



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 20 "VALLEJO"**

**"CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INCUMPLIMIENTO DE
ANTICONCEPTIVO ORAL EN MUJERES ENTRE 18 Y 35 AÑOS EN LA UMF
20"**

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

**PRESENTA:
DR. MAURICIO JIMÉNEZ ESCAMILLA**

**INVESTIGADORA RESPONSABLE:
DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

**INVESTIGADORA ASOCIADA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**INVESTIGADOR ASOCIADO:
DR. CARLOS ROMERO ORTIZ**

CIUDAD DE MÉXICO, 2018





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.

Vo.Bo.

INVESTIGADORA RESPONSABLE

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación
Docente.

Matricula 99354178, ubicado en Calzada México Tacuba 507, colonia
Popotla, Del. Miguel Hidalgo, CP 11400. Teléfono 57528059. Correo
electrónico: angelezg@yahoo.com.mx

Vo.Bo.
INVESTIGADORA ASOCIADA

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

Médico Especialista en Medicina Familiar

Mtra. En Terapia Familiar

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar,
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo
INVESTIGADOR ASOCIADO

DR. CARLOS ROMERO ORTIZ

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia,
Adscrito al Servicio de Planificación Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

Médico Especialista en Medicina Familiar

Mtra. En Ciencias de la Educación

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar,
adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20

Vo. Bo

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

Médico Especialista en Medicina Familiar

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, adscrito a
la Unidad de Medicina Familiar No. 20

DEDICATORIAS:

A DIOS:

Por la vida y darme el regalo de ejercer con amor mi profesión

A MIS PADRES, A MI FAMILIA:

Porque siempre han sido mi respaldo, mi paz. Los amo

A MIS MAESTROS DE MEDICINA FAMILIAR:

Dra. María del Carmen, Dra. Santa, Dr. Gilberto

Por sus enseñanzas tanto en Medicina Familiar como en la ética en que me debo dirigir.

A MIS MEDICOS FAMILIARES:

En especial a la Dra. Celia, Dra. Mónica, Dra. Yolanda, Dra. Castellanos, Dra. Angeles. Por la paciencia, enseñanza, pero sobre todo por creer en mi

Contenido

Resumen	1
Introducción	3
Antecedentes	4
Planteamiento del Problema	19
Objetivos	20
Hipótesis	20
Material y Métodos	21
Variables	25
Descripción General del Estudio	32
Aspectos Éticos	33
Resultados	36
Discusión	66
Conclusiones	71
Referencias Bibliográficas	73
Anexos	76

**“CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INCUMPLIMIENTO DE
ANTICONCEPTIVO ORAL EN MUJERES ENTRE 18 Y 35
AÑOS EN LA UMF 20”**

RESUMEN

“CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INCUMPLIMIENTO ANTICONCEPTIVO ORAL EN MUJERES ENTRE 18 Y 35 AÑOS EN LA UMF 20”

Jiménez-Escamilla M¹, González-Martínez M², Aguirre-García M³, Romero-Ortiz C⁴

¹ Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar UMF 20, IMSS

² Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor Médico. Adscrita al CIEFD. IMSS

³ Médico Familiar. Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

⁴ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Adscrito a Unidad de Planificación Familiar, UMF 20

Introducción: Hasta el 65% de las mujeres que utilizan método anticonceptivo hormonal oral se encuentran disconformes debido a su alta duración, baja información, incomprensión instructiva, indiferencia al embarazo, des apoyo de la pareja al no participar en la selección anticonceptiva y dificultades para recordar la toma anticonceptiva, lo cual lleva al incumplimiento. **Objetivo:** Determinar las causas más frecuentes que conllevan al incumplimiento de la anticoncepción hormonal oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y prospectivo en mujeres usuarias de anticoncepción hormonal cíclico con atención por el servicio de planificación familiar de la UMF 20 (Registro del servicio ARIMAC: 39 usuarias). Previo consentimiento informado se aplicó cuestionario correspondiente al estudio MIA modificado, en los meses de agosto-septiembre 2018 a fin de establecer las causas frecuentes de incumplimiento del anticonceptivo hormonal. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. Se contó con el apoyo del personal de los servicios de ARIMAC, Enseñanza y Planificación Familiar. El médico residente encuestó a pacientes para obtención de resultados. **Resultados:** Un total de 39 pacientes encuestadas 35.8% de 25 – 29 años, razón de omisión más frecuente fue olvido/retraso 48.7%, 41% consultaría a profesional de la salud en caso de olvido u omisión. El 64.1% toma el medicamento a la misma hora diario, con una dificultad del 53.8% para recordar la ingesta los fines de semana. **Conclusiones:** La falta de método rutina horaria, entorpece el tratamiento anticonceptivo, reforzar información anticonceptiva mediante estrategias dirigidas para mejorar adherencia anticonceptiva.

Palabras clave: Anticoncepción, píldoras, hormonal, embarazo, adherencia

ABSTRACT

"MOST FREQUENT CAUSES OF ORAL CONTRACEPTIVE FAILURE IN WOMEN BETWEEN 18 AND 35 YEARS OLD IN UMF 20"

Jiménez-Escamilla M¹, González-Martínez M², Aguirre-García M³, Romero-Ortiz C⁴

¹ Resident Physician of the Third Year of Family Medicine UMF 20, IMSS

² Medical Specialist in Family Medicine, Medical Professor. Ascribed to CIEFD. IMSS

³ Family Doctor Professor of the Specialization Course in Family Medicine

⁴ Specialist in Gynecology and Obstetrics, assigned to the Family Planning Unit, UMF 20.

Introduction: Up to 65% of women who use oral hormonal contraceptive method are dissatisfied due to its high duration, low information, instructive misunderstanding, indifference to pregnancy, lack of partner support when not participating in contraceptive selection and difficulties to remember the contraceptive use, which leads to non-compliance. **Objective:** To determine the most frequent causes that lead to the non-compliance of oral hormonal contraception in women between 18 and 35 years old in the FMU 20. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive and prospective study in women using cyclic hormonal contraception with care by the service of family planning of the UMF 20 (Registration of the ARIMAC service: 39 users). Prior informed consent will apply questionnaire corresponding to the modified MIA study, in the months of August-September 2018 in order to establish the frequent causes of non-compliance of the hormonal contraceptive. Descriptive and inferential statistics will be used considering statistical significance when $p \leq 0.05$. It has the support of the personnel of the services of ARIMAC, Teaching and Family Planning. The resident physician will survey patients to obtain the results. **Results:** A total of 39 patients surveyed 35.8% of 25 - 29 years, reason for omission more frequent was forgetfulness / delay 48.7%, 41% would consult a health professional in case of forgetfulness or omission. 64.1% take the medication at the same time each day, with a difficulty of 53.8% to remember the intake on weekends. **Conclusions:** The lack of hourly routine method hinders contraceptive treatment, reinforcing contraceptive information through strategies aimed at improving contraceptive adherence.

Keywords: Contraception, pills, hormonal, pregnancy, adherence.

INTRODUCCION

El auge actual de los anticonceptivos en la nueva época la cual vivimos hace a la información abierta, las nuevas tecnologías y una población más desinhibida da por hecho saber los motivos más frecuentes de la anticoncepción. La anticoncepción oral, además de ser efectiva, de manera individualizada y en combinación con métodos de barrera, dan protección total contra enfermedades de transmisión sexual, son métodos hormonales de bajo costo económico de las cuales el IMSS las otorga de manera gratuita agregándose la labor del médico encargado del módulo de planificación familiar el cual se encarga del asesoramiento anticonceptivo el cual es mediador de información objetiva y equilibrada de acuerdo a las necesidades de la paciente

La medición del incumplimiento es compleja. No existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método de medición que incluya todos los componentes de este concepto. Los métodos directos no están disponibles para la mayoría de los fármacos y los métodos indirectos tienden a sobreestimar el grado de cumplimiento.^{18, 25}

En la actualidad no existen estudios previos sobre el cumplimiento dentro de la UMF No. 20, por lo que la realización del presente estudio dio inicio a un seguimiento sobre el cumplimiento de los métodos anticonceptivos con posibles estudios posteriores al actual, dado la importancia del tema, a fin de impactar en la calidad de la atención de la población estudiada.

Este estudio nos da la oportunidad al igual que el estudio MIA en España, conocer los factores asociados con el incumplimiento de las usuarias de los métodos combinados de anticoncepción hormonal y además de brindar oportunidad de realizar acciones y recomendaciones para mejorar el cumplimiento de los sujetos de estudio, coadyuvando así en la mejora de la satisfacción de la usuaria del método.

ANTECEDENTES

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas. El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados. También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil. La anticoncepción se puede definir como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha elaborado criterios médicos de elegibilidad que los proveedores pueden usar cuando ayudan a una mujer que tiene una condición médica particular, cierta edad o ha tenido cierto número de partos a decidir si es apropiado que use un método anticonceptivo particular. Respecto a cada método anticonceptivo, las condiciones médicas se clasifican en cuatro categorías basadas en los riesgos y los beneficios relacionados con el uso de tal método: (Anexo 3)

- Categoría 1: Para las mujeres con estas condiciones, el método no plantea ningún riesgo y puede usarse sin restricciones.
- Categoría 2: Para las mujeres con estas condiciones, los beneficios de usar el método generalmente contrarrestan ampliamente los riesgos teóricos o comprobados. Las mujeres que tienen estas condiciones en general pueden usar el método, pero tal vez sea apropiado que el proveedor supervise el uso.
- Categoría 3: Para las mujeres con estas condiciones, los riesgos del método generalmente son superiores a los beneficios. Las mujeres con estas condiciones en general no deben usar el método. Sin embargo, si no se dispone de otros métodos o si éstos no son aceptables, el proveedor de servicios de salud puede decidir que el método es apropiado, según la gravedad de la condición. En tales casos, es esencial que el proveedor supervise el uso.

- Categoría 4: Para las mujeres con estas condiciones, el método plantea un riesgo inaceptable para la salud y no debe usarse. ^{1, 2}

Como definición tenemos que 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 subdérmicos.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

- Permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

La eficacia de los métodos anticonceptivos se realiza determinando el índice de Pearl (tasa de fallos), el cual refleja el porcentaje de embarazos habidos durante un año en 100 mujeres que utilizan un determinado método anticonceptivo. ³

Esta eficacia está relacionada con el mecanismo de acción de los estroprogestágenos anticonceptivos en forma de «triple cerrojo anticonceptivo»:

- Inhibición de la ovulación;

- Modificación del moco cervical, que impide a los espermatozoides atravesar el cuello uterino;
- Modificación del endometrio, que se hace inadecuado para la anidación. ⁴

Los anticonceptivos hormonales orales son la forma más popular de control de la fertilidad en el mundo, en particular por las adolescentes y lo más empleado entre los métodos reversibles en Europa y Estados Unidos. Además, son métodos eficientes, de buena reversibilidad, con poco o ningún efecto colateral. ⁵

Estos son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

Los hormonales combinados orales contienen estrógeno y progestina, un estrógeno sintético como el etinil estradiol (20-50 microgramos) o mestranol (50 – 100 microgramos). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 microgramos de etinil estradiol o de 50 microgramos de mestranol. Además del estrógeno contienen una cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona: norestiterona (400 microgramos a 1 mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales orales:

- 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 siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

- 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, y
- Aquellas que 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.

Las indicaciones de la anticoncepción hormonal oral son las siguientes:

Los hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En 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 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 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.

Forma de Administración:

- Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden 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 o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete 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 o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea 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.

La anticoncepción de emergencia es una forma de anticoncepción que puede ser adoptada por una mujer después de haber tenido una relación sexual sin

protección, o tras el fallo de un método anticonceptivo, con la finalidad de evitar un posible embarazo. ⁶

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 205 mg y levonorgestrel 35 microgramos (no contienen estrógenos), se presentan en cajas que contienen 35 tabletas o grageas. están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el 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.

Forma de Administración de los anticonceptivos hormonales que solo contienen progestina:

El primer ciclo de tratamiento debe 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 o gragea a la misma hora.

- En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté 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.⁷

Sin embargo, el uso de anticonceptivos orales se ha considerado un factor con implicaciones en el desarrollo de la neoplasia intraepitelial cervical e, incluso, varios investigadores han observado relación estrecha entre la anticoncepción oral y el cáncer cérvico-uterino, atribuyéndoseles un papel muy importante en la carcinogénesis cervical y en la transformación oncogénica del ADN viral. Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo con estas conclusiones; por ejemplo, La Vecchia y cols no encontraron relación alguna entre el uso de anticonceptivos orales y la neoplasia intraepitelial cervical, sobre todo cuando se correlacionaron con paridad o grado de aborto.

Salazar EL y col., sugiere que el hiperestrogenismo endógeno que provoca una carga hormonal extra, podría ser indispensable para la integración del ADN viral al genoma celular, con la consiguiente expresión de sus oncogenes E5 y/o E6/E7 (capaces de inactivar a las proteínas supresoras de tumor p53 y p105 Rb, respectivamente).

En el cuello uterino, como en cualquier otro tejido hormono-regulado, el ambiente hormonal es uno de los determinantes específicos en la velocidad de crecimiento de algunas neoplasias, como el endometrio, o quizá funcionar como promotor en otros, como el caso del tejido cervicouterino.⁸

Los anticonceptivos orales (ACO) forman parte del gran grupo de los anticonceptivos hormonales, siendo los más utilizados en la actualidad. Se calcula que más de 55 millones de mujeres lo utilizan en este momento. Sanchez y cols indica que el condón masculino fue el más conocido (100%), seguido por los hormonales orales (87.5%) y el condón femenino (85.8%)⁹. El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y el mayor acceso e interés de las mujeres para evitar embarazos no deseados hace que debamos estar al día en la utilización y en los nuevos avances sobre la anticoncepción, ya que la planificación familiar será, cada vez más, un motivo frecuente de consulta. En las últimas dos décadas la evidencia indica que la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración (IRSP) en adolescentes ha disminuido de manera paulatina (14-19 años en promedio), exponiéndolos a situaciones de riesgo que atentan contra su salud sexual y reproductiva.^{10, 11}

El índice de Pearl para los anticonceptivos orales es muy bajo, entre 0.12 a 0.34, cuando se usan de manera correcta.

Alrededor del mundo se usa la píldora anticonceptiva, pero de manera incorrecta por lo que disminuye su eficacia de manera sustancial a un 92%.

En estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 417 mujeres se encontró que el efecto secundario más frecuente son las alteraciones del sangrado menstrual en 79 %, cefalea 63.1 %, náuseas 44.7 %, mareos 36.8 %, otros efectos 44.7 %, y en 85 usuarias de implante subdérmico se demostraron alteraciones del patrón menstrual. En 24.7 % se presentaron sangrados infrecuentes, en 11.8 % sangrados frecuentes, prolongados en 7 %, y amenorrea en 10.6 %. Otros estudios demuestran que uno de los efectos de los hormonales

combinados es disminuir la cantidad del sangrado menstrual por atrofia endometrial, benéfico en pacientes con polimenorrea y endometriosis, disminuyendo en forma importante el dolor. ¹¹

Sam-Soto S et al ¹² refiere, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual: 23% comparado con 15% del 2006. La encuesta mostró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes pues 90% reportó tener conocimiento de algún método de planificación familiar. Las cifras de adolescentes que iniciaron vida sexual sin protección disminuyeron de 79.1% en el 2000: en las mujeres a 33.4% en el 2012 y en hombres de 47.5% a 14.4%, respectivamente. Entre los métodos más utilizados por este último grupo se ubica el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de anticonceptivos hormonales. A pesar del uso inicial de algún método anticonceptivo del total de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales 51.9% reportó haber estado alguna vez embarazada. Hay que tomar en cuenta la gran tensión de las adolescentes en la etapa de consejería sexual por parte de los maestros y padres llegando a tener el máximo conflicto con los padres en la adolescencia media a fin de lograr una independencia emocional de los adultos. ¹³

Adherencia del tratamiento anticonceptivo hormonal oral

Los métodos anticonceptivos están en el auge de la moda en nuestros tiempos ya que se consideran métodos preferidos por las mujeres más jóvenes por su facilidad de uso y por su elevada eficacia ¹⁴. Los anticonceptivos orales (ACO) forman parte del gran grupo de los anticonceptivos hormonales, siendo los más utilizados en la actualidad. Se calcula que más de 55 millones de mujeres lo utilizan en este momento ¹¹. No obstante, este método requiere una aplicación diaria por parte de la usuaria ¹⁴. En nuestro país, existe una tendencia a aumentar el número de embarazos en mujeres jóvenes estudiantes y de escasos recursos a

pesar de que la facilidad con la que se disponen estos fármacos está al alcance de la mayoría de los individuos sin necesidad de prescripción médica.

La adherencia a un tratamiento es un concepto amplio en el que se tienen en cuenta dos factores: por un lado, el «cumplimiento», es decir, la toma correcta según la posología del fármaco, la prevalencia de incumplimiento en nuestro país se estima en un 40 – 70% ¹⁵ y por otro, la «continuidad», concepto que hace referencia al uso constante del tratamiento en el tiempo. Esto supone que la valoración del incumplimiento varía según los autores, que entienden por este concepto desde el olvido de una píldora 1 vez cada 3 meses al olvido de una píldora al mes ^{14,15}.

