; y José Arias Huerta y el que esto escribe, en el Centro Materno Infantil "Maximino Ávila Camacho": iniciaron la organización de servicios en los que se atendían a gran número de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos y, además, en los que se investigaban nuevos hormonales anticonceptivos, nuevos dispositivos intrauterinos pero, sobre todo, en los que se iban acumulando experiencias de una nueva subespecialidad. Sus aportaciones fueron presentadas en reuniones y en congresos de ginecología y obstetricia mexicanos, de tal manera que lograron que la planificación familiar se empezara a

conocer en el medio en el que se desarrollaban, y permitieron incluir mayor número de adeptos a su práctica.²

Al iniciarse la década de los setenta, las presiones feministas en México en favor de la anticoncepción son ya evidentes, particularmente a consecuencia de la información proveniente de Estados Unidos. Por otra parte, el sector gubernamental comienza a escuchar con atención, las corrientes científicas del área de la demografía, representadas, entre otras, por El Colegio de México, que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional de nuestro país, ya que en sólo 20 años el número de sus habitantes se había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos más cortos.²

Nuestras cifras de población actual, pero en particular su tendencia descendente, constituyen la demostración de que México continúa en un proceso de transición demográfica, pero sobre todo, en un proceso de distribución más racional de sus recursos.⁵

Las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, indican que la tendencia del crecimiento de la población mundial se estabilizaría en 11 mil millones de habitantes en el año 2050, en el supuesto utópico de que desde ahora la tasa global de fecundidad, adoptada en todo el mundo, fuera de 2 hijos por cada mujer. Pero si las mujeres decidieran tener 2.5 hijos en promedio durante su vida reproductiva, lo cual también es una suposición, la población mundial no sólo no se estabilizaría, sino que continuaría creciendo progresivamente hasta alcanzar la cifra de 27 mil millones de habitantes en el año 2150.²

Por lo tanto, los pronósticos poblacionales para México son francamente al crecimiento, a pesar de que ya está alcanzando en promedio la tasa global de fecundidad de dos.²

El impacto que tiene la utilización de métodos anticonceptivos, no se puede medir únicamente, con los indicadores de fecundidad o natalidad, sino que abarca aspectos, mucho más sensibles como son; los altos índices de embarazos en los grupos de riesgo, la morbi-mortalidad materno infantil, la desnutrición y falta de

educación y cariño entre los niños de familias numerosas, y la enorme carga que todas estas complicaciones implican para el Estado. ¹¹

Según estudios realizados en países desarrollados como Suecia y Estados Unidos de América ^{2,3}, resulta importante la accesibilidad a los servicios de planificación familiar de la población, el carácter confidencial y la gratuidad o bajo costo de los métodos, y la información que se brinda, así como, la provisión de información franca y oportuna sobre sexualidad y métodos anticonceptivos mediante escuelas y medios de comunicación.²

Por lo que, una atención de calidad es prioritaria en los servicios de planificación familiar, pues ayuda a las parejas a cubrir su necesidad de salud reproductiva en forma segura y eficaz. ^{16,7} Actualmente, Bruce¹⁶, propone seis elementos fundamentales de la calidad en la atención: *información exacta, respeto, fomento del uso continuo, empatía, tiempo para el diálogo y opinión a las preguntas*. De tal forma, que las parejas, al solicitar atención médica deben recibir la información necesaria sobre la metodología anticonceptiva, que adoptarán. ¹⁶

En el IMSS, el Programa de Planificación Familiar, tiene como propósito permitir a las parejas decidir, de manera libre y responsable, el número y el espaciamiento de sus hijos, además de obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces.¹⁰

Dentro de los problemas inherentes a la incorporación de un programa de planificación familiar se encuentran; los costos de acceso al servicio, el uso de los propios métodos, factores psicosociales, riesgos para la salud, atributos de cada método, posible violación de normas, factores socioculturales (creencias, mito, tabúes personales o familiares), problemas con la pareja -en caso de que ésta se oponga a la anticoncepción- y la eventual desaprobación social y religiosa.^{1, 11}

Por otra parte, la Mortalidad Materna, aún, es uno de los más lamentables problemas de salud en diversos países del mundo, un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza. El que un embarazo o parto, desemboque

en la muerte de la mujer, refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud, define a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.^{4, 5, 14, 21, 22} De esta manera, la identificación y clasificación de las muertes maternas, es de suma importancia, puesto que, el 75% es susceptible de prevención^{8, 12, 14}

Las causas de la Mortalidad Materna, se subdividen en dos grupos:

- a) **Mortalidad Obstétrica Directa:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas propias del embarazo, parto y puerperio, o la derivada de las intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas durante su atención.^{8,12,14,22}

- b) **Mortalidad Obstétrica Indirecta:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.^{8,12,14,22}

A nivel mundial, la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada. 100,000 nacidos vivos.^{14, 21, 22, 23}

De acuerdo con la OMS, en el mundo, mueren a diario 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas, 585,000 mujeres, como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo.^{2, 14, 21, 22, 23}

Los Trastornos de la Salud Reproductiva, representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en las mujeres.¹⁸ La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva, son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto. Alrededor de 300.000 millones de mujeres, más de un cuarto de todas las mujeres adultas, sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo. A nivel mundial, cada minuto una mujer muere, 100 mujeres sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo, 200 adquieren alguna enfermedad de transmisión sexual, 300 conciben sin desear o planear su embarazo.^{17, 21, 22, 23}

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SAIS), durante el 2007 al 2008, en México, ocurrieron un total de 1,097 muertes maternas, de las cuales 242 fueron por causas Obstétricas Indirectas, 20 de ellas ocurridas en el Distrito Federal, obteniendo el Segundo lugar a nivel Nacional de mayor frecuencia de Mortalidad Materna Obstétrica Indirecta, antecedida por el Estado de México con 28 y seguida por Chiapas, con 16 muertes maternas por dicha causa.^{23, 24}

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende cerca de 40% de los nacimientos hospitalarios del país; por ello, resulta fácil comprender que el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en esta Institución, tiene influencia fundamental en las cifras globales.⁷

En el IMSS, de las 144 defunciones maternas registradas en el 2005, 96 de ellas (66.7%) correspondieron a la mortalidad obstétrica directa, mientras que, en el 2006, de las 158 defunciones maternas registradas, 90 de ellas (62.7%) correspondieron, una vez más, a la mortalidad obstétrica directa, para el 2007, de las 151 defunciones maternas registradas, 88 de ellas (60.2 %) correspondieron a la mortalidad obstétrica directa, observándose una representatividad cada vez mayor de la mortalidad obstétrica indirecta.^{8,12,14}

En la última década, en México, se observó un incremento de muertes maternas debido a causas obstétricas indirectas, lo que obliga a establecer nuevas estrategias para controlar, durante el embarazo, las enfermedades asociadas.

Estos resultados fueron reportados por Velasco y col.⁷, quienes encontraron que las muertes obstétricas directas tendieron a disminuir entre el 2000 (77.1%) y el 2005 (66.7%), resultando, de esta manera, las causas indirectas predominantes, sobre todo en los dos últimos años, hecho que refleja la existencia cada vez mayor de enfermedades no asociadas con el embarazo, con mayor frecuencia las Crónicas Degenerativas, que tienen una relación menos estrecha con la oportunidad y la calidad de la atención médica.⁷

Así mismo, datos reportados por el INEGI y la Secretaría de Salud, arrojan el incremento de Muertes Maternas por causas Obstétricas Indirectas, a partir del 2000, año en el cual, se reportaron un total de 108 muertes maternas por dicha causa, elevándose a 242 muertes maternas en el 2008, dentro de las causas Obstétricas indirectas más frecuentes, se encuentran; Hipertensión Arterial, Diabetes y sus complicaciones, Cardiopatías, Lupus Eritematoso Sistémico y sus complicaciones renales, pacientes portadoras de VIH/SIDA.^{23, 24, 25}

En México, las enfermedades crónicas, son uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema de Salud. Lo son por varios factores; el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de Salud Pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población.²⁷

Las Enfermedades Crónicas, son un grupo heterogéneo de padecimientos, los más comunes son; Hipertensión Arterial, Diabetes, Cardiopatías, Enfermedad Vascul ar Cerebral, Síndrome Metabólico, Trastornos Inmunológicos (Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico), Enfermedad Tiroidea (Hipertiroidismo, Hipotiroidismo), Trastornos Hematológicos, entre otros.^{32,34}

La Hipertensión Arterial y Diabetes, constituyen un problema de salud a escala mundial debido a su creciente incidencia y prevalencia, y se asocian con una

elevada morbilidad y mortalidad a causa de las complicaciones que se presentan en su curso. De acuerdo a la ENSANUT 2006, el porcentaje de adultos con Diabetes creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006). Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con Diabetes en 2025.³⁵ Por otro lado, la prevalencia de Hipertensión Arterial en la población de 20 años o más, resultó de 30.8%.³⁵ Se señala que la prevalencia de la Hipertensión Arterial, en las personas con Diabetes es considerablemente mayor, comparada con los no diabéticos. Estas dos enfermedades coexisten frecuentemente, incluso se conoce que la Hipertensión Arterial, puede preceder por varios años a la aparición de la Diabetes.^{32, 35}

Otros factores de riesgo importantes para el desarrollo de Enfermedades Crónicas y Degenerativas, son el Sobrepeso y la Obesidad, problemas que afectan a cerca de 70% de la población (mujeres, 71.9 %, hombres, 66.7%) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos, las cuales aumentan hasta cinco veces más la mortalidad y morbilidad en adultos. Actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%, hombres, 24.2%) tiene obesidad³⁵

Aunado al aumento de la prevalencia de Enfermedades Crónicas y Degenerativas, existen otros factores que contribuyen al incremento de la Mortalidad Obstétrica Indirecta, como lo es la tendencia mundial a postergar la maternidad. De ahí que, el embarazo en edades tardías, es una condición que ha aumentado en los últimos años. Cifras Nacionales, indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006, ocurrieron en mujeres mayores de 35 años.^{31, 35} En Estados Unidos de Norte América, en el decenio 1991-2001, el número de embarazos aumentó en un 36% en el grupo de 35 a 39 años, y 70% en el grupo de 40 a 44 años. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años.^{31, 35}

Diversos factores pueden afectar negativamente el resultado del embarazo en edades tardías. Generalmente, las mayores de 35 años inician su gestación con mayor IMC. La Obesidad, es un problema de salud relevante en los países occidentales y es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de Hipertensión y Diabetes durante la gestación. Estas dos patologías, son las que se observan con mayor frecuencia en mayores de 35 años.^{31,33, 34}

Así mismo, se ha observado que el riesgo de mortalidad materna en grupos de mujeres mayores de 40 años es 7 veces mayor respecto a mujeres de menor edad. Las primeras causas de muerte materna en nuestro país son; la Hipertensión Arterial Gestacional, aquellas relacionadas con Aborto, y las Patologías Pregestacionales (Enfermedades Crónicas), siendo éstas últimas, la primera causa de muerte en mujeres embarazadas mayores de 40 años. Las Patologías Pregestacionales (código O99, CIE 10) ocupan el segundo lugar, de los factores relacionados a muerte materna; esto podría explicar que el manejo de las patologías de base no ha sido el adecuado. Por lo que, las estrategias para reducir la mortalidad materna en estas pacientes, son el correcto consejo Pregestacional, el eficiente control de la fecundidad, la identificación precoz de las patologías y la derivación oportuna al nivel terciario.³¹

