



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ
Jurisdicción Sanitaria 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**“CAUSAS DE NO ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 A 49 AÑOS EN EL CENTRO
DE SALUD DE CONCA, ARROYO SECO EN EL PERIODO DE ENERO-
FEBRERO DEL 2013”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MA. GUADALUPE ARREOLA AVALOS

QUERÉTARO, QUERÉTARO

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



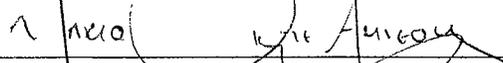
“CAUSAS DE NO ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 A 49 AÑOS EN EL CENTRO
DE CONCA, ARROYO SECO EN EL PERIODO DE ENERO-FEBRERO DEL
2013”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

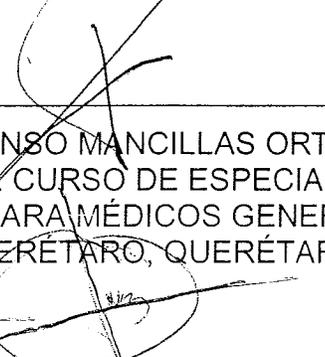
DRA. MA. GUADALUPE ARREOLA AVALOS

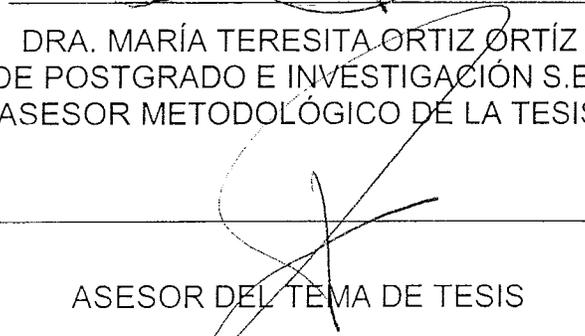
AUTORIZACIONES:



DR. MARIO ORTÍZ AMEZOLA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE SESEQ


DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO


DRA. MARÍA TERESITA ORTIZ ORTÍZ
JEFE DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN S.E.S.E.Q.
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. RAMON ALFONSO MANCILLAS ORTÍZ

**CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE METODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 A 49 AÑOS EN
EL CENTRO DE SALUD DE CONCA, ARROYO SECO EN EL
PERIODO DE ENERO-FEBRERO DEL 2013.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MA. GUADALUPE ARREOLA AVALOS

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



ÍNDICE

	1
TÍTULO.....	6
DEDICATORIA.....	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
JUSTIFICACION:	53
OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	55
HIPOTESIS	57
METODOLOGIA.....	58
TIPO DE ESTUDIO.....	58
POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ETUDIO	58
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	58
CRITERIOS DE INCLUSION.....	59
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	59
CRITERIOS DE ELIMINACION	59



INFORMACION A RECOLECTAR.....	59
VARIABLES.....	60
METODO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.....	62
PRUEBA PÍLOTO:.....	62
ANALISIS ESTADÍSTICO.....	63
CRONOGRAMA	63
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:.....	64
CONSIDERACIONES ÉTICAS:	64
RESULTADOS.....	66
CUADROS Y GRAFICAS.....	71
DISCUSION (ANALISIS) DE RESULTADOS.....	95
CONCLUSIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	104



TÍTULO

“ CAUSAS DE NO ACEPTACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 A 49 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CONCA, ARROYO SECO EN EL PERIODO DE ENERO-FEBRERO DEL 2013”



DEDICATORIA

Muchas gracias a mis padres que siempre me han apoyado para lograr mis sueños, mis objetivos y mis metas, guiándome en los momentos más difíciles

Gracias a mis hermanas con las cuales comparto esta experiencia de seguirnos superando cada día.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar o control de la natalidad, abarca una serie de métodos utilizados por parejas e individuos sexualmente activos, con la finalidad de prevenir embarazo, debe ser voluntaria con el fin de conseguir una maternidad y paternidad más responsables, y desarrollar una sexualidad más plena.

La finalidad global de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la familia en general, con medidas preventivas de espaciamiento de los partos, limitación del tamaño de la familia y programación de los nacimientos, empleando el control de la natalidad.

Las razones para utilizar las técnicas anticonceptivas van desde la opción personal de dejar de tener niños, de no tenerlos nunca o de aplazar el embarazo, hasta la presencia de motivos médicos que pueden poner en peligro la salud de la madre o el feto, como diabetes, hipertensión enfermedades cardíacas o infección por VIH.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Conferencia de la Mujer, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social y la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, han ratificado el derecho a elegir el número de hijos que se desea tener.

La elección de cualquier método para evitar el embarazo es una decisión de pareja una vez informada de las ventajas, inconvenientes y limitaciones que pueden surgir de cada uno de los métodos. Los factores a tener en cuenta a la hora de elegir un método son: viabilidad, costo, eficacia, embarazo no planificado,



riesgo para la salud, beneficio, implicación de la pareja, aceptación, enfermedades asociadas, reversibilidad, frecuencia de relaciones sexuales, cambio de pareja, edad y paridad.

De acuerdo a numerosos estudios, la decisión de los pobladores de no utilizar anticonceptivos no puede ser atribuida únicamente a la falta de información y conocimientos de la existencia de dichos métodos, ya que en América Latina es política de estado la promoción y distribución gratuita de los mismos. Entran en juego una serie de elementos mucho más complejos y difíciles de erradicar, como los factores socioculturales.

Una vez que logremos hacer conciencia de la importancia de la planificación familiar de cómo repercute en nuestras vidas, seremos capaces de ejercer con responsabilidad nuestra misión de ser padres y madres de familia, ofreciendo mejores oportunidades para nuestra descendencia.

En el Centro de Salud de Conca existe un alto índice de embarazos de alto riesgo principalmente en adolescentes, aunado a la baja cobertura de métodos de planificación familiar en las mujeres en edad reproductiva, por tal motivo se decidió realizar este estudio, en el cual se investigaron las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en edad reproductiva, además de categorizar por grupo de edad, estado, civil, escolaridad, religión, número de gestas, cuales son las mujeres que sí y no utilizan anticonceptivos y poder disminuir el índice de embarazos de alto riesgo mejorando la calidad de vida de las usuarias.



MARCO TEÓRICO

PLANIFICACION FAMILIAR

Hay varias definiciones de planificación de la familiar, cada una de las cuales conduce a un criterio de evaluación distinto. Para muchos la planificación familiar es igual a regulación demográfica o de la natalidad. Para el personal de salud, la planificación de la familia es un componente de la asistencia sanitaria a la familia y constituye uno de los varios e importantes aspectos de la asistencia a la embarazada, al mismo título que la asistencia prenatal, la obstétrica y la puerperal.

En 1970, un comité de expertos de la OMS definió y describió en los siguientes términos la planificación de la familiar: (1)

La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, regular los intervalos entre los embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia. Para estos fines se necesitan diversos servicios: educación y asesoramiento en materia de planificación familiar, distribución de medios contraceptivos, tratamiento de la infecundidad y educación sexual y familiar; además hay que desarrollar otras actividades afines, como asesoramiento genético, consultas matrimoniales, detección de tumores malignos, y servicios de adopción. (1).

RELACIONES ENTRE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA Y LA SALUD.

La planificación de la familia interviene en el ciclo reproductivo facilitando la regulación del número, los intervalos y la cronología de los embarazos y



nacimientos, lo cual contribuye a reducir la morbilidad y mejorar la salud. Esa intervención puede tener lugar en cualquiera de las fases del proceso reproductivo, o en todas ellas: desde el asesoramiento y la educación acerca del acto sexual, hasta la interrupción de la gestación mediante la interrupción del embarazo, pasando por la prestación de servicios para la regulación de la concepción.

La planificación familiar contribuye a mejorar la salud, pues ayuda al individuo a regular su fecundidad con arreglo a unas prácticas médicas aceptables, ya que la salud parece verse afectada por el número y espaciamiento de los embarazos y nacimientos y por los momentos en que estos ocurren en relación con la edad de la madre. El hecho de que una mujer tenga un número excesivo de embarazos, o que estos se hallen muy poco espaciados, o sean muy precoces o tardíos en la vida fértil, puede repercutir sobre la salud materna, sobre la del feto y sobre la de la familia. En estas repercusiones pueden figurar diversas complicaciones del embarazo y del parto: placenta previa, hemorragias accidentales, cordón prolapsado, presentación o posición anómala del feto, ruptura del útero, y hemorragia puerperal grave por atonía uterina. Además todo parece indicar que a medida que aumenta la paridad se afecta el estado de nutrición de la madre, lo que puede conducir a la anemia o a la carencia de calcio. También el feto y el niño pueden sufrir de una deficiente planificación de la familia, con sus consecuencias sobre la mortalidad y la morbilidad.

La planificación de la familia y la salud tienen una relación mutua, ya que también el estado de salud influye en la reproducción. Las repercusiones del estado de salud sobre la reproducción son complejas y tienen lugar a través de modificaciones de la fecundidad, efectos sobre la intensidad y duración de la lactancia, disminución de la mortalidad neonatal e infantil, y efectos socioeconómicos del mejor estado general de salud de la familia.



Mortalidad fetal (muerte fetal precoz o tardía)

Desarrollo anormal

Salud del lactante y del niño:

Mortalidad neonatal, infantil y de niños en edad escolar

Salud del recién nacido (indicada, por ejemplo, por el peso corporal al nacimiento)

Vulnerabilidad a las enfermedades (por ejemplo, por los efectos que la nutrición deficiente ejerce sobre el crecimiento y desarrollo.

Estas consecuencias sanitarias favorables, reuniéndose han de contribuir a mejorar el estado de salud de las familias, de las colectividades y, en definitiva, de las sociedades. (1)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. (2)

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los



adolescentes y se extiende más allá del periodo reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son tan importantes en la vida que seleccionar con quien formamos una pareja, elegir cuando y cuantos hijos tener y como mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa postreproductiva. (2)

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar. (3)

RIESGO REPRODUCTIVO

Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. (3)



SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

TEMPORALES

- a) Hormonales orales
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales sub dérmicos
- d) Dispositivo intrauterino
- e) De barrera y espermicidas
- f) Naturales o de abstinencia periódica. (3)

PERMANENTES

- a) Oclusión tubárica bilateral
- b) Vasectomía (3)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.



METODOS HORMONALES ORALES

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

- a) Los combinados de estrógenos con progestinas
- b) Los que tienen solo progestina

Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestinas

Formulación: contienen un estrógeno sintético etinil estradiol (20-50 mcg) o mestranol (50-100 mcg). Las dosis diarias recomendadas no deben exceder de 35 mcg de etinil estradiol o de 50 mcg de mestranol. Además del estrógeno contienen una de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona noretisterona (400 mcg-1mg), norgestrel (300-500 mcg), levonorgestrel (50-250 mcg), gestodeno (75 mcg), norgestimato (250 mcg) y desogestrel (150 mcg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2mg) y acetato de ciproterona (2mg). (3) Presentación: existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales.

a) Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen 7 tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino solo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

b) Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas



c) Aquellas en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA: bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

INDICACIONES: 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 embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En el posaborto inmediato
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

CONTRAINDICACIONES:

- Lactancia en los primeros seis meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo



- Tener a haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer del cérvix o mamario
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

PRECAUCIONES:

- Hemorragia uterina anormal de etiología determinada
- Fumadoras mayores de 35 años de edad
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus no controlada
- Migraña focal
- Leiomiomatosis uterina
- Insuficiencia renal
- Alteraciones de la coagulación

FORMA DE ADMINISTRACION:

- El primer ciclo de tratamiento debe iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También puede iniciarse al sexto o



séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

- En las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una diaria durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- En las presentaciones de 28 tabletas se ingiere una de estas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

EFFECTOS COLATERALES:

- Cefalea
- Nausea
- Vómito
- Mareos
- Mastalgia



- Cloasma
- Manchado intermenstrual

En caso de sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor torácico intenso, disnea, dolor de miembros inferiores, ictericia, persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

FORMULACION: Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linistrenol 10.5mg y levonorgestrel 35 mcg.

PRESENTACION: caja con 35 tabletas o grageas.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA: bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

INDICACIONES: los anticonceptivos orales que solo contienen progestinas 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 tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos este contraindicado.



- En el intervalo ingergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- En posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el posaborto inmediato.

CONTRAINDICACIONES:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

PRECAUCION:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Depresión importante
- Migraña focal



FORMA DE ADMINISTRACION

- Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.
- Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta a la misma hora.
- En el posparto o poscesárea, cuando la mujer este lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

EFFECTOS COLATERALES:

- Irregularidades menstruales
- Cefalea
- Mastalgia

METODOS HORMONALES INYECTABLES

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



- Los combinados de estrógenos progestinas, y los
- Que contienen solo progestina.

HORMONALES COMBINADOS INYECTABLES QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA

FORMULACION:

- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5mg), valerianato de estradiol (5mg) o enantato de estradiol (5 y 10mg). Las dosis recomendadas no deben exceder de 5mg al mes. Además de estrógenos contienen una de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona enantato de noretisterona (50mg), o derivados de la 17-hidroxiprogesterona acetato de medroxiprogesterona (25mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150mg).

PRESENTACION: Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5mg + acetato de medroxiprogesterona 25mg en 0.5ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5mg + enantato de noretisterona 50mg en 1ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150mg en 1ml de suspensión acuosa.



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

INDICACIONES:

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nulíparas, multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En posaborto
- En posparto, o pos cesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

CONTRAINDICACIONES.

- Lactancia en los primeros seis meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos malignos o benignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.



- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

PRECAUCIONES:

- Hemorragia uterina anormal de etiología determinada
- Fumadoras mayores de 35 años de edad
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus no controlada.
- Migraña focal
- Leiomiomatosis uterina
- Insuficiencia renal
- Alteraciones de la coagulación

FORMA DE ADMINISTRACION:

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

- La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si en método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada



30 días +/- 3días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- Las usuarias de anticonceptivos inyectables que solo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de este en el primer día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- En el posparto o poscesárea, cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable, se puede iniciar después de la tercera semana.

- Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas.

- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

EFECTOS COLATERALES:

- Irregularidades menstruales
- Cefalea
- Nausea



- Vomito
- Mareo
- Mastalgia
- Incremento de peso corporal.

HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

FORMULACION:

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200mg), o derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150mg)

PRESENTACION: existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que solo contienen progestina.

- Enantato de noretisterona 200mg en ampolleta con 1ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150mg, en ampolleta con 3ml de suspensión acuosa microcristalina.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

- Bajo condiciones habituales de uso, este métodos brinda protección anticonceptiva mayor al 99%



INDICACIONES

- Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de larga acción e inyectable en las siguientes circunstancias:
- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- Mujeres en el posparto o poscésarea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto.

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.



PRECAUCIONES:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Depresión importante
- Migraña focal
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo
- Alteraciones de la coagulación

FORMA DE ADMINISTRACION:

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que solo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera inyección debe aplicarse en cualquiera de los primeros 7 días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada 3 meses y las de NET-EN cada 2 meses independientemente de cuando se presente el sangrado.



- En el posparto, cuando la mujer este lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.

- En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección aunque por lo general es más prolongada.

- La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

EFFECTOS COLATERALES:

- Irregularidades menstruales

- Amenorrea

- Cefalea

- Mastalgia

- Aumento de peso.



La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método, también puede administrarse 2 semanas antes de la fecha programada aunque no se recomienda.

La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta 4 semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método, y 4 semanas antes de la fecha programada pero no se recomienda.

METODO HORMONAL SUBDERMICO

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).

FORMULACION:

Seis capsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36mg de levonogestrel

PRESENTACION:

Seis capsulas de dimensiones individuales de 34mm de longitud por 2.4mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 ug diarios de levonogestrel.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5 % al quinto año de uso).



INDICACIONES:

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga duración que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.
- En el intervalo intergenésico
- En el postparto o postcésarea, con o sin lactancia
- En el posaborto inmediato

CONTRAINDICACIONES:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

PRECAUCIONES:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Depresión importante
- Migraña focal
- Debe considerarse la disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70kg.



FORMA DE ADMINISTRACION:

Las capsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y las técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualesquiera de los primeros 7 días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo. En el postparto o postcésarea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana de puerperio.

EFFECTOS COLATERALES.

- Hematoma en el área de aplicación
- Infección local
- Dermatitis
- Irregularidades menstruales
- Cefalea
- Mastalgia

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

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 hilos guías para su localización y extracción.

PRESENTACION:

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.



EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

INDICACIONES:

La inserción de DIU está indicada en 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 desean la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En el postparto, trans y postcésarea, con o sin lactancia
- En el postaborto

CONTRAINDICACIONES:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Útero con histerometría menor a 6cm
- Patología que deforme la cavidad uterina
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Presencia de corioamnioititis.