Pisano et al ¹⁶ refiere que el término se ha intentado explicar con diversas teorías como las características de la personalidad y variables sociodemográficas, desde modelos operantes y sociocognitivos, pero todos ellos son insuficientes.

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. El incumplimiento con el anticonceptivo oral produce en Estados Unidos 700,000 embarazos no deseados cada año.

Dilla et al ¹⁷ en su artículo nos brindan una serie de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento médico, sin embargo, estas están dirigidas a enfermedades tanto crónicas como agudas, en las cuales se resaltan:

Estrategias educativas, como la información individualizada, audiovisual y escrita, así también por teléfono y correo, recalca la sesión educativa grupal. Estrategias conductuales como el desarrollo de habilidades, recompensas por la consecución de objetos, asociación de la toma con una actividad diaria habitual, recuento de comprimidos, Envases con blíster, calendarios de cumplimiento de

medicación, recordatorios telefónicos, postales o correo electrónico, seguimiento exhaustivo. Apoyo social-familiar como los programas de ayuda domiciliaria, terapia familiar, contrato familiar, y grupos de apoyo. Estrategias técnicas como dosis menos frecuentes, formulaciones de liberación controlada, fármacos de combinación a dosis fijas. Estrategias dirigidas al profesional sanitario, administración e industria farmacéutica, como educación dirigida al profesional sanitario, monitorización del paciente, recordatorios para el médico, identificación de factores predictores, desarrollo de fórmulas galénicas. Estas estrategias bien definidas dirigidas para mejorar el apego a tratamiento de enfermedades tanto crónicas como agudas.

Ventajas y desventajas de los anticonceptivos orales

Anticonceptivos Orales			
Ventajas		Desventajas	
Seguros y controlados por la clienta	99% mas eficaces si se usan correcta y sistematicamente	No son tan eficaces en el uso tipico	Se deben tomar diariamente
Reversibles: Rapido retorno a la fertilidad	No se necesita hacer nada durante el acto sexual	Los efectos secundarios son comunes	Pueden plantear riesgos de salud para un numero reducido de mujeres
Las complicaciones graves son sumamente raras	Beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepcion	Se requiere resumministro regular	No protegen contra las ITS incluido el VIH

Fuente: Introducción a los métodos anticonceptivos: Información General, Segunda Edición, Noviembre 2002 ISBN 968-811-927-X

El incumplimiento o falta de adherencia constituye un problema complejo que engloba una gran variedad de situaciones y presenta múltiples causas. Un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de abatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente. Asumiendo, obviamente, que la prescripción o recomendación dada tiene fundamento científico, pues de lo contrario la no adherencia podría ser beneficiosa al paciente, que escaparía de la iatrogenia inherente a las intervenciones sanitarias.¹⁸

El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y el mayor acceso e interés de las mujeres para evitar embarazos no deseados hace que debamos estar al día en la utilización y en los nuevos avances sobre la anticoncepción, ya que la planificación familiar será, cada vez más, un motivo frecuente de consulta. Recordando que la prescripción de cualquier método anticonceptivo está determinada por las preferencias de la mujer o pareja candidata a su uso y por las condiciones médicas del paciente.^{11, 19}

La eficacia teórica de los anticonceptivos hormonales orales (ACO) disponibles en el mercado es superior al 99%, y se considera óptima. No obstante, la efectividad en condiciones reales es del 91- 92%; es decir, la toma diaria de la píldora da lugar a una efectividad menor debido a las irregularidades en el cumplimiento del régimen anticonceptivo de las mujeres, por lo que la falta de adherencia condiciona la efectividad. Adarve en su estudio de adherencia y cumplimiento de este método anticonceptivo valoró el incumplimiento de distintos estudios en España dado el motivo de incumplimiento anticonceptivo más frecuente es el “sencillamente lo olvide” y que el 65-70% de las usuarias son malas cumplidoras, porque olvidan o retrasan la toma de la píldora más de 1 vez al mes. En otro estudio se observó que, a pesar del olvido, el 18% de las mujeres no usaron ningún método adicional, como el preservativo y/o la píldora poscoital, y el 43% de las que se olvidaron la píldora tuvieron, ese mes, temor de estar embarazadas¹⁴.

Las sociedades científicas han consensuado como «olvido de una píldora todo retraso superior a 12 horas». Por tanto, las guías de anticoncepción hormonal oral consideran que la eficacia contraceptiva desciende a partir de este momento, recomendando el uso de medidas adicionales, como el preservativo. Sin embargo, en el estudio MIA, sobre factores relacionados con el incumplimiento contraceptivo, se contabiliza como olvido cualquier retraso superior a 1 hora, aunque no hay evidencia de que esto suponga un riesgo de embarazo¹⁴.

Existen factores que afectan al cumplimiento de los anticonceptivos orales:

- Falta de conocimientos ante los olvidos
- Costes de los Anticonceptivos orales
- Practica de descansos en la toma de la píldora
- Edad de las mujeres
- Presencia de predictores de mal cumplimiento
 - Bajo grado de información sobre el método anticonceptivo
 - Falta de comprensión de las instrucciones sobre el método anticonceptivo
 - Falta de apoyo en la pareja
 - No participación en la elección del método
 - No tener una rutina para tomar el tratamiento
 - Dificultades para recordar tomar el método anticonceptivo.

Factores que mejoran el cumplimiento anticonceptivo:

- Información y conocimientos
- Confianza en el método
- Apoyo de la pareja
- Motivación
- Participación en la elección del método
- Intervenciones educativas en la toma de anticonceptivos orales ¹⁴.

Desafortunadamente, por problemas de recursos personales o por limitantes en los tiempos destinados a este fin por parte de los equipos sanitarios, esta situación no siempre puede ser cumplida, determinando que en algunos casos las mujeres puedan usar métodos anticonceptivos que podrían no ser los más adecuados para ellas y no satisfacer plenamente sus deseos y necesidades. Por otra parte, los embarazos no planificados son muy frecuentes en todo el mundo y las consecuencias como son el incremento en el número de abortos y patologías del embarazo las sufren las mujeres. Todo esto a pesar de la amplia variedad de métodos anticonceptivos disponibles y del incremento en el conocimiento acerca de ellos de parte de las usuarias, que se ha podido apreciar en los últimos años ²⁰.

El incumplimiento anticonceptivo tiene un grave impacto en la vida de las mujeres, según el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), en el Distrito Federal (DF) de Abril del 2007 al 30 de Abril del 2016 se han realizado 158,583 interrupciones legales del embarazo tan solo en la Ciudad de México, de acuerdo a estos datos, el 72.5% con residencia en la Ciudad de México, el 39.9% con una educación máxima de Preparatoria, la mayoría solteras representando el 53.3%, con una tendencia marcada en sumatoria de 18 a 29 años de edad del 69.8% en este grupo de edad, con una reincidencia en general del 5.9% ²¹.

Para garantizar un asesoramiento efectivo a las mujeres que demandan ACO, es necesario conocer cuáles son los factores que influyen en el cumplimiento y la adherencia a la píldora contraceptiva ¹¹, Es obligación de todo médico que brinde servicios de planificación familiar, informar a las mujeres que inician la anticoncepción hormonal de las posibles reacciones adversas que pudieran aparecer y ayudar en lo posible a su prevención, entre las cuales tenemos trastornos gastrointestinales seguido de ganancia de peso, trastornos menstruales, tensión mamaria, está dependiendo de la formulación anticonceptiva ²².

Teniendo en cuenta la amplia difusión de los métodos de anticoncepción hormonal entre la población femenina ²², se decide realizar este estudio para conocer los motivos los cuales conllevan a su abandono.

Gómez et al ²³, en su estudio más reciente (2017) no señalan puntos subjetivos en su artículo “El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México” mediante la técnica de relato de grupos focales con el apoyo de un psicólogo y un médico en la cual recalca la falta de información de las usuarias sobre los métodos hormonales al indicar que “no sirven” por el hecho de no encontrar cómo funcionan, en otros apartados nos hacen índole sobre el desapego por el aspecto religioso, y sobre todo la edad la cual influye sobre la elección y obtención de los métodos anticonceptivos en general.

En el 2013 un estudio en España sobre los factores asociados con el cumplimiento de los usuarios de los métodos combinados de anticoncepción hormonal en un estudio transversal el cual involucra a más de 8,500 mujeres prescritas en el servicio de ginecología con seguimiento en el mismo cual determino que la principal causa de abandono del método hormonal oral, es el olvido de esta, así como desinformación acerca de la píldora anticonceptiva, de igual manera el cual arrojó datos de un 65% con disconformidad con el método hormonal oral debido a su alta duración, baja información así como falta de comprensión de las instrucciones sobre el método anticonceptivo, indiferencia a quedar embarazada, falta de apoyo de los compañeros, no participación en la selección del método, no tener una rutina para tomar tratamiento y dificultades para recordar el uso del método anticonceptivo. ²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo no planeado es común en la mujer adolescente y con frecuencia termina en un aborto clandestino. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas más avanzadas del embarazo, aumentando con esto su riesgo reproductivo.

La mortalidad materna atribuida a esta causa, si bien es baja, es improbable que disminuya, a menos que las mujeres tengan acceso a servicios anticonceptivos adecuados, así como al aborto legal y seguro.

Los factores asociados con el cumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden ubicarse en el ámbito del paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de instrucción, creencias), motivo por el cual es trascendental evaluar y analizar las causas las cuales conllevan el incumplimiento del anticonceptivo oral hormonal en estas usuarias para evaluar la efectividad del método.

Como es de esperarse, el servicio de planificación familiar ha optado por intervenir en métodos anticonceptivos de larga duración y protección que de cierta manera aumenta el costo de métodos como el implante su dérmico, el dispositivo intrauterino, por lo que en la mayoría de las usuarias optan por el uso momentáneo de dichos métodos anticonceptivos, y se ha estado apartando el método anticonceptivo oral debido a que no conocemos en nuestra población los motivos de incumplimiento del método en cuestión, es por ello que se realiza la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las causas más frecuentes que llevan al incumplimiento de la anticoncepción hormonal oral en las mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20?

OBJETIVOS

General:

Determinar las causas más frecuentes sobre el incumplimiento del anticonceptivo oral cíclico en mujeres entre 18 y 35 años atendidas en la UMF 20.

Específicos:

- a) Describir el perfil sociodemográfico de las usuarias del método (edad, ocupación, escolaridad, pareja estable).
- b) Describir con la historia obstétrica el uso de la anticoncepción oral.
- c) Identificar los motivos de incumplimiento y las acciones realizadas después del mismo.
- d) Indagar la rutina de ingesta de los anticonceptivos orales y reconocer los puntos débiles en la anticoncepción cíclica

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las causas de incumplimiento son multifactoriales en relación con el nivel de información y educación de la paciente, así también influye la ocupación debido al estrés que genera a nivel estudiantil y profesional lo cual conlleva al olvido o retraso de la toma de la pastilla anticonceptiva, lo que provoca la falta de tiempo para consultar a un profesional de la salud para información veraz y efectiva, la falta de una rutina diaria y una disciplina en el consumo anticonceptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Lugar donde se realizó el estudio. El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero.

Diseño del estudio: Estudio observacional con finalidad descriptiva, de corte transversal de cronología prospectiva.

Periodo de estudio: mayo-junio de 2018.

Población de estudio: Mujeres usuarias de Método anticonceptivo, registradas en el módulo de planificación familiar correspondientes a los meses de mayo.junio de 2018, en la Unidad de Medicina Familiar No 20 del IMSS.

Se selecciono al 100% de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos orales combinados de primera instancia con la mayoría de edad cumplida al momento de la encuesta hasta la edad límite al embarazo de riesgo (18 – 35 años).

Con base al último reporte otorgado por el servicio de Planificación Familiar de la UMF 20, en diciembre de 2017, se contaron con los siguientes datos: (CUADRO 1). Demostrando una baja en la utilización de anticonceptivos orales (pastillas) en los últimos meses a partir de octubre del 2017 llegando a 4 usuarias en diciembre del mismo año.

En el primer trimestre del 2018, se contaron con los siguientes datos: (CUADRO 2). En las cuales se observó un consumo de 23 pacientes en el mes de marzo del 2018

Se tomaron datos de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar No 20, el cual se encarga de recolectar datos para la estadística de esta, para su evaluación epidemiológica, resultando las siguientes usuarias aceptantes en último mes de marzo y abril del 2018. (CUADRO 3)

REPORTES DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

Cuadro 1: Reporte del Servicio de Planificación Familiar 2017

MPF/MES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<i>Pastilla</i>	32	37	46	40	25	33	24	19	32	22	18	4
<i>Inyectable</i>	6	11	6	9	7	12	15	2	11	9	6	8
<i>D.I.U.</i>	15	13	15	19	19	7	11	8	7	8	11	14
<i>D.I.U. med.</i>	1	2	0	1	5	2	5	3	3	2	4	3
<i>Parches (T.M.)</i>	20	20	31	27	17	13	11	9	12	12	11	3
<i>Implante</i>	10	7	11	14	9	9	19	6	21	31	27	14
<i>A.Postcoito</i>	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0
<i>OTB (T.M)</i>	3	2	3	4	1	8	3	1	2	0	1	0
<i>*Vasectomías (parcial)</i>	0	2	1	0	3	1	3	1	1	0	0	0

Fuente: Servicio de Planificación Familiar, UMF 20

Cuadro 2: Reporte del Servicio de Planificación Familiar, primer trimestre 2018

MPF/MES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<i>Pastilla+Parches</i>	13	16	23									
<i>Inyectable</i>	2	6	11									
<i>D.I.U.</i>	7	10	16									
<i>D.I.U. med.</i>	5	2	5									
<i>Parches (T.M.)</i>	6	9	9									
<i>Implante</i>	18	32	35									
<i>A. Postcoito</i>	1	2	1									
<i>OTB (T.M)</i>	2	1	5									
<i>*Vasectomías (parcial)</i>	0	2	0									

Fuente: Servicio de Planificación Familiar, UMF 20

Cuadro 3: Reporte PF06 del mes de Abril 2018

MES DE REPORTE									
METODO	ACEPTANTES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN				TOTAL URBANO		RELACIÓN PORCENTUAL SOBRE LA META		
	DERECHOHABIENTES		POBLACIÓN ABIERTA		NUMERO	%	META	%	
	NUMERO	%	NUMERO	%					
PASTILLAS	22	28.21	1	9.09	23	25.84			
INYECCIONES	11	14.10	0	0.00	11	12.36			
IMPLANTES	29	37.18	5	45.45	34	38.20			
PARCHES	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
DIU'S MEDICADOS	4	5.13	1	9.09	5	5.62			
DIU'S	12	15.38	4	36.36	16	17.98			
VASECTOMIAS	0	0.00	0	0.00	0	0.00			
TOTAL	78	100.00	11	100.00	89	100.00	0		

Fuente: ARIMAC, UMF 20

De esta forma se muestra una aceptación de 23 pacientes en el mes de marzo del 2018 con una congruencia exacta, en contraste con los resultados obtenidos en el módulo de planificación familiar.

Muestreo: No probabilístico, por conveniencia del investigador.

Tamaño de muestra: cien por ciento de las usuarias de anticonceptivos orales cíclicos de la UMF No. 20, que aceptaron participar en el estudio, dando un total de **39 participantes**.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 18 a 35 años, registradas en el servicio de planificación familiar de la UMF 20
- Usuaris que acudan al consultorio de planificación familiar
- Usuaris de más de 2 meses en uso de la anticoncepción oral cíclica
- Que hayan firmado el consentimiento informado (Véase Anexo 2)

Criterios de exclusión:

- Pacientes Embarazadas
- Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y/o mentales que les impida responder la encuesta.

Criterios de eliminación:

- Usuaris que deseen retirarse al momento del estudio
- Usuaris que no completen el cuestionario en al menos el 90%.

VARIABLES

Variable: Edad

Tipo: Independiente

Definición conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad

Definición operacional: Se obtendrán datos directos del paciente menores de 35 años y mayores de edad (18 años), directamente de la consulta de planificación familiar

Indicador: Cuantitativa ordinal

Escala de medición: Numérica en años

Variable: Tiempo de uso del método

Tipo: Dependiente

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el inicio del consumo de métodos anticonceptivos hormonales orales de manera cíclica hasta la actualidad de manera ininterrumpida.

Definición operacional: La efectividad del método anticonceptivo oral depende directamente del tiempo de uso, se ha visto que las pacientes con más tiempo de apego al método anticonceptivo son las que más tienen efectividad. En este caso el menor valor varía desde 1 mes, no se obtendrán datos de pacientes apenas iniciando con el método anticonceptivo oral

Indicador: Cuantitativa nominal

Escala de medición: Numérica en meses

Variable: Embarazos

Tipo: Independiente

Definición conceptual: Se refiere como la historia obstétrica obtenida del número total de gestas hasta su resolución, ya sea por parto eutócico, abdominal, aborto u óbito.

Definición operacional: Se tomarán los periodos gestacionales resueltos sin entrar a detalle sobre estos: Desde la resolución abortiva hasta los nacidos vivos, con el fin de tener un panorama concreto del motivo de la anticoncepción oral, Se espera definir el impacto psicológico que tienen las pacientes las cuales cursaron con eventos de interrupción del embarazo ya sea espontaneo, así como los eventos inducidos, en contraste con las pacientes que deciden continuar con el embarazo.