Entre las causas de Mortalidad Obstétrica Indirecta, se han reportado casos de Diabetes, Hipertensión Arterial, Leucemia, Neumonía, Infarto Cerebeloso, Síndrome de Guillain-Barré, Hipertiroidismo, Cáncer, Insuficiencia Hepática, Pancreatitis, Trombosis Venosa Profunda, Cardiopatías, Descompensaciones Metabólicas, Lupus Eritematoso Sistémico y Púrpura Trombocitopénica, Enfermedad Vasculat Cerebral, todos en menor número pero que en conjunto provocaron la mayor cantidad de muertes maternas.^{12, 27}

En consecuencia, la evolución natural de las Enfermedades Crónicas, permite la institución de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población.²⁷

Esto implica, la realización de esfuerzos y el establecimiento de Estrategias encaminadas al incremento de la consejería en Métodos de Planificación Familiar, sobre todo para pacientes con Enfermedades Crónicas; incluso ir más allá, antes del embarazo mismo, como en los países industrializados que incluyen procesos educativos para entender el proceso Salud-Enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, además de la participación de Especialistas en conjunto con la familia y la comunidad.^{12, 27}

En el HGZ No. 24, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México; existían hasta diciembre del 2011, aproximadamente, 49,000 mujeres en edad reproductiva, de las cuales se tenían registradas como usuarias del algún método anticonceptivo al 58.4%, cifra muy baja para una clínica de atención de segundo nivel, en un país subdesarrollado.¹⁰

En este trabajo, se pretende investigar las razones del por qué identificamos una cobertura tan baja en un programa como el de Planificación Familiar que desde hace varios decenios se ha constituido en un *programa prioritario* del Sistema de Salud en México. Por ello, el objetivo de esta investigación, es identificar cuáles son los motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar por mujeres en edad reproductiva con enfermedades Crónico Degenerativas en un Hospital General de Zona de la Ciudad de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En toda América Latina hay un flagelo común: los altos índices de fecundidad, y embarazos en grupos de riesgo, elevados niveles de morbi-mortalidad materno infantil y otros factores socio-económicos relevantes como el hacinamiento, la pobreza y pobreza extrema, así como, la falta de acceso a la educación.

Según un estudio de la OMS, las muertes materno-infantiles anuales se podrían reducir a menos de la mitad si las mujeres que alguna vez expresaron su deseo de no tener más hijos utilizaran algún método anticonceptivo ^{2, 11}.

El embarazo, es un proceso normal que, en la mayoría de los casos, transcurre sin complicaciones, sin olvidar que pueden existir enfermedades que, de no detectarse a tiempo, ni de tratarse de manera oportuna y de manera adecuada pueden poner en riesgo la salud de la madre y de su hijo durante la etapa perinatal.⁸

Es por ello, la necesidad de diversas Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, en elaborar múltiples estrategias para la mejora de la calidad de la atención médica con la finalidad de disminuir la proporción de embarazos con complicaciones grávido puerperal. Sin embargo, en México, hoy en día, se tiene una representatividad cada vez mayor de la Mortalidad Obstétrica Indirecta, debido al grupo creciente de mujeres con Enfermedades Crónico Degenerativas, en edad reproductiva, sin Método de Planificación Familiar. ^{8,12}

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar por mujeres en edad reproductiva con Enfermedades Crónico Degenerativas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar, en mujeres en edad reproductiva, con Enfermedades Crónico Degenerativas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- ❖ Identificar las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes de la población en estudio.
- ❖ Determinar los motivos biológicos, sociales y culturales que influyen en el rechazo de los métodos de planificación familiar.

JUSTIFICACIÓN

La Planificación Familiar ha logrado prevenir, en una muy alta proporción, el embarazo no deseado; y este efecto, por sí solo, bien podría haber sido su única justificación, ya que del mismo se derivan la mayoría de sus impactos en salud. Sin embargo, además, 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. Su práctica obliga a revisiones ginecológicas periódicas que favorecen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, así como el diagnóstico oportuno de las displasias cervicouterinas. Y el uso de los esteroides anticonceptivos combinados, ha permitido reducir la frecuencia de los cánceres ovárico y endometrial, así como la de los tumores mamarios benignos y la de los quistes no neoplásicos de los ovarios.

En fin, la planificación familiar ha logrado impactar benéficamente, no sólo la salud biológica, sino también la salud psicológica y social de las parejas sexuales. Y todos estos impactos en salud se comprueban, día con día, en las múltiples acciones y recursos de Salud dedicadas exclusivamente a dicho tema.

En la actualidad, existe un incremento mundial y nacional de mujeres en edad reproductiva con Enfermedades Crónico Degenerativas, asociación significativa para la presentación de complicaciones Obstétricas y Perinatales.

Así mismo, en los últimos años, ha sido prioridad del Sistema de Salud en México, establecer lineamientos enfocados a la prevención y control de las Enfermedades Crónico Degenerativas, que con mayor frecuencia acaparan los primeros lugares de Morbimortalidad, con edad de presentación cada vez más temprana, trayendo como consecuencia un sinnúmero de complicaciones derivadas de las mismas. Su crecimiento acelerado y letalidad lo justifican.

Con la presente Investigación, se pretende dar a conocer los principales motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar en mujeres con

enfermedades crónico degenerativas, en edad reproductiva, para crear un antecedente en dicho tema y quizás en un futuro, crear alguna estrategia para fortalecer, elegir, brindar y aceptar de manera oportuna y certera el Método de Planificación Familiar y, en consecuencia mejorar el éxito del programa de planificación familiar en las Unidades de Medicina Familiar.

HIPÓTESIS

Los aspectos sociales y culturales de las mujeres en edad reproductiva, son los principales motivos percibidos para la no aceptación de los Métodos de Planificación Familiar, en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

METODOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

Se realizó en pacientes, del sexo femenino, en edad reproductiva (15 a 49 años), con diagnóstico de Enfermedad Crónica Degenerativa, derechohabientes del HGZ No. 24 del IMSS, usuarias y no usuarias del Método de Planificación Familiar al momento del estudio.

Esta unidad cuenta con 31 consultorios con los servicios de Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Angiología, Endocrinología, Dermatología, Psiquiatría, Neurología, Nefrología, Urgencias, Curaciones, Laboratorios, Rayos X y Tomografía. Así como, Servicio de Urgencias y Hospitalización, el primero con capacidad para 80 camillas y el segundo, con 150 camas, además de 4 salas de quirófanos y Terapia Intensiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- ❖ **Prospectivo**, por el proceso de causalidad o tiempo de concurrencia de los hechos y registro de la información en el estudio.
- ❖ **Transversal**, por el período de secuencia, no se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.
- ❖ **Descriptivo**, por el control de las variables y alcance de los resultados y porque se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones.
- ❖ **Observacional**, porque se presentan los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.

GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Derechohabientes del sexo femenino, en edad reproductiva, de 15 a 49 años de edad, con enfermedades crónico degenerativas, que acudieron a la consulta externa de las diferentes especialidades, en el HGZ No. 24 del IMSS, Delegación Norte del D.F., ambos turnos y que aceptaron participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Mujeres que no pudieron contestar el cuestionario por no valerse por sí mismos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Mujeres que no contestaron la encuesta completa.
- ❖ Mujeres que al iniciar la encuesta decidieron retirarse del estudio.
- ❖ Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La determinación estadística del tamaño de la muestra se realizó con el programa EPI INFO con los siguientes datos:

Tamaño Poblacional: 49,000

Prevalencia Esperada: 50%

Valor aceptable: 10%

Nivel de confianza: 95%

Total de pacientes: 384

Se decidió tomar una muestra de 384 mujeres en edad reproductiva, con enfermedades crónico degenerativas, derechohabientes del HGZ No. 24, IMSS, Delegación Norte del D.F.

Tipo de Muestreo

- ❖ No probabilística por conveniencia

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Número de años transcurridos desde el nacimiento al momento del estudio	Años: <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 • 20-24 • 25-29 • 30-34 • 35-39 • 40-44 • 45-49 	Variable Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Estado legal de vivir o no con pareja.	Situación Conyugal: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Divorciada 	Variable Nominal
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios formales que se han alcanzado hasta el momento del estudio	Nivel de estudios: <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Licenciatura 	Variable Nominal
OCUPACIÓN	Es la acción, efecto de ocupar u ocuparse. Se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.	Tipo de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Campesina • Hogar • Empleada • Comerciante • Profesionista 	Variable Nominal
RELIGIÓN	Conjunto de creencias y dogmas, que definen las relaciones del hombre con lo divino.	Creencias: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Católica • Evangélico • Cristiana • Otros 	Variable Nominal
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Diferenciación social producida por el ingreso, incluye variables como educación, ocupación y vivienda.	Método de Graffar, consta de 5 ítems: <ul style="list-style-type: none"> • 4-6 Alto • 7-9 Medio alto • 10-12 Medio Bajo • 13-16 Obrero • 17-20 Marginal 	Variable Cualitativa Ordinal

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	<i>Paridad:</i> Número de gestaciones tenidas durante el transcurso de la vida.	Número de gestaciones 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Variable de Razón
	<i>Parto:</i> Proceso mediante el cual, el producto es expulsado del útero a través de la vagina.	Número de partos. 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Variable de Razón
	<i>Cesárea:</i> Intervención quirúrgica que consiste en extraer el producto a través de una incisión en la pared abdominal y el útero.	Antecedente de cesáreas anteriores <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<i>Aborto:</i> Pérdida del producto de la gestación antes de la vigésima semana de gestación o nacimiento de feto vivo o muerto con peso inferior a 500 gr.	Antecedente de abortos <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable de Razón
	<i>Período Intergenésico:</i> Intervalo entre el último embarazo y el anterior	Meses de Intervalo entre los dos últimos embarazos. <ul style="list-style-type: none"> • 13 a 60 • Menos de 13 • Más de 60 	Variable de Intervalo
	<i>Sangrado del Tercer Trimestre:</i> se presenta en el último trimestre del embarazo, debido a desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa o rotura uterina.	Antecedente de Sangrado en embarazos previos <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<i>Preeclampsia:</i> es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la vigésima semana de gestación.	Antecedente de Preeclampsia en embarazos previos <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal

	<p><i>Eclampsia:</i> es la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato.</p>	<p>Presencia de Eclampsia en embarazos previos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<p><i>Diabetes Gestacional:</i> es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante.</p>	<p>Antecedente de Diabetes Gestacional en embarazos previos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	<p><i>Diabetes Mellitus:</i> Es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.</p>	<p>Antecedente de Diabetes Mellitus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<p><i>Hipertensión Arterial:</i> es un trastorno cardiovascular caracterizado por cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mmHg.</p>	<p>Antecedente de Hipertensión Arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<p><i>Cáncer:</i> Grupo de más de 200 patologías diferentes. Se describen como un crecimiento y propagación descontrolados de células anormales en el organismo.</p>	<p>Antecedente de Cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal
	<p><i>Inmunológicas:</i> Grupo de alteraciones en el sistema inmune, como resultado del estrés crónico. Las enfermedades relacionadas son inmunodeficiencia, enfermedades autoinmunes (Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso, Síndrome Antifosfolipidos, etc)</p>	<p>Antecedente de Trastornos Inmunológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Variable Nominal

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo, realizado mediante la selección aleatoria de 384 mujeres, en edad reproductiva (15 a 49 años), con enfermedad crónica degenerativa, usuarias y no usuarias del método de planificación familiar. Se incluyó a mujeres derechohabientes que decidieron participar voluntariamente.