PRECAUCIONES:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Infecciones del tracto genital
- Hiperplasia endometrial
- Anemia y padecimientos hemorragíparos
- Dismenorrea severa
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica



- Antecedente de embarazo ectópico
- Ruptura prematura de membranas
- Trabajo de parto prolongado

FORMA DE ADMMINISTRACION:

El DIU debe ser colocado dentro de la cavidad uterina, en los siguientes momentos:

Periodo intergenésico: El DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

- Postplacenta: la inserción puede realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Ya sea después del parto o cesárea.
- Prealta: al egreso hospitalario que puede hacer la colocación del DIU, después de los resolución de cualquier evento obstétrico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCu 380A y TCu 220 es de 6 a 8 años y para los Multiload 375 y 250 es de 5 y 3 años, respectivamente.

EFFECTOS COLATERALES:

En general el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la incersión y se puede manifestar como:

- Dolor pélvico durante periodo menstrual



- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

OCLUSION TUBARICA BILATERAL

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubárica bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

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

INDICACIONES:

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que desean un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha
- Razones medicas
- Retardo menstrual

CONTRAINDICACIONES:

Enfermedad pélvica inflamatoria

PRECAUCIONES:

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Discrasias sanguíneas no controladas
- Anemia severa
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud para sus supervivencia



- Falta de motilidad uterina (adherencias)

FORMA DE APLICACIÓN:

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcésarea y posaborto, con anestesia local más sedación, bloqueo epidural, anestesia general.

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

Este método anticonceptivo es permanente, no se conocen efectos colaterales asociados al procedimiento.

VASECTOMIA

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 efectividad anticonceptiva mayor al 99%.

INDICACIONES:

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 medicas
- Retardo mental

CONTRAINDICACIONES:

- Criptorquidia
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular



- Historia de impotencia

PRECAUCIONES:

- Infección en el área operatoria
- Hidrocele
- Varicocele
- Filariasis (escroto engrosado)
- Enfermedades hemorrágicas.

FORMAS DE APLICACIÓN:

Hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí)

TECNICA TRADICIONAL:

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

TECNICA DE LI:

Es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el rafe escrotal. En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

La vasectomía no es efectiva inmediatamente, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las 25 eyaculaciones siguientes o hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.



EFECTOS COLATERALES:

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Equimosis
 - Infección de la herida quirúrgica
 - Granuloma
 - Hematoma

METODOS DE BARRERA Y ESPERMICIDAS

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

METODOS 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.

CONDON O PRESERVATIVO

Es una bolsa de plástico (látex) que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.



INDICACIONES:

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos
- En personas con actividad sexual esporádica
- Como apoyo en las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

CONTRAINDICACIONES:

- Alergia o hipersensibilidad al látex o espermicida
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

- Limitada al tiempo de utilización correcta del método

FORMA DE USO:

- Debe usarse un preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito
- Cada condón puede usarse una sola vez
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a 5 años
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no este circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón



- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún este erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.

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.

EFFECTIVIDAD:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de un 70 a 90% y puede incrementarse en asociación a otros métodos de barrera.

FORMULACIONES:

Cremas: el vehículo es ácido estereático y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

Óvulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.

Espumas en aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.



INDICACIONES:

Estos métodos están indicados en 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:

- Contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales
- Durante la lactancia
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera
- En periodo inmediato postvasectomía.

CONTRAINDICACIONES:

- Hipersensibilidad a algunos componentes de la fórmula

FORMA DE ADMINISTRACION:

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

EFFECTOS COLATERALES:

- Su uso puede producir en la pareja fenómenos de inflamación local, en personas sensibles a los ingredientes de la fórmula
- Reacciones alérgicas

METODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA:

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 un alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción del moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil, los métodos más utilizados son:



- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura
- Método del moco cervical o de Billings
- Método sintotérmico

EFFECTIVIDAD:

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

INDICACIONES:

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

CONTRAINDICACIONES:

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

METODO DEL CALENDARIO, DEL RITMO DE OGINO-KNAUS

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos



del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

METODO DE LA TEMPERATURA

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal, la mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de 3 días, pos elevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el ovulo sea fecundado.

METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS

METODO SINTOTERMICO (3)

FACTORES QUE IMPIDEN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

REQUISITOS DE AUTORIZACION DE TERCEROS:

En algunos países se exige que las mujeres obtengan la autorización del esposo o de uno de los padres para recibir anticonceptivos. Por ejemplo en Chad, a las mujeres casadas solo se les da una receta para adquirir un método de planificación familiar reversible, si tienen la autorización del esposo. Estos métodos aun reversibles solo se venden con receta médica. (4) (5)



En Chile, las mujeres deben tener el consentimiento de sus esposos para ser esterilizadas en los servicios públicos de salud. En Nicaragua no es exigida la autorización de terceros para que a la usuaria se le practique la esterilización quirúrgica; pero la decisión de esta influenciada por su marido, el cual la mayoría de las veces se opone. (4) (5)

DOCTRINAS RELIGIOSAS:

El discurso de las doctrinas religiosas se sigue articulando sobre tres bases fundamentales:

- La mujer debe estar subordinada al hombre
- La relación sexual tiene únicamente propósitos reproductivos, la mujer no puede decidir cuantos hijos quiere tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.
- Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivos “antinaturales”, solo aceptan los métodos naturales, siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno. Pero la misma iglesia que las obliga a tomar ese método también condena a las mujeres que practican o desean el aborto, una de las principales causas de muerte materna. (4) (6)

Sin embargo hay grupos religiosos que abogan por los derechos sexuales. En el documento del encuentro regional de católicas por el derecho de decidir en América Latina, realizado en Uruguay en 1994, se dice que las mujeres católicas continuaran contribuyendo a la des-construcción de los mitos católicos; dando a conocer el derecho de discernir, incorporando estas



perspectivas a los esfuerzos por hacer la realidad 105 derechos reproductivos, incluyendo la despenalización del aborto y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos. (4) (7)

INFLUENCIA DE ROL DE GÉNERO:

En razón del género, mujeres y hombres somos educados en conjuntos de deberes, prohibiciones y prerrogativas diferenciadas que constituyen la base de la desigualdad. La subordinación histórica de las mujeres nos ha excluido de las estrategias y políticas de desarrollo. (4) (6)

En esta situación de dependencia de la mujer respecto al hombre tiene repercusiones muy importantes sobre la salud reproductiva, ya que en numerosos casos la mujer no puede tomar decisiones sobre su vida sexual. Es dependiente de su marido y es este quien determina la cantidad de hijos y la situación económica ya que para poder probar su hombría, debe tener muchos hijos o hijas. (4) (6)

Además en nuestra sociedad están vigentes numerosos estereotipos sexuales que fomentan esta situación: el hombre debe demostrar su hombría, a través de la cantidad de hijos que tiene; la mujer debe tener hijos para sentirse realmente mujer. (4) (6)

Como consecuencia de esta discriminación sexual y el modelo económico imperante, las mujeres tienen poca cantidad de controlar sus capacidades reproductivas, lo que traduce altas tasas de fecundidad con una alta frecuencia de embarazos juveniles y un acelerado crecimiento demográfico (4)

Existe una relación directa entre el nivel educativo de la mujer y el número de hijos que tiene y las condiciones de salud de estos. Las mujeres con mayor nivel educativo y que tienen trabajo remunerado, constituyen generalmente familias más pequeñas. Es necesario sensibilizar a los hombres y mujeres y comprometerlos con su responsabilidad pro creacional. (4)



Los hombres deben participar más, no solo en la decisión de tener hijos sino también en el proceso de su crianza y educación, así como cuando se piensa en la decisión de usar anticonceptivos, la responsabilidad de su elección, adquisición y uso suelen recaer sobre la mujer. (4)

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

La información es fundamental para las personas que desean planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; sin embargo, cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente.

EDAD:

La edad es un factor importante en la fecundidad; en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre e hijo. La edad al momento del matrimonio o unión de hecho estable, es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad, asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio. El casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tenga menos hijos. El uso de anticonceptivos aumenta a la par de la mujer, probablemente porque esta ha adquirido más conocimientos sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos. (4) (8)



ESTADO CIVIL:

El tener múltiples compañeros influye sobre la fecundidad, elevándolo. Si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas.

Algunos estudios revelan que la cantidad de mujeres solteras es menor en las áreas rurales. Las mujeres más jóvenes entre los 12 y 19 años con un nivel educativo más alto y del área urbana, se encuentran en su mayoría solteras; en cambio sí son jóvenes y con bajo nivel educativo, es probable que se encuentren en unión libre. (4) (9)

ESCOLARIDAD:

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inadecuadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como el cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar. (4) (10)

PROCEDENCIA:

El uso de métodos anticonceptivos varía de acuerdo a residencia; un mayor porcentaje de mujeres urbanas, especialmente las que habitan en la capital, utilizan más anticonceptivos en comparación con las mujeres de área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad de los miembros de la ciudad.

Muchas mujeres que dan a luz en áreas rurales son atendidas por parteras o familiares, por lo cual no reciben asesoramiento acerca de los métodos de planificación familiar. Existen además otros factores asociados como son los conflictos entre proveedores y usuarios, la falta de personal debidamente



calificado y capacitado para la prestación del servicio y la accesibilidad a la unidad de salud por parte de los usuarios. (4)

RELIGION:

En América Latina la religión en general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones personales, en algunos países ejercen u efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de salud, vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas. En general, las principales religiones consideran la planificación familiar como parte de la vida hogareña y como factor importante en la estabilidad conyugal. (4)

Concuerta en afirmar que la planificación familiar constituye una obligación de paternidad responsable, siempre que se respeten los designios de la iglesia, tal es el caso de la católica que considera el método del ritmo como la única forma aceptable.

Sin embargo existen comunidades donde la religión juega un papel significativo en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, sobre todo en áreas remotas con baja escolaridad, en las cuales se considera, que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres. (4) (6)

OCUPACION:

Está estrechamente relacionada con la procedencia. Se ha observado que si la ocupación en agrícola, por ser la procedencia rural, se encuentra en baja prevalencia de uso de anticonceptivos y si la ocupación es de tipo obrera por ser de procedencia urbana, hay mayor uso de anticonceptivos. (4)



FACTOR ECONOMICO:

Aunque en las unidades de salud se distribuyen los métodos anticonceptivos de forma gratuita, muchas veces el abastecimiento es poco, no hay donde comprarlos, la accesibilidad es muy difícil en época de lluvia en área rural, e incluso en algunos casos es por falta de financiamiento para pagar viáticos y combustible al personal de las brigadas móviles de salud que penetran a áreas de acceso difícil. (4)

Es importante resaltar, que en muchas comunidades de nuestro país, este es un factor determinante ya que va de la mano con una bajo nivel sociocultural y todos los inconvenientes que esto implica.

FACTORES CULTURALES:

En México los mitos y creencias se encuentran muy arraigados entre la población, influenciando todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. Los métodos anticonceptivos no son la excepción, como lo demuestra la gran cantidad de mitos y creencias sobre los mismos existen en nuestro país.

Es importante señalar que muchas veces el abordaje realizado al usuario y la estrategia de mercado utilizada, es fundamental para lograr un efecto positivo en la población, ya que el primer contacto de la misma con los métodos, va a determinar una actitud positiva o negativa hacia los mismos. La campaña de educación se debe de adecuar a las características de la población hacia la cual va dirigida, ya que muchas veces la información recibida por el usuario es tergiversada por su falta de comprensión de la misma. (4)

MITOS Y CREENCIAS:

Todas las personas tienen derecho a verse libres de temores impuestos desde el exterior, de la vergüenza de sentirse culpables, de las creencias



basadas en mitos, y otros factores psicológicos que inhiben a la respuesta sexual o impiden las relaciones sexuales. (4) (11)

A pesar de la utilización de métodos anticonceptivos modernos, siempre surgen temores en la población sobre posibles efectos adversos como: esterilidad, malformaciones congénitas, daños en la mujer, esto limita una mayor utilización de los métodos anticonceptivos en mujeres que tienen necesidades insatisfechas. (4) (11)

La ignorancia sobre los métodos anticonceptivos es generalizada, la razón más común citada por los adolescentes es haber tenido relaciones sexuales sin protección, es la falta de conocimientos sobre anticoncepción. (4)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas más frecuentes a los que los médicos del primer nivel de atención nos enfrentamos, son los embarazos no planeados o no deseados, resultado de una baja utilización de métodos de anticoncepción, situación evidenciada en la baja cobertura de métodos de planificación familiar a pesar de las estrategias de los programas de salud

En el país el 76.1 % de las mujeres en edad fértil están expuestas potencialmente a un embarazo. La situación conyugal muestra que las mujeres en edad fértil unidas son sexualmente activas representan un 84%.

Sin embargo a pesar de que las mujeres que acuden a demandar servicios de salud, cuando se les pregunta sobre el conocimiento de métodos, la mayoría asientan el 98% refieren conocerlos, y cuando se le propone su uso en beneficio de su salud, se niegan a hacerlo, no determinando las causas de no aceptación.

Sabemos que el nivel de escolaridad guarda relación inversamente proporcional con la maternidad y sugiere que el inicio de vida sexual activa se posterga con la escolaridad, así como el número de hijos. De igual la forma la escolaridad guarda una relación directa con los mitos, miedos tabúes, hacia el no uso de métodos.

La idea surge por la falta de aceptación de métodos de planificación familiar y la baja cobertura que existe en este centro de salud; además de los embarazos no deseados que se han presentado en esta comunidad, embarazos de alto riesgo, sobre todo en adolescentes.

Existen factores socioculturales como la religión y el machismo (condición que involucra al varón) y que al parecer inciden de alguna forma en la conducta negativa de la mujeres a no aceptar métodos.



El estado civil es una condición que influye en el uso o no uso de los métodos, y se refiere que las casadas son las que más aceptan a diferencia de las solteras que por su condición son señaladas socialmente.

Es importante identificar la causas por las cuales las mujeres en edad fértil que acuden a esta unidad no aceptan los métodos de planificación familiar, puede deberse a diversos factores: institucionales, religiosos, socioculturales, educativos, de salud, actitudinal y psicológico.

Por todo lo anterior al realizar el presente estudio de investigación nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en el centro de salud de conca?



JUSTIFICACION:

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamientos adecuados, edad materna de 25 a 35 años y un intervalo inter genésico mayor a 2 años, mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas, lo cual contribuye a disminuir presiones en las ciudades, evitando conflictos y evitando los recursos. (14)

México es un país en desarrollo que aun cuenta con altos índices de analfabetismo, embarazos no deseados y no planeados, embarazos en adolescentes, periodos inter genésicos cortos, inicio de vida sexual activa a corta edad en promedio a los 16 años. (15)

Las estadísticas en cuanto a tasas de fecundidad, natalidad y uso de anticonceptivos han ido disminuyendo en los últimos años pero ha sido lento el progreso ya que han influido muchos factores para que las mujeres en edad fértil y sexualmente activas no acepten los métodos de planificación familiar lo cual afecta la salud reproductiva de la mujer a pesar de las estrategias establecidas por los programas de salud. (15)

Estudios realizados sobre el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes venezolanos, refleja un problema cultural, no lo adquieren por miedo al qué dirán. Este es un tema tabú (14) (16)

Investigaciones relacionadas en Chile sobre factores personales asociados al uso de anticonceptivos, los más importantes están la edad, el conocimiento de reproducción y anticoncepción, desempeño escolar, aspiraciones académicas, afiliación religiosa y religiosidad. (14)

Es importante conocer las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en la localidad de Conca ya que en los últimos reportes del



2012 se registraron embarazos de alto riesgo sobre todo en adolescentes menores de 19 años

En el centro de salud de la Conca la demanda de métodos anticonceptivos ha sido insuficiente, por lo que es de suma importancia conocer los factores principales que influyen en la toma de decisiones respecto a planificación familiar en mujeres en edad fértil, ya que no existe ningún estudio local, el cual nos permita conocer estos factores para así poder lograr estrategias y mejorar esa situación ya que es un problema de salud pública.

Se logró identificar que el Centro de Salud de Conca existe un alto índice de embarazos de alto riesgo en adolescentes de 14 a 17 años, embarazos no deseados, lo cual ocasiona migración, desintegración familiar, debido al inicio de vida sexual activa a corta edad, publicando también en la Encuesta Nacional de Salud 2009 un promedio de 16 años. (13) (15)



OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Conocer las causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 12 a 49 años que acuden al Centro de Salud de Conca en el periodo de Enero a Febrero del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo a la edad.
- 2.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo al estado civil.
- 3.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo al nivel de escolaridad.
- 4.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo a la ocupación.
- 5.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo a la religión.
- 6.- Determinar que mujeres en edad fértil no utilizan métodos de planificación familiar de acuerdo al número de gestas.
- 7.- Determinar si a las mujeres en edad fértil que si utilizan métodos de planificación familiar se les ha ofrecido la información adecuada de los mismos al momento de aceptarlos.



8.- Determinar que personal de salud prefieren las mujeres en edad fértil para que les brinde información sobre los métodos de planificación familiar.

9.- Determinar si las mujeres en edad fértil consideran importantes los métodos de planificación familiar.

10.-Determinar si se les ha ofertado a las mujeres en edad fértil algún método de planificación en su Centro de Salud.