Indicador: Cuantitativa nominal

Escala de medición: "Se obtendrá en número: Abortos espontáneos, Abortos inducidos, Nacidos vivos"

Variable: Pareja estable

Tipo: Independiente

Definición conceptual: Se define como la relación a fin con una persona del mismo o diferente sexo, en la cual existe convivencia y relación íntima.

Definición operacional: La utilización y el apego del anticonceptivo oral es congruente con la estabilidad emocional y de pareja.

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Se espera como respuesta ""si"" o ""no"""

Variable: Escolaridad

Tipo: Independiente

Definición conceptual: Es el grado de instrucción dada en una institución educativa con el fin de brindar los conocimientos necesarios para desarrollarse en un ámbito laboral o situación social determinada.

Definición operacional: El grado de educación es fundamental para el entendimiento de las instrucciones del anticonceptivo oral cíclico, así para la concientización del embarazo y la importancia de la planificación familiar

Indicador: Cualitativa ordinal

Escala de medición: Se colocará el grado máximo de estudios

Variable: Ocupación

Tipo: Independiente

Definición conceptual: Actividad que realiza la paciente en su vida diaria en la cual esta puede influir de manera directa o indirectamente en las relaciones interpersonales

Definición operacional: "La ocupación de la paciente es un determinante crucial para el olvido y la falta de apego hacia el anticonceptivo oral, por lo que las ocupaciones para el estudio Se abarcan ocupaciones en general:

Trabaja fuera de casa: todos los empleos desde profesionistas hasta técnicos o informales

Ama de casa: Ocupación que se refiere desde el cuidado de los hijos y ocupaciones dentro del hogar

Estudiante: se refiere a personas que se dedican a recibir instrucción dentro de una institución educativa

Desempleada: Personas que no tienen una ocupación actual bien definida.

Otros/especifique: Se agrega este campo para aquellas ocupaciones no contempladas."

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Se abarcan ocupaciones en general:

Trabaja fuera de casa.

Ama de casa.

Estudiante.

Desempleada.

Otros/especifique.

Variable: Motivos de omisión/retraso

Tipo: Dependiente

Definición conceptual: Es la decisión momentánea en la cual influye la realización de un acto

Definición operacional: Los motivos abarcan desde los efectos adversos más comunes, así como el olvido ocasional o el retraso del consumo del anticonceptivo.

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Se espera que se marque el motivo más frecuente:

Olvido/retraso

Libido alterada

Ganancia de peso

Otra/especifique"

Variable: Curso de acción común después del incumplimiento

Tipo: Dependiente

Definición conceptual: El acto consecuente de una actividad no realizada a fin de compensar la no realizada

Definición operacional: El acto realizado posterior al olvido muestra el interés por parte del paciente para el seguimiento y cumplimiento del tratamiento anticonceptivo, esta evalúa la consulta por el profesional de la salud, así como la ingesta correcta o incorrecta del anticonceptivo, previo el olvido.

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Se usó el método anticonceptivo lo antes posible

Consulta a un profesional de la salud

Se usó dos o más métodos para compensar el día

Otra/especifique"

Variable: Método de rutina en la toma de la pastilla

Tipo: Dependiente

Definición conceptual: Es una costumbre o un hábito que se adquiere al repetir una misma tarea o actividad muchas veces, la rutina implica una práctica que, con el tiempo, se desarrolla de manera casi automática, sin necesidad de implicar el razonamiento.

Definición operacional: Se trata de implicar la rutina diaria de todos los días, hasta las tareas diarias, ya que ciertas personas acostumbran a realizar el consumo de medicamentos bajo una actividad diaria, hasta mostrar desinterés por el consumo del medicamento.

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Motivo más frecuente:

A la misma hora todos los días

Tareas diarias

Desinterés

Otra/especifique"

Variable: Dificultades para recordar el uso del método anticonceptivo

Tipo: Dependiente

Definición conceptual: Es la implicación de la causa o motivo por el cual se refleja la abstinencia para el consumo de un medicamento.

Definición operacional: Se abarca los días entre semana de lunes a viernes, así como ciertas dificultades para recordar el consumo en vacaciones, lo cuales son momentos que rompen las rutinas diarias, así como fines de semana, viajes cortos, salidas nocturnas, y lo más frecuente según estudios anteriores es el cambio del huso horario.

Indicador: Cualitativa nominal

Escala de medición: "Durante la semana de lunes a viernes

Vacaciones

Fin de semana

Viajes cortos

Salida la noche anterior

Viaje a un huso horario diferente

Otros/especifique"

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se utilizó el método usado en el Estudio MIA en España, ya que este estudio dio a conocer los factores asociados con el incumplimiento de los métodos de anticoncepción hormonal a través de un estudio transversal, en este estudio se limitó a la anticoncepción oral tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del Estudio MIA, la mayoría de edad legal en México (18 años) hasta los 35 años (véase Anexo 1).

Se les entregó el cuestionario a las participantes y se les explicó la confidencialidad de los datos, así como el beneficio de su participación en el presente estudio.

Posteriormente se capturó la información en una hoja de cálculo en Excel, de manera simplificada para poder usar los filtros que nos brinda el programa y elaborar las gráficas pertinentes a las variables de la encuesta realizada, para análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22, así para crear las tablas correspondientes y gráficos.

El análisis estadístico de los resultados se realizó utilizando el programa estadístico SPSS Versión 22 y herramientas de Excel

Una vez capturados los datos en el programa estadístico SPSS V. 22 se realizaron tablas de salida para la descripción de los resultados e interpretación de los mismos (tablas de frecuencias, histogramas y gráficos de barras, Ji² para comparar las causas de desapego en relación con los aspectos resolutivos del embarazo, ocupación, y grado de escolaridad), se realizó la discusión bajo nueva evidencia bibliográfica y se redactó el escrito final mismo, los resultados se difundirán en Foros de Investigación al interior del IMSS. Se dio por concluido el proyecto.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se cita el Artículo 3, hablando que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: citando la fracción III y VI referente a la prevención y control de los problemas de salud (embarazo no deseado)

Corresponde al capítulo uno de los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos de acuerdo al artículo 13, se respetó la integridad y se guardó secreto profesional al paciente que no quiso participar en la investigación, así también a los que participaron, queda conforme a la fracción II debidamente fundamentada al estudio MIA en España así correspondan dentro de la UMF del IMSS, fracción V con el consentimiento informado en el anexo 2, referente a la fracción VI, el estudio estuvo supervisado por la coordinación de la especialidad en Medicina Familiar, así como del médico tutor a cargo y el medico encargado de planificación familiar, acorde con el artículo 16, artículo 17 referente a la fracción I como investigación sin riesgo, en espera de aprobación referente al artículo 22, 23 sobre el consentimiento informado.

Corresponde al capítulo IV, artículo 42 fracción I sobre la corroboración de la mujer en edad fértil, no se encuentre en estado de embarazo.

En conforme con el título sexto capítulo único, artículo 116 a 120, sobre la elaboración y cumplimiento del protocolo de investigación y reporte a las autoridades pertinentes.

La encuesta citada en el anexo 1, se llevó a cabo de manera confidencial con un número de folio sin relación alguna con la paciente y datos personales, congruente solo con el consentimiento informado el cual de manera obligada contendrá el nombre del paciente y testigo, nombre del investigador a cargo (18)

Estudio en población vulnerable: En el presente protocolo participaran mujeres entre 18 y 35 años, con el previo consentimiento de ellas y/o sus tutores, para la aplicación de una encuesta que abarco aspectos sociodemográficos, antecedentes gineco - obstétricos, satisfacción vital, adaptación psicosocial y proyecto de vida, para determinar los factores que pudieron influir en su proyecto de vida, su satisfacción vital y adaptación psicosocial.

Riesgo de investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, el estudio se consideró sin riesgo ya que solo se recabo información con preguntas dirigidas a las adolescentes mediante una entrevista estructurada y no se realizó ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: La paciente no recibió ningún beneficio directo para su participación en el estudio. Se espero que los resultados contribuyeron a aumentar el conocimiento de los factores que afectan la adherencia al tratamiento anticonceptivo hormonal oral, para de esta manera sugerir estrategias que puedan implementarse en primer nivel que favorecieron la continuación de su proyecto de vida en beneficio de la paciente y familia.

Posibles inconvenientes: No existen inconvenientes, ya que solo se aplicó una encuesta en un solo momento a las mujeres, previo consentimiento de sus tutores o/y de ellas mismas.

Balance riesgo – beneficio: No existió beneficio directo para los participantes, sin embargo, se generó conocimiento sobre el problema específico y al ser un estudio sin implicación de riesgo se consideró que el balance riesgo beneficio es favorable a toda la población adolescente y al personal de salud.

Confidencialidad: Los datos que se obtuvieron tanto personales como clínicos que se usaron acorde el estudio se mantendrán como confidenciales. Se identifico a cada paciente con número de seguridad social y los datos personales serán resguardados por el investigador y solo se difundirá de manera global los resultados al personal de salud.

Consentimiento informado: Se utilizo la carta de consentimiento Informado para tutores o padres de las adolescentes y el de adolescentes que permitió su participación por ambas partes.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se les explico tanto los tutores de las adolescentes de 18 años como a las mujeres mayores, el fin con el que se realizó la entrevista y los beneficios de la realización de este estudio. Y si no desea participar no hubo ninguna repercusión, y su atención dentro del instituto continuara sin modificaciones, conservando sus derechos.

Forma de selección de los pacientes: Se entrevisto a todas las pacientes usuarias de método hormonal oral en el módulo de Planificación Familiar de la UMF 20 y que cumplieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Con base a las encuestas realizadas a las usuarias de anticonceptivos orales en el servicio de Planificación Familiar dentro de las instalaciones de la UMF 20 vallejo, se aplicaron 39 encuestas de manera satisfactoria en pacientes de entre 18 y 35 años, previo consentimiento informado, en un periodo comprendido entre 15 de junio al 10 de julio del 2018, obteniéndose los siguientes resultados:

Características Epidemiológicas

En relación con la edad, predominó la edad de 27 años en un 12.8% de las encuestadas usuarias del método anticonceptivo antes descrito, seguidas de las edades de 25, 30 y 35 años en un 10.3% a cada una, en el CUADRO 4 se muestra la distribución por edad de las encuestadas denotando su frecuencia y su porcentaje.

Cuadro 4: Frecuencia de casos en relación con la edad

Edad en años				
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18	2	5.1	5.1	5.1
19	1	2.6	2.6	7.7
21	2	5.1	5.1	12.8
22	2	5.1	5.1	17.9
23	3	7.7	7.7	25.6
24	1	2.6	2.6	28.2
25	4	10.3	10.3	38.5
26	2	5.1	5.1	43.6
27	5	12.8	12.8	56.4
28	2	5.1	5.1	61.5
29	1	2.6	2.6	64.1
30	4	10.3	10.3	74.4
31	1	2.6	2.6	76.9
33	3	7.7	7.7	84.6
34	2	5.1	5.1	89.7
35	4	10.3	10.3	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta "Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20" 2018.

Las respuestas de las usuarias de este método variaron desde los 2 meses hasta los 72 meses, en su mayoría con un 20.5% con un uso de 6 meses, seguidos con un uso de 2 y de 12 meses llevándose un 15.4% en ambos casos. El siguiente CUADRO 5 muestra el número de casos, así como su frecuencia con respecto al tiempo de uso del método anticonceptivo oral en meses.

Cuadro 5: Frecuencia de casos en relación con el uso del método en meses

Tiempo de uso del método en meses				
Uso en meses	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	6	15.4	15.4	15.4
3	5	12.8	12.8	28.2
4	1	2.6	2.6	30.8
6	8	20.5	20.5	51.3
8	1	2.6	2.6	53.8
12	6	15.4	15.4	69.2
18	1	2.6	2.6	71.8
23	1	2.6	2.6	74.4
24	3	7.7	7.7	82.1
36	3	7.7	7.7	89.7
48	3	7.7	7.7	97.4
72	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018

En el CUADRO 6, observamos el número de embarazos en las 39 personas encuestadas, podemos observar que en un 25.6% de estas, decidieron tener dos embarazos en el momento de la encuesta, seguidas por las que aún no deciden el embarazo en un 23.1%.

Cuadro 6: Frecuencia de número de embarazos

Número total de embarazos				
Embarazos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	9	23.1	23.1	23.1
1	8	20.5	20.5	43.6
2	10	25.6	25.6	69.2
3	6	15.4	15.4	84.6
4	5	12.8	12.8	97.4
5	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Las respuestas de las encuestadas en el estudio, demostró una fuerte tendencia del 71.8% hacia la respuesta de ningún aborto espontáneo, sin embargo, el 25.6% de las encuestadas ha tenido un aborto espontáneo lo que equivale 1:4 de mujeres encuestadas. En el CUADRO 7, se muestra la frecuencia de respuestas en las encuestadas en el presente estudio.

Cuadro 7: Frecuencia de Abortos Espontáneos

Abortos espontáneos				
Abortos espontáneos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	28	71.8	71.8	71.8
1	10	25.6	25.6	97.4
2	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En el siguiente CUADRO 8, encontramos fuerte frecuencia de respuestas negativas hasta un 84.6% sobre los abortos conscientes, mientras un 12.8% de las encuestadas responden que han tenido 1 aborto consciente.

Cuadro 8: Frecuencia de Abortos inducidos

Abortos inducidos				
Abortos inducidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	33	84.6	84.6	84.6
1	5	12.8	12.8	97.4
2	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En esta variable se tomó en cuenta el estado civil de la paciente, refiriéndonos como compromiso “serio” al matrimonio entre dos personas de distinto género, por lo que se le pregunto si contaba con la unión conyugal legal (matrimonio), refiriéndonos a la paciente como: ¿Es usted casada?, en donde el 74.4% de las encuestadas, respondió de manera afirmativa, mientras el 25.6% respondió con la negativa, en el siguiente CUADRO 9 se muestra la frecuencia de las encuestadas al validar su estado de pareja estable.

Cuadro 9: Frecuencia de usuarias casadas

Usuaría casada				
Casada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	29	74.4	74.4	74.4
No	10	25.6	25.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

De las personas encuestadas solo cuatro tenían un posgrado lo que equivale al 10.3% del total, el mayor porcentaje fueron las mujeres con un grado de nivel media superior o su equivalente como bachillerato o preparatoria en un 33.3% seguidas de los niveles secundaria y superior con un igual de 28.2%. En el siguiente CUADRO 10 se muestran los porcentajes y las frecuencias obtenidas en las pacientes entrevistadas de acuerdo al máximo grado de estudios cursado.

Cuadro 10: Frecuencia de usuarias de acuerdo al máximo grado de estudios.

Máximo grado de estudios				
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Secundaria	11	28.2	28.2	28.2
Media Superior	13	33.3	33.3	61.5
Superior	11	28.2	28.2	89.7
Posgrado	4	10.3	10.3	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

De acuerdo a las encuestas realizadas a las mujeres usuarias de anticonceptivos orales de la UMF 20, se encontró que la ocupación de las usuarias predominó las mujeres que trabajan fuera de su hogar en un 46.2% seguida por las mujeres que se dedican al hogar con un 33.3%, para posteriormente encontrar a las estudiantes y a las mujeres que estudian y trabajan a la vez en un 15.4 y un 5.1% respectivamente. En el siguiente CUADRO 11 se muestra la frecuencia de las ocupaciones mostradas en las encuestas en la UMF 20.

Cuadro 11: Frecuencia de Ocupación

Ocupación				
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trabaja fuera de casa	18	46.2	46.2	46.2
Ama de casa	13	33.3	33.3	79.5
Estudiante	6	15.4	15.4	94.9
Trabaja y estudia	2	5.1	5.1	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

De acuerdo a las encuestas realizadas dentro de la UMF 20 respecto a mujeres usuarias de anticonceptivos orales cíclicos, en la cual se encuestó sobre el motivo de retraso u olvido de las cuales, el 48.7% respondió que simplemente se olvidó la ingesta motivando el retraso del tratamiento, posteriormente la ganancia de peso fue el efecto adverso que motivo el incumplimiento en un 20.5%, mientras que un 23.1% fueron las pacientes que nunca olvidaron la ingesta del anticonceptivo, El CUADRO 12 muestra la frecuencia en la que se obtuvieron las respuestas de la razón del retraso u olvido del medicamento.

Cuadro 12: Frecuencia de la razón del retraso u olvido del medicamento

Razón del retraso u olvido la ingesta del medicamento				
Razón de omisión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Olvido/retraso	19	48.7	48.7	48.7
Ganancia de peso	8	20.5	20.5	69.2
Otros efectos secundarios	3	7.7	7.7	76.9
Nunca se olvido	9	23.1	23.1	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En el estudio realizado dentro de la unidad de medicina familiar número 20, se cuestionó la acción realizada justamente al olvido del medicamento, la mayoría de las encuestadas respondió en un 41% el consultar a un profesional de la salud, mientras que un 33.3% de las encuestadas respondió la ingesta o uso del anticonceptivo lo antes posible. En el CUADRO 13 se muestra la frecuencia y el porcentaje de las respuestas que se obtuvieron en las entrevistadas.