Se invitó a la población en estudio a participar en la investigación, se proporcionó información detallada acerca de los objetivos específicos del estudio y de las utilidades de su realización.

Previo consentimiento informado, se aplicó el instrumento para medir los motivos de la no aceptación del método de planificación familiar. El instrumento también fue diseñado para valorar aspectos sociodemográficos, influencia de los padres, de la pareja, de las amigas y del personal de salud, así como, el conocimiento y utilización de los métodos de planificación familiar.

Una vez finalizada la recolección de datos se procedió al análisis estadístico con el programa SPSS versión 19, donde se utilizó estadística descriptiva para cada una de las variables antes mencionadas.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19 para Windows.

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas (frecuencia, y distribución de porcentajes) y para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se entrevistaron 384 mujeres con enfermedad crónica degenerativa, usuarias y no usuarias del método de planificación familiar, pertenecientes al Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales, la edad media fue de 34 años con un rango de 15 a 49 años, la Moda fue de 45 años, con DE de 8.4, con estado civil casada 41.9% (161), religión católica 54.7% (210), escolaridad preparatoria 34.4% (132), ocupación empleada 37.5% (144) y nivel socioeconómico medio bajo 65.9% (253). (Cuadro 1)

CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
VARIABLE	n= 384	%
EDAD (AÑOS)		
• 15 a 19	3	0.8
• 20 a 24	35	9.1
• 25 a 29	38	9.9
• 30 a 34	48	12.5
• 35 a 39	84	21.9
• 40 a 44	78	20.3
• 45 a 49	98	25.5
ESTADO CIVIL		
• Soltera	46	12
• Casada	161	41.9
• Unión Libre	110	28.6
• Divorciada	67	17.4
RELIGIÓN		
• Ninguna	14	3.6
• Católica	210	54.7
• Evangélica	37	9.6
• Cristiana	90	23.4
• Otras	33	8.6
ESCOLARIDAD		
• Analfabeta	17	4.4
• Primaria	62	16.1
• Secundaria	110	28.6
• Preparatoria	111	28.9
• Licenciatura	84	21.9
OCUPACIÓN		
• Campesina	8	2.1
• Hogar	123	32.0
• Empleada	124	32.3
• Comerciante	61	15.9
• Profesionista	68	17.7
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
• Alto	9	2.3
• Medio Alto	43	11.2
• Medio Bajo	253	65.9
• Obrero	75	19.5
• Marginal	4	1.0

Dentro de los antecedentes obstétricos se obtuvieron; en cuanto a la paridad, el 38.5% (148) con 2 embarazos, seguida del 25.3% (97) con 3 embarazos. El 34.6% (133) no refirieron partos, seguida del 27.6% (106) con un parto. Con respecto al número de cesáreas, el 58.1% (223) no tuvieron cesáreas, seguida del 27.1% (104) con una cesárea realizada. El número de abortos más frecuente fue de 0 con un 68% (261), seguida del 21.6% (83) con un aborto. Por otra parte, el número de hijos vivos más frecuente fue 2 con el 31.0% (119), seguida del 26.8% (103) con un hijo vivo. Mientras que, el período intergenésico más frecuente fue el de menos de 13 meses con el 54.9% (211), seguida del 34.4% (132) con un período intergenésico de 13 a 60 meses. (Cuadro 2)

CUADRO 2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
VARIABLE	n= 384	%
NÚMERO DE EMBARAZOS		
• 0	22	5.7
• 1	73	19.0
• 2	148	38.5
• 3	97	25.3
• 4	32	8.3
• 5	12	3.1
NÚMERO DE PARTOS		
• 0	133	34.6
• 1	106	27.6
• 2	95	24.7
• 3	35	9.1
• 4	15	3.9
NÚMERO DE CESÁREAS		
• 0	223	58.1
• 1	104	27.1
• 2	49	12.8
• 3	8	2.1
NÚMERO DE ABORTOS		
• 0	261	68.0
• 1	83	21.6
• 2	36	9.4
• 3	4	1.0
NÚMERO DE HIJOS VIVOS		
• 0	64	16.7
• 1	103	26.8
• 2	119	31.0
• 3	70	18.2
• 4	26	6.8
• 5	2	0.5
PERÍODO INTERGENÉSICO (MESES)		
• 13-60	132	34.4
• Menos de 13	211	54.9
• Más de 60	41	10.7

En lo que concierne a las enfermedades presentadas durante el embarazo se encontró; el 32% (123) no presentaron enfermedad, el 17.7% (68) con antecedente de preeclampsia, seguida del 14.6% (56) con antecedente de diabetes gestacional, así mismo, el 10.7% (41) refirió haber cursado con sangrado del tercer trimestre. En el caso de quienes presentaron otras enfermedades obstétricas la frecuencia encontrada fue del 23.4% (90), dentro de estas, la más frecuente fue el síndrome anémico con el 8.6% (33), seguida de hiperemesis grávidica con el 3.9% (15) y trombosis venosa profunda con el 3.4% (13). (Cuadro 3)

CUADRO 3. ENFERMEDADES OBSTÉTRICAS PRESENTADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA		
	n= 384	%
NINGUNA	123	32.0
PREECLAMPSIA	68	17.7
ECLAMPSIA	6	1.6
DIABETES GESTACIONAL	56	14.6
SANGRADO DEL TERCER TRIMESTRE	41	10.7
OTRAS	90	23.4
Mola Hidatiforme	1	0.3
Trombosis Venosa Profunda (TVP)	13	3.4
Hiperemesis Gravídica	15	3.9
Síndrome Anémico	33	8.6
Neumonía Atípica H1N1	11	2.9
Púrpura Trombocitopénica	11	2.9
Dislipidemia	6	1.6

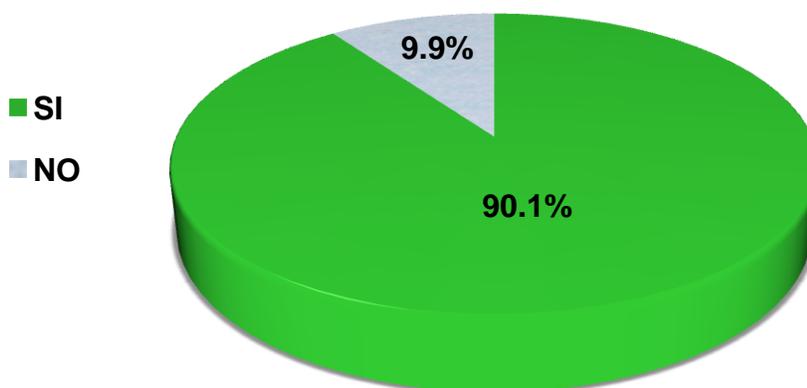
Con respecto a los antecedentes personales patológicos, se obtuvo el 39.3% (151) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, seguido por el 32% (123) con hipertensión arterial. El 44.8% (172) refirieron otras enfermedades crónicas degenerativas encontrándose el 14.3% (55) con diagnóstico de obesidad, seguida del 10.4% (40) con síndrome metabólico y el 6.5% (25) con dislipidemia. En cuanto al tiempo de padecer la enfermedad lo más frecuente fue de 1-10 años con el 66.4% (255), con una Mediana de 20 años y una Moda de 5 años (Cuadro 4)

CUADRO 4. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS PRESENTADAS EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA		
	n	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	123	32.0
DIABETES MELLITUS TIPO 2	151	39.3
CÁNCER	27	7.0
TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS	81	21.1
CARDIOPATÍAS	70	18.2
OTRAS	172	44.8
Dislipidemia	25	6.5
Trastornos Hematológicos	2	0.5
Síndrome de Marfan	1	0.3
EVC	2	0.5
Hipertiroidismo	15	3.9
Hipotiroidismo	7	1.8
Hepatitis C	5	1.3
Infección por VIH	1	0.3
EPOC	19	4.9
Síndrome Metabólico	40	10.4
Obesidad	55	14.3
TIEMPO DE PADECER LA ENFERMEDAD		
1-10 años	255	66.4
11-20 años	106	27.6
21-30 años	15	3.9
31-40 años	8	2.1

Refirió un 90.1% (346) conocen algún método de planificación familiar, mientras que, el 9.9% (38) no conoce alguno. (Cuadro 5 y Gráfico 1). Con respecto a los métodos de planificación familiar, se obtuvo que el método de barrera y espermicidas ponderó con el 82.3% (285), dentro de estos, el más frecuente fue el condón masculino con el 72.2% (250). En tanto, el DIU, ocupó el segundo lugar en frecuencia con el 73.9% (256), seguida de los hormonales inyectables con el 52.8% (183). (Cuadro 6 y Gráfico 2)

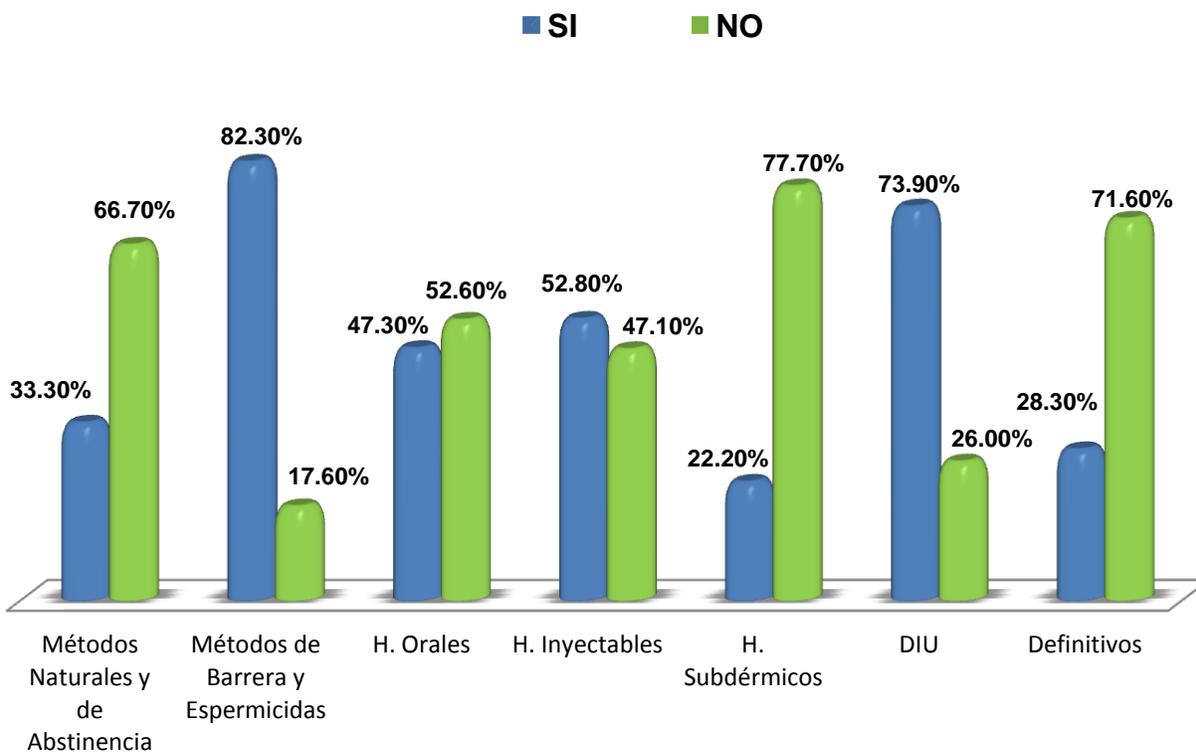
CUADRO 5. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE LOS MPF		
	n= 384	%
SI	346	90.1
NO	38	9.9