11.- Determinar si las mujeres en edad fértil que no utilizan un método de planificación familiar aceptarían alguno en el momento de la encuesta.



HIPOTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no requiere de formulación de hipótesis.



METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo

POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ETUDIO

El grupo de población estudiada fueron las mujeres en edad fértil de 12 a 49 años que acudieron al Centro de Salud

El estudio se realizó durante el periodo de Enero a Febrero del 2013 en el Centro de Salud de Conca, Municipio de Arroyo Seco Querétaro

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico EPIInfo versión 6 y se consideró un universo de mujeres en edad fértil de 543 (N), con un nivel de confianza del 95%, con una prevalencia de no uso de métodos del 34% y en el peor estimado del 24%, arrojando un a muestra (n) de 74 mujeres.



CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las mujeres que asistan al centro de salud de Conca, Municipio de Arroyo Seco por cualquier motivo en edad reproductiva de 12 a 49 años que aceptaron contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no radiquen en la localidad de Conca.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Que respondan en forma incompleta el cuestionario.

INFORMACION A RECOLECTAR

Se utilizó un cuestionario de con cinco preguntas para determinar aspectos sociodemográficos, dos para antecedentes gineco obstétricos y ocho preguntas cerradas relativas a causa de no aceptación de métodos anticonceptivos.



VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Cuantitativa intervalo	12-19 20-34 35-49
ESTADO CIVIL	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. De un individuo	Situación conyugal	Cualitativa nominal	Casada Soltera Unión libre divorciada
ESCOLARIDAD	Nivel académico	Ultimo año aprobado	Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica universidad
OCUPACION	Trabajo, empleo u oficio	Actividad que realiza actualmente	Cualitativa nominal	Hogar Empleada comerciante
RELIGION	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	creencias	Cualitativa nominal	Católica Testigo de jehová Cristiana otra
METODOS ANTICONCEPTIVOS	Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados	Si utilizados No utilizados	Cualitativa nominal	Pastillas Inyecciones Dispositivo OTB



				Implante Condones Método natural (lactancia materna, Ritmo, coito interrumpido Otro
FACTORES DE NO ACEPTACION DE MPF	Motivo o circunstancias por las cuales el entrevistado rehúsa o abandona el empleo de métodos anticonceptivos	Factores sociales Factores culturales Mitos, tabúes y leyendas Falta de información	Cualitativa nominal	Por mi esposo Por mi religión No tengo pareja Me da miedo No los conozco Me han hablado mal de ellos Me hacen daño El médico me dijo no Me han dicho no hay Migración

(15)



METODO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Se aplicó la encuesta a 74 mujeres en edad fértil que acudieron al Centro de Salud por cualquier motivo que aceptaran responder la encuesta

Para la recolección de la información se pidió autorización a la Jurisdicción Sanitaria No.4 al departamento de Salud Reproductiva para aplicar la encuesta a todas las mujeres en edad fértil que asistieran al centro de salud y que aceptaran responderla, leyendo previamente el consentimiento informado; así como al director del Centro de Salud.

Posteriormente se aplicó la encuesta a las 74 mujeres que aceptaron responderla posteriormente de haber firmado el consentimiento informado, aclarando y resolviendo dudas a las encuestadas.

Los resultados se vaciaron a una base de datos del programa SPSS 15 para obtener los resultados y las gráficas.

PRUEBA PÍLOTO:

Se hizo una prueba piloto a 10 pacientes que acudieron al Centro de Salud de Conca, a fin de determinar errores en el planteamiento de la encuesta, y arrojaba la información deseada.



ANALISIS ESTADÍSTICO

Se vació la información recolectada en las encuestas en el programa estadístico SSPS 15, posteriormente se pasó la información al programa de Excel para obtener la gráficas finales.

CRONOGRAMA

	ENE-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN	JUL-AGO.	SEP.OCT	NOV-DIC
2011	Determinar título y anteproyecto	Presentación ante comités estatal	Justificación y planteamiento del problema	marco teórico	marco teórico	marco teórico
2012	Ejecución de las acciones	Trabajo de campo	Prueba piloto	Especificación de los recursos financieros y humanos	Ejecución del proyecto	Ejecución del proyecto
2013	Trabajo de campo	Análisis de resultados				



RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

RECURSOS HUMANOS:

Investigador principal y asesores expertos

RECURSOS MATERIALES:

Bolígrafos, copias, impresora, equipo de cómputo

RECURSOS FINANCIEROS:

Propios del investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Como está establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Los aspectos éticos en la investigación con seres humanos y con las excepciones que el reglamento señala, este estudio responde a lo establecido en el Artículo 15: los sujetos de estudio no estarán expuestos a riesgos ni daño físico ni psicológico además de proteger la identidad del individuo sujeto a la investigación. El Artículo 17 menciona que una investigación sin riesgo es aquella donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Para la realización de esta investigación se contara con la aprobación de las autoridades de salud correspondientes, además del consentimiento informado por escrito por parte de las mujeres en edad fértil. Los resultados se darán a



conocer al final de la investigación, sin olvidar el Artículo 120 que menciona que el investigador, podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación.



RESULTADOS

Características socio demográficas

Del total del grupo de estudio de 74 mujeres, la media de edad fue 28.45, la mediana 25.5, la moda 25, con una desviación estándar de 8.9. La edad mínima 14 años y la máxima de 48 años. (Tabla n° 1)

Los grupos de edad en las mujeres en edad fértil fueron; 12 a 19 años un total de 12 que representaron el 16.2%, el de 20 a 34 años fueron 43 con un porcentaje de 58.1%, el de 35 a 49 años fueron 19 con un porcentaje de 25.7%, (Tabla 2 y Gráfico 1).

El estado civil del grupo de estudio fue; casada con un total de 23 que representó el 31.1%, soltera con un total de 23 que representó el 31.1%, la unión libre con un total de 27 que representó el 36.5% y divorciada fueron 1 con un porcentaje de 1.4%. (Tabla 3 y Gráfico 2).

La escolaridad del grupo estudio fue; analfabeta con un total de 5 que representó un 6.8%, primaria con un total de 25 que representó 33.8%, secundaria fueron 26 con un porcentaje de 35.1%, preparatoria fueron 11 con un porcentaje de 14.9%, técnica fueron 3 que representó el 4.1% y la universidad con 4 que representó el 5.4%. (Tabla 4 y Gráfico 3).

La ocupación del universo de estudio fue; hogar con un total de 55 que representó el 74.3%, empleada fueron 10 con un porcentaje de 13.5% y las estudiantes con 9 que representó el 12.2% (Tabla 5 y Gráfico 4).

La religión del grupo de estudio fue; católica con 69 que representó el 93.2%, cristiana con 4 que representó el 5.4% y otra con 1 que representó el 1.4%. (Tabla No. 6 y Gráfico 5)



El número de gestas en las mujeres en edad fértil fue; nuligesta 15 con 20.3%, primigestas fueron 18 que representan el 24.3%, 2-3 gestas son 22 con el 29.7% y más de 3 gestas con 19 que representó el 25.7%. (Tabla 7 y Gráfico 6).

Las mujeres que utilizan método de planificación familiar fueron 45 que representan el 60.8% y 29 con respuesta negativa que representó el 39.2%. (Tabla 8 y Gráfico 7).

De acuerdo al grupo de edad se identificó las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar; 12-19 años fueron 4 con respuesta afirmativa que representó el 33.3% y 8 con respuesta negativa que representó el 66.7%, 20-34 años fueron 29 con respuesta afirmativa que representó el 67.4% y 14 con respuesta negativa que representó el 32.6%, 35-49 años fueron 12 con respuesta afirmativa que representó el 63.2% y 7 con respuesta negativa que representó el 36.8%. (Tabla 9 y Gráfico 8).

De acuerdo al estado civil se identificó las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar; casadas fueron 17 con respuesta afirmativa que representó el 73.9% y 6 con respuesta negativa que representó el 26.1%, soltera fueron 7 con respuesta afirmativa que representó el 30.4% y 16 con respuesta negativa que representó el 69.6%, unión libre fueron 21 con respuesta afirmativa que representó el 77.8% y 6 con respuesta negativa que representó el 22.2%, divorciada no hubo afirmativo y solo 1 con respuesta negativa que representó el 100% (Tabla 10 y Gráfico 9).

Las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su escolaridad fueron; analfabetas fueron 3 con respuesta afirmativa que representó el 60% y 2 con respuesta negativa que representó el 40%, primaria fueron 19 con respuesta afirmativa que representó el 76% y 6 con respuesta negativa que representó el 24%, secundaria fueron 15 con respuesta afirmativa



que representó el 57.7% y 11 con respuesta negativa que representó el 42.3%, preparatoria fueron 5 con respuesta afirmativa que representó el 45.5% y solo 6 con respuesta negativa que representó el 54.5%, técnica fueron 2 con respuesta afirmativa que representó el 66.7% y 1 con respuesta negativa que representó el 33.3%, universidad fueron 1 con respuesta afirmativa que representó el 25% y 3 con respuesta negativa que representó el 75%. (Tabla 11 y Gráfico10).

Las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su ocupación fueron; hogar fueron 40 con respuesta afirmativa que representó el 72.7% y 15 no usan método con respuesta negativa que representó el 27.3%, ocupación empleada fueron 4 con respuesta afirmativa que representó el 40% y 6 con respuesta negativa que representó el 60% y estudiante fue 1 con respuesta afirmativa que representó el 11.1% y 8 con respuesta negativa que representó el 88.9%. (Tabla 12 y Gráfico11).

Las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su religión fueron; católica fueron 41 con respuesta afirmativa que representó el 59.4% y 28 con respuesta negativa que representó el 40.6%, cristiana fueron 3 con respuesta afirmativa que representó el 75% y 1 con respuesta negativa que representó el 25% y otra fue 1 con respuesta afirmativa que representó el 100% y no hubo respuesta negativa. (Tabla 13 y Gráfico12).

Las mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según el número de gestas fueron; nuligesta fueron 3 con respuesta afirmativa que representó el 20% y 12 con respuesta negativa que representó el 80%, primigesta fueron 11 con respuesta afirmativa que representó el 61.1% y 7 con respuesta negativa que representó el 38.9%, 2-3 gestas fue 18 con respuesta afirmativa que representó el 81.8% y 4 con respuesta negativa que representó el 18.2% y más de 3 gestas con 13 con respuesta positiva que representó el 68.4% y 6 con respuesta negativa que representó el 31.6%. (Tabla 14 y Gráfico13).



Los métodos de planificación familiar utilizados en las mujeres en edad fértil fueron: pastilla con 1 usuaria que representó el 1.4%, inyección con 9 que representó el 12.2%, dispositivo intrauterino con 5 que representó el 6.8%, quirúrgico (operada) con 14 que representó el 18.9%, implante subdérmico con 8 que representó el 10.8%, condón con 4 que representó el 5.4% y método natural con 4 que representó el 5.4%. Aquí cabe mencionar que dentro de este rubro se incluyó dentro de los métodos naturales la lactancia, el coito interrumpido, el método del ritmo. (Tabla No. 15 y Gráfico 14).

De las mujeres en edad fértil que respondieron que si utilizan métodos de planificación familiar se les realizó la pregunta de si les había ofrecido información sobre los métodos de planificación familiar en los centros de salud al momento de aceptarlos, 38 respondieron que sí y representan el 51.4% y 7 dijeron que no y representan el 9.5%. (Tabla No. 16 y Gráfico 15)

Dentro de las causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil fueron: no tienen pareja 17 que representó el 23%, por tener miedo a utilizarlo 1 que representó el 1.4%, no conocen los métodos de planificación 1 que representó el 1.4%, porque les hacen daño 5 que representó el 6.8%, no hay en existencia cuando los han solicitado 1 que representó el 1.4% y por migración del esposo 4 que representó el 5.4%. (Tabla No. 17 y Gráfico 16)

El personal de salud que las mujeres en edad fértil prefieren para que les oferten los métodos de planificación familiar fueron: médico 47 que representó el 63.5%, enfermera 26 que representó el 35.1% y el promotor de salud 1 que representó el 1.4%. (Tabla No. 18 y Gráfico 17)

Sobre la pregunta, si los métodos de planificación familiar son importantes, 70 respondieron que si (94.6%) y 4 dijeron que no (5.4%). (Tabla No. 19 y Gráfico 18)



Respecto a la oferta de los métodos de planificación familiar en los centros de salud en las mujeres en edad fértil fueron de 63 con respuesta positiva que representó el 85.1% y 11 con respuesta negativa que representó el 14.9%. (Tabla No. 20 y Gráfico 19)

De las mujeres que no utilizan métodos de planificación familiar se les preguntó si aceptarían utilizar un método de planificación familiar y 3 contestaron afirmativo que representó el 4.1% y 26 con respuesta negativa que representó el 35.1%. (Tabla No. 21 y Gráfico 20)



CUADROS Y GRAFICAS

Tabla No.1 Universo de estudio

	No.
VALIDOS	74
PERDIDOS	0
MEDIA	28.45
MEDIANA	25.5
MODA	25
DESVIACIÓN TÍPICA	8.9
MÍNIMO	14
MÁXIMO	48

Fuente: Encuestas



Tabla No. 2 Grupos de edad de las Mujeres en edad fértil

Grupos de edad	No.	Porcentaje (%)
12-19 años	12	16.2
20-34 años	43	58.1
35-49 años	19	25.7
Total	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfico No. 1 Grupos de edad de las mujeres en edad fértil

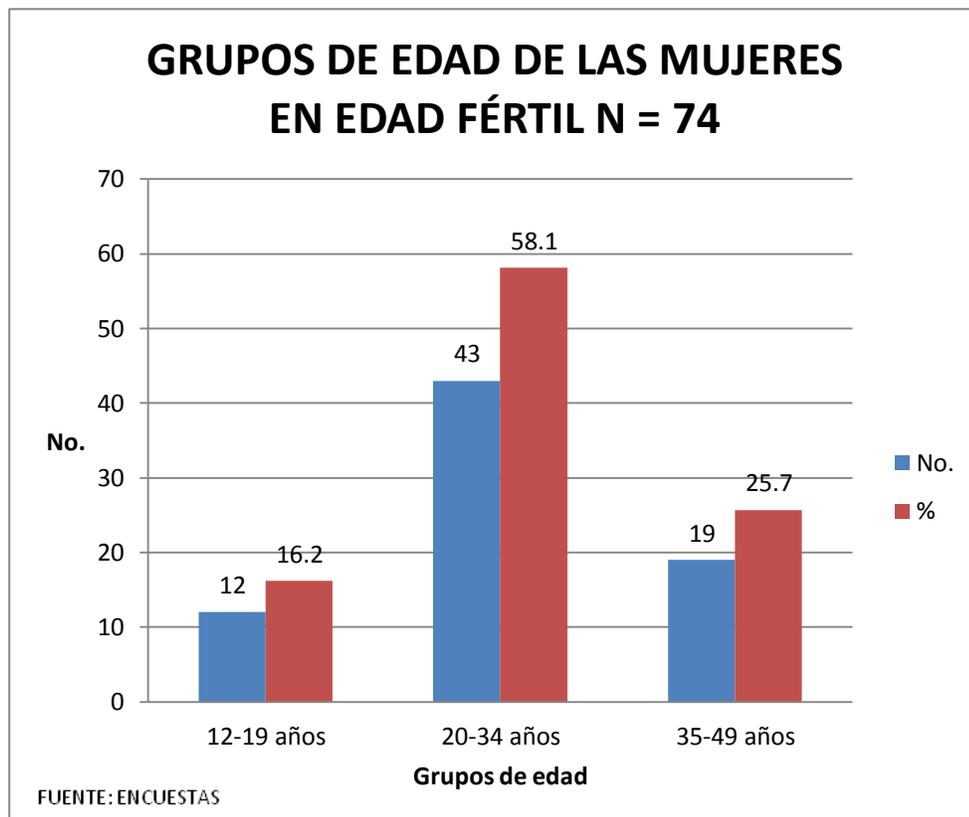




Tabla No. 3 Estado civil de las mujeres en edad fértil

Estado civil	No.	Porcentaje (%)
casada	23	31.1
soltera	23	31.1
unión libre	27	36.5
divorciada	1	1.4
total	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No.2 Estado civil de las Mujeres en edad fértil