CUADRO 13: Frecuencia y porcentaje de la acción realizada posterior al olvido del medicamento

Acción realizada posterior al olvido del medicamento				
Acción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Uso el anticonceptivo lo antes posible	13	33.3	33.3	33.3
Consultar a un profesional de la salud	16	41.0	41.0	74.4
Uso dos o más pastillas para compensar los días	5	12.8	12.8	87.2
Nunca se olvido	3	7.7	7.7	94.9
Omitió el día	1	2.6	2.6	97.4
Uso anticonceptivo emergencia	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Dentro de la encuesta realizada en el estudio, se cuestionó el método utilizado por las pacientes para no recurrir al olvido de la píldora anticonceptiva cíclica, en la cual la respuesta con más frecuencia fue la ingesta del medicamento a la misma hora todos los días con un 64.1%. En el siguiente CUADRO 14 se muestra la frecuencia y el porcentaje obtenido en las encuestas realizadas sobre el método para no olvidar la toma del medicamento.

Cuadro 14: Forma de no olvidar la toma del medicamento

Forma de no olvidar la toma del medicamento				
Método usado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A la misma hora todos los días	25	64.1	64.1	64.1
Durante tareas diarias	6	15.4	15.4	79.5
En cualquier momento	8	20.5	20.5	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Se decidió colocar la variable la cual cuestionaba el momento en la cual se dificultaba recordar la ingesta del medicamento, colocando seis posibles respuestas las cuales detallaban en diferentes ocasiones dentro de una vida cotidiana, de las cuales el 53.8% de las entrevistadas respondió que los fines de semana eran los días en los que alteraban más la ingesta del método anticonceptivo, equivale a más de la mitad de la muestra obtenida, seguida de las vacaciones en un 15.4%. El siguiente CUADRO 15 muestra la frecuencia y los porcentajes de cada una de las respuestas.

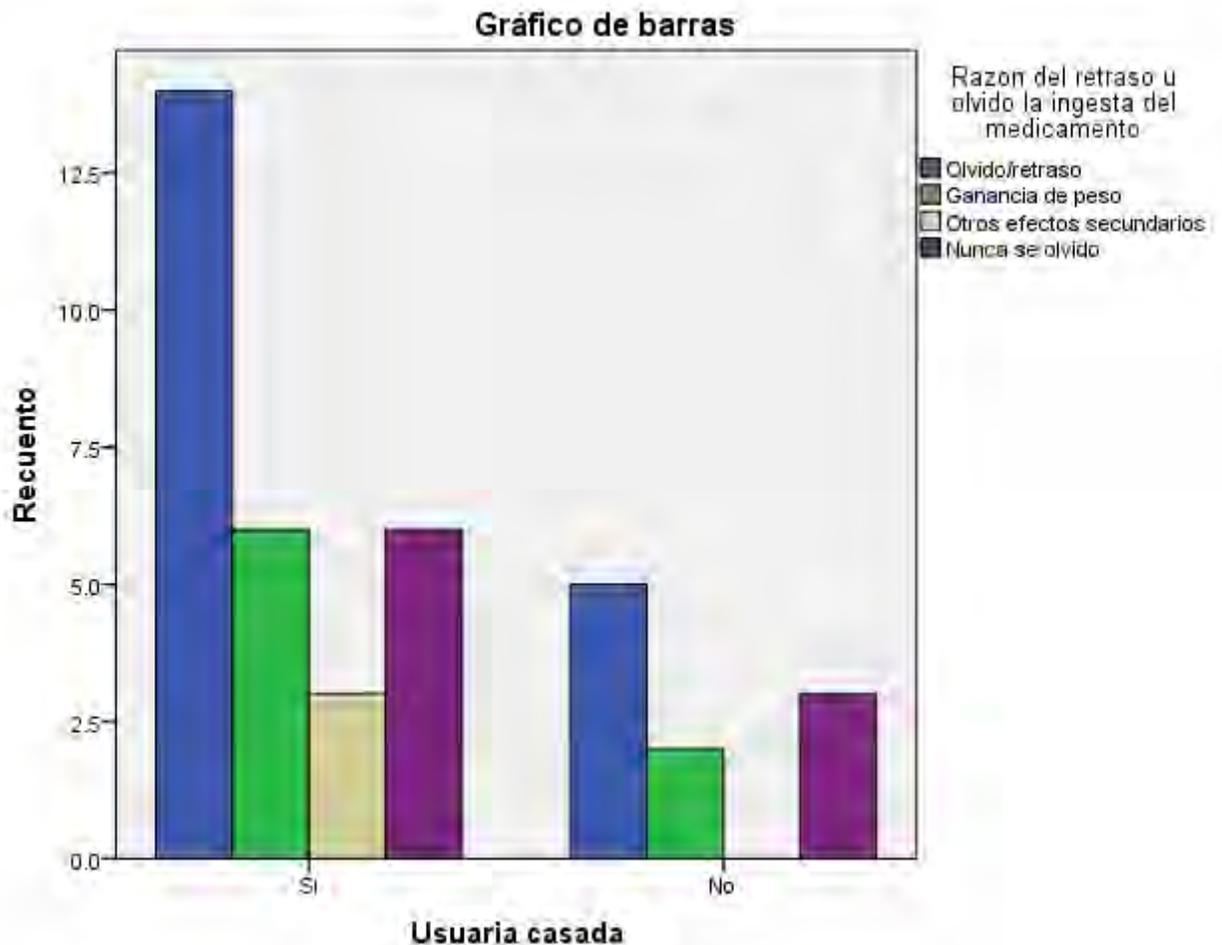
Cuadro 15: Frecuencia y porcentaje del momento en que se dificulta la ingesta del medicamento

Momento en que se dificulta la ingesta del medicamento				
Momento de olvido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De Lunes a Viernes	5	12.8	12.8	12.8
Vacaciones	6	15.4	15.4	28.2
Fin de semana	21	53.8	53.8	82.1
Viajes cortos	4	10.3	10.3	92.3
Salida la noche anterior	2	5.1	5.1	97.4
Nunca se olvido	1	2.6	2.6	100.0
Total	39	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Ya obtenido el resultado de las encuestas, observamos que dentro de las usuarias casadas (pareja estable) el 48.3% tuvo como motivo de retraso u olvido del medicamento la razón “olvido/retraso” GRAFICA 1, seguida por la ganancia de peso en un 20.7%. Ahora, dentro de las no casadas (no pareja estable) el 50% respondió el “olvido/retraso” y el 20% con la ganancia de peso, por lo que podemos asociar el tener una pareja estable con un menor olvido en la ingesta del hormonal ($p=0.006$).

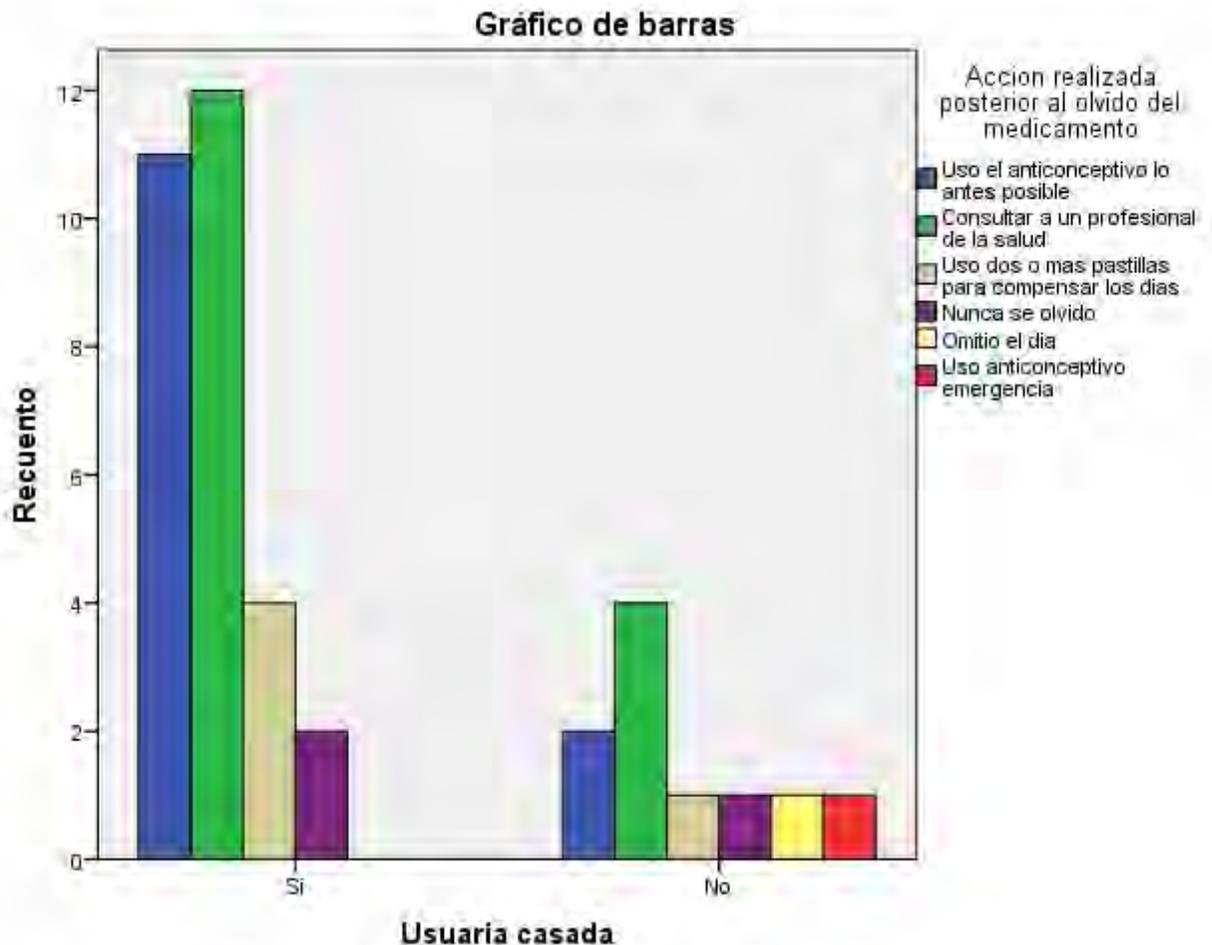
Grafica 1, Relación del motivo del retraso u olvido en la ingesta del medicamento con contar con pareja estable.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En la GRÁFICA 2 presentada podemos observar que en las mujeres con pareja estable el 41.4% respondieron que, en caso de olvido, ellas acudirían con un profesional de la salud, y un 37.9% usaría el anticonceptivo lo antes posible, mientras que de las entrevistadas sin pareja estable, el 40% consultaría al profesional de la salud, y solo un 20% usaría el anticonceptivo lo antes posible, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p=4.2$), por lo que no se puede asociar que el tener pareja estable conlleve a una mejor acción realizada en caso de olvido en la toma del hormonal oral.

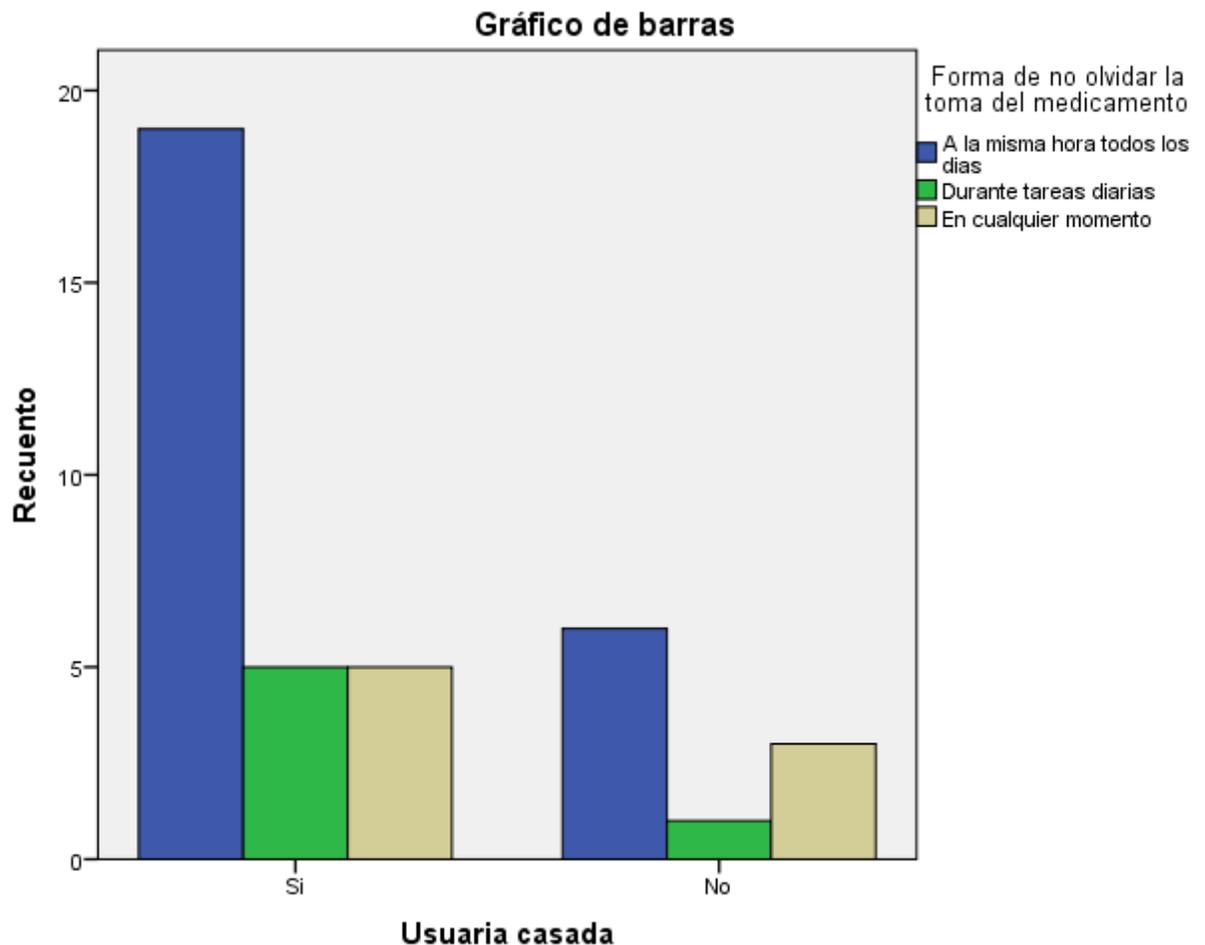
Grafico 2, Relación entre la acción realizada posterior al olvido del medicamento con contar con pareja estable.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En la GRÁFICA 3 presente, observamos que el 65.5% de las mujeres con pareja estable consumen el medicamento a la misma hora todos los días, mientras que el 17.2% de las encuestadas con pareja estable respondió durante tareas diarias así como en cualquier momento por igual. En las usuarias que no tiene pareja estable el 60% respondió a la misma hora todos los días, mientras el 30% consume el medicamento en cualquier momento. No se obtuvo un resultado significativo de forma estadística ($p=0.36$), por lo que el tener pareja estable no se puede asociar a realizar algún método o rutina para evitar el olvido en la toma del hormonal oral.

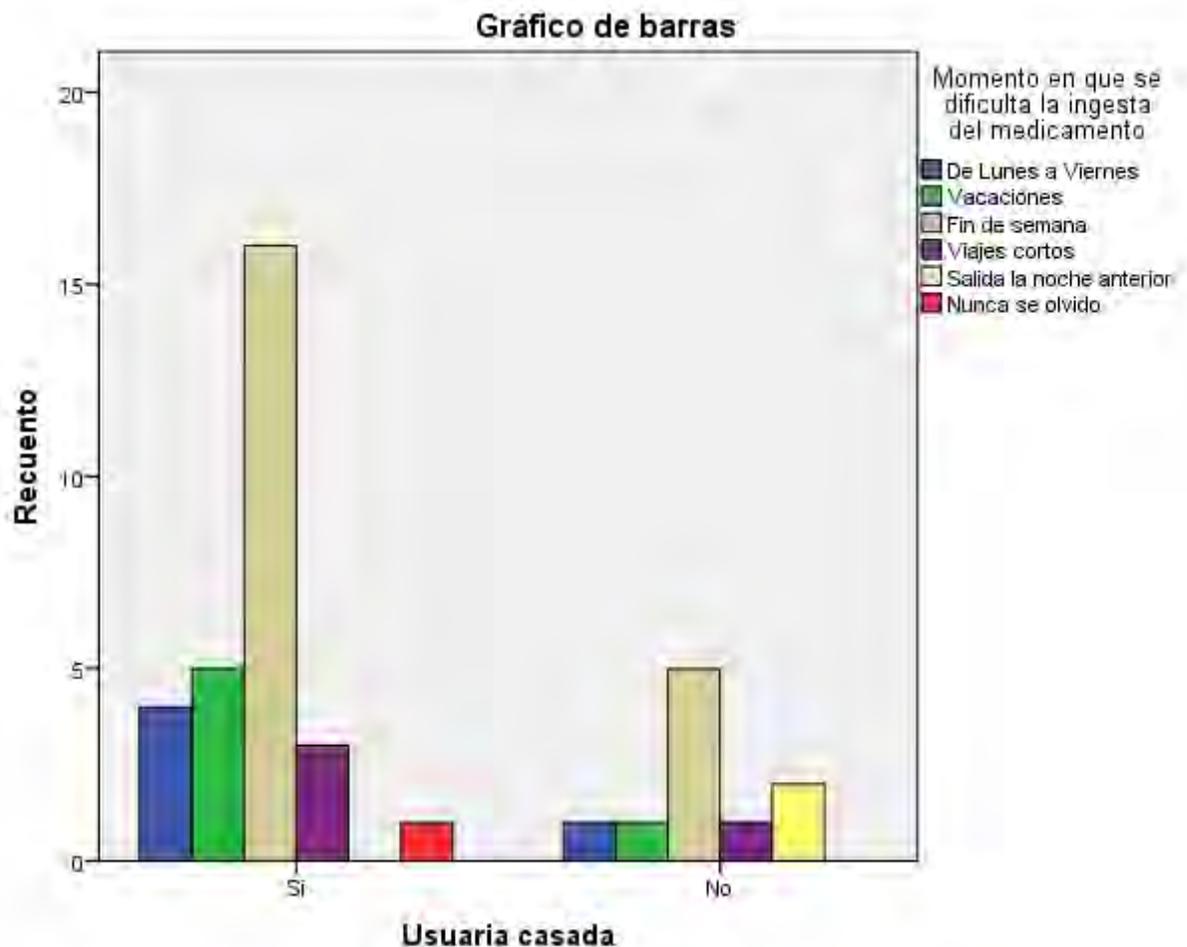
Grafica 3, Relación de la forma de no olvidar la toma del medicamento con contar con pareja estable.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En la presente GRAFICA 4 observamos que el 55.2% de las usuarias con pareja estable se les dificulta la ingesta del medicamento en los fines de semana, seguida de vacaciones con un 17.2%; mientras en las mujeres que no tiene pareja estable, el 50% respondieron los fines de semana y el 20% se les dificulta la ingesta cuando salen la noche anterior, por lo anterior no podemos relacionar ambas variables ($p=0.87$).