GRÁFICO 1. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SOBRE LOS MPF



CUADRO 6. MPF CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA				
MPF	SI	%	NO	%
Métodos Naturales y de Abstinencia	115	33.3%	231	66.7%
Métodos de Barrera y Espermicidas	285	82.3%	61	17.6%
Condón masculino	250	72.2%	96	27.7%
Espermicidas	35	10.1%	311	89.8%
Hormonales Orales	164	47.3%	182	52.6%
Hormonales Inyectables	183	52.8%	163	47.1%
Hormonales Subdérmicos	77	22.2%	269	77.7%
Dispositivo Intrauterino (DIU)	256	73.9%	90	26.0%
Definitivos (OTB/Vasectomía)	98	28.3%	248	71.6%

GRÁFICO 2. MPF CONOCIDOS POR LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA

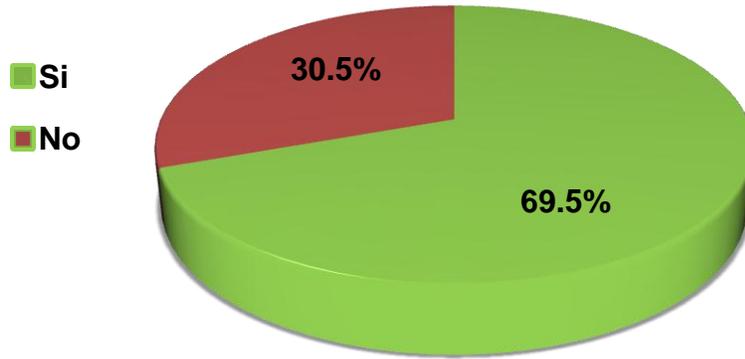


**Hormonales Orales ** Hormonales Inyectables **Hormonales Subdérmicos **Dispositivo Intrauterino (DIU) **Definitivos OTB/Vasectomía

El 69.5% (267) han utilizado algún anticonceptivo, siendo el más utilizado el método de barrera y espermicidas con el 84.2% (225), seguido del dispositivo intrauterino con el 45.3% (121). (Cuadro 7, Gráfico 3, Cuadro 8 y Gráfico 4)

CUADRO 7. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA QUE HAN UTILIZADO ALGUN MPF		
	n= 384	%
SI	267	69.5
NO	117	30.5

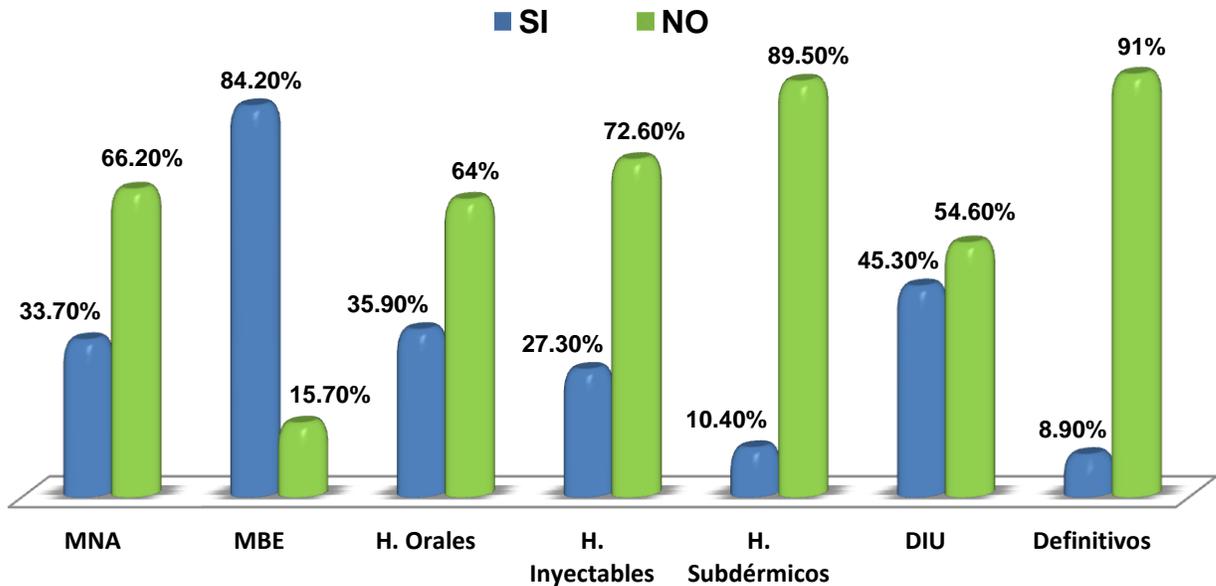
GRÁFICO 3. MUJERES QUE HAN UTILIZADO ALGÚN MPF



CUADRO 8. MPF UTILIZADOS POR LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

MPF	SI	%	NO	%
Métodos Naturales y de Abstinencia	90	33.7%	177	66.2%
Métodos de Barrera y Espermicidas	225	84.2%	42	15.7%
Condón Masculino	212	79.4%	55	20.5%
Espermicidas	13	4.86%	254	95.1%
Hormonales Orales	96	35.9%	171	64.0%
Hormonales Inyectables	73	27.3%	194	72.6%
Hormonales Subdérmicos	28	10.4%	239	89.5%
Dispositivo Intrauterino (DIU T de cobre)	121	45.3%	146	54.6%
Definitivos (OTB/Vasectomía)	24	8.9%	243	91.0%

GRÁFICO 4. MPF UTILIZADOS POR LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA



** Métodos Naturales y de Abstinencia

** Hormonales Subdérmicos

** Métodos de Barrera y espermicidas (MNA)

** Dispositivo Intrauterino (DIU)

** Hormonales Orales

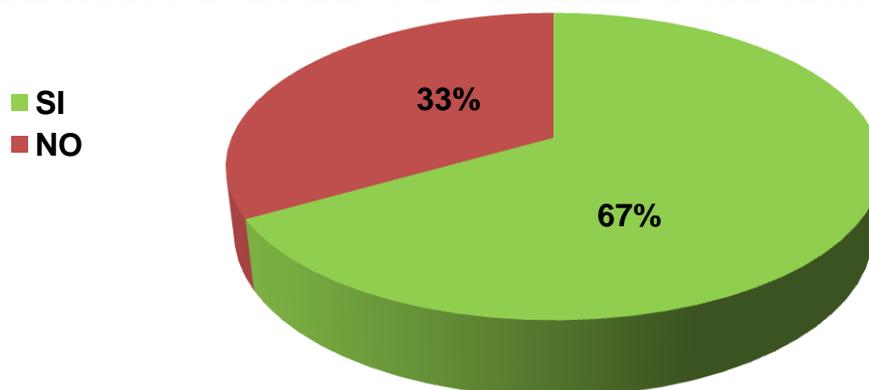
** Definitivos OTB/Vasectomía

** Hormonales Inyectables

El 67% (256) de las mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica degenerativa, consideraron que su enfermedad influye para la planificación familiar (PF). (Cuadro 9 y Gráfico 4). Los motivos personales encontrados más frecuentes fueron la percepción de que su enfermedad es un factor protector con el 20.8% (53), falta de indicación del médico sobre las enfermedades crónico degenerativas y su influencia en la planificación familiar con el 19.5% (50), en tanto que, la enfermedad crónica daña al organismo y por consecuencia no puede quedar embarazada fue del 16.4% (42). (Cuadro 10)

CUADRO 9. MUJERES QUE PERCIBEN QUE SU ENFERMEDAD INFLUYE PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
	n= 384	%
Si	256	67
No	128	33

GRÁFICO 5. MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA QUE PERCIBEN QUE SU ENFERMEDAD INFLUYE PARA LA PF

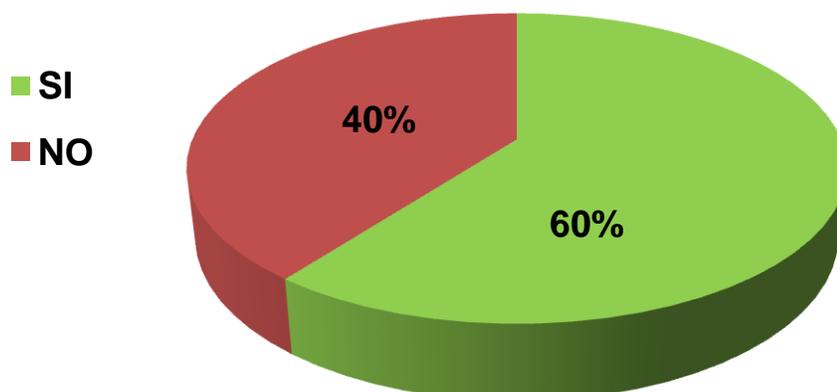


CUADRO 10. MOTIVOS PERSONALES PERCIBIDOS POR LAS MUJERES QUE SABEN QUE SU ENFERMEDAD CRONICA INFLUYE PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
	n= 256	%
Mi enfermedad me protege	53	20.8
Con mi enfermedad tengo pocas probabilidades de quedar embarazada	38	14.8
Tomo muchos medicamentos que hacen que no me pueda embarazar	33	12.9
Mi enfermedad daña mi organismo y no me puedo embarazar	42	16.4
Debido a mi enfermedad no me permiten usar cualquier MPF	40	15.6
Mi Médico no me ha indicado que mi enfermedad influya en la Planificación Familiar	50	19.5

El 60% (232) de las mujeres estudiadas percibieron que es importante el uso del método de planificación familiar. (Cuadro 11 y Gráfico 6). El 32.3% (75), percibió que los anticonceptivos, las protege de un embarazo no planeado como motivo personal para el uso de un método de planificación familiar, seguido del MPF sirve para el control de la paridad con el 26.7% (62). (Cuadro 12)

CUADRO 11. MUJERES QUE PERCIBEN QUE ES IMPORTANTE EL USO DEL MPF		
	n= 384	%
Si	232	60
No	152	40

GRÁFICO 6. MUJERES QUE PERCIBEN QUE ES IMPORTANTE EL USO DEL MPF

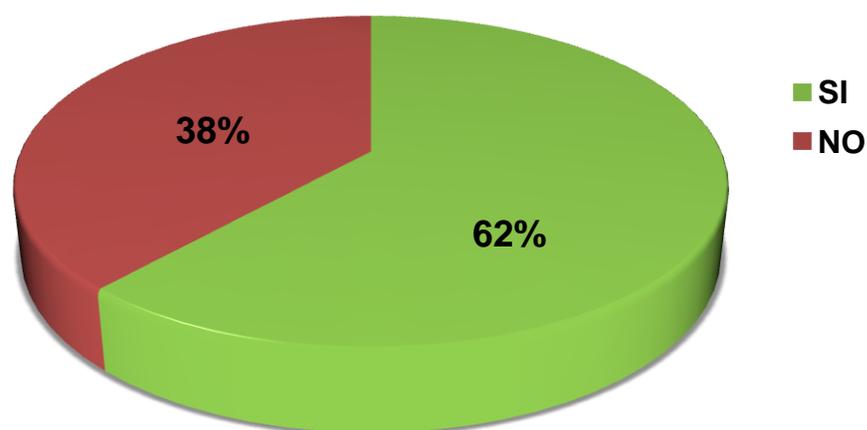


CUADRO 12. MOTIVOS PERSONALES PERCIBIDOS POR LAS MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA PARA EL USO DE UN MPF		
	n= 232	%
Me protege de contraer una Enfermedad de Transmisión Sexual	39	16.9
Me protege de un Embarazo no planeado	75	32.3
Evita complicaciones de mi enfermedad	56	24.1
Control de la paridad	62	26.7