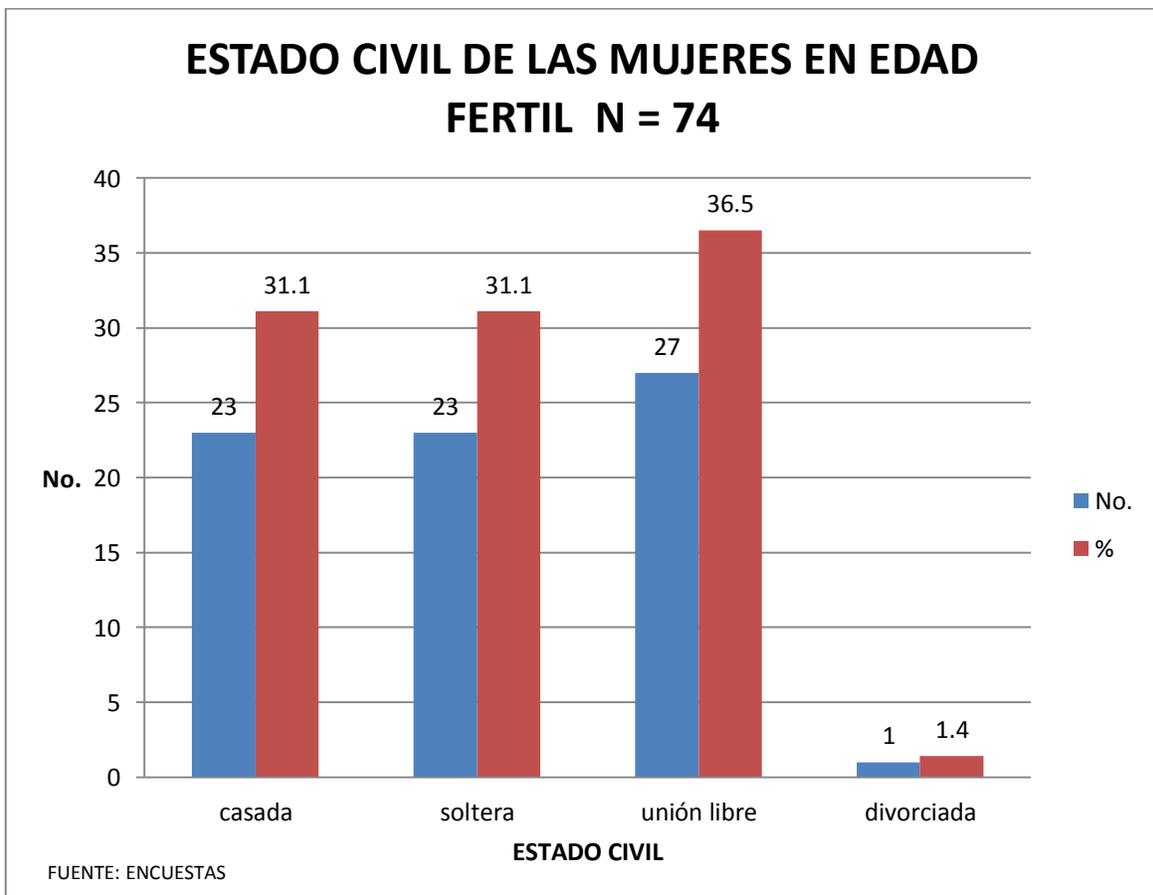




Tabla No. 4 Escolaridad de las Mujeres en edad fértil.

Escolaridad	No.	Porcentaje (%)
analfabeta	5	6.8
primaria	25	33.8
secundaria	26	35.1
preparatoria	11	14.9
técnica	3	4.1
universidad	4	5.4
total	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 3 Escolaridad de las Mujeres en edad fértil.

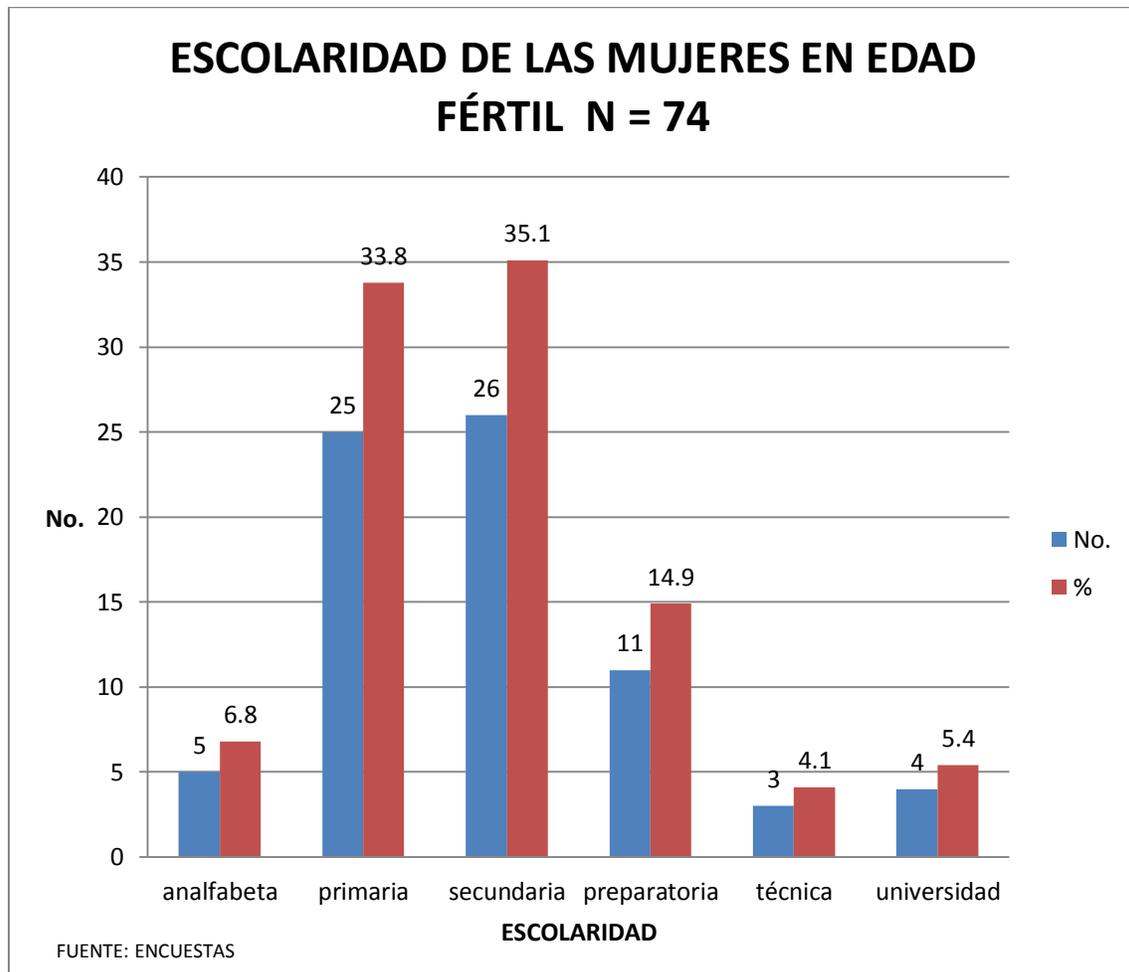




Tabla No. 5 Ocupación de las Mujeres en edad fértil.

Ocupación	No.	Porcentaje (%)
hogar	55	74.3
empleada	10	13.5
estudiante	9	12.2
total	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 4 Ocupación de las Mujeres en edad fértil.

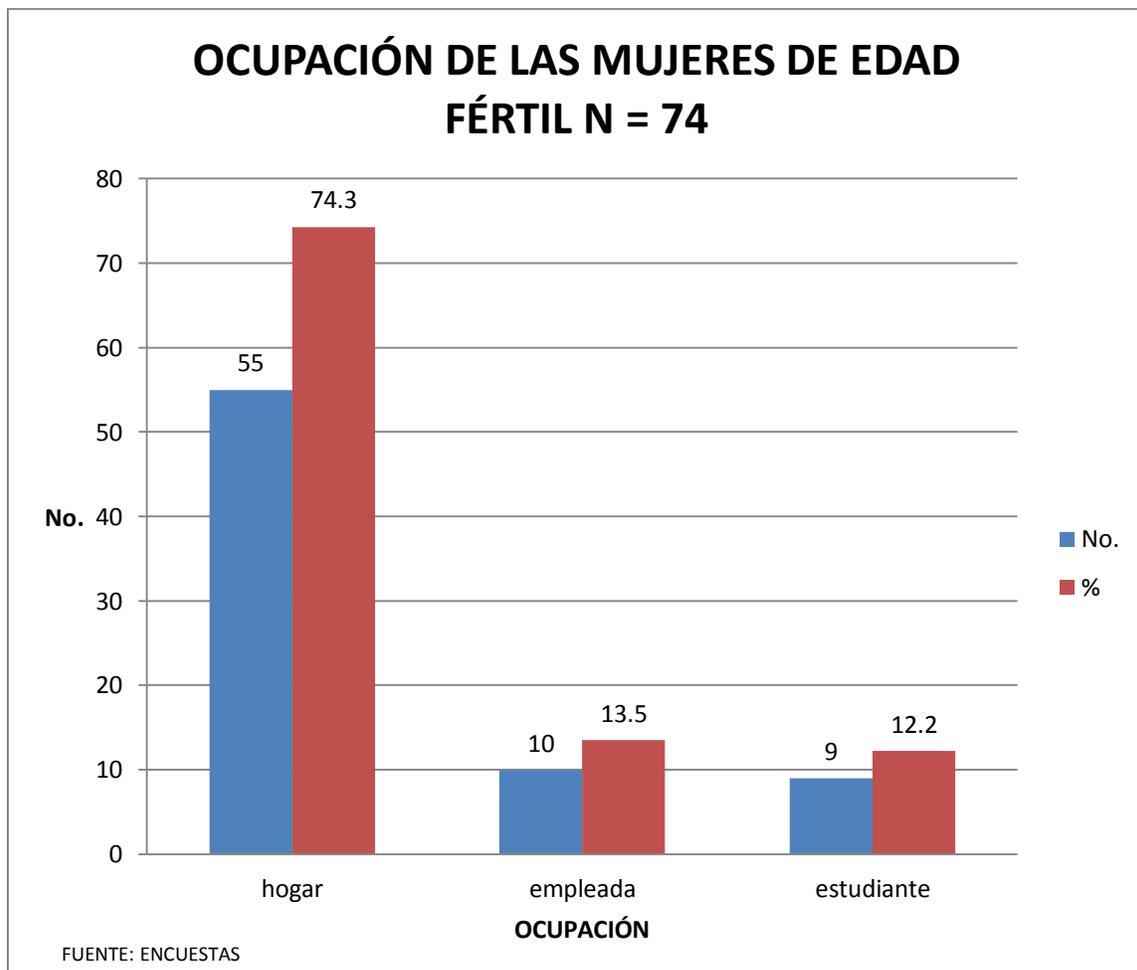




Tabla No. 6 Religión de las Mujeres en edad fértil.

Religión	No.	Porcentaje (%)
católica	69	93.2
cristiana	4	5.4
otra	1	1.4
total	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 5 Religión de las Mujeres en edad fértil.

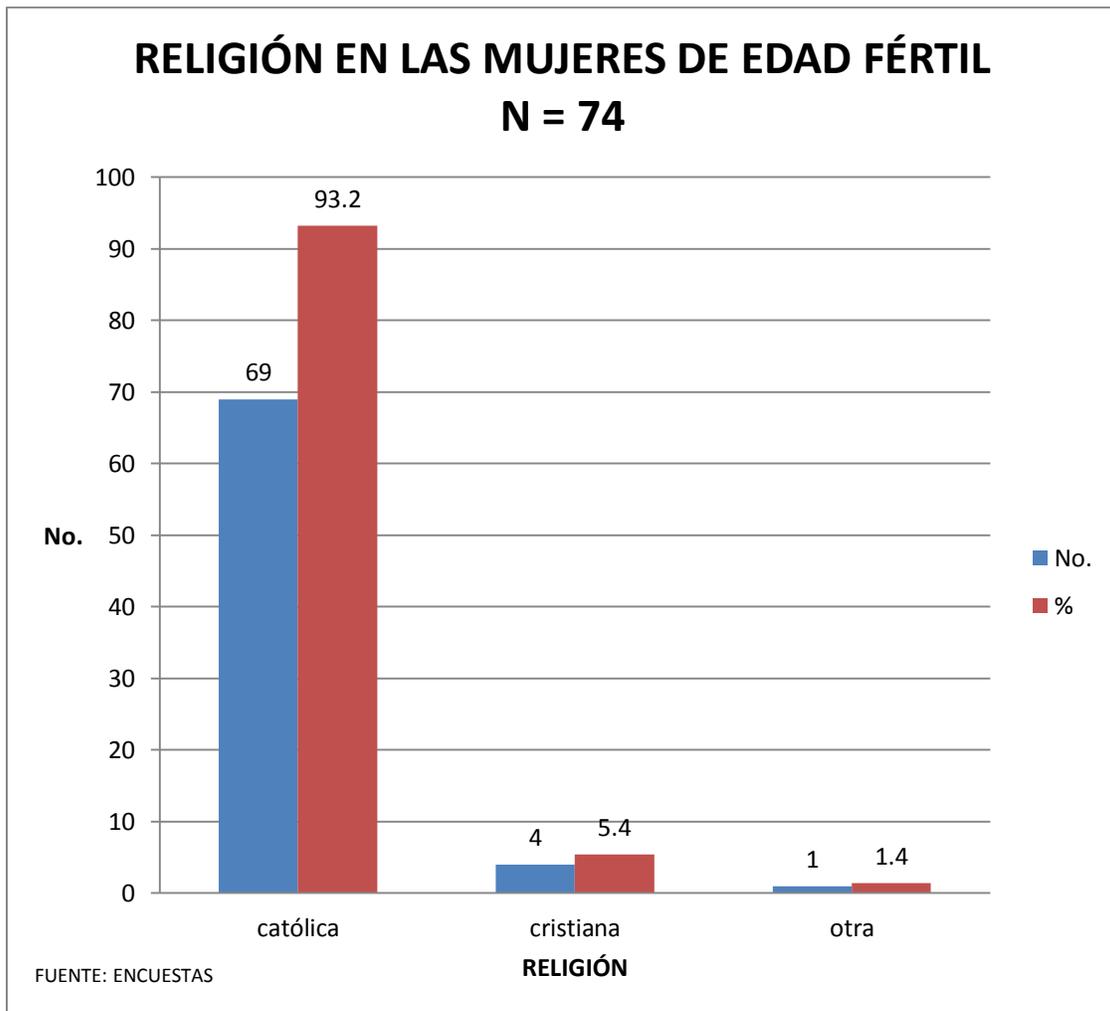




Tabla No. 7 Número de Gestas de las Mujeres en edad fértil

Gestas	No.	Porcentaje (%)
NULIGESTA	15	20.3
PRIMIGESTA	18	24.3
2-3 GESTAS	22	29.7
más 3 GESTAS	19	25.7
TOTAL	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 6 Número de Gestas de las Mujeres en edad fértil

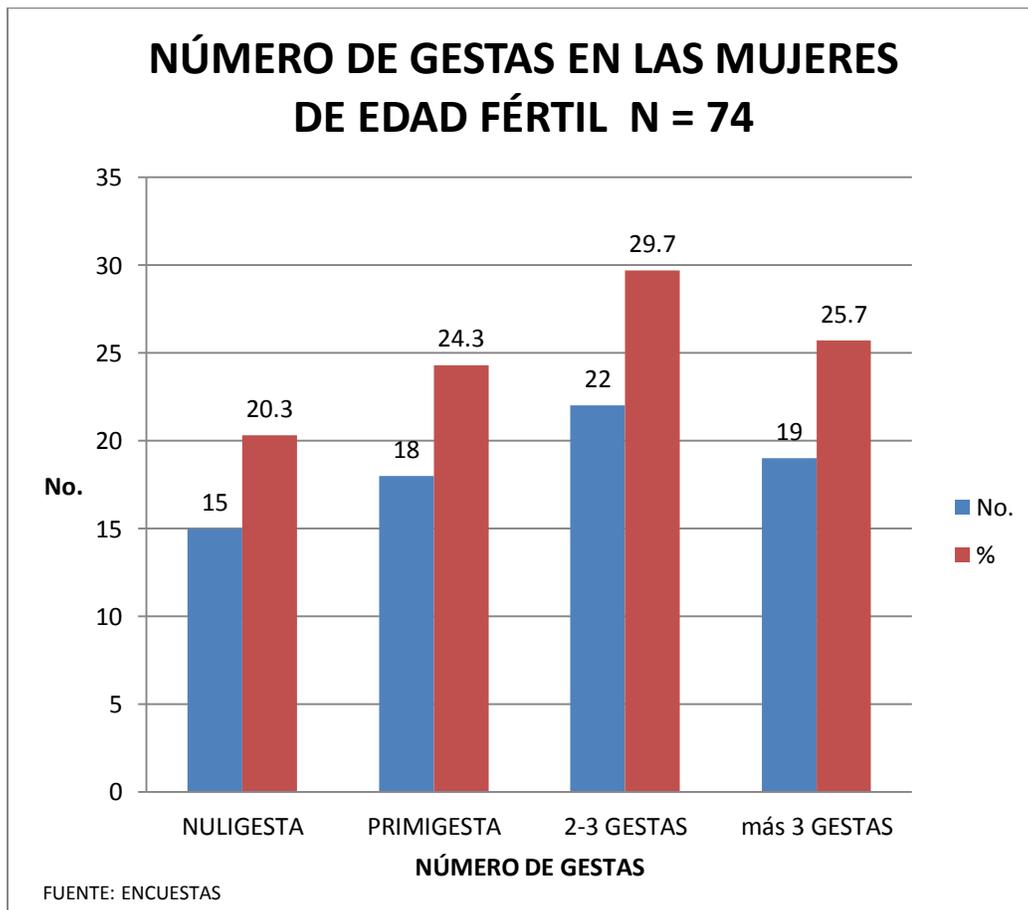




Tabla No. 8 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar.