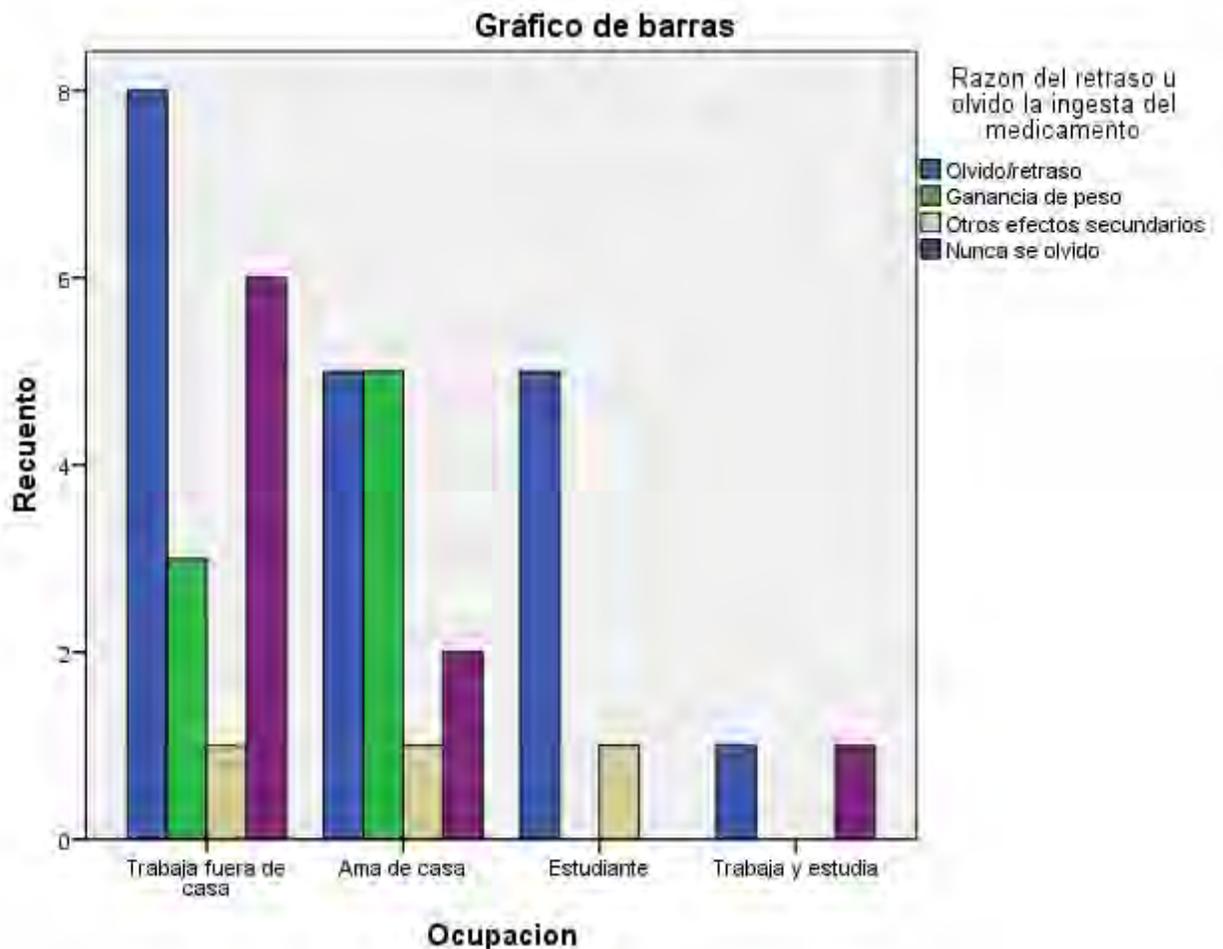
Grafica 4, Relación del momento en que se dificulta la ingesta del medicamento con la pareja estable



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En esta GRAFICA 5 podemos observar que el olvido/retraso fue la causa más frecuente en un 44.4% dentro del grupo de las trabajadoras fuera de casa, seguidas de la ganancia de peso con un 16.7%, sin embargo, el 33.3% de estas pacientes refirió que nunca se les olvida la ingesta del medicamento.

Gráfica 5, Relación del motivo del retraso u olvido de la ingesta del medicamento con la ocupación de la entrevistada.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

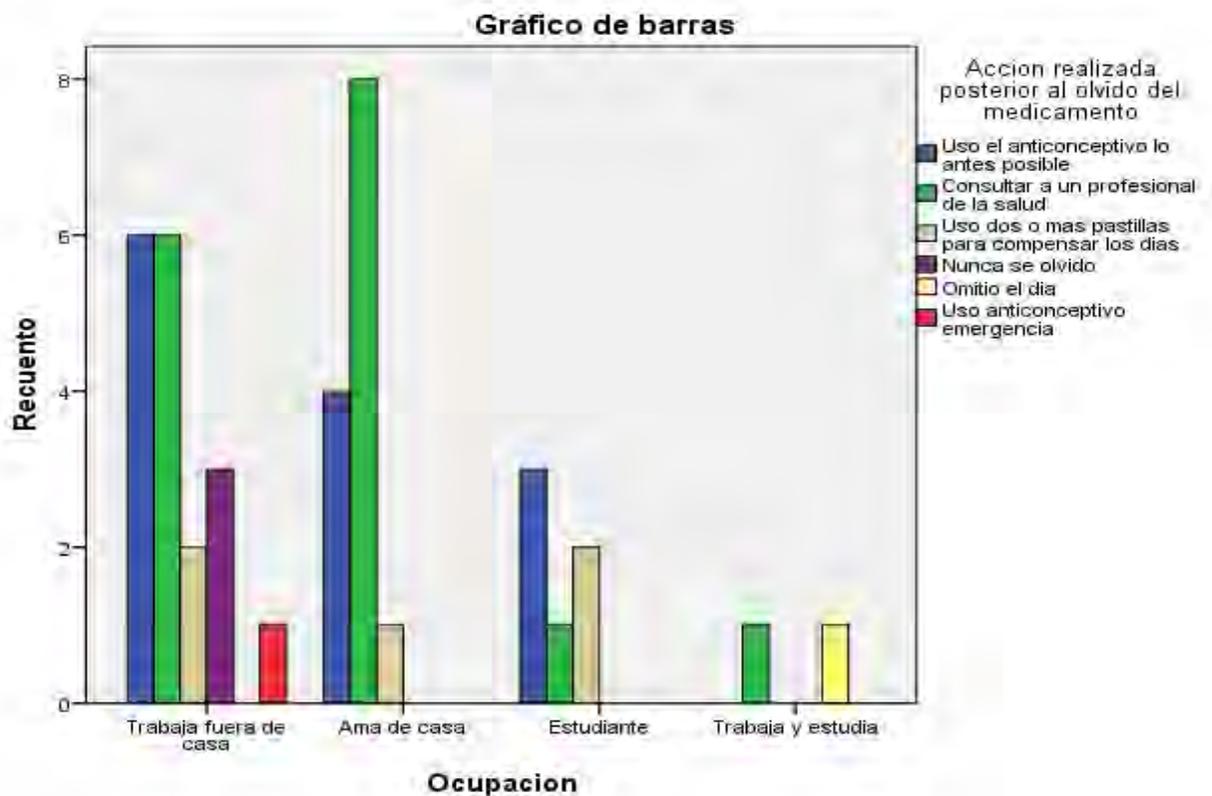
Dentro del grupo de las amas de casa, el 38.5% refirió el olvido de la ingesta del medicamento, junto con la ganancia de peso por igual, seguidas del no olvido en un 15.4%.

En el grupo de las estudiantes, el 83.3% de las entrevistadas refirió que el motivo de no tomarse el medicamento fue el olvido/retraso seguidas de 16.7% al referir en bloque los efectos secundarios del medicamento.

Dentro del grupo de las usuarias que trabajan y estudian, el 50% respondieron el olvido/retraso y el no olvido por igual. Por lo que se concluye que la ocupación no influye en el motivo de olvido en la toma de la ingesta del hormonal ($p=0.63$).

Dentro de la acción realizada posterior al olvido de la ingesta del anticonceptivo GRAFICA 6 encontramos que en el grupo de mujeres que trabajan fuera de casa el 33.3% usarían el anticonceptivo lo antes posible y consultarían a un profesional de la salud ya sea médico, enfermera, etc. por igual.

Grafica 6, Relación entre la acción realizada posterior al olvido del medicamento con la ocupación de la entrevistada



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Dentro del grupo de las mujeres que se dedican al cuidado del hogar observamos que un 61.5% acudirían a cuestionar a un profesional de la salud mientras que un 30.8% usarían el anticonceptivo lo antes posible.

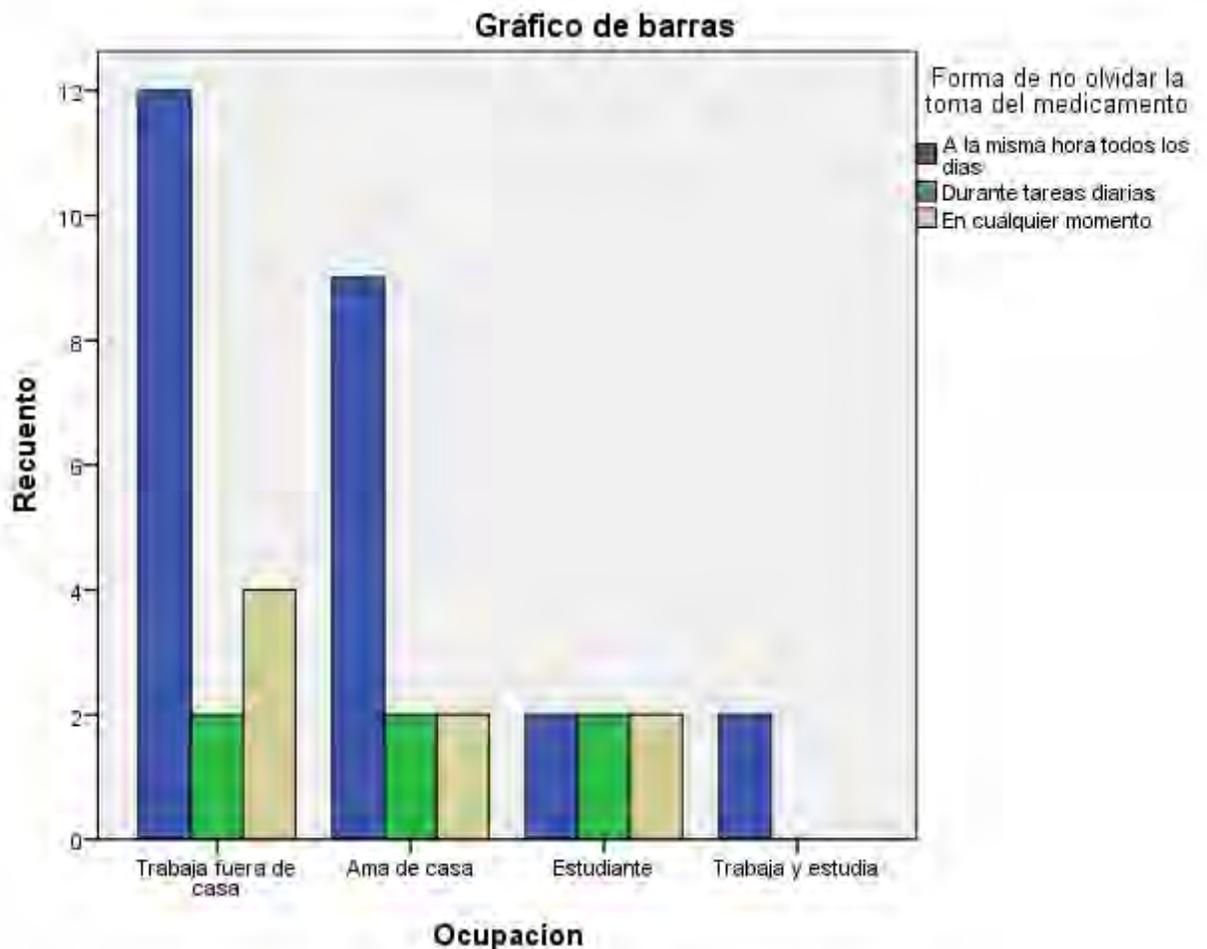
En el grupo de estudiantes, el 50% usarían el anticonceptivo lo antes posible mientras que el 33.3% usarían dos o más pastillas para compensar los días de omisión.

Dentro del grupo de mujeres que estudian y trabajan el 50% respondió que consultaría a un profesional de la salud así el 50% restante omitirían el día.

En la presente GRAFICA 6 observamos que existe relación con la labor de la mujer y la acción realizada posterior al olvido del medicamento ($p= 0.014$), encontrando que las mujeres con labores más profesionales o con trabajo fuera del hogar, acudirían a asesoría profesional en un menor grado, posiblemente por las tareas y sobrecarga de labores, muy en contraste con las mujeres dedicadas al hogar, las cuales tendrían más posibilidades de acudir a asesoría con un profesional de la salud.

En la presente GRAFICA 7 podemos observar en el grupo de usuarias que trabajan fuera del hogar, el 66.7% consumen la pastilla a la misma hora todos los días, seguidas en un 22.2% de las que consumen el medicamento en cualquier momento.

Gráfica 7, Relación del método para no olvidar la ingesta del medicamento con la ocupación de la entrevistada



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En el grupo de mujeres dedicadas al cuidado del hogar, observamos que el 69.2% de las usuarias consumen el medicamento a la misma hora todos los días,

mientras que el 15.4% la consumen durante las tareas diarias y en cualquier momento por igual.

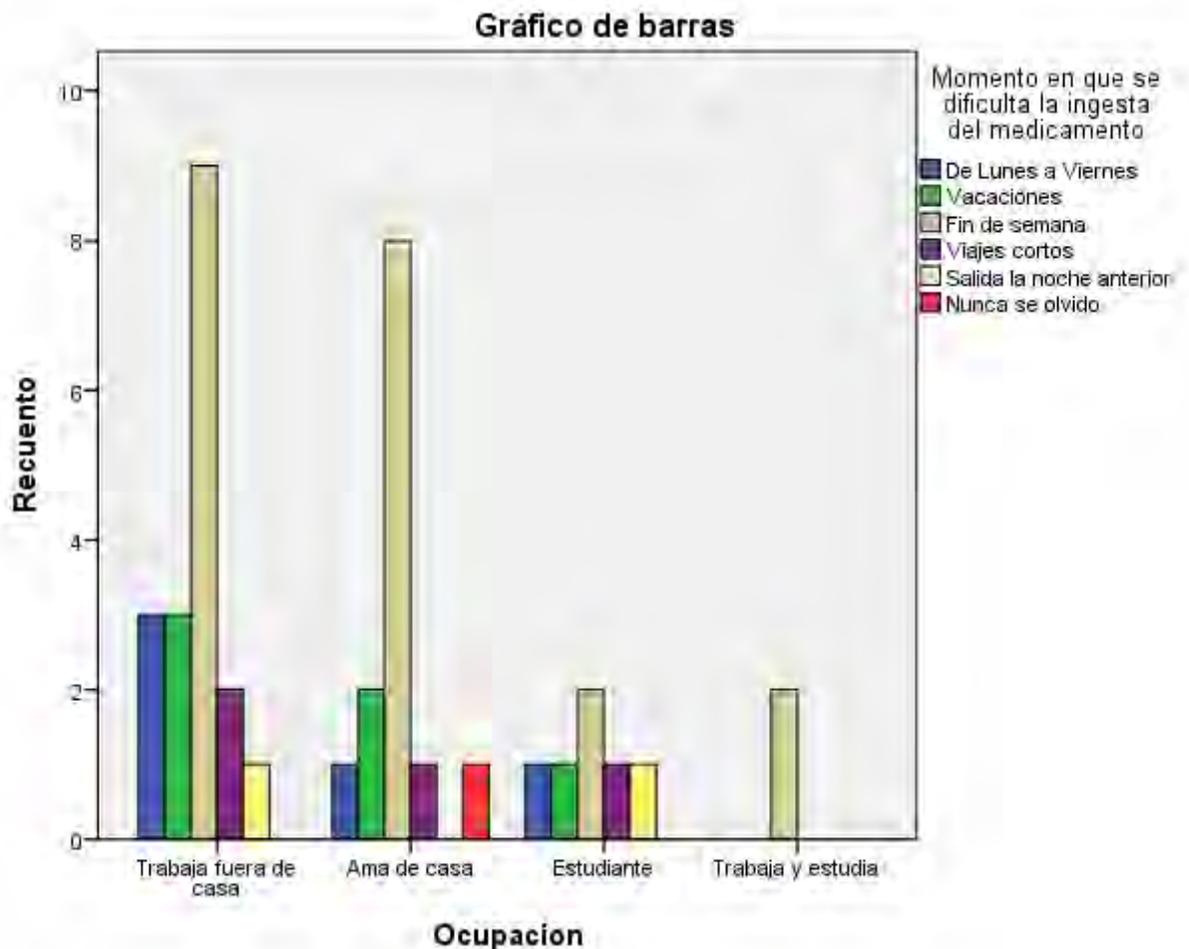
En el grupo de las estudiantes el 33.3% respondieron el consumo del medicamento a la misma hora todos los días, durante tareas diarias y en cualquier momento por igual.