El 62% (237) de las mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica degenerativa, refirieron que, la religión influye para el uso del método de planificación familiar. (Cuadro 13 y Gráfico 7)

CUADRO 13. INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN PARA EL USO DEL MPF		
	n= 384	%
SI	237	62
NO	147	38

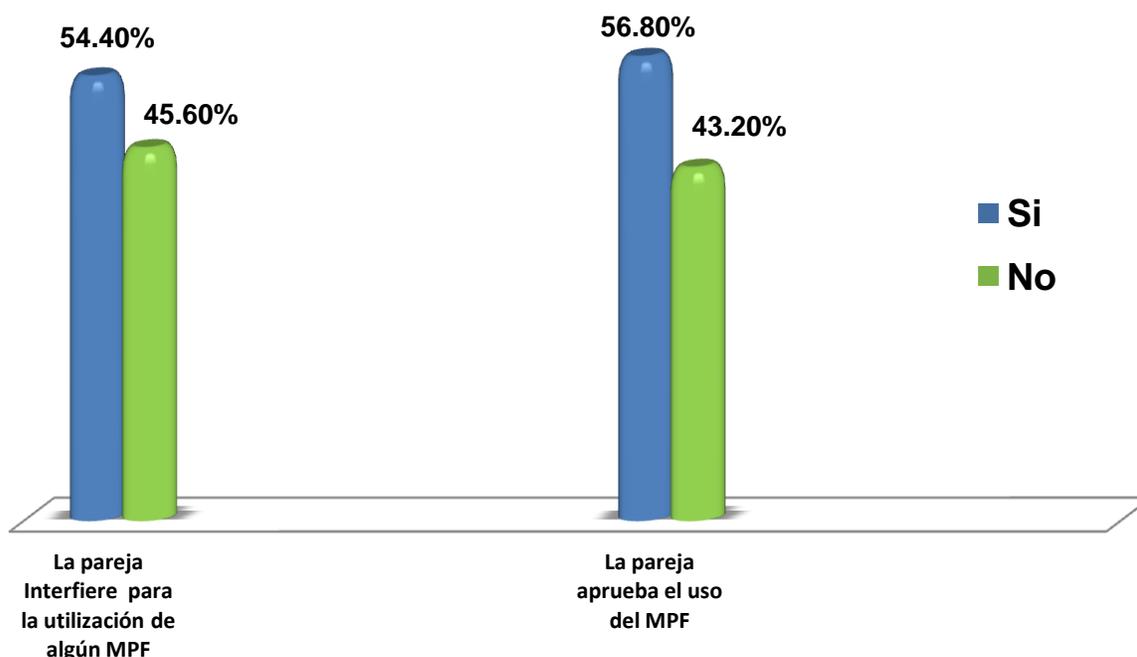
GRÁFICO 7. INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN PARA EL USO DEL MPF



El 54.4% (209) de las mujeres entrevistadas, refirió que la pareja influye en el uso del método de planificación familiar, sin embargo, el 56.8% (218) de las parejas aprueban el uso del MPF. (Cuadro 14 y Gráfico 8)

CUADRO 14. INFLUENCIA DE LA PAREJA EN EL USO DEL MPF EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
	n= 384	%
La pareja Interfiere para la utilización de algún MPF		
SI	209	54.4
NO	175	45.6
La pareja aprueba el uso del MPF		
SI	218	56.8
NO	166	43.2

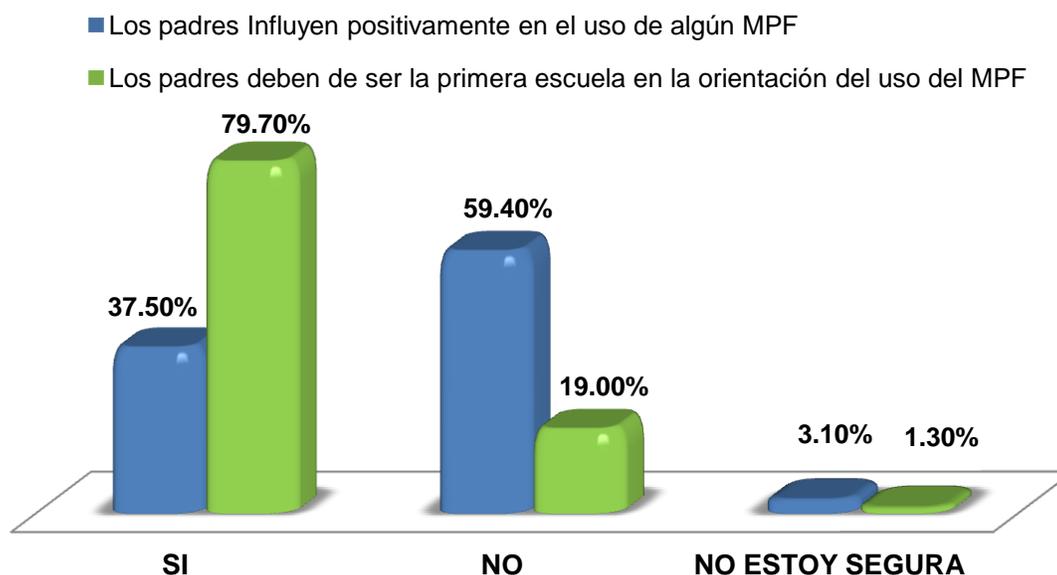
GRÁFICO 8. INFLUENCIA DE LA PAREJA EN EL USO DEL MPF



Así mismo, se evaluó la Influencia de los padres en el uso del método de planificación familiar, obteniendo el 59.4% (228) de las mujeres estudiadas, piensan que los padres no influyen positivamente en el uso del MPF, no obstante, el 79.7% consideraron que los padres deben de ser la primera escuela en la orientación del uso del MPF. (Cuadro 15)

CUADRO 15. INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL USO DEL MPF EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
	n= 384	%
Los padres Influyen positivamente en el uso de algún MPF		
SI	144	37.5
NO	228	59.4
NO ESTOY SEGURA	12	3.1
Los padres deben de ser la primera escuela en la orientación del uso del MPF		
SI	306	79.7
NO	73	19.0
NO ESTOY SEGURA	5	1.3

GRÁFICO 9. INFLUENCIA DE LOS PADRES EN EL USO DEL MPF

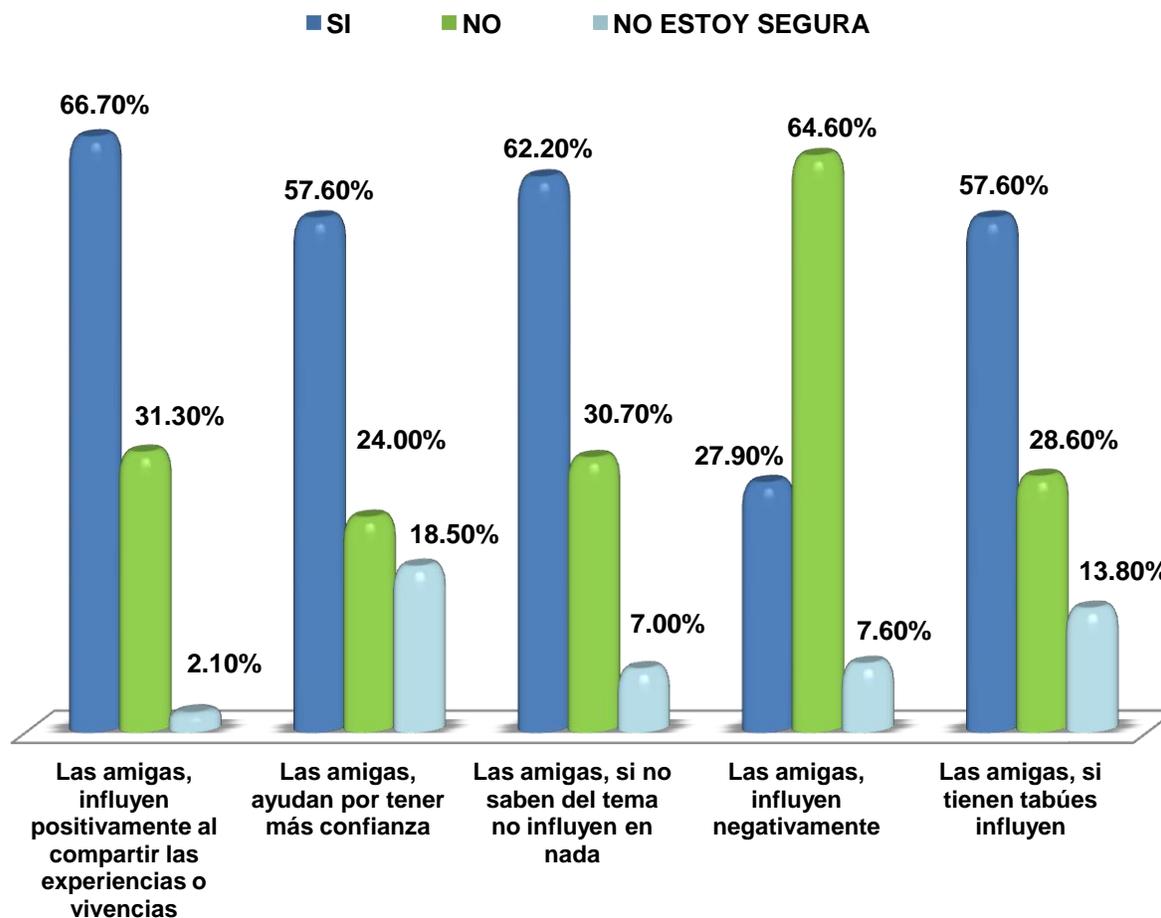


Con respecto a la influencia de las amigas en el uso del método de planificación familiar, se obtuvo que el 66.7% (256) si influye al compartir las experiencias o vivencias, el 57.6% (221) de las mujeres estudiadas consideraron que las amigas ayudan por tener más confianza, el 62.2% (239) refirió que las amigas si no saben del tema no influyen en nada. No obstante, el 64.6% (248) percibió que las amigas no influyen negativamente en el uso del MPF, por el contrario, el 57.6% (221) influyen si tienen tabúes acerca del uso de los MPF. (Cuadro 16 y Gráfico 10)