Variable	No.	Porcentaje (%)
SI	45	60.8
NO	29	39.2
TOTAL	74	100

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 7 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar.

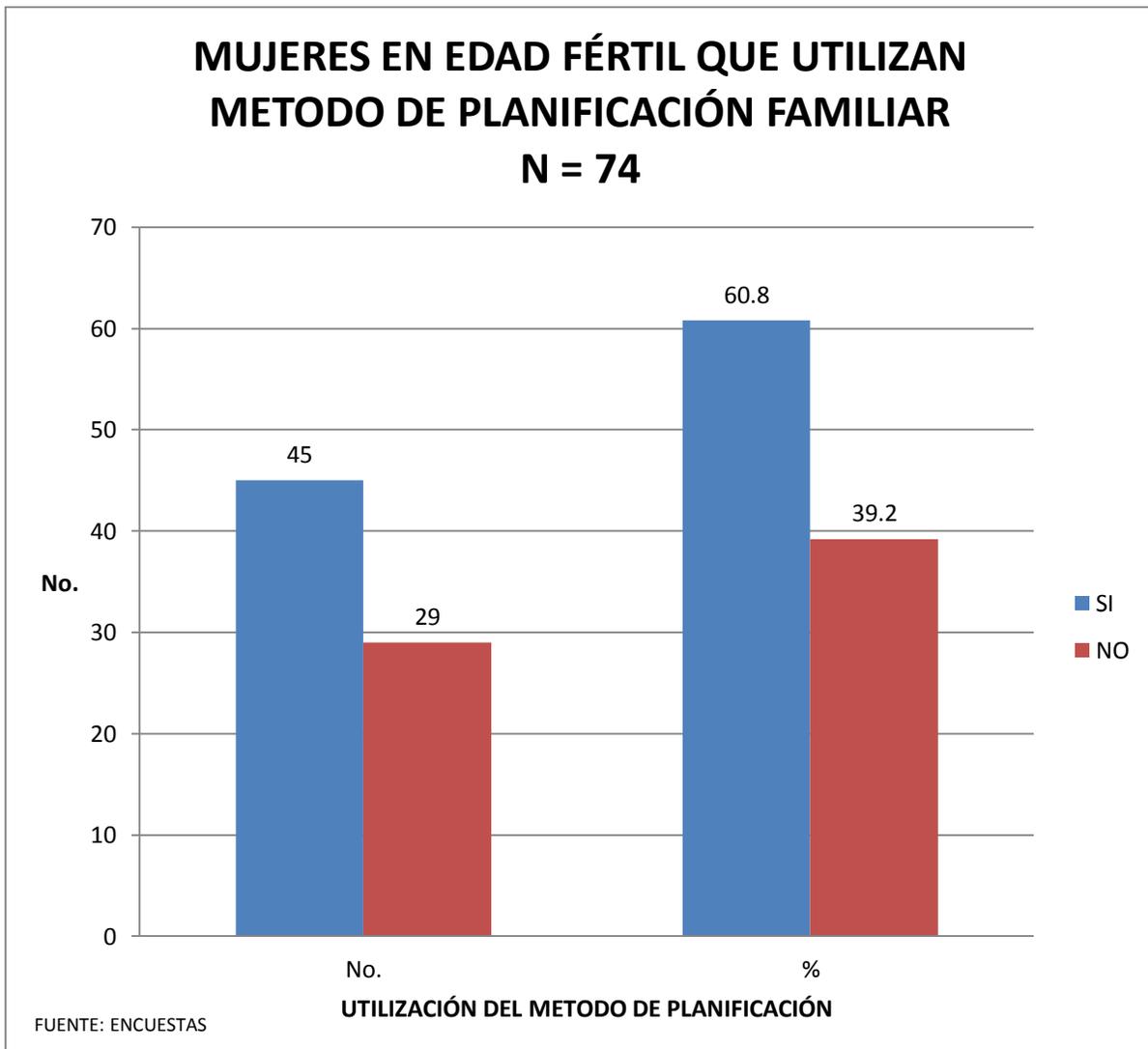




Tabla No. 9 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar por grupo de edad.

Variable	SI	NO
12-19 AÑOS	4	8
Porcentaje (%)	33.3	66.7
20-34 AÑOS	29	14
Porcentaje (%)	67.4	32.6
35-49 AÑOS	12	7
Porcentaje (%)	63.2	36.8
TOTAL	45	29
Porcentaje (%)	60.8	39.2

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 8 Mujeres en edad fértil que utilizan de planificación familiar por grupo de edad.

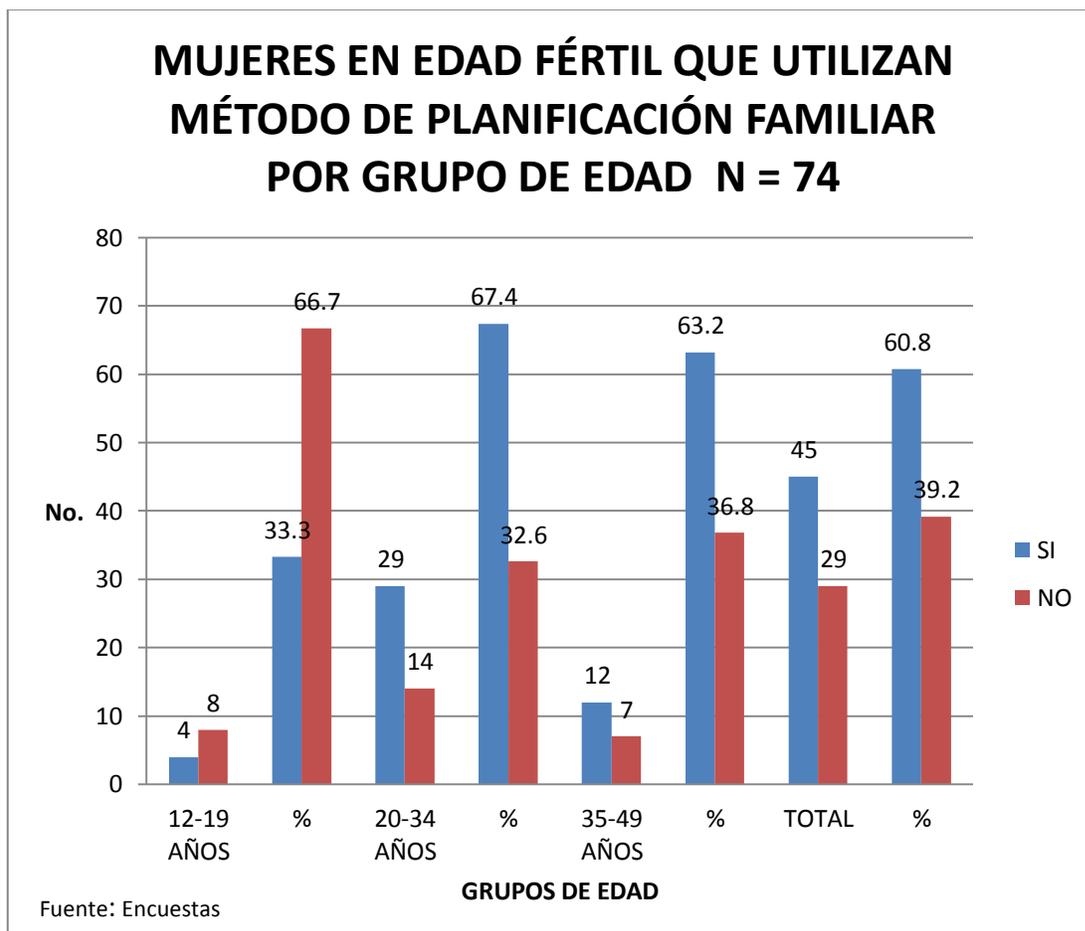




Tabla No. 10 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su estado civil.

Variable	SI	NO
CASADA	17	6
	73.9	26.1
SOLTERA	7	16
	30.4	69.6
UNION LIBRE	21	6
	77.8	22.2
DIVORCIADA	0	1
	0	100
TOTAL	45	29
	60.8	39.2

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 9 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su estado civil.

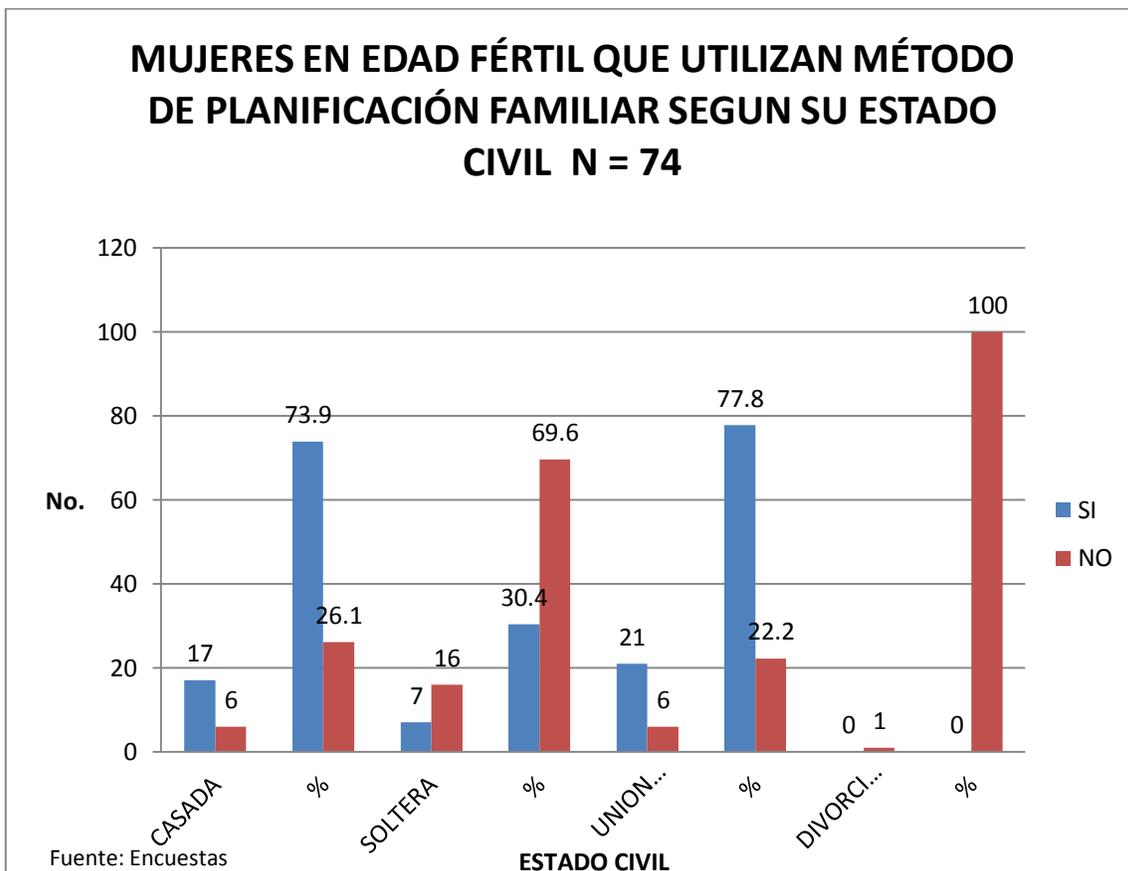




Tabla No. 11 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su escolaridad.

Variable	SI	NO
ANALFABETA	3	2
Porcentaje (%)	60	40.0
PRIMARIA	19	6
Porcentaje (%)	76	24.0
SECUNDARIA	15	11
Porcentaje (%)	57.7	42.3
PREPARATORIA	5	6
Porcentaje (%)	45.5	54.5
TECNICA	2	1
Porcentaje (%)	66.7	33.3
UNIVERSIDAD	1	3
Porcentaje (%)	25	75.0
TOTAL	45	29
Porcentaje (%)	60.8	39.2

Fuente: Encuestas



Gráfica No. 10 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su escolaridad.

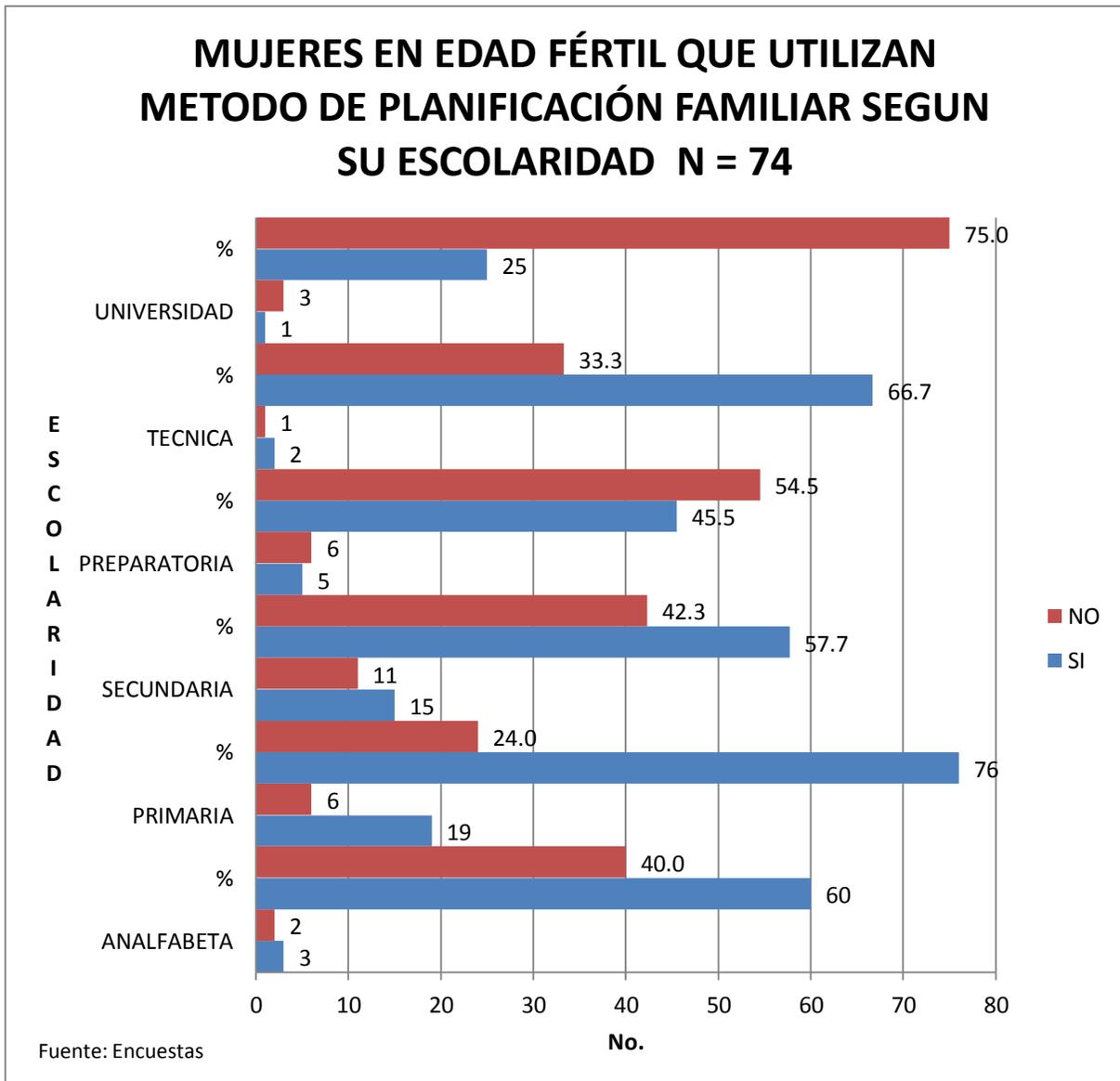




Tabla No. 12 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su ocupación.

Variable	SI	NO
HOGAR	40	15
Porcentaje (%)	72.7	27.3
EMPLEADA	4	6
Porcentaje (%)	40	60
ESTUDIANTE	1	8
Porcentaje (%)	11.1	88.9
TOTAL	45	29
Porcentaje (%)	60.8	39.2

Fuente: Encuestas



Gráfica No. 11 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su ocupación.