En el grupo de usuarias que trabajan y estudian, el 100% respondió que consumían el medicamento a la misma hora todos los días.

En la presente grafica observamos que existe relación con el método utilizado para evitar el olvido de la ingesta del medicamento en pacientes de acuerdo a sus labores diarias, encontrando que las que trabajan fuera del hogar, llevan un método de rutina horaria, conjuntamente con la ama de casa, pero en menor proporción ($p=0.014$).

En la presente GRAFICA 8 se observa dentro del grupo de las usuarias que trabajan fuera del hogar, que el 50% se les dificulta recordar la ingesta del medicamento en fines de semana, mientras que el 16.7% se dificulta de lunes a viernes y en vacaciones por igual.

Gráfica 8, Relación entre el momento en que se dificulta la ingesta del medicamento con la ocupación de la entrevistada



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

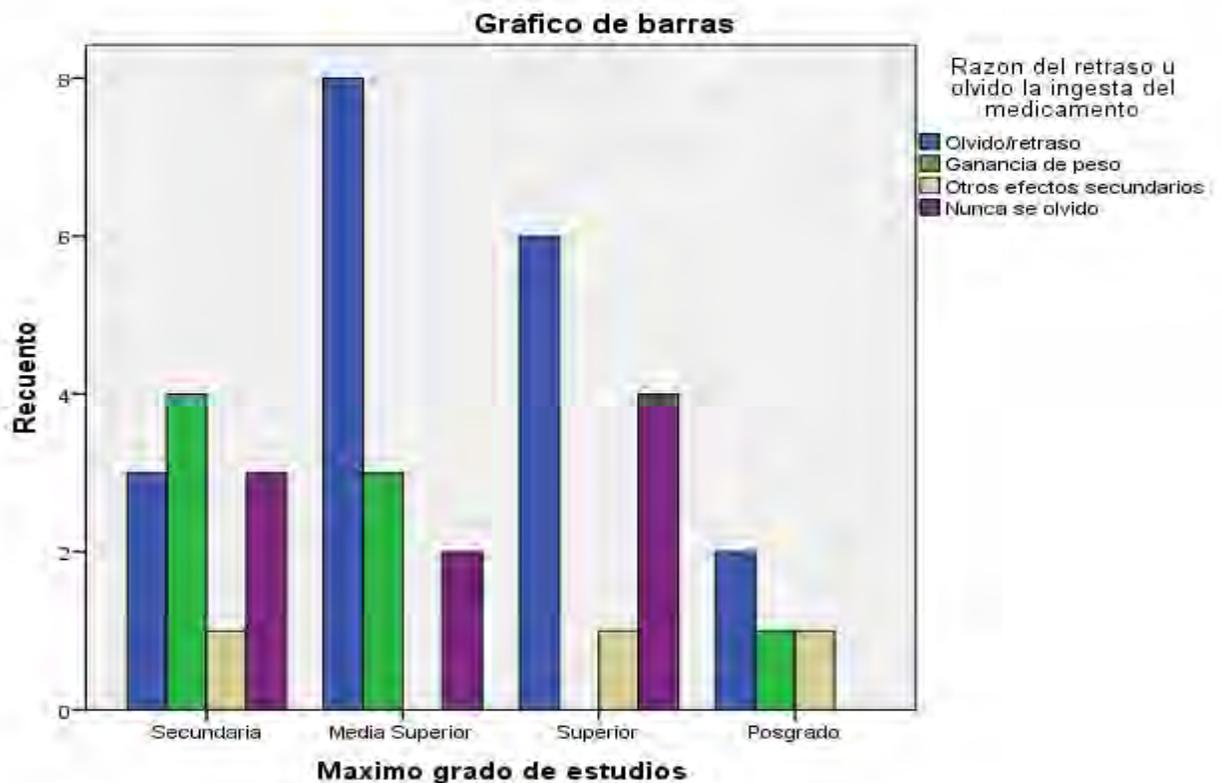
Dentro del grupo de usuarias que se dedican al cuidado del hogar, encontramos que el 61.5% hay dificultad para recordar la ingesta del medicamento los fines de semana mientras que el 15.4% en vacaciones.

En el grupo de estudiantes encontramos que el 33.3% de las encuestadas se les dificultó la ingesta del medicamento en fines de semana, mientras que el 16.7% respondieron de lunes a viernes, vacaciones, viajes cortos y salida la noche anterior por igual.

En el grupo de trabajadoras y estudiantes, encontramos que el 100% de las entrevistadas respondió que la dificultad se les presentó en los fines de semana, no obteniéndose resultados estadísticamente significativos ($p=0.33$).

En la presente GRAFICA 9 muestra en el grupo de usuarias con nivel secundaria, el motivo de retraso u olvido más frecuente fue la ganancia de peso con un 36.4%, seguidas del olvido/retraso en un 27.3%, al igual que las pacientes que refirieron nunca olvidad el medicamento.

Grafica 9, Relación entre el motivo de retraso u olvido de la ingesta del medicamento con el grado de estudio de la entrevistada



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

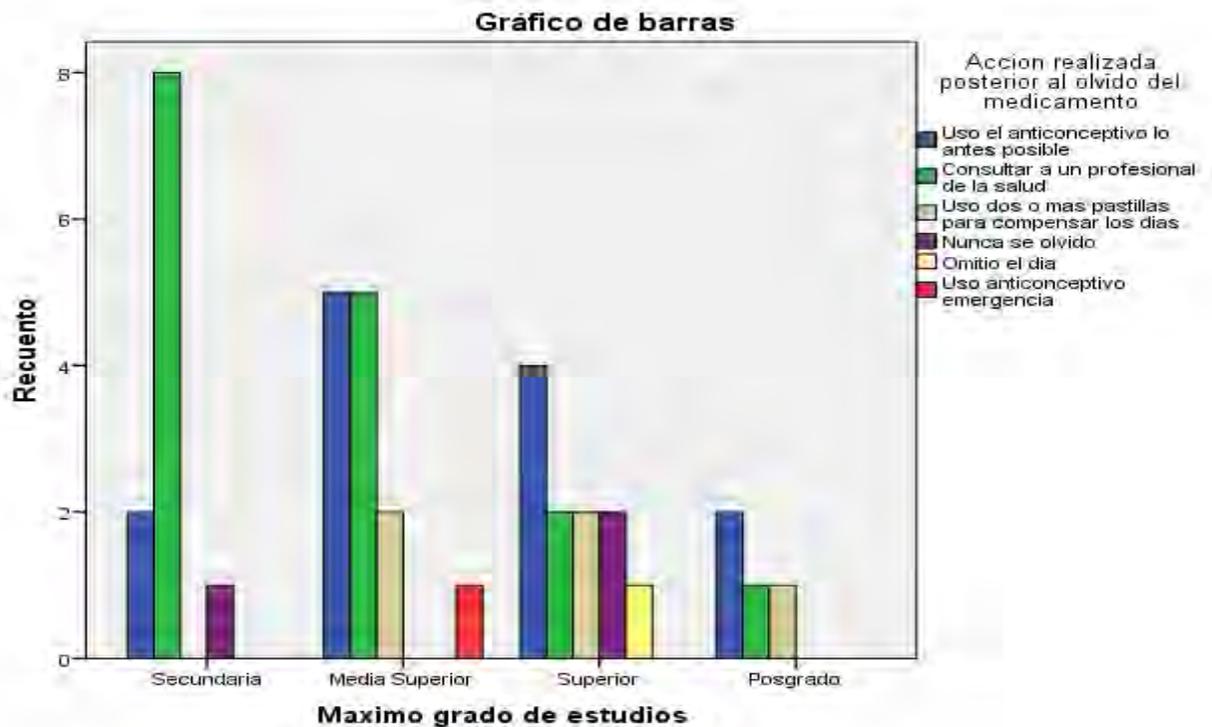
En el grupo de pacientes con educación media superior el 61.5% de las encuestadas refirió el olvido/retraso de la pastilla anticonceptiva, seguida por el 23.1% refiriendo la ganancia de peso.

En las usuarias con educación superior o licenciatura, el 54.5% contesto el olvido/retraso del medicamento, mientras e l 36.4% refirió nunca haber olvidado la ingesta.

En las usuarias con estudios de posgrado, el 50% de las entrevistadas refirió el olvido/retraso, y el 25% refirió la ganancia de peso, así como otros efectos secundarios como causa/motivo de olvido/retraso de la ingesta del medicamento, por lo que no podemos asociar la escolaridad con alguna causa de incumplimiento en la ingesta del medicamento ($p=0.41$).

En la presente GRAFICA 10 dentro del grupo de paciente con educación secundaria, el 72.7% de las encuestadas refirió que la mejor opción fue consultar a un profesional de la salud, mientras que el 18.2% respondió el uso del anticonceptivo lo antes posible.

Grafica 10, Relación entre la acción realizada posterior al olvido del medicamento con el grado de estudios de las entrevistadas



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Dentro del grupo de nivel media superior el 38.5% de las encuestadas, refirió que el uso del anticonceptivo lo antes posible así como el consultar a un

profesional de la salud por igual, mientras que el 15.4% refirió usar dos o más pastillas para compensar los días.

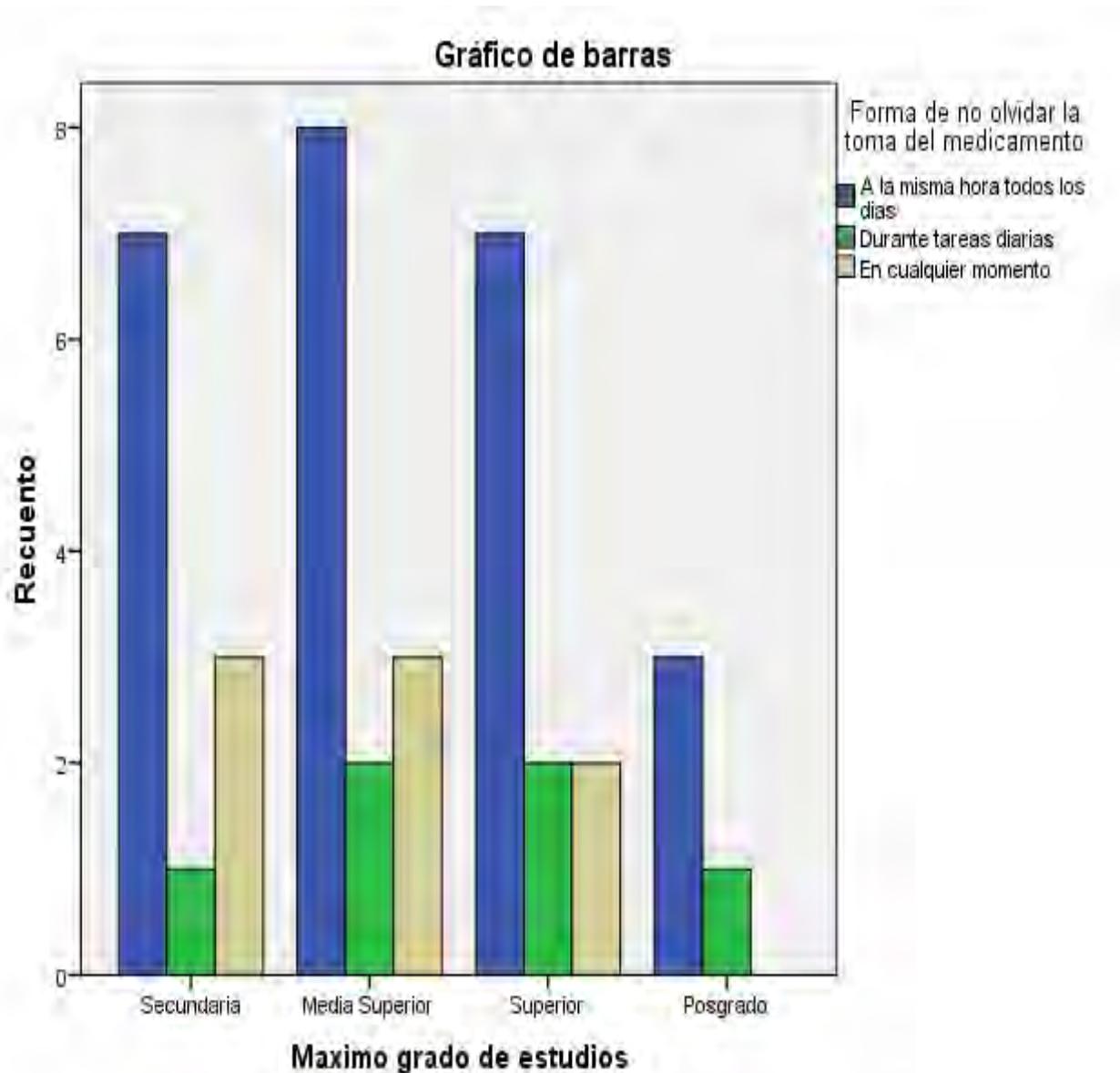
Dentro del grupo de nivel superior, el 36.4% refirió el uso del anticonceptivo lo antes posible, y el 18.2% coincidió el consultar a un profesional de la salud, el uso de dos o más pastillas para compensar los días y él nunca lo olvido por igual.

En las pacientes con estudios de posgrado, el 50% refirió el uso del anticonceptivo lo antes posible y el 25% refirió el consultar a un profesional de la salud, así como el uso de dos o más pastillas para compensar los días.

En esta grafica encontramos que cuanto menor sea el grado de estudios de las usuarias, están acuden en mayor proporción con el profesional de la salud y viceversa con la ingesta del medicamento lo antes posible deducimos que el consultar a un profesional de la salud es inversamente proporcional al mayor grado de estudios, y directamente proporcional al consumo del medicamento lo antes posible ($p=0.02$).

En la presente GRAFICA 11 muestra que el grupo de escolaridad secundaria, el 63.6% de las usuarias utilizan la ingesta del medicamento a la misma hora todos los días, mientras que el 27.3% no cuentan con un método, ingiriendo el medicamento en cualquier momento.

Grafica 11, Relación entre el método para no olvidar la toma del medicamento con el grado de estudios de las entrevistadas



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En el grupo de usuarias con escolaridad media superior, encontramos que el 61.5% consume el medicamento a la misma hora todos los días mientras que el 23.1% de las usuarias lo consume en cualquier momento.