CUADRO 16. INFLUENCIA DE LAS AMIGAS EN EL USO DEL MPF

	n= 384	%
Las amigas, influyen positivamente al compartir las experiencias o vivencias		
SI	256	66.7
NO	120	31.3
NO ESTOY SEGURA	8	2.1
Las amigas, ayudan por tener más confianza		
SI	221	57.6
NO	92	24.0
NO ESTOY SEGURA	71	18.5
Las amigas, si no saben del tema no influyen en nada		
SI	239	62.2
NO	118	30.7
NO ESTOY SEGURA	27	7.0
Las amigas, influyen negativamente		
SI	107	27.9
NO	248	64.6
NO ESTOY SEGURA	29	7.6
Las amigas, si tienen tabúes influyen		
SI	221	57.6
NO	110	28.6
NO ESTOY SEGURA	53	13.8

GRÁFICO 10. INFLUENCIA DE LAS AMIGAS EN EL USO DEL MPF

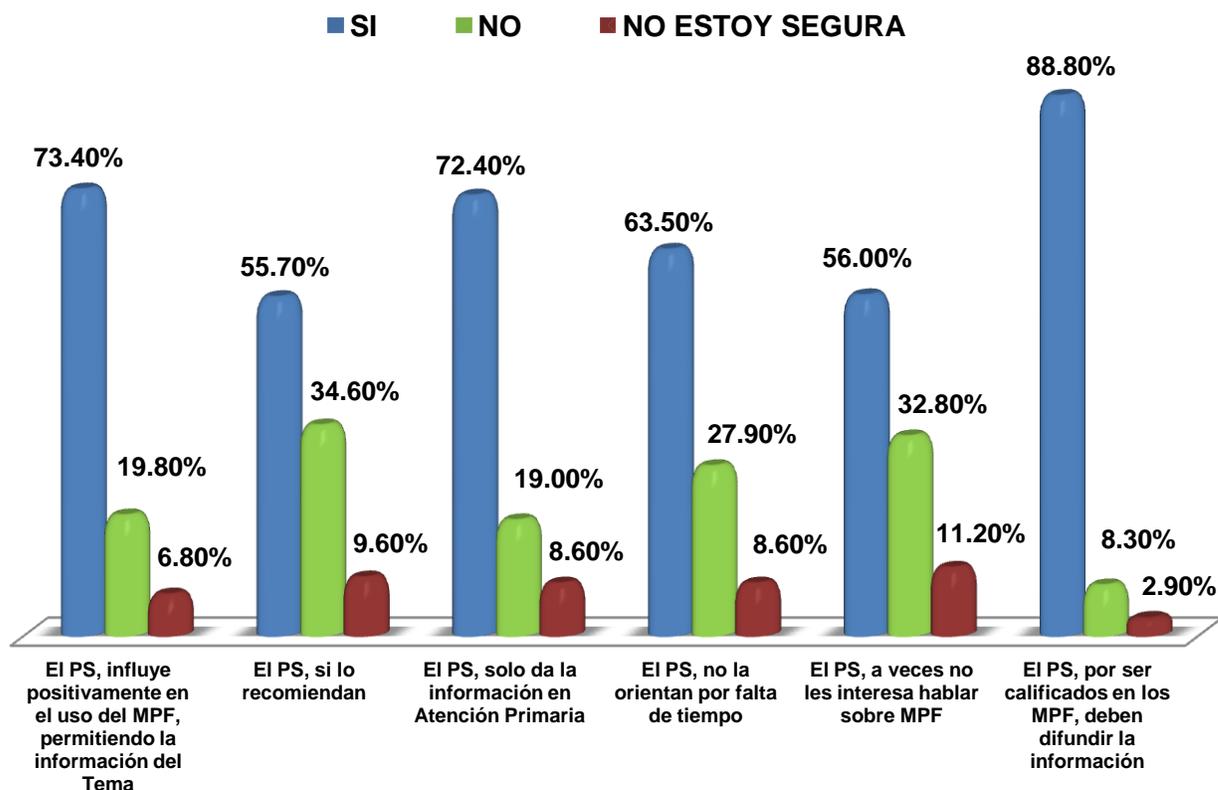


Se evaluó la influencia del personal de salud (PS) en el uso del método de planificación familiar, obteniendo que el 73.4% (282) de las mujeres estudiadas, considera que el personal de salud influye en el uso del MPF, permitiendo la información del tema. El 55.7% (214) refirió, que el personal de salud si recomienda los MPF, el 72.4% (278), piensa que el personal de salud, si otorga la información sobre los MPF, pero únicamente en la atención primaria. Así mismo, el 63.5% (244), percibió que el personal de salud no brinda orientación sobre MPF por falta de tiempo durante la consulta, mientras que, el 56.0% (215), no le interesa hablar sobre los MPF. Sin embargo, el 88.8% (341) de las mujeres estudiadas, consideran que el personal de salud deben difundir la información sobre los MPF por considerarlo calificados en el tema. (Cuadro 17 y Gráfico 11)

**CUADRO 17. INFLUENCIA DEL PERSONAL DE SALUD (PS) EN EL USO DEL MPF
EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA**

	n= 384	%
El PS, influye positivamente en el uso del MPF, permitiendo la información del Tema		
SI	282	73.4
NO	76	19.8
NO ESTOY SEGURA	26	6.8
El PS, si lo recomiendan		
SI	214	55.7
NO	133	34.6
NO ESTOY SEGURA	37	9.6
El PS, solo da la información en Atención Primaria		
SI	278	72.4
NO	73	19.0
NO ESTOY SEGURA	33	8.6
El PS, no la orientan por falta de tiempo		
SI	244	63.5
NO	107	27.9
NO ESTOY SEGURA	33	8.6
El PS, a veces no les interesa hablar sobre los MPF		
SI	215	56.0
NO	126	32.8
NO ESTOY SEGURA	43	11.2
El PS, por ser calificados en los MPF, deben difundir la información		
SI	341	88.8
NO	32	8.3
NO ESTOY SEGURA	11	2.9

GRÁFICO 11. INFLUENCIA DEL PERSONAL DE SALUD (PS) PARA EL USO DEL MPF



En lo que concierne a los motivos de la no aceptación del MPF, se evaluaron los motivos sociales, culturales y biológicos percibidos por las mujeres estudiadas. De los motivos sociales, el 29.2% (112) consideró que no aceptan el uso del MPF por falta de aprobación de la pareja, paralelamente, el 25.5% (98) refirieron que no aceptan el uso del MPF porque no tienen pareja. (Cuadro 18)

CUADRO 18. MOTIVOS SOCIALES PARA LA NO ACEPTACIÓN DEL MPF EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA

	n= 384	%
Por falta de aprobación de mi pareja	112	29.2
Por falta de aprobación de algún familiar	19	4.9
No tengo pareja	98	25.5
Porque el Personal de Salud no me orienta	80	20.9
Por bajos recursos y educación	75	19.5

El 25% (96) de las mujeres encuestadas, refirieron no tomarle importancia a el uso de algún MPF, como el principal motivo cultural para la no aceptación del MPF, seguido de la falta de costumbre para el uso con el 11.7% (45), equiparando al hecho de no saber cómo solicitarlos con el 11.7% (45). (Cuadro 19)

CUADRO 19. MOTIVOS CULTURALES PARA LA NO ACEPTACIÓN DEL MPF EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
	n= 384	%
No utilizo MPF porque no se cómo solicitarlo	45	11.7
No conozco los MPF	34	8.9
No le tomo importancia	96	25
Falta de costumbre para usar algún MPF	45	11.7
Por pereza	9	2.3
Olvido	8	2.1
Cultura	8	2.1
Desconfianza	22	5.7
Despreocupación	6	1.6
Por falta de tiempo	52	13.5
Porque no visito las Unidades de Salud de Primer Nivel	20	5.2
El uso del MPF no me da muchos beneficios	16	4.2
Tengo miedo a que resulten efectos secundarios al usar algún MPF	23	6.0

Dentro de los motivos biológicos para la no aceptación del MPF se identificó que el 36.7% (141) de las mujeres entrevistadas, consideró que la enfermedad crónica degenerativa que padecen es un factor protector en la planificación familiar.

Mientras que, el 25.8% (99) refirió tener miedo a que resulten complicaciones de su padecimiento al usar algún MPF. (Cuadro 20)

CUADRO 20. MOTIVOS BIOLÓGICOS PARA LA NO ACEPTACIÓN DEL MPF EN MUJERES CON ENFERMEDAD CRÓNICA		
	n= 384	%
La enfermedad crónico-degenerativa que padezco, es un factor protector en la PF	141	36.7%
Tengo miedo a que resulten complicaciones de mi enfermedad al usar algún MPF	99	25.8%
Me agrava la enfermedad que padezco	80	20.9%
No me ayuda a prevenir el surgimiento de complicaciones	64	16.6%

DISCUSIÓN

El estudio demostró que aunque el 90.1% de las mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica degenerativa, conoce algún método de planificación familiar (MPF), el 70% han utilizado alguno, lo cual refleja la existencia de diversos motivos sociales, culturales y biológicos que influyen en la no aceptación del método de planificación familiar. De los motivos sociales, los considerados principales fueron; la falta de aprobación de la pareja para el uso, falta de orientación y consejería por parte del personal de salud, así como, la carencia de recursos económicos y educación. De los motivos culturales, se encontraron; la influencia de la religión en el uso del MPF, desconocimiento del tema, falta de costumbre para el uso de los mismos, pereza, olvido, cultura, desconfianza, despreocupación, falta de tiempo, inasistencia a las unidades de salud de primer nivel, además, la percepción del uso del MPF como no beneficioso. De los motivos biológicos, se hallaron diferentes percepciones; la enfermedad crónica como factor protector para la planificación familiar, miedo a que resulten complicaciones de la patología de base al usar algún anticonceptivo, agravamiento de la enfermedad crónica padecida, falta de prevención en el surgimiento de complicaciones.

Castañeda y col.¹⁶, en su estudio, *causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acudieron a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora*, reporta que el 80% de las entrevistadas eran amas de casa, el 60% contaban con un empleo y el 87% eran casadas, datos similares a los obtenidos por esta investigación; el 65.8% cuentan con un empleo y el 41.9% estaban casadas. Por otro lado, la edad en ambos estudios fue equivalente, con una media de 34 años con un rango de 15 a 49 años, la Moda de 45 años, con DE de 8.4.

Comparado con, *las causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar*, realizado por Lee¹⁷, en Laredo, Tamaulipas, donde el 43% tenían escolaridad secundaria, en la muestra estudiada observamos que en más de la mitad, esta fue preparatoria y licenciatura, teniendo este dato un efecto favorable con respecto a la salud reproductiva, según Domínguez del Olmo¹⁹, miembro del Fondo de

Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las mujeres que poseen un mayor nivel de educación tienen menor tendencia a tener hijos que aquellas con un nivel inferior, además, de contar con una mayor posibilidad de ser derechohabientes si son parte del sector laboral formal.