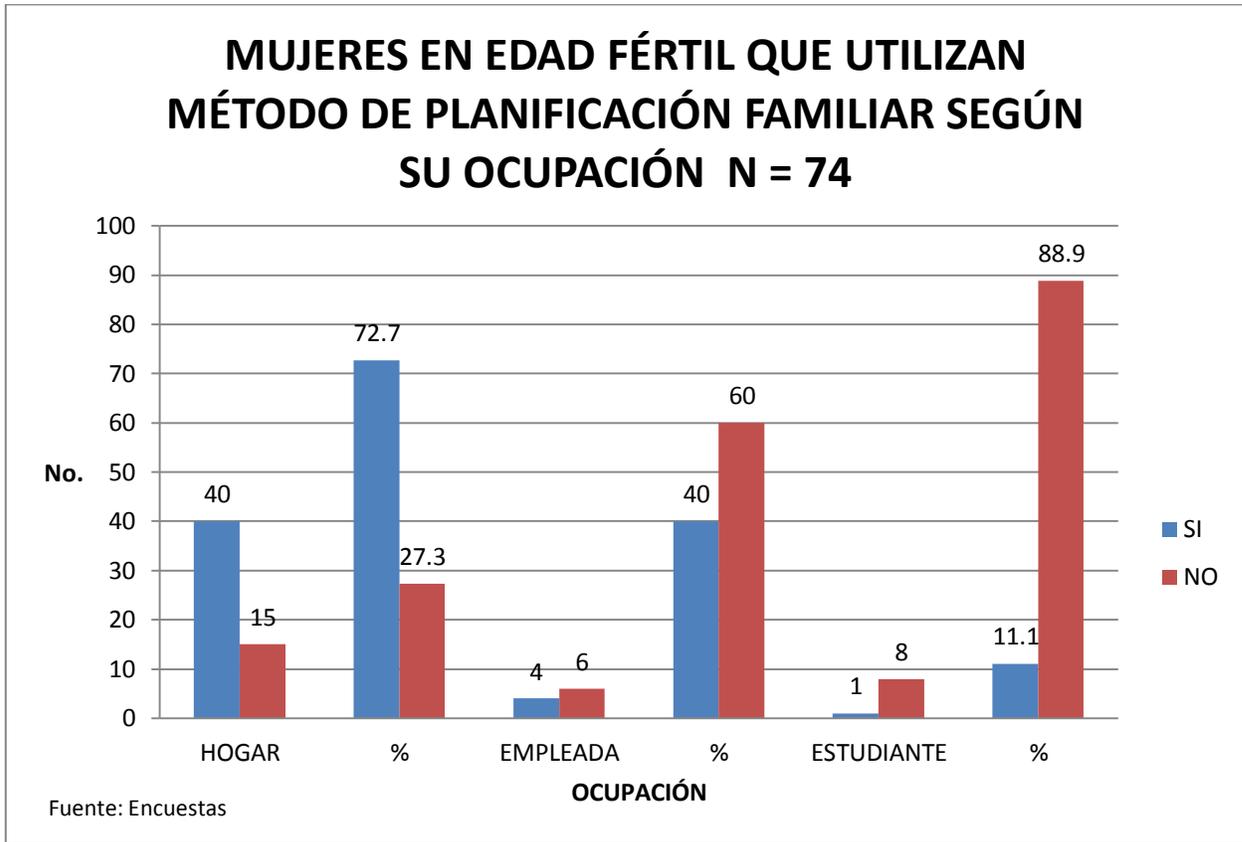




Tabla No. 13 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su religión.

VARIABLE	SI	NO
CATOLICA	41	28
Porcentaje (%)	59.4	40.6
CRISTIANA	3	1
Porcentaje (%)	75	25
OTRA	1	0
Porcentaje (%)	100	0
TOTAL	45	29
Porcentaje (%)	60.8	39.2

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 12 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según su religión.

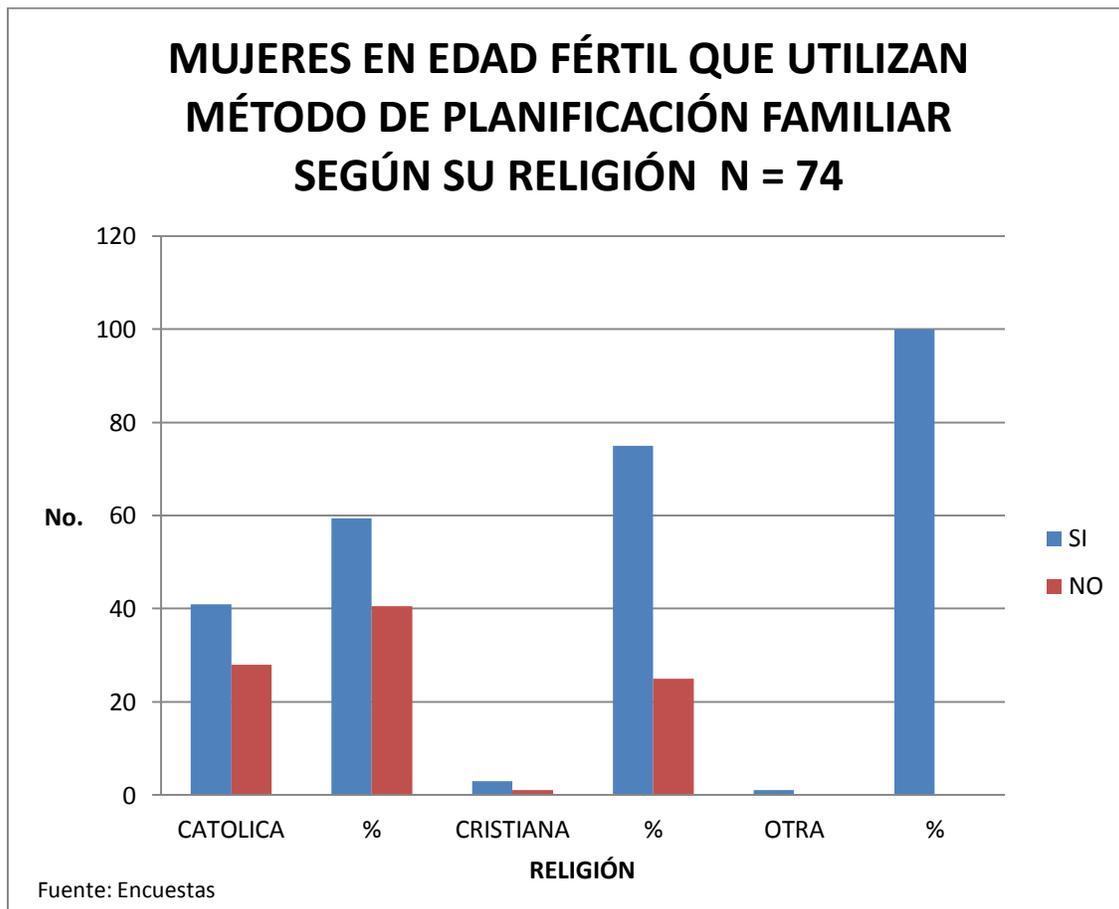




Tabla No. 14 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según el número de gestas.

Número de Gestas	SI	NO
NULIGESTA	3	12
Porcentaje (%)	20	80
PRIMIGESTA	11	7
Porcentaje (%)	61.1	38.9
2-3 GESTAS	18	4
Porcentaje (%)	81.8	18.2
MAS DE 3 GESTAS	13	6
Porcentaje (%)	68.4	31.6
TOTAL	45	29
Porcentaje (%)	60.8	39.2

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 13 Mujeres en edad fértil que utilizan método de planificación familiar según el número de gestas.

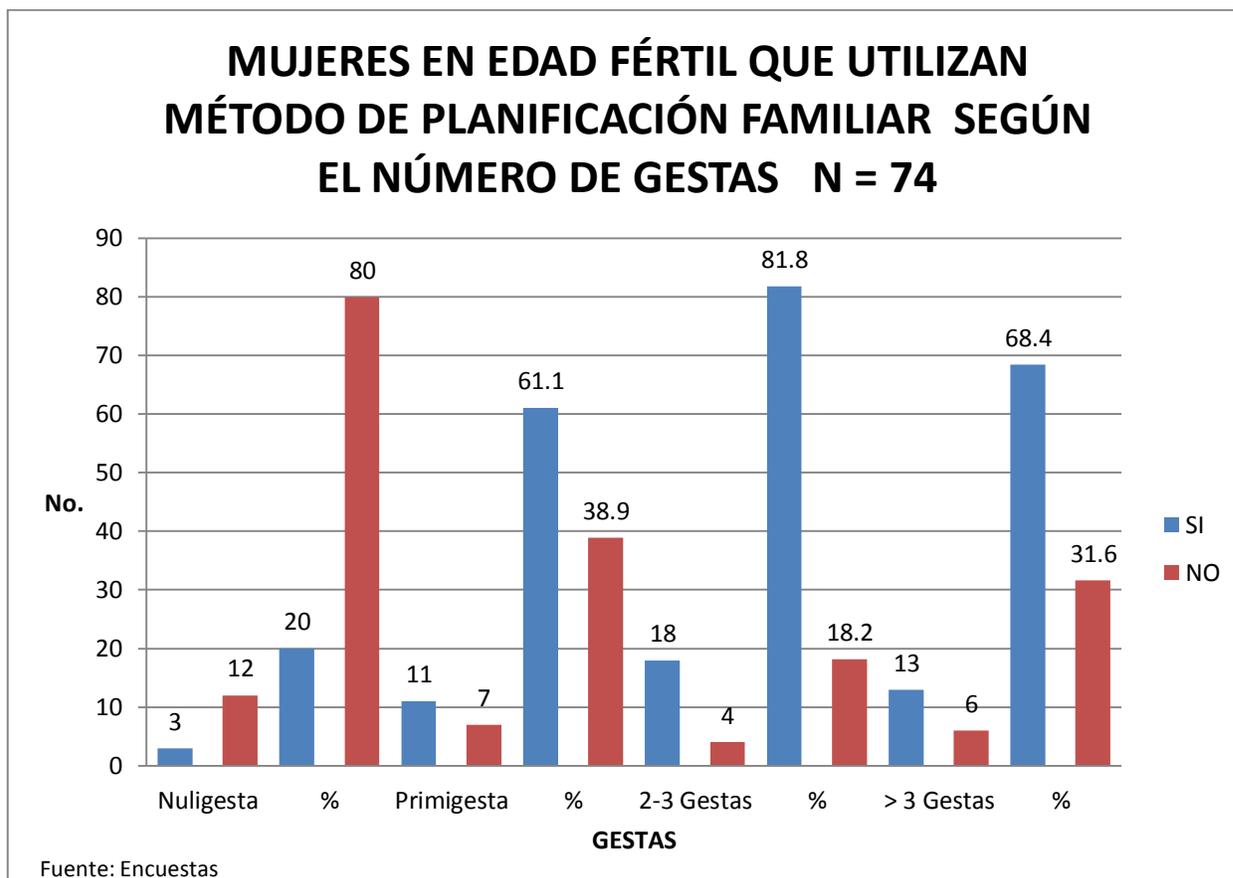




Tabla No. 15 Métodos de planificación familiar utilizados en las mujeres en edad fértil.

Método	No.	Porcentaje (%)
Pastilla	1	1.4
Inyección	9	12.2
Dispositivo	5	6.8
Quirúrgico	14	18.9
Implante	8	10.8
Condón	4	5.4
Natural	4	5.4
TOTAL	45	60.8

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 14 Métodos de planificación familiar utilizados en las mujeres edad fértil.

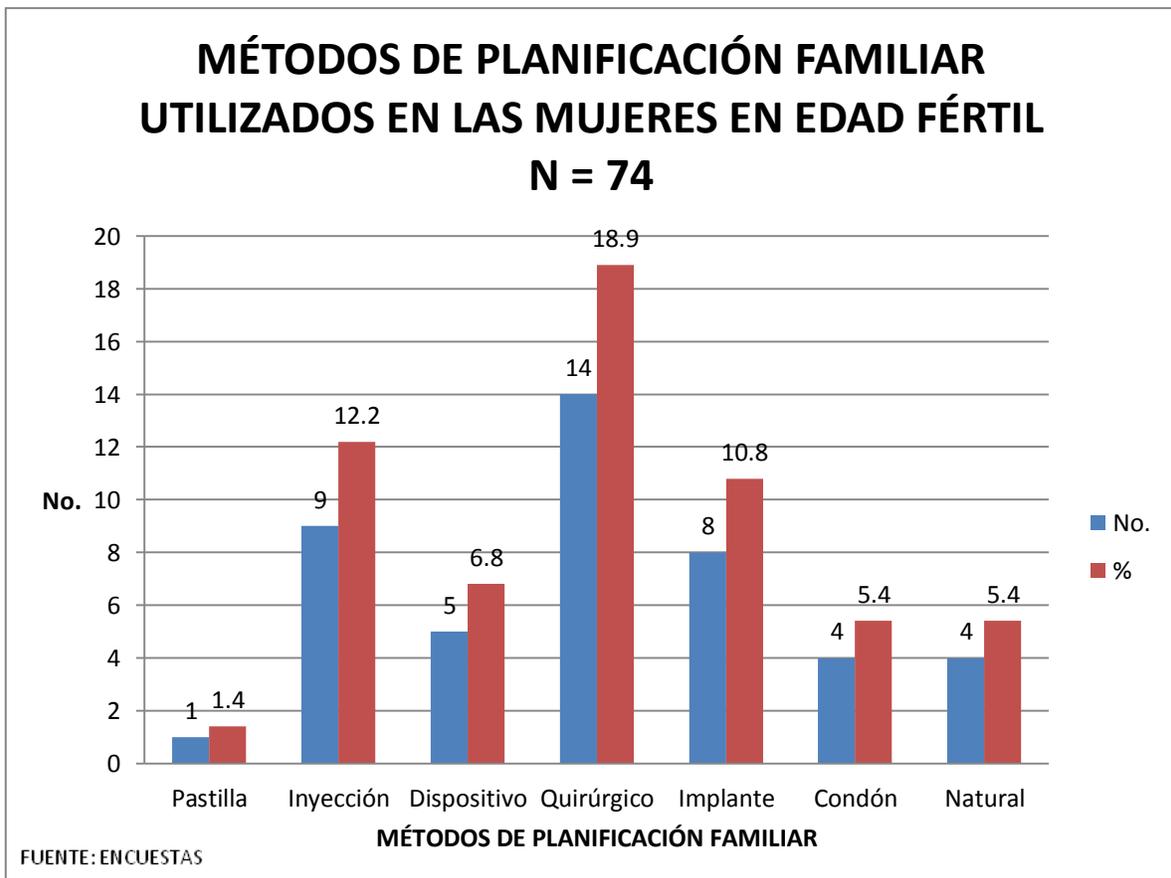




Tabla No. 16 Mujeres en edad fértil que utilizan métodos de planificación familiar que han recibido información al momento de aceptarlos

Variable	No.	Porcentaje (%)
SI	38	51.4
NO	7	9.5
TOTAL	45	60.8

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 15 Mujeres en edad fértil que utilizan métodos de planificación familiar que han recibido información al momento de aceptarlos

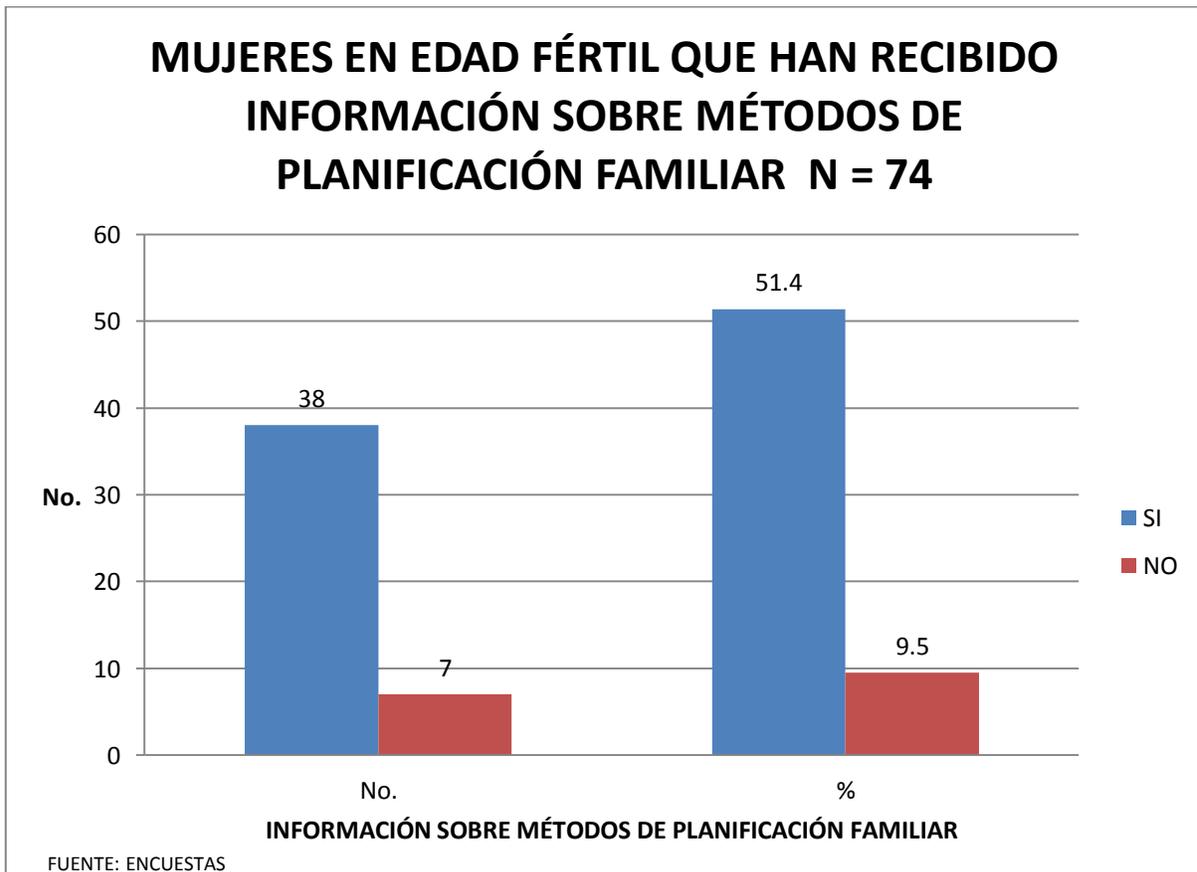




Tabla No. 17 Causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que no utilizan.