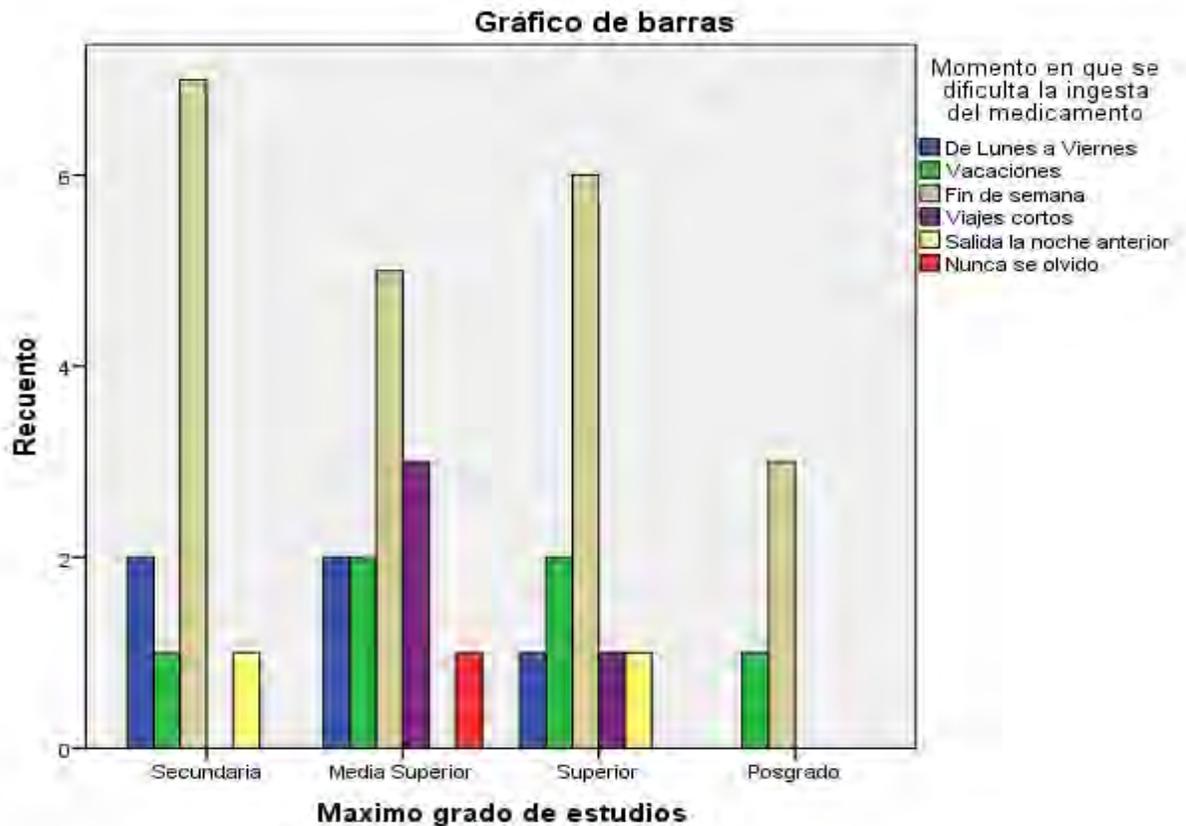
En el grupo de nivel superior el 63.6% de las encuestadas, ingieren el medicamento a la misma hora todos los días, mientras el 18.2% la consume durante tareas diarias en específico, así como en cualquier momento.

Dentro del grupo de escolaridad posgrado, el 75% refiere el consumo del medicamento a la misma hora todos los días, y el 25% durante alguna tarea diaria.

Esto cabe denotar que existe relación con la estructuración de algún método para evitar el olvido de la ingesta del medicamento conforme la educación es más avanzada, llegando a estructurarse desde el consumo con horario hasta durante tareas en específico, posiblemente a las labores diarias las cuales se vuelven más especializadas ($p=0.05$).

En la presente GRAFICA 12 el grupo de estudios de secundaria el 63.6% respondió los fines de semana, seguidos de los días de lunes a viernes con un 18.2%.

Grafica 12, Relación entre el momento en el cual se dificulta la ingesta del medicamento con el grado máximo de estudios.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

En el grupo de media superior el 38.5% refirió los fines de semana, mientras que el 23.1% respondió durante viajes cortos.

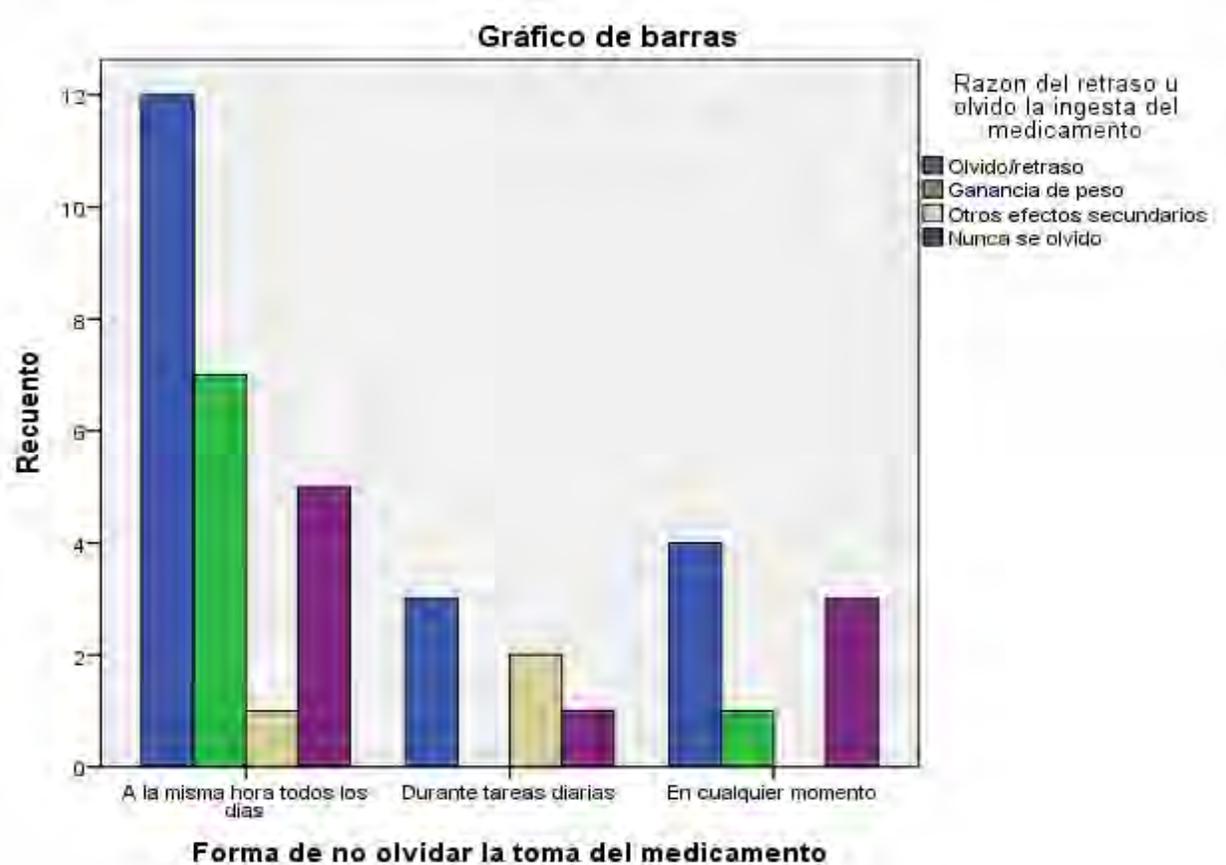
En el grupo de nivel superior el 54.5% refirió los fines de semana, mientras que el 18.2% durante vacaciones.

En el grupo de posgrado el 75% respondió los fines de semana, mientras el 25% en vacaciones

Esta grafica denota que la dificultad del olvido se relación con el grado de estudios, en cuanto mayor grado de estudios, el método de rutina se normaliza hacia el uso de horarios y tareas, por lo que se dificulta la ingesta cuando estos horarios cambian o se alteran ($p=0.013$).

En la GRÁFICA 13 presente, dentro del grupo de usuarias que toma a la misma hora el medicamento todos los días, podemos observar que el 48% reporto que la causa de la omisión del consumo del medicamento fue el olvido/retraso, seguido de la ganancia de peso con un 28%.

Grafica 13, Relación del motivo del retraso u olvido de la ingesta del medicamento con el método de no olvidar la toma del medicamento



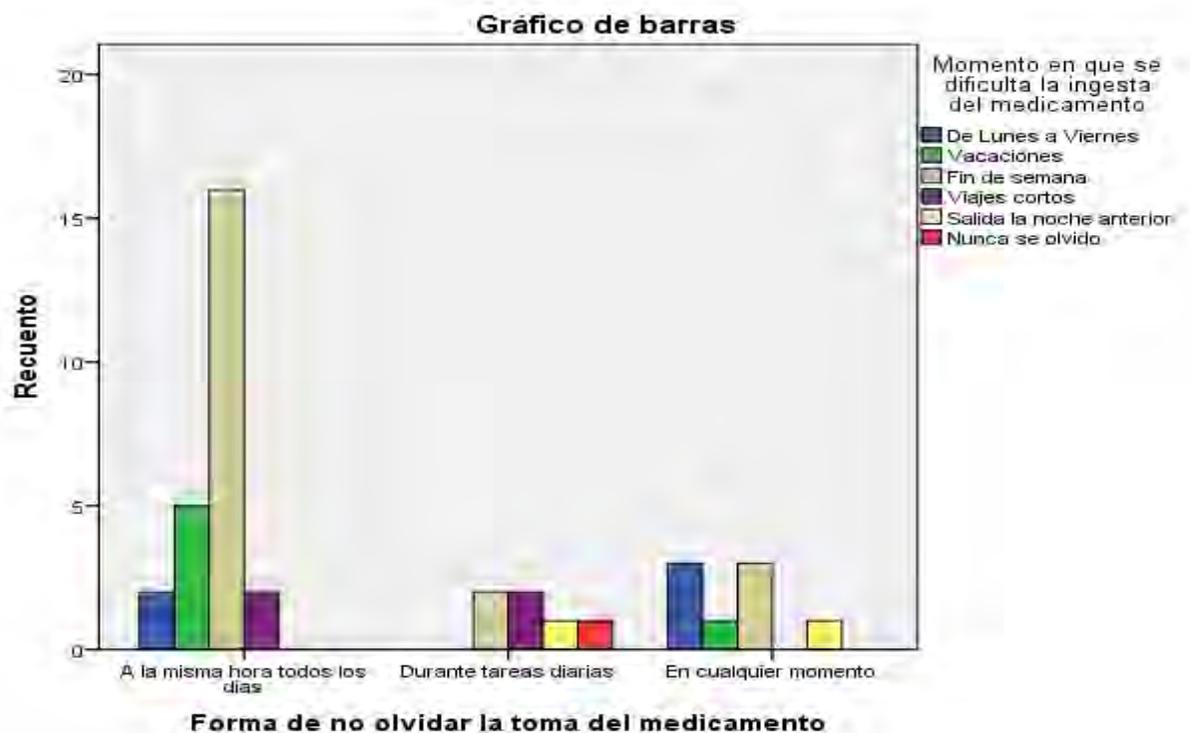
Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Dentro del grupo del consumo durante las tareas diarias, al 50% de las usuarias reporto el olvido/retraso de la pastilla mientras el 33.3% respondió que la razón del retraso del medicamento fueron otros efectos secundarios.

En el grupo de pacientes que respondieron que la ingesta del medicamento fue en cualquier momento, respondieron en su mayoría con un 50% de respuestas el olvido/retraso, mientras que el 37.5% registró que nunca olvido la ingesta. Por lo que no es posible asociar ambas variables ($p=0.17$).

En la presente GRAFICA 14 se puede observar en el grupo donde las usuarias respondieron la ingesta del medicamento a la misma hora todos los días, respondió en su gran mayoría con un 64% que los fines de semana se les dificultaba la ingesta del medicamento, seguida de las vacaciones en un 20%.

Grafica 14, Relación entre el momento en que se dificulta la ingesta del medicamento con la forma de no olvidar la toma del medicamento.



Fuente: Encuesta “Las causas frecuentes de incumplimiento anticonceptivo oral en mujeres entre 18 y 35 años en la UMF 20” 2018.

Dentro del grupo de mujeres donde la ingesta la realizaban en la asociación durante tareas diarias, respondió el 33.3% que se les dificultaba en fines de semana así como en viajes cortos por igual, seguidas en un 16.7% asociada a la salida en la noche anterior y otro igual refiere que nunca se les olvido con ese método.

En el grupo de usuarias donde la ingesta del medicamento la realizan en cualquier momento, el 37.5% respondió que se les dificultaba la ingesta de lunes a viernes, así como los fines de semana por igual, seguidas en un 12.5% en vacaciones y salida la noche anterior por igual.

Podemos concluir que el llevar cierto método relacionado con el consumo del medicamento con horario, demostró ser el más eficaz, ya que solo se relaciona con la dificultad para la ingesta en los fines de semana posiblemente por el cambio de rutina en la vida cotidiana de las usuarias, mientras el no llevar cierta relación horaria con la ingesta del medicamento demostró ser el menos eficaz ($p=0.002$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de usuarias relacionadas con el consumo del método anticonceptivo oral cíclico, llámese píldoras o simplemente pastillas, en el servicio de Planificación Familiar (PF) dentro de la unidad de medicina familiar No 20 (UMF 20), demostró ser deficiente, debido a las metas que nos comentó el encargado del servicio, con un total de 39 usuarias las cuales fueron encuestadas dentro de la sala de espera de la unidad de medicina familiar, en un periodo de 17 días hábiles contando de Lunes a Viernes, horarios de atención dentro de la unidad, por lo que se recomienda la realización del mismo estudio dentro de un panorama más amplio, tomando en cuenta a las diferentes unidades que cuentan con el servicio de Planificación Familiar dentro de la zona de correspondencia de la UMF 20.

Dentro del análisis epidemiológico, no es significativamente estadístico, así concordó con otros estudios, encontrándose usuarias dentro de todos los grupos de edades correspondiente desde los 18 a los 35 años de edad. Morales y cols, refieren el 30.5% de usuarias de píldoras entre las edades de 25 a 29 años de edad, algo que concordó con nuestro estudio con un 35.8% de las usuarias dentro del rango de edad antes mencionado, dicha diferencia se puede deber a que Morales abarco hasta edades de 15 a 45 años de edad.⁶

Dentro del cuadro de abortos espontáneos cabe resaltar que el 25.6% de las encuestadas, refiriendo haber presentado un aborto espontaneo, por lo que cabría recalcar en el usuario la manera de usar este tipo de hormonales tras un aborto. Encarna y cols nos dice que después de un aborto, la ovulación generalmente se produce entre 2 y 4 semanas después y suele preceder a la primera menstruación. La primera menstruación después de un parto a término en una mujer no lactante suele ser anovulatoria, aunque la ovulación puede aparecer a las 4 o 5 semanas del parto. Las madres lactantes no suelen ovular hasta 10 a 12 semanas después del parto, pero generalmente ovulan antes de la primera menstruación. Después

del aborto espontáneo o inducido de un feto menor de 12 semanas deben iniciarse los ACO inmediatamente. Tras un aborto entre las 12 y 28 semanas el comienzo de los ACO debe retrasarse 1 semana.³

El 74.4% de mujeres con pareja estable (casada), respondió ser usuaria contra un 25.6%, concuerda con el estudio de Martínez y cols (MIA) donde demostró que en las usuarias de pastillas anticonceptivas, el 81.5% tienen pareja estable contra un 18.5% en donde relativamente no hubo discrepancias con usuarias de demás métodos anticonceptivos, por lo que se considera dato irrelevante. Pizarro y cols (PIENSA) mencionan en un estudio general un 80.5% de usuarias de anticonceptivos con pareja estable, contra un 19.5%, muy parecido al estudio MIA, posiblemente esta discrepancia con nuestro estudio debió ser al número deficiente de usuarias de anticonceptivos orales dentro de nuestra unidad.^{20, 24}

De acuerdo al máximo grado de estudios tanto como en el estudio MIA con PIENSA, hubo serias discrepancias, en nuestro estudio se presentó el 28.2% con nivel secundaria contra un 46.2% y un 11.1% en los estudios antes mencionados respectivamente, en nivel superior, nuestro estudio reporto 28.2% contra 41.6% y un 88%, estas discrepancias posiblemente se deban a las diferentes poblaciones donde se realizaron dichos estudios, hay que mencionar que el estudio MIA realizado en Europa, y el estudio PIENSA en Chile.^{20, 24}

En las razones de omisión y retraso, se observó una congruencia con MIA en el cual indica que el 47.8% demostró parecido con nuestro estudio con un 48.7% el cual fue la razón más frecuente fue el retraso u olvido del medicamento, Arrate y cols en su estudio sobre los efectos secundarios en usuarias de anticonceptivos hormonales, refirió en un 39% la ganancia de peso, discorde con un 3.9% refiriendo la alteración en la libido contra un 7.7% que abarco en nuestro estudio como otra sintomatología secundaria, sin embargo el 20.5% de nuestras encuestadas, presento datos de ganancia de peso la cual no está directamente asociada al consumo de Anticonceptivos orales por lo que podría denotar la falta

de conocimientos que la mujer tiene sobre el método como lo menciona Adarve y cols. Sería de utilidad al igual que Arrate y cols, diferenciar entre anticonceptivos orales hormonales en combinados y simples, ya que en su estudio hubo grandes diferencias de efectos secundarios de acuerdo al tipo de medicamento hormonal.
14, 22, 24

La acción que se realizó después del olvido de la ingesta del medicamento denota la falta de conocimiento ante los olvidos como menciona Adarve y cols. En el estudio MIA respondieron en un 65.5% el uso del anticonceptivo lo antes posible, mientras en nuestro estudio un 41% respondió el consultar a un profesional de la salud, y solo un 33.3% usaría el anticonceptivo lo antes posible. La asesoría de la mujer y de la pareja debe ser individualizado y teniendo en cuenta todos los factores que podrían afectar en el olvido del medicamento, haciendo hincapié en el mismo.¹⁴

La forma de no olvidar la toma del medicamento concordó con el estudio MIA siendo la ingesta a la misma hora todos los días la más frecuente con un 67.6% con un 64.1% en nuestro estudio, así durante tareas diarias en un 17.4% contra nuestro estudio 15.4%, sin embargo observamos en nuestro estudio que un 20.5% de nuestras encuestadas no llevan un método horario u organizado contra un 9.6% en el estudio MIA, esto posiblemente se debió a la falta de intervención por parte del médico para evitar el olvido, así como también influyo las actividades diarias que realicen las usuarias durante el día, por lo que sería importante infundir en aquellas pacientes donde no tengan asociación horaria en la ingesta del medicamento, fomentar rutinas e ideas para evitar el olvido.²⁴