Con respecto a los antecedentes obstétricos, la población estudiada reportó; un promedio de dos gestaciones y un máximo de cinco, concordando con Castañeda y col.¹⁶, en su estudio, *causas de no aceptación de MPF en mujeres que acuden a atención puerperal en una UMF en Sonora*, aunque cabe señalar, que en esta investigación no se indagó la existencia de enfermedad crónica establecida antes, durante o después del embarazo. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticas significativas en la proporción de cesáreas. En cuanto al número de abortos, se obtuvo la tercera parte de las mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica degenerativa han presentado por lo menos un aborto, de acuerdo a la *Encuesta sobre salud reproductiva del 2006*³⁵, dos de cada diez mujeres en edad fértil han tenido al menos un aborto, acorde con la tendencia creciente en relación a la edad de presentación del embarazo, reportando que una de cada tres mujeres de 45 a 49 años de edad, ha vivido esa experiencia. En más del 50% de nuestra población estudiada refirió, un período intergenésico de menos de 13 meses. No obstante, este estudio no evaluó la proporción de Abortos provocados y/o espontáneos, así como, la influencia de la Enfermedad Crónica padecida en el desarrollo de la gestación, la edad de presentación del embarazo con el número de abortos y si los embarazos fueron planeados o no, por lo que, se desconoce la existencia de alguna asociación significativa entre estos factores y la no aceptación del MPF.

El Dr. Cortes Chávez³, en su estudio, *diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el HGZ No. 1., IMSS, Colima*, reportó trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), hemorragias obstétricas, aborto, sepsis, otras infecciones puerperales y otras complicaciones del embarazo y parto (desproporción céfalo-pélvica, parto prematuro, parto distócico, síndrome

anémico), como las diez principales patologías que complican un embarazo y que pueden llevar a la muerte de una embarazada en mujeres en edad reproductiva, concordando con los resultados obtenidos en esta investigación, en la cual, refirieron trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), diabetes gestacional, sangrado del tercer trimestre. En menor porcentaje, se encontraron otras enfermedades obstétricas, como lo son; síndrome anémico, hiperemesis grávida, trombosis venosa profunda, púrpura trombocitopénica, neumonía atípica H1N1 y dislipidemia. Concordando con lo obtenido por Velasco y col.⁴, en el *descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005, ¿azar o resultado de acciones específicas?*, las tres principales causas de muerte en orden descendente de frecuencia fueron la preeclampsia-eclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, parto y puerperio, y complicaciones del aborto.

Es sabido, que en México, las enfermedades crónicas, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Son un grupo heterogéneo de padecimientos, asociados con una elevada morbilidad y mortalidad a causa de las complicaciones que se presentan en su curso. Las de mayor prevalencia son la diabetes y la hipertensión arterial. De acuerdo a la *ENSANUT 2006*³⁵, el porcentaje de adultos con diabetes creció 25% entre cada encuesta nacional. Por otro lado, la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más, resultó de 30.8%, lo que demuestra el acelerado crecimiento en la presentación de ambas patologías, datos que fueron similares en nuestros pacientes, en los que se encontró, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, trastornos inmunológicos (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) y cardiopatías. No obstante, se registró comorbilidad con otras enfermedades crónico degenerativas como obesidad, síndrome metabólico, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo, hipotiroidismo, portadoras de hepatitis C, trastornos hematológicos, evento vascular cerebral, infección por VIH y síndrome de Marfan, con una frecuencia de tiempo de padecer la enfermedad de 1 a 10 años en más del 60%. Es evidente, que las enfermedades crónicas degenerativas, constituyen un grave problema de salud debido al gran número de casos afectados, cada vez

más frecuentes en edades tempranas, además, de la complejidad de factores asociados a la morbilidad y su creciente contribución a la mortalidad general. Por ello, de acuerdo al *Informe de la mortalidad materna 2005-2010, IMSS, Delegación Norte 1, D.F.*¹⁹, no resulta extraño, el incremento significativo, en mujeres mayores de 35 años, en relación con el tipo de muerte obstétrica indirecta, puesto que en los últimos años la comorbilidad asociada a las enfermedades crónicas ha ganado mayor representatividad. Sin embargo, no existen reportes bibliográficos previos, que asocien la importancia del uso del método de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva con enfermedades crónicas degenerativas.

La salud reproductiva, entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, aunado a la capacidad de procrear con libertad, sin embargo, de acuerdo con los resultados de Castañeda y col.¹⁶, en las *causas de no aceptación de MPF en mujeres que acuden a atención puerperal en una UMF en Sonora*, al menos una cuarta parte de la población estudiada desconoce los MPF, no obstante, de contar con servicios médicos como parte de la seguridad social.

Con respecto al tipo de anticonceptivos, los más conocidos fueron los métodos de barrera (condón masculino) y el DIU. De igual forma, fueron los más usados en el mismo orden, coincidiendo con datos proporcionados por el *INEGI 2010*²⁴, esto se explica, por la fácil adquisición de ambos MPF, su bajo costo económico, además de su permanencia y promoción en los diferentes Servicios de Salud.

Aunque más de la tercera parte de la población estudiada consideró importante el uso del MPF, tan solo el 70% han utilizado algún anticonceptivo, esta prevalencia enmarca la coexistencia de factores que influyen en el uso del MPF, en el presente estudio se encontraron que, en orden de prevalencia, ponderó la influencia de la pareja de manera negativa para el uso del MPF, seguida de la religión como influencia negativa, las amigas se percibieron como influencia positiva por compatibilidad de pares, al compartir las experiencias o vivencias, el personal de salud influye positivamente en el uso del MPF, permitiendo la información y orientación sobre el tema, únicamente en el primer nivel de atención,

por último, los padres influyeron de manera negativa, aunque la mayoría consideró que los padres, deben ser la primera escuela en la orientación de los MPF.

Una tercera parte de las mujeres estudiadas, no cuenta con una pareja, lo que de acuerdo a Juárez y col.³⁶, en el libro *bondades para la maternidad segura en México*, tiene posibles implicaciones para su vida sexual y reproductiva, así como, para su condición social y económica. Es posible que estos factores contribuyan a la probabilidad de que una mujer en edad reproductiva no reciba la atención médica que necesita. Además, el papel del estado civil, es un factor determinante en la no aceptación del MPF, puesto que, según De la Cruz y col.⁵, en el estudio, *conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la selva del Perú*, la influencia de la pareja ha sido un importante detonador para la no aprobación del uso de MPF, como corroboramos en nuestro resultado, el 50% de las mujeres estudiadas, refirieron interferencia de la pareja para la utilización de algún MPF, de igual forma, la tercera parte, ponderó como motivo social, la falta de aprobación de la pareja para el uso del MPF, coincidiendo con el estudio, *participación de los hombres en la planificación familiar*, de Prendes y col.³⁷, el cual concluye que los hombres no aprueban la utilización de anticonceptivos por que acuden poco a la consulta de planificación familiar, tienen pobre motivación para ello, desconocimiento sobre aspectos relacionados con la planificación familiar, comunicación deficiente con su pareja.

Por otra parte, de acuerdo a Rodríguez y col.³³, en *hipertensión arterial y diabetes mellitus: ¿Puntos de partida o finales de un mismo problema?*, la atención multidisciplinaria, así como, la aplicación oportuna y de calidad, de los diferentes programas para la prevención, control y manejo de las enfermedades crónicas, constituye la base fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida, reducción de complicaciones y mortalidad. Es en este punto, en el cual, la participación del personal de salud resulta primordial, debe asumir la responsabilidad de abordar todos los programas de acuerdo al grupo etario de presentación de la patología, en el caso de mujeres en edad reproductiva

constituye fundamental promover la planificación familiar en los diferentes niveles de atención en salud.

De los motivos personales para el rechazo del MPF, la primer causa fueron los motivos culturales, como los son; lo mitos y rumores acerca del los anticonceptivos, olvido, pereza, miedo, desconfianza, despreocupación, falta de costumbre, desconocimiento de los MPF, resultados que nos obliga a reforzar la consejería haciendo hincapié en los beneficios de la protección anticonceptiva con un enfoque humanístico e integral. La segunda causa, fueron los motivos sociales, de manera predominante, la falta de aprobación de la pareja, religión, falta de aprobación de algún familiar, bajos recursos y educación, lo que corrobora la pobre efectividad e impacto de la consejería en la población general, es necesario identificar las razones que alientan los mitos y rumores, y ampliar con información científica, clara, suficiente y sustentable a la pacientes, con el propósito de eliminarlos. La tercera causa, fueron los motivos biológicos, como la percepción de la enfermedad crónica como factor protector en la planificación familiar, aunado al miedo del surgimiento de complicaciones de la patología de base por el uso del MPF, seguido del temor al agravamiento de la enfermedad con el uso de anticonceptivos, lo cual refleja la falta de información sobre el tema, lo que podría representar falta de una adecuada consejería, así como, la pobre concientización de la importancia de los MPF. De ello surgen diversas interrogantes: ¿qué tan eficaces están siendo los programas?, ¿hasta dónde están respondiendo a las necesidades y expectativas de algunos grupos de mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica degenerativa? Cuestionamientos que en el futuro inmediato serán necesarios plantearse para la mejora de la calidad en salud de la mujer, en el aspecto reproductivo.

CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de la población estudiada fueron mujeres en un rango de edad de 45 a 49 años, estado civil casada, religión católica, escolaridad preparatoria, ocupación empleada y nivel socioeconómico medio bajo.
- Las enfermedades crónico degenerativas, presentadas en mujeres en edad reproductiva, en orden de frecuencia fueron; diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, trastornos inmunológicos, cardiopatías y cáncer. Cabe mencionar, que el 44.8% de las 172 mujeres en edad reproductiva, que refirieron otras enfermedades padecidas, ponderó obesidad, seguida del síndrome metabólico, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo, hipotiroidismo, portadoras de hepatitis C, enfermedad vascular cerebral, trastornos hematológicos, infección por VIH y síndrome de Marfan, con un rango de 1 a 10 años de padecer la enfermedad.
- En lo que concierne a los motivos percibidos para la no aceptación del MPF, en la población estudiada se evaluaron los motivos sociales, culturales y biológicos. De los motivos sociales se encontró; falta de aprobación de la pareja, falta de una pareja, falta de orientación por el personal de salud, bajos recursos y educación, falta de aprobación de algún familiar.
- El 25% de la población estudiada, identificaron no tomarle importancia a el uso de algún MPF, como el principal motivo cultural para la no aceptación del MPF, seguido por la falta de tiempo, la falta de costumbre para el uso de algún anticonceptivo, el hecho de no saber cómo solicitar un MPF, desconocimiento de los MPF, miedo a que resulten efectos secundarios de la enfermedad crónica al usar algún MPF, por desconfianza, inasistencia a las Unidades de Salud de primer nivel, la percepción del MPF como no

beneficioso, por pereza, olvido y cultura. Cabe mencionar, aunque no fue investigada la religión como motivo cultural, el 61.7% de las mujeres estudiadas, la consideró como influencia directa para el rechazo del MPF.

- Por otra parte, los motivos biológicos que influyeron en la población estudiada para la no aceptación del MPF, ponderaron la percepción de la enfermedad crónica como factor protector en la planificación familiar, seguida del miedo a que surjan complicaciones de la enfermedad crónica con el uso de algún MPF, el agravamiento de la enfermedad crónica y la falta de ayuda para prevenir el surgimiento de complicaciones de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos corroboraron la necesidad que existe, cada vez mayor, de fortalecer los programas de salud dirigidos a la mujer, principalmente, en el tema de la planificación familiar, el cual constituye uno de los más grandes retos en la práctica médica, incluidos todos los niveles de atención en salud, con especial referencia al escenario del primer nivel de atención, aunque no exclusivo de este.

Para que la orientación y consejería del método de planificación familiar, consiga alcanzar su objetivo y como consecuencia, la reducción y prevención de complicaciones obstétricas y perinatales, es necesario, emprender campañas dirigidas no solamente a la mujer, también, deben incluir al entorno social, en particular a la pareja, con el fin de lograr una mayor concientización del tema y mejorar los resultados en la aceptación del método de planificación familiar.