VARIABLE	No.	Porcentaje (%)
NO TIENE PAREJA	17	23.0
POR MIEDO	1	1.4
NO CONOCE	1	1.4
PORQUE HACEN DAÑO	5	6.8
NO HAY EXISTENCIA	1	1.4
MIGRACION ESPOSO	4	5.4
TOTAL	29	39.2

Fuente: Encuestas



Gráfica No. 16 Causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que no utilizan.

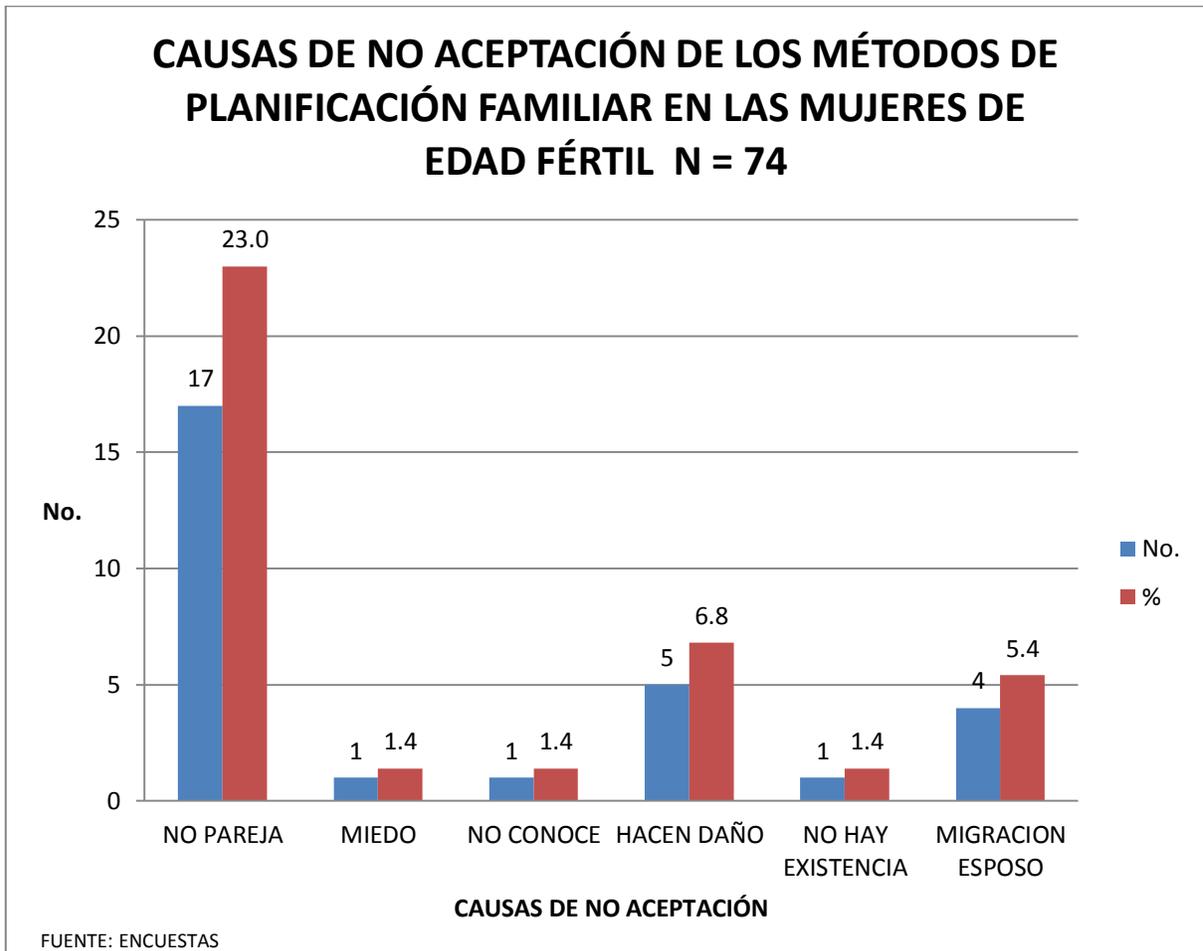




Tabla No. 18 Personal de salud preferido por las mujeres en edad fértil para ofertar los métodos de planificación familiar.

Variable	No.	Porcentaje (%)
MEDICO	47	63.5
ENFERMERA	26	35.1
PROMOTOR DE SALUD	1	1.4
TOTAL	74	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 17 Personal de salud preferido por las mujeres en edad fértil para ofertar los métodos de planificación familiar.

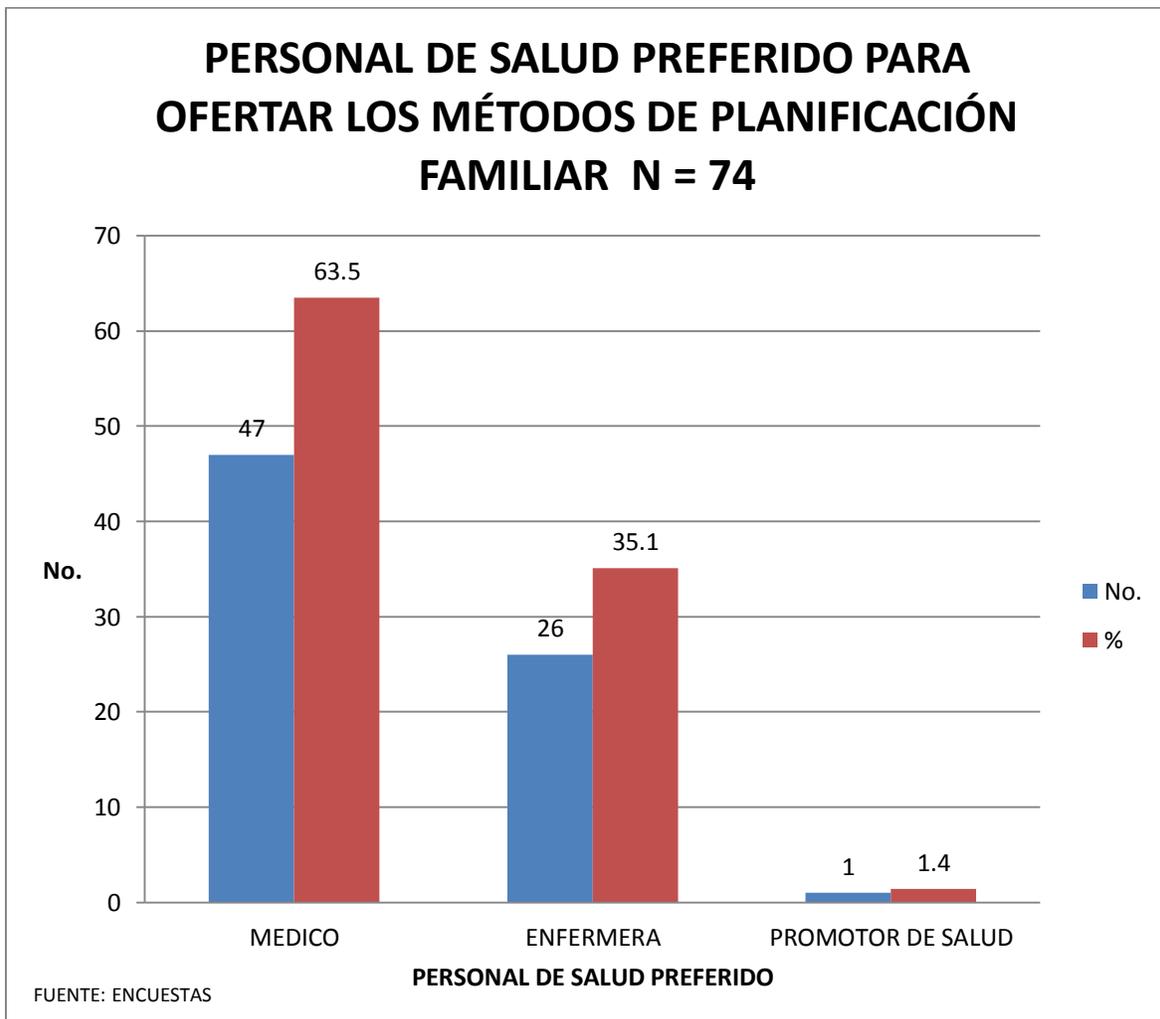




Tabla No. 19 Importancia de los métodos de planificación familiar en las mujeres de edad fértil

Variable	No.	Porcentaje (%)
SI	70	94.6
NO	4	5.4
TOTAL	74	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 18 Importancia de los métodos de planificación familiar en las mujeres de edad fértil.

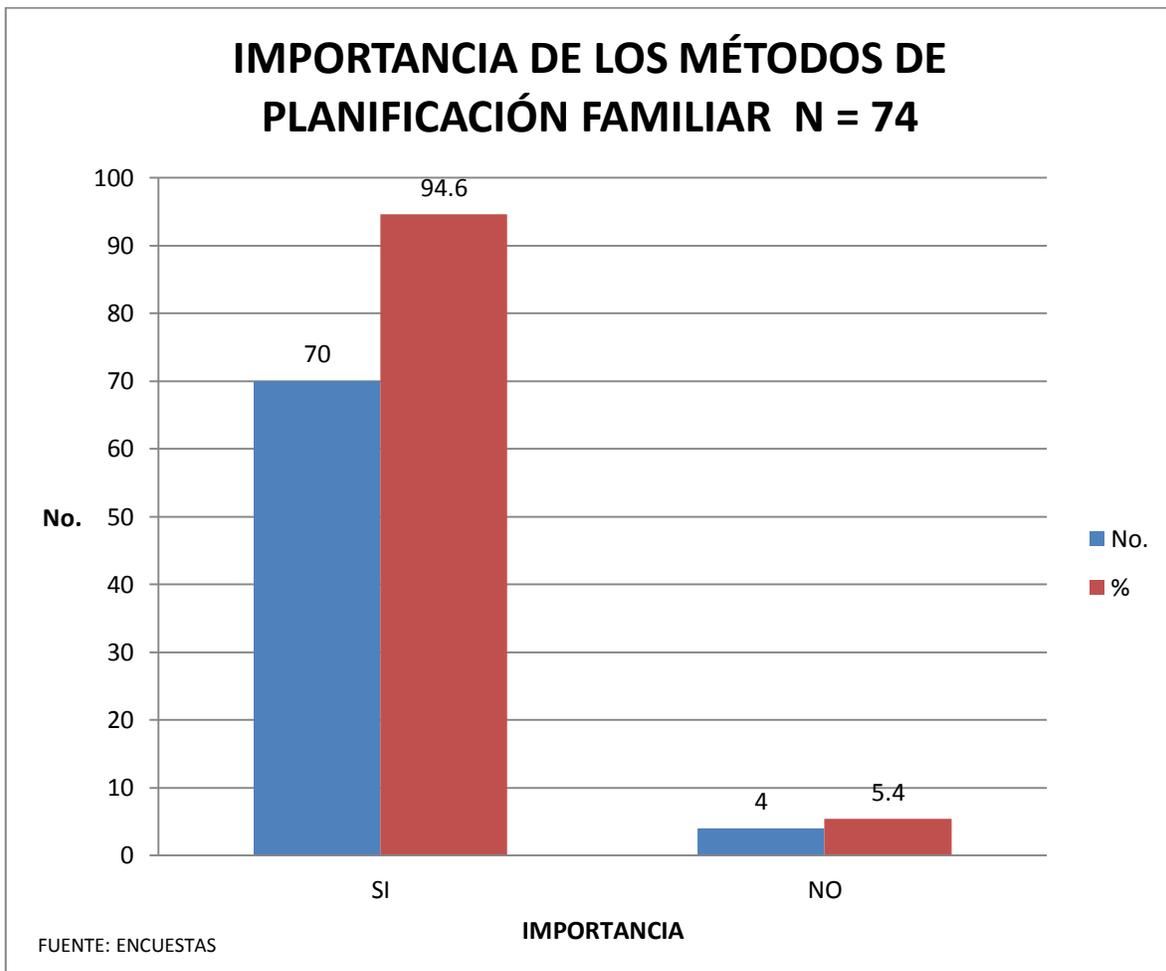




Tabla No. 20 Oferta de métodos de planificación familiar en los centros de salud a las mujeres de edad fértil.

Variable	No.	Porcentaje (%)
SI	63	85.1
NO	11	14.9
TOTAL	74	100.0

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 19 Oferta de métodos de planificación familiar en los centros de salud a las mujeres de edad fértil.