El momento donde se dificulto la ingesta del medicamento, concordó en su mayoría con ser los fines de semana de acuerdo al estudio MIA, hubo discrepancia en porcentaje siendo en nuestro estudio del 53.8% contra el MIA con un 34.8%, posteriormente en vacaciones, coincidiendo con una discrepancia seria, debido al método de rutina analizado anteriormente, donde en nuestra grafica 14

observamos que el método de rutina más eficaz es el llevar el consumo con horario debido a que solo se relacionó con la dificultad de fines de semana, convendría relacionarlo con tareas diarias dentro de los fines de semana, o así proponer otro método de rutina más eficaz como puede ser al despertar, Lete y cols menciona que las recomendaciones se pueden asociar con el estilo de vida, empleo, nivel educativo, estado socioeconómico, actividad sexual, para mejorar la adherencia.¹⁹

En nuestra grafica 6 se observó la relación de la acción realizada posterior al olvido del medicamento con la labor de la mujer, se observó, una mujer dedicada al hogar acudiría a asesoría profesional en mayor proporción que una mujer la cual tiene labores fuera del hogar, ya sea estudiantes o trabajadoras, de acuerdo a Dilla y cols se requiere un mayor énfasis en estrategias educativas relacionadas con el conocimiento, tratamiento y consecuencias del tratamiento, comprensión u olvido de la instrucciones recibidas, aso como estrategias conductuales y apoyo social para el olvido o la falta de motivación para el cumplimiento del medicamento para así disminuir las posibilidades de acudir a asesoría con un profesional de la salud.¹⁷

En la relación existente con la forma de no olvidar el medicamento con la ocupación (Grafica 7), se demostró que las pacientes que trabajan fuera del hogar, llevan a cabo un método de rutina horaria, conjuntamente con la ama de casa pero en menor proporción, posiblemente se debió a la rutina diaria de estas mujeres que asociaron la mayor parte de sus actividades diarias a ciertos horarios en específico, incluyendo la ingesta del medicamento anticonceptivo, teniendo más dificultades los días que rompen su rutina que son los fines de semana y en vacaciones. Dilla y cols menciona que en este tipo de pacientes hay que proponer estrategias conductuales que apoyen el recordatorio de la ingesta del medicamento así como el involucramiento de la pareja para recordar el consumo del mismo.¹⁷

En nuestra grafica donde se relaciona la acción realizada posterior al olvido del medicamento con el grado máximo de estudios, en donde se describió que hubo mayor proporción de pacientes que acuden al profesional de la salud en cuanto su grado de estudios es más básico, y directamente proporcional al consumo del medicamento lo antes posible con el mayor grado de estudios, concordó con el estudio MIA, donde la mayoría de las pacientes fueron de secundaria y universidad en un 46.2% y un 41.6% respectivamente y en donde en su gran mayoría 65.5% decidió consumir el medicamento lo antes posible, esto posiblemente se debió a la mayor información anticonceptiva que se obtiene cuando se avanza en el nivel educativo, sin embargo en el estudio MIA, la mayoría de pacientes con nivel secundaria posiblemente se deba a la información abierta que se tiene en países europeos con respecto a países latinoamericanos donde el hablar aun de métodos anticonceptivos es un tabú. Sánchez y cols, refiere en su artículo que solo un 13.6% de la población en centros de salud en el distrito federal han utilizado los anticonceptivos orales e indaga la carencia de orientación y conocimiento adecuado para una conducta sexual responsable, Dilla y cols indican que en este caso la mejor estrategia es la educativa para indagar el conocimiento, indicar el tratamiento y las consecuencias del incumplimiento, resolver dudas, así como identificar los factores asociados al medicamento.^{9, 17}

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de omisión y retraso de la pastilla anticonceptiva fue el retraso/olvido, del medicamento, motivo exacerbado los fines de semana y en vacaciones en las mujeres casadas, así como en amas de casa.

El perfil sociodemográfico de las usuarias del método anticonceptivo oral rondó en su mayoría en el grupo etario de mujeres 25 a 29 años de edad en un 35.8%, en su gran mayoría con pareja estable en un 74.4%, con educación media superior en un 33.3%, dedicadas a trabajar fuera de casa en un 46.2%.

En las 39 usuarias encuestadas en más de la mitad de ellas (69.2%) tienen máximo dos hijos y solo el 30.8% con más de dos hijos. El 25.6% de las encuestadas afirmaron tener un aborto espontáneo y el 12.8% con un aborto inducido.

El estudio demostró que un motivo para el incumplimiento anticonceptivo hormonal oral fue el no contar con pareja estable. Además, demostró que aquellas mujeres con labores fuera del hogar, y con estudios sofisticados acuden en menor proporción a los servicios de salud en caso omisión o retraso, además de llevar un método de rutina en base a horarios y asociación a tareas diarias, por lo que justifica que durante los fines de semana y vacaciones estas sean olvidadas dificultando la ingesta del medicamento.

El método de ingesta para no olvidar el anticonceptivo dependió de la educación de la paciente, así como en las labores diarias, las pacientes que no tenían un método de rutina horaria fueron las que tenían menor educación y las que no realizaban actividades cotidianas relacionadas a una labor en específico.

Los anticonceptivos orales han estado en desuso debido a nuevos métodos anticonceptivos los cuales no requieren de una rutina, sin embargo, estos medicamentos no solo son de uso de planificación familiar si no para tratamiento de múltiples patologías hormonales, le da la facilidad a la paciente de abandonar

el tratamiento en cualquier momento a elección de ellas mismas, algo que con algunos de los métodos más novedosos sería imposible. Debemos promover el uso de hormonales orales así como justificar el apego al tratamiento brindando la información necesaria e individualizada, hacer hincapié en el manejo de olvidos tanto en la mujer y su pareja, promover el apoyo social para el seguimiento y cumplimiento, compartir responsabilidades con la familia de la usuaria, brindar medidas educativas, completa y oportunamente desde las escuelas de nivel básico retirando el tabú que generan los temas anticonceptivos y de planificación familiar.

Sin duda el mejor método para no olvidar el anticonceptivo oral fue la asociación a un horario, debemos promover y dar alternativas los días de descanso de la mujer, asociando no solo a un horario en específico si no a momentos del día.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- “Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General”, Secretaria de Salud, Segunda Edición, Noviembre 2002
- 2.- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
- 3.- Encarna CP y Baixauli. “Anticonceptivos Orales, Métodos y preguntas frecuentes”, *Ámbito Farmacéutico Farmacoterapia* 2004;23(9):81-86
- 4.- Serfaty D., Gabriel R., Leclercq I. “Contraception par estroprogestatifs”. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 700-A-30, 2009
- 5.- Morais-Pereira S, Taquette S. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de rio de janeiro. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(1):26-32
- 6.- Morales-Martinez A. “Actualización en anticoncepción de emergencia”, *FMC*. 2012;19(6):353–364
- 7.- NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
- 8.- Salazar EL, González L. “Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical”, *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:83–89
- 9.- Sanchez-Meneses MC, Davila-Mendoza R, Ponce-Rosas E. “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud”, *Aten Fam.* 2015;22(2):35–38
- 10.- Rivera L, Leyva A, Garcia A. “Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de Mexico de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos”, *Gac Sanit.* 2016;30(1):24–30

- 11.- Carbajal JA, Cárdenas A, Pastrana E, López D. “Eficacia y efectos Adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008;46(1):83–87
- 12.- Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez-Guerrero RE, Pérez-Ramírez NP. “Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia”. Acta Pediat Mex 2014;35(6):490-498.
- 13.- Cannoni G, Gonzalez MI, Conejero C, Merino P, Schulin C. “Sexualidad en la adolescente: consejería”, Rev Med Clin Condes. 2015;26(1):81–87
- 14.- Adarve E, Falguera G. “Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral”, Matronas Profesión 2016; 17(1):28–34
- 15.- Escamilla-Fresnadillo JA, Castañer-Niño O, Benito-López S, Ruiz-Gil E, Burrull-Gimeno M, Saenz-Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria 2008;40(2):81-5
- 16.- Pisano-González MM, González-Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enfermería Clínica 2014;24(1):59-66
- 17.- Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristan JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria 2009;41(6):342-348
- 18.- Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!. Aten Primaria 2011;43(7):343-344
- 19.- Lete I, de la Viuda E, Gomez MA, Haimovich S, Martinez M. “Nuevas recomendaciones para el consejo anticonceptivo basadas en el estilo de vida. Resultados de un estudio Delphi”, Prog Obstet Ginecol. 2015;58(1):04–13

- 20.- Pizarro E, Galan G. “Estudio PIENSA: efecto de la asesoría sobre la elección de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres chilenas”, Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(5):361–367
- 21.- “Perfil de las usuarias que han realizado interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, Abril de 2007 – 31 de Marzo 2016”, 9 Aniversario de la ILE, Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2016.
- 22.- Arrate MM, Linares MJ. “Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método, asistentes a las consultas de planificación familiar”, MEDISAN 2013;17(3):416
- 23.- Gómez S, Duran L. “El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México”, Salud Publica Mex 2017;59(3):236–247.
- 24.- Martinez T, Diaz T. “Evaluation of factors associated with noncompliance in users of combined hormonal contraceptive methods: a cross – section study: results from the MIA study”, BMC Women's Health 2013;13:38
- 25.- Costillas P, Cristobal I, Falguera G, Jurado AR, Lobo P, Obiol AM, Calaf J. “Buenas practicas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA)”, Medicina Reproductiva y Embriologia Clinica. 2018;05:01–10

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta aplicada en el estudio.

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Delegación Norte, Ciudad de México
 Unidad de Medicina Familiar No 20
 Jefatura de Educación e Investigación Médica

"LAS CAUSAS FRECUENTES DE INCUMPLIMIENTO ANTICONCEPTIVO ORAL EN MUJERES ENTRE 18 Y 35 AÑOS EN LA UMF 20"

Estimado usuario:

Con el fin de brindarle un mejor servicio en cuestión de su salud sexual y familiar, le pedimos de favor contestar este sencillo cuestionario el cual es confidencial y nos ayudara en definir pautas para otorgarle un mejor servicio.

A fin de evitar posibles errores en la realización del cuestionario, usted estará apoyada por el médico residente a cargo de la investigación.

Tiempo estimado 5 minutos.

Pregunta	Respuesta
Edad	
Tiempo de uso del metodo frecuente en meses	
Historia obstetrica	
Embarazos	
Totales	
Abortos espontaneos	
Abortos inducidos	
Nacidos vivos	
Pareja estable	
Si	
No	
Escolaridad	
Ninguno	
Primaria	
Secundaria	
Media Superior	
Superior	
Posgrado	
Ocupacion	
Trabaja fuera de casa	
Ama de casa	
Estudiante	
Desempleada	
Motivos de omision/retraso	
Olvido/retraso	
Libido alterado	
Ganancia de peso	
Otra/especifique	

Pregunta	Respuesta
Accion realizada despues del incumplimiento	
Usé el anticonceptivo lo antes posible	
Consultar a un profesional de la salud	
Use dos o más pastillas para compensar los días	
Otros/especifique	
Metodo de rutina en la toma de la pastilla	
A la misma hora todos los días	
Durante las tareas diarias	
En cualquier momento	
Otros/Especifique	
¿Cuando se me dificulta tomarme la pastilla?	
De Lunes a Viernes	
Vacaciones	
Fin de semana	
Viajes cortos	
Salida la noche anterior	
Viajar a un huso horario diferente	
Otros/Especifique	

Folio: _____

ANEXO 2: Carta de Consentimiento Informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio:	"LAS CAUSAS FRECUENTES DE INCUMPLIMIENTO ANTICONCEPTIVO ORAL EN MUJERES ENTRE 18 Y 35 AÑOS EN LA UMF 20"
Patrocinador externo:	No aplica
Propósito del estudio:	<p>LA estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo en la UMF 20</p> <p>El estudio tiene como propósito evaluar y analizar los motivos en las cuales es más frecuente el incumplimiento del anticonceptivo oral en mujeres de la UMF 20</p> <p>Usted ha sido invitado (a) a participar en este estudio por ser usuaria del anticonceptivo oral cíclico dentro del módulo de planificación familiar de la UMF No. 20 , por lo que pensamos que pudiera ser un buen candidato para participar en este proyecto.</p> <p>Al igual que usted, 31 mujeres serán invitadas a participar en este centro en particular.</p> <p>Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lea de información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar.</p>
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 875 Colonia Magdalena de las Salinas, Ciudad de México, Delegación G.A.M. a _____ de _____ del 2018.
Número de Registro:	PENDIENTE
Justificación y objetivos del estudio:	<p>El auge actual de los anticonceptivos da por hecho la nueva época la cual vivimos, la información abierta, las nuevas tecnologías y una población más desinhibida da por hecho saber los motivos más frecuentes de la anticoncepción. La anticoncepción oral, además de ser efectiva, de manera individualizada y en combinación con métodos de barrera, dan protección total contra enfermedades de transmisión sexual, son métodos hormonales de bajo costo económico de las cuales el IMSS las otorga de manera gratuita agregándose la labor del médico encargado del módulo de planificación familiar.</p> <p>La medición del incumplimiento es compleja. Ni existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método de medición que incluya todos los componentes de este concepto. Los métodos directos no están disponibles para la mayoría de los fármacos y los métodos indirectos tienden a sobreestimar el grado de cumplimiento. (Aten Primaria 2011 43 7 343 344)</p> <p>Este estudio nos dará la oportunidad al igual que el estudio MIA en España evaluar los factores asociados con el incumplimiento de las usuarias de los métodos combinados de anticoncepción hormonal.</p> <p>Esto conlleva un mejor manejo de la paciente en edad reproductiva a fin de evitar gastos innecesarios en métodos anticonceptivos de mayor coste para la institución, así también evitar embarazos no deseados en la comunidad correspondiente a la UMF, y se dará la pauta a realizar estudios de la misma índole a nivel de zona norte, Estatal y Federal.</p> <p>Se realizara debido al análisis, un decálogo para mejorar el cumplimiento anticonceptivo oral en pacientes usuarias de este método, esto ayudara a mejorar el apego y aumentara la efectividad del método hormonal cíclico en usuarias.</p>
Procedimientos:	<p>Si usted acepta participar ocurrirá lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Se le pedirá que responda un cuestionario con datos personales, como sexo, edad, grado académico, si tiene pareja estable, su ocupación, así se le pedirá que identifique los motivos de omisión o retraso de su método anticonceptivo, que es lo que realiza posterior al olvido, el como acostumbra ingerir el método anticonceptivo, y se le pedirá que identifique los días o periodos más usuales de olvido del método anticonceptivo.2) El investigador responsable se ha comprometido a brindar información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, así como los riesgos y beneficios relacionado con la investigación.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, el cuestionario es anónimo, en ningún momento se invadirá su privacidad.

Folio: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No recibirá un pago por su participación en el estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted.</p> <p>Al final del estudio, se le darán pautas esenciales para no olvidar el consumo del anticonceptivo y aumentara su efectividad</p> <p>Usted tendrá acceso a los resultados obtenidos a partir de la presente investigación.</p> <p>Los resultados obtenidos en este estudio va a contribuir al mejorar el apego y evaluara los motivos de olvido, por lo que usted obtendrá mejores resultados con el resultado de este estudio.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y se les entregará al público usuaria de Planificación Familiar.</p>
Participación o retiro:	<p>Si usted no desea participar no afectará su relación con el IMSS. Si en un principio usted desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio n el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como residente del IMSS.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo/a será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados para garantizar su privacidad.</p> <p>El equipo de investigadores estará enterado que usted está participando en este estudio, sin embargo nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos información si así fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar, o si lo requiere la ley.</p> <p>Cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número de folio para proteger sus datos y usaremos este folio en lugar de su nombre en nuestra base de datos.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Investigador Responsable DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GONZÁLEZ MARTÍNEZ , Médico Especialista en Medicina Familiar, Categoría: Profesor Médico. Lugar de adscripción: Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Calzada México Tacuba No. 507. Col Popotla. Delegación Miguel Hidalgo. CP 11400. Ciudad de México. Teléfono/Fax: (55) 57528059. Correo electrónico: angelezg@yahoo.com.mx</p> <p>Colaboradores: DR JIMENEZ ESCAMILLA MAURICIO. Médico Residente de Medicina Familiar, Matrícula 98353956, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 875, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 Ciudad de México, Tel: 55 30 23 83 98, Email: mauricio.j.e@hotmail.com</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS o al Teléfono (55) 56 27 69 00 Extensión 21216 de 09:00 a 16:00 hrs, ubicado en Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, CP 06720. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>

Nombre y Firma del participante

Fecha: _____

Mi Firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia de manera voluntaria.

Testigo 1

Mi Firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia de manera voluntaria.

Testigo 2

Nombre, dirección, parentesco y
firma

Fecha: _____

Nombre, dirección, parentesco y
firma

Fecha: _____

Folio: _____

Anexo 3: Criterios Actuales OMS para elegibilidad de anticonceptivos

Criterios de Elegibilidad de la OMS		
Clasificación de condiciones conocidas	Con Justificación Clínica	Sin Justificación Clínica
1	Sin restricciones en el uso	Puede usarse
2	Generalmente no puede usarse	
3	Generalmente no debe usarse	No debe usarse
4	No debe usarse	

Fuente: Introducción a los métodos anticonceptivos: Información General, Segunda Edición, Noviembre 2002 ISBN 968-811-927-X