El personal de salud de todos los niveles de atención, debe estar capacitado para brindar en cualquier momento, la orientación y consejería necesaria sobre el método de planificación familiar, en cualquier nivel de atención, con el fin de lograr un mayor impacto en la reducción de las tasas de morbi-mortalidad.

Partiendo del principio en el cual, la promoción a la salud y prevención de las enfermedades, son importantes para la conservación de una vida saludable, es fundamental, la motivación en el área educativa para que esta información se incorpore al modus vivendi de la mujer en edad reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina AR., Sánchez EL, Landgrave IS, Ponce RR, Irigoyen CA., Factores que contribuyen a la utilización de Métodos de Planificación Familiar por mujeres en edad reproductiva. Archivos en Medicina Familiar. Mex., 2004; 6(1): S-10
2. OMS. Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Proyecto de Presupuestos por Programas 2008-2009. Ginebra 2007, Documento SSA1/DIV/6.
3. Cortes CJ. Diez principales causas de Embarazo de Alto Riesgo en el HGZ No. 1., IMSS. Tesis. Colima, México, 2004.
4. Velasco MV, Navarrete HE, De la Cruz ML. El descenso de la mortalidad materna en el IMSS, 2000-2005, ¿Azar o resultado de acciones específicas? Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social. Soc.; 2008; 46(2): 211-218.
5. De la Cruz PD, Langer GA, Hernández PB, González RJ. Conocimientos y actitudes de la pareja hacia la práctica de la planificación familiar en la Selva del Perú. Salud Pública de México, 2003; 45(6): 461-471.
6. Gutiérrez RM. Planificación Familiar y Derechos Reproductivos. Rev. Per. Obstetricia Enf., Perú, 2006; 2(1): 67-70.
7. Montoya AC. Bondades de la Planificación, Cuad. Med. Soc., Chile, 2007; 47(1): 3-4.
8. Informe Anual de la Mortalidad Materna 2005, Coordinación de Salud Reproductiva, Delegación Norte, México, D.F.; 2005.
9. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, México, 2005-2010.
10. Rosales AE, Felguérez FJ. Impacto sociodemográfico de 15 años de Planificación Familiar. Rev. Ginecol. Obstet., México, 2005; 73(8): 443-450.
11. Noguera NV. Impedimentos socioculturales para el uso de métodos anticonceptivos. Monografía. Nicaragua, 2000.
12. Caballero LL, Muñoz RM, Soler HE, Blanco CA, Aguilar B. Mortalidad materna. Experiencia de cinco años en la Delegación Veracruz Norte del IMSS. Rev. Ginecol. Obstet., México, 2009; 77(11):508-11.
13. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 2010. Disponible On-Line: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default>.
14. Lucio Figueroa AL. Mortalidad Materna. Monografía. Colima, México, 2011.

15. Montesano DJ, Hernández A, Zapién MJ, Olivares DE. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (1): 109-116.
16. Castañeda SO, Castro PL, Lindoro LK. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora. Archivos en Medicina Familiar; México, 2008; 10(3): 37-41.
17. Lee, IS. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Rev Med, IMSS, México, 2003; 41 (4): 313-319.
18. Informe Anual de la Mortalidad Materna 2000, Coordinación de Salud Reproductiva, Delegación Norte, México, D.F.
19. Informe de la Mortalidad Materna 2005-2010, Coordinación de Salud Reproductiva, Comité Central de Estudios en Mortalidad Materna, Delegación Norte, México, D.F.
20. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. Con fecha de publicación 30 de Mayo de 1994.
21. Freyermuth MG. Mortalidad Materna; Inequidad Institucional y desigualdad entre mujeres. México, 2010; 3-57.
22. Díaz Echeverría DF. Mortalidad Materna: Una Tarea Inconclusa. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C., México, 2006, Editorial Mono Comunicación, SA de CV, 1ed.; p. 3-48.
23. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Disponible On-Line: <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>.
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Disponible On-Line: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
25. World Health Organization. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. OMS. Departamento de Salud Reproductiva. Baltimore y Ginebra, 2007.
26. Cabrera JG, Menéndez Salazar LZ. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de Métodos Anticonceptivos, en las mujeres en edad reproductiva, de la comunidad de Nuevo Horizonte Santa Ana, Peten. Tesis. Guatemala, Mayo, 2008.

27. Córdova Villalobos JA, Barriguete MJ, Lara EA, Barquera S, Rosas PM, Hernández AM, De León MM, Aguilar SC. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis Epidemiológica y Prevención Integral. Salud Pública de México, 2008; 50(5): 419-427.
28. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS, 2011. Disponible On-Line: www.who.int/reproductivehealth.
29. Hernández Palacios RD. Una prospectiva de la salud en México: Un acercamiento al contexto socio-jurídico. Rev. Alegatos, México, 2007; 5(65); 46-56.
30. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. Bogotá, Colombia, 2010; 51(1): 16-28.
31. Chamy V, Cardemil F, Bentacour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Chilena Obstetricia Ginecología, Chile, 2009; 74(6): 331-338.
32. Yanes QM, Yanes Q, Calderín BR, Cruz HJ, Brooks DJ. Algunas consideraciones sobre la Hipertensión Arterial en la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral, Cuba, 2009; 25(3):113-120.
33. Rodríguez WF, Sáez TG. Obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus: ¿Puntos de partido o finales de un mismo problema?. Medicina Interna de México, 2008; 24(5): 342-345.
34. Carranza MJ, López CS. El Síndrome Metabólico en México. Medicina Interna de México, 2008; 24(4): 251-261.
35. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Disponible On-Line: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>.
36. Juárez F, Palma JL, Singh S, Bankole A. Bondades para la Maternidad Segura en México. Editorial Guttmacher Institute, 1ª. Edición. México, 2010.
37. Prendes LM, Aparicio AZ, Guibert RW, Lescay MO. Participación de los hombres en la Planificación Familiar. Rev Cubana de Medicina General Integral, Cuba, 2001;17 (3):216-21.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS
DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

México D.F a _____ de _____ del 2012.

Por medio de la presente, acepto participar en el Proyecto de Investigación Titulado: **“Motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar, en mujeres en edad reproductiva con Enfermedades Crónico-Degenerativas”** El objetivo del estudio es, Identificar los Motivos de la no aceptación del Método de Planificación Familiar, en mujeres con Enfermedades Crónico-Degenerativas, en edad reproductiva (15- 49 años de edad). Se me ha explicado que mi participación es libre y sin presión, consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar las preguntas planteadas. Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias, y si beneficios derivados de mi participación en el estudio. No se pone en riesgo mi integridad como paciente. El investigador principal, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos 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. El investigador principal, me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio; y 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 este pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Investigador: Dra. Julia Karla Melchor Ruiz R3MF

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 1532

Testigo

Testigo

ENCUESTA “MOTIVOS DE LA NO ACEPTACIÓN DEL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS”

I. PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

Edad: _____ Estado civil: _____ Nombre: _____

Religión: _____

1. Escolaridad

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Licenciatura

2. Ocupación:

- a) Campesina
- b) Hogar
- c) Empleada
- d) Comerciante
- e) Profesionista

Conteste con una X, la opción que considere correcta:

¿Cuál es la profesión del jefe de familia?

- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas
- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria
- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- Obrero especializado: tractorista, taxista
- Obrero no especializado

¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre?

- Universitario o equivalente
- Enseñanza técnica superior o secundaria completa.
- Secundaria incompleta o técnico inferior cursos cortos
- Educación primaria completa
- Educación primaria incompleta, analfabeta

¿Cuál es la principal fuente de ingresos?

- Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales.
- Sueldo quincenal mensual
- Salario diario o semanal
- Ingresos de origen público o privado subsidios

¿Cuáles son las condiciones de la vivienda?

- Amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias
- Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias
- Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias
- Improvisada, construida con materiales de desecho, deficientes condiciones sanitarias

3. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____

Abortos: _____ Intervalo en meses entre el último parto y el previo _____

Número de hijos vivos: _____ Enfermedades presentadas durante el embarazo:

Preeclampsia _____ Eclampsia _____ Diabetes Gestacional _____

Sangrado del Tercer Trimestre _____ Otros: _____

Ninguno ()

4. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Hipertensión Arterial _____ Diabetes Mellitus _____ Cáncer _____

Inmunológicas _____ Cardiopatía _____

Otras: _____

Tiempo de padecer la enfermedad _____

5. ¿Tiene conocimiento de algún Método de Planificación Familiar (MPF)?

Si () No ()

¿Cuál? _____

6. ¿Ha utilizado algún Método de Planificación Familiar?

Si () No ()

¿Cuál? _____

7. ¿Cree que su enfermedad influye para su Planificación Familiar?

Si () No ()

¿Por qué? _____

8. ¿Para la utilización de algún MPF interfiere la decisión de su pareja?

Si () No ()

9. ¿Su pareja aprueba la no utilización de algún MPF?

Si () No ()

10. ¿Considera usted, que son importante los MPF para su uso?:

Si () No ()

¿Por qué? _____

11. ¿Su religión le permite a usted utilizar algún MPF?

Si () No ()

12. Conteste las siguientes preguntas, con una X:

	SI	NO	NO ESTOY SEGURA
Sus padres influyen positivamente para el uso de algún MPF			
Considera que los padres deben ser la primera escuela en el tema de MPF.			
Las amigas, influyen positivamente al compartir experiencias o vivencias			
Las amigas, ayudan por tener más confianza			
Las amigas, si no saben del tema no influyen en nada.			
Las amigas, influyen negativamente.			
Las amigas, si tienen tabúes influyen.			
El Personal de Salud, influye positivamente en el uso del MPF, permitiendo la información del tema.			
El Personal de Salud, si lo recomiendan			
El Personal de Salud, solo da la información en primer nivel			
El Personal de Salud, no la orientan por falta de tiempo.			
El Personal de Salud, a veces no les interesa hablar sobre MPF.			
El Personal de Salud, por ser calificados en los MPF, debe difundir la información.			

13. Ante el uso del MPF, opino:

	DE ACUERDO	DESACUERDO	INDECISO
No utilizo MPF porque no se cómo solicitarlo			
No conozco los MPF			
Tengo miedo y vergüenza			
Pienso que es morboso			
Falta de costumbre			
Por pereza			
Olvido			
Cultura			
Desconfianza			
Por falta de aprobación de mi pareja.			
Por falta de aprobación de algún familiar.			
No tengo pareja.			
Porque el personal de salud no me orienta.			
Por bajos recursos y educación.			
Despreocupación.			
Por falta de tiempo.			
Porque no visito las Unidades de Salud			
La enfermedad crónico-degenerativa que padezco, es un factor protector en la Planificación Familiar.			
Tengo miedo a que resulten complicaciones de mi enfermedad al usar algún MPF.			
El uso de MPF no me da muchos beneficios.			
Me ayuda a detener una enfermedad sexual			
Me ayuda a prevenir un embarazo no planeado.			
Me agrava la enfermedad que padezco.			
Me ayuda a prevenir el surgimiento de complicaciones.			
Miedo a que resulten efectos secundarios por el MPF			
No creo que sea importante.			

Muchas Gracias por su Colaboración.