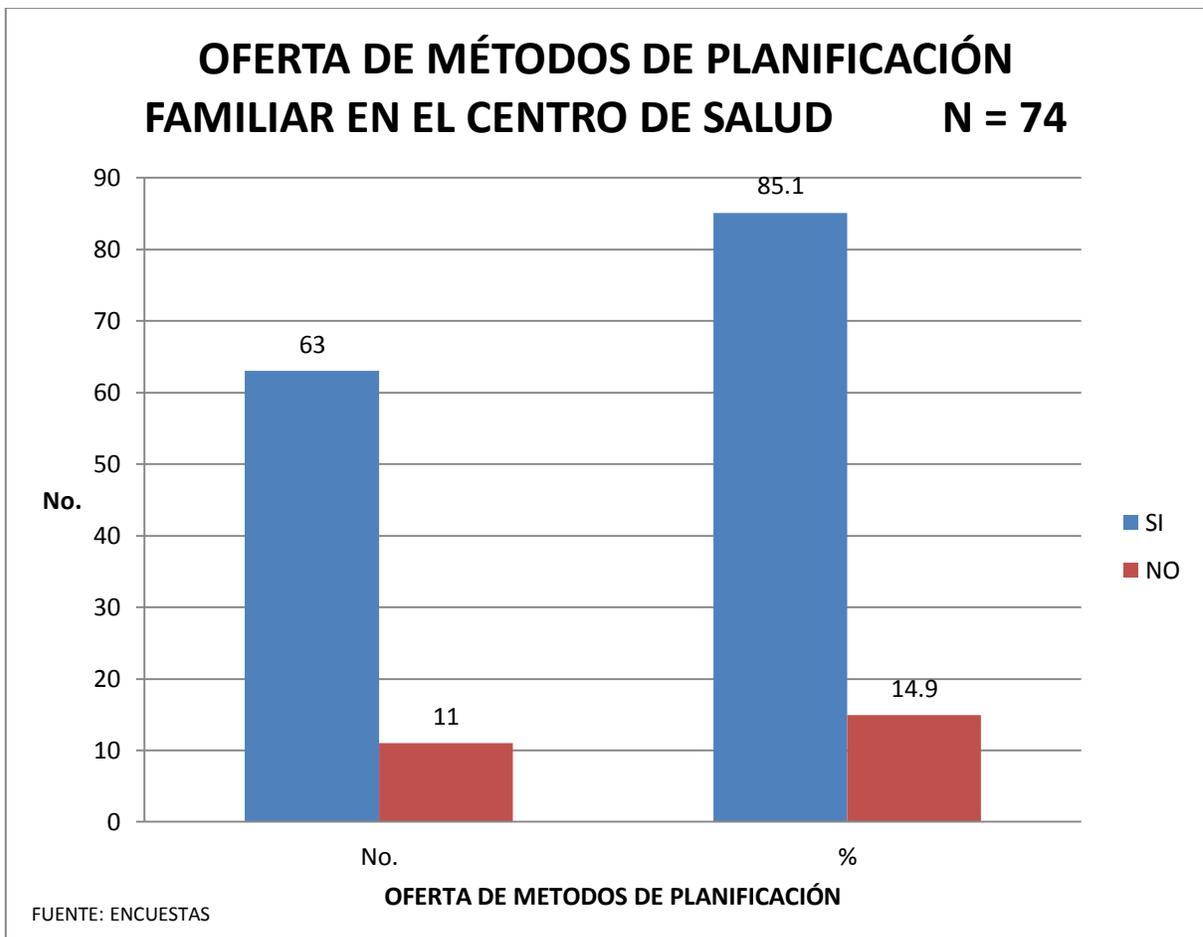


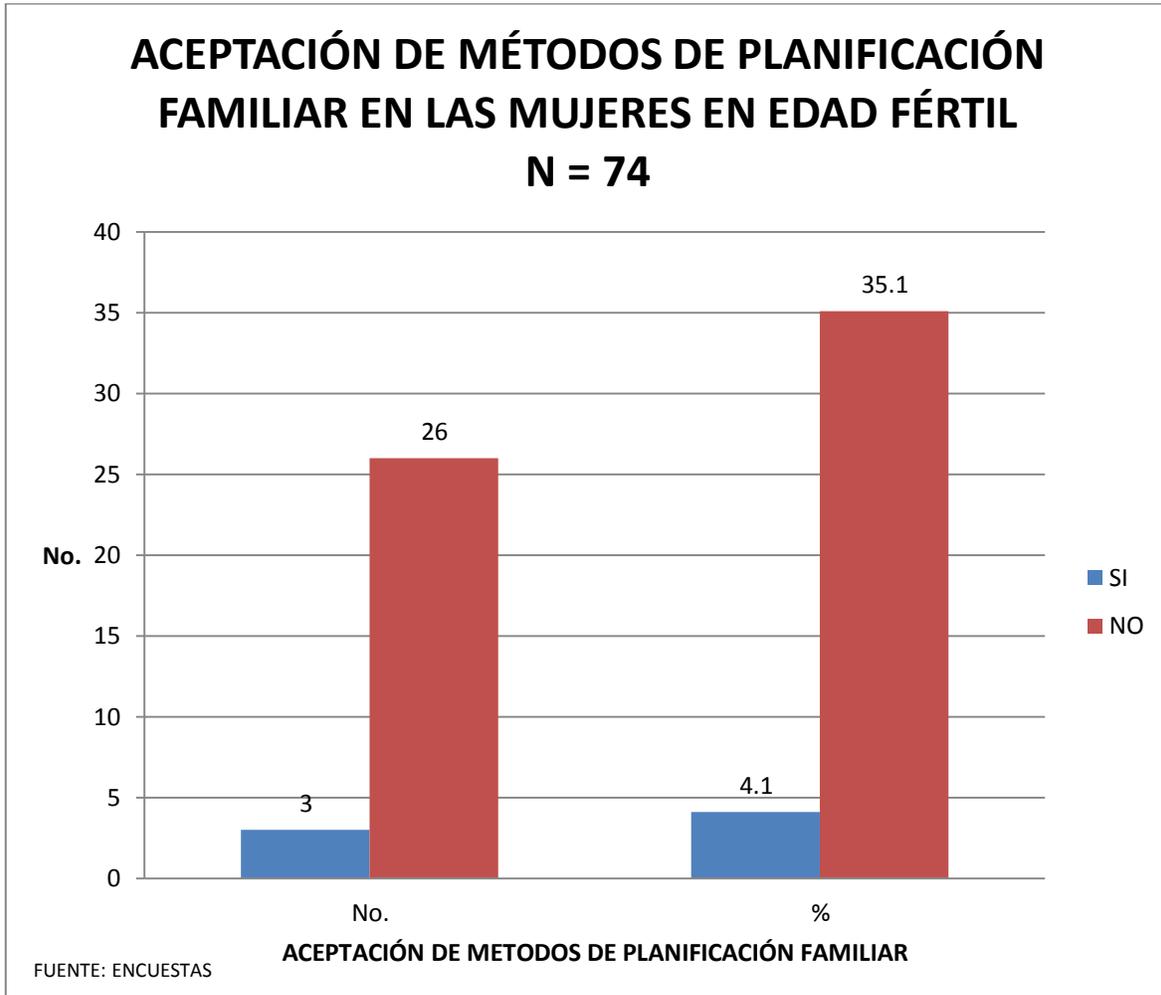


Tabla No. 21 Aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil

Variables	No.	Porcentaje (%)
SI	3	4.1
NO	26	35.1
TOTAL	29	39.2

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 20 Aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil.





DISCUSION (ANALISIS) DE RESULTADOS

De acuerdo al estudio realizado en el Centro de Salud de Conca, el resultado obtenido fue el siguiente:

El grupo de edad que predominó fue de 20 a 34 años con un 58%, según el estado civil la mayoría de las mujeres en edad fértil estudiadas se encuentran en unión libre, el nivel de educación que predominó fue nivel secundaria, seguido de nivel primaria, su ocupación principal es ama de casa representando un 74.3%, la religión predominante fue la católica con un 93% y según el número de gestas la mayoría de las mujeres en edad fértil encuestadas tiene más de 2 a 3 gestas. Encontrándose que la mayoría de las mujeres entrevistadas si utiliza método de planificación familiar representado por un 60.8% y las que no utilizan representa un 39.2%.

De lo anterior se analizó cuales mujeres en edad fértil utilizaban métodos anticonceptivos por grupo de edad encontrándose que en las adolescentes de 12 a 19 años la mayoría no utilizan método de planificación familiar, representando un 66.7%, este hallazgo fue similar a un estudio realizado en Yucatán en el 2005 en donde se identificó que existe baja utilización de métodos anticonceptivos en los adolescentes en general y sin pareja estable, siendo la edad un factor importante con la no utilización de métodos de planificación familiar, al igual que un estudio realizado en Pachuca de Soto Hidalgo en noviembre del 2005, dándonos cuenta que es importante fortalecer el uso de métodos anticonceptivos en este grupo de edad ya que se siguen presentando embarazos en adolescentes en el Centro de salud de Conca (14) (18)



Según el estado civil se encontró que la mayoría de las mujeres casadas si utilizan métodos de planificación familiar representado por un 73.9%, siendo las solteras las que menos los utilizan, quizá por no contar con una pareja estable obteniéndose los mismos resultados que en otros estudios en donde el estado civil si influye para la utilización de métodos de planificación familiar (14)

De acuerdo al nivel de escolaridad nos dimos cuenta que no se observa relevancia significativa ya que las mujeres en edad fértil que más utilizan métodos de planificación familiar son las de nivel secundaria, encontrándose en ultimo porcentaje las mujeres en edad fértil con nivel universitario, dato contrario a lo encontrado en otros estudios y en la última Encuesta Nacional de Salud 2009 en donde se reporta que a mayor nivel de escolaridad hay mayor conocimiento de los métodos de planificación familiar y por lo tanto más uso de los mismos (19) (20)

De acuerdo a la ocupación de las mujeres en edad fértil encuestadas encontramos que en el Centro de Salud de Conca, las amas de casa son las que más utilizan métodos de planificación familiar siendo estas un 72.7% y las que menos utilizan son las estudiantes, esto puede deberse al grupo de edad ya que las adolescentes son las que menos utilizan la anticoncepción, quizá por no tener pareja en el momento de la encuesta.

En lo que se refiere al factor religioso nos dimos cuenta que no influye para la aceptación de métodos a pesar de que predomina la religión católica, resultado similar al encontrado en otros estudios en donde tampoco influyo este factor (19) (14)

Según el número de gestas de las mujeres en edad fértil encontramos que las que menos utilizan anticoncepción son las nuligestas posiblemente porque no tiene pareja y no lo creen necesario y las que más los utilizan son las que tienen de 2 a 3 gestas o más lo cual es importante porque así se pueden evitar embarazos de alto riesgo por multiparidad.



También se cuestionó a las mujeres que si utilizan método de planificación familiar siendo un total de 45 sobre si habían recibido información al momento de aceptar un método anticonceptivo, respondiendo la mayoría que sí y solo un 9.5% dijo que no, lo cual nos refleja que si se está dando orientación por el personal de salud al momento de ofertar los anticonceptivos en el Centro de Salud de Conca.

Entre las causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar encontramos que la principal causa con un 23% fue porque no tienen pareja, aquí cabe señalar que puede haber un sesgo ya que no se indago si ya habían iniciado vida sexual activa o si no tenían pareja sexual en el momento de la encuesta, lo cual hubiera enriquecido nuestro trabajo, esto concuerda con otros estudios realizados en donde se comenta que las mujeres que no tienen pareja no ven necesario utilizar métodos anticonceptivos, o que son del grupo de las adolescentes y aun lo ven como un tabú (18) (14). La segunda causa más frecuente fue porque piensan que hacen daño, lo cual si concuerda con la literatura estudiada. En nuestro estudio se encontró un hallazgo que no se tenía contemplado que fue la migración del esposo, lo cual es lógico ya que en nuestra población la migración es muy frecuente ocupando un 5.4%, en último lugar se mencionó que no los conocen, porque les da miedo utilizarlos y porque no hay existencia en el Centro de Salud con un 1.4%

Se interrogo a las 45 mujeres que si utilizan método de planificación familiar cual es el método que utilizan y se encontró que el más usado es la OTB (oclusión tubárica bilateral), seguido de la inyección mensual, el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino, en penúltimo lugar el preservativo y métodos naturales incluyendo el ritmo, lactancia materna y coito interrumpido, quedando en último lugar los hormonales orales. Esto se correlaciona con otros estudios y lo mencionado en la Encuesta Nacional de Salud 2009 en donde la OTB ocupa los primeros lugares, seguido del DIU y los hormonales orales, cabe mencionar que en los últimos años se ha incrementado el uso del implante sub dérmico, por lo mencionado en la literatura no se esperaba encontrar a las pastillas en último lugar pero en nuestro trabajo fue un dato curioso. (20)



Se encontró también que las mujeres en edad fértil prefieren al personal médico para que les brinde información y orientación sobre los métodos de planificación familiar.

El mayor porcentaje de nuestras encuestadas reconoce la importancia de la anticoncepción al igual mencionan que si se les ha ofrecido métodos de planificación en el centro de salud, sin embargo se ofertaron anticonceptivos al momento de la encuesta a las 29 mujeres que no utilizaban anticoncepción y solo 3 respondieron que si aceptaban un método y el resto (26) respondió que no. Esto nos hace suponer que a pesar de la información y aceptación de la importancia de los métodos de planificación familiar aún hay rechazo para la utilización de los mismos quizá porque no tienen pareja sexual y no lo consideran importante en ese momento o porque no han iniciado vida sexual activa.



CONCLUSIONES

Las causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar son muy variables, de acuerdo al lugar de la población estudiada, según los factores sociodemográficos, factores culturales, estado civil, escolaridad, grupos de edad, religión, etc.

En nuestro estudio se observó que las mujeres que menos utilizan métodos de planificación familiar es el grupo de las adolescentes de 12 a 19 años, lo cual nos responde el porqué de la existencia de embarazos en adolescentes en nuestra comunidad, nos dimos cuenta que el estado civil si es determinante ya que las solteras son las que menos utilizan anticoncepción, lo cual concuerda con otros estudios similares, la religión no fue un factor determinante para la no utilización tampoco tuvo relevancia el nivel educativo.

En cuanto a las causas de no aceptación el factor principal fue porque no tienen pareja, aquí cabe mencionar que no se interrogo si a pesar de no tener pareja tenían vida sexual activa o ya la habían iniciado, lo cual es de suma importancia ya que este puede ser el motivo por el que se están presentando embarazos de alto riesgo en nuestra comunidad. Pocas mujeres mencionaron que no los conocen, que les hacen daño, que no hay existencia en el centro de salud, o que les da miedo.

El método de planificación más utilizado fue la OTB y en último lugar los hormonales orales.

De las mujeres encuestadas solo un 4.1% acepto utilizar algún método de planificación familiar a pesar de reconocer que son importantes por lo que aún existe renuencia hacia la utilización de los mismos.



Por lo anterior consideró que es conveniente enfatizar la orientación sobre todo en el grupo de edad de las mujeres en edad fértil adolescentes ya que son las que menos los utilizan; sin embargo están expuestas a pesar de no tener pareja a tener relaciones sexuales y quizá por tabú no aceptan utilizar métodos de planificación familiar, aunque se tendría que indagar más sobre esta causa. Además de sensibilizar a las mujeres sin pareja pero con vida sexual activa sobre el uso de métodos de planificación familiar, adecuar los contenidos y la técnica de las pláticas, haciendo promoción al núcleo familiar, escuelas, etc.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Evaluación de las actividades de planificación de la familia en los servicios de salud. INFORME DE COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS. GINEBRA: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; 1975.
2. Salud Sd. Programa de Acción de Salud Reproductiva. México, D.F.: Secretaria de Salud; 2001. Report No.: primera edicion.
3. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar. SSA; 1993.
5. Barquero Ramos E. Influencia de los factores culturales en la práctica de la planificación familiar en el Barrio Domitila Lugo. Managua; 1994.
6. Macías Arriaza GyFTM. Limitantes para el uso de Anticonceptivos en personas del área rural interesadas en Planificación familiar. Tesis (UNAN Managua). ; 1998.
7. LILACS. Moreno DyCU. Determinación de las principales necesidades de instrucción de la población de alto riesgo reproductivo. Colombia; 1986-1987.
8. R. F. Programa materno infantil de la OPS. La prevalencia y uso de los métodos anticonceptivos en algunos países de las Américas. 1989 Junio; 30(No.5).



9. Encuesta sobre salud familiar. Asociación Pro bienestar de la Familia Nicaragüense. 1992-1993..
10. González de Arteaga MySV. Adolescencia y Contracepción: Conocimiento, Actitud y Páctica. 231995th ed. Venezuela: LILACS/CD-ROM; 1987.
11. Rumores y realidades. 28th ed.; 1998.
12. ENSANUT. la media nacional. México: SECRETARIA DE SALUD; 2012.
13. Doroteo Mendoza Victorino HLMFVRJA. Perfil de la Salud Reproductiva de la República Mexicana..
14. Diagnostico de Salud Comunitaria. SSA; 2012.
15. vázquez Jiménez Alma Luz SIN. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del area urbana. Cunduacán Tabasco. 2005.
16. Estimaciones del CONAPO con base en la ENADID 2009..
18. SESEQ, suive enero 2012 a diciembre 2012. 2012..
19. Diccionario de la lengua española (DRAE). 22nd ed.; 2001.



20. Ericka DVR. Características sociodemograficas de las usuarias activas de métodos anticonceptivos de los centros de salud del municipio de Jacala, Hidalgo. noviembre 2005. tesis.

21. Zulema MSL. 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. Enero a Mayo del 2008. Tesis.

22. Censo General de Población y vivienda 2010. INEGI; 2010.



ANEXOS

Universidad Nacional Autónoma de México
Especialidad de Medicina Familiar

Fecha: _____

CUESTIONARIO PARA RECABAR INFORMACIÓN SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD DE CONCA, MUNICIPIO DE ARROYO SECO EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL DE 12 A 49 AÑOS

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

Edad

Estado civil: casada soltera Unión lib divorciada

Escolaridad analfabeta primaria secundaria preparatoria técnica

Ocupación: hogar empleada comercio

Religión católica testigo de Jehová cristiana otra

antecedentes gestas partos cesáreas abortos

edad de su hijo más chico

1- Usted utiliza algún método de planificación familiar? Si si no

2.- Si respondió que **SI** marque cuál? (si respondió que **NO** pase a la pregunta N° 4)

pastillas inyecciones dispositivo operada

implante condones método natural otro

3.- Al momento de aceptar el método de planificación le brindaron toda la información sobre él?

si no

4.- Motivo por el cual usted no acepta algún método?

por mi esposo por mi religión no tengo pareja

me da miedo no los conozco me han hablado mal de ellos

porque hacen daño el médico me dijo no

me han dicho no hay

5.-Para brindarle información sobre los métodos, a quien prefiere?

el medico enfermera promotor de salud otro



6.- Considera usted importantes los métodos de planificación familiar?

si no

7.- Le han ofrecido utilizar algún método de planificación en su centro de salud?

si no

8.-Si le brindo en este momento información sobre los métodos aceptaría uno?

si no

Gracias por su tiempo...



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de estudio: “Causas de no aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de 12 a 49 años en el Centro de Salud de Conca, Municipio de Arroyo Seco, en el periodo de abril del 2013”

Investigadores: Dra. Ma. Guadalupe Arreola Avalos RMF

La que suscribe Dra. Ma. Guadalupe Arreola Avalos RMF, la cual se encuentra realizando el estudio de “Factores que influyen en la no aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, con el propósito de investigar los factores que influyen en ella y socializar posteriormente su resultado en beneficio de las instituciones y especialmente a los sujetos a investigar.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por la Universidad Autónoma de México para obtener el título de la especialidad de Medicina Familiar.

El procedimiento no implica daño previsible e induce responder a una serie de preguntas de acuerdo a indicadores, la participación en el estudio ocupara aproximadamente 15 minutos. La participación es voluntaria, tiene derecho abandonar el estudio cuando quiera, se respetara su confidencialidad.

Toda información de estudio será codificado para no relacionarse con usted. La investigación se mantendrá en un lugar seguro y confiable.

He leído el formulario de consentimiento

Fecha: _____

Firma de la investigadora Dra. Ma. Guadalupe Arreola Avalos (Residente de Medicina Familiar)

Firma o huella de la persona

