



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
HOSPITAL DE LA MUJER**

**TESIS**

**USO Y CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES PUÉRPERAS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**DRA. ALEJANDRA SALAZAR MARQUEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**DRA. ELISA CALDERÓN ESTRADA**

**MORELIA, MICHOACÁN MAYO DE 2019.**



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.

**SECRETARIO DE SALUD DE MICHOACÁN**

**DRA. DIANA CELIA CARPIO RIOS  
SECRETARIO DE SALUD**

**DRA. MA. FLOR RIVERA GARCÍA  
JEFE DE ENSEÑANZA ESTATAL**

**DRA. MARIA SOLEDAD CASTRO GARCIA  
DIRECTORA DEL HOSPITAL DE LA MUJER**

**DRA. JULIA ISABEL LÓPEZ BENÍTEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**DR. ALEJANDRO MUNOZLEDO VARGAS  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DRA. MA DEL ROCÍO SANTIN CAMPUZANO  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Este trabajo se realizó en las aulas del Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud de Michoacán en la Ciudad de Morelia, Michoacán México.**

**DRA. ELISA CALDERÓN ESTRADA  
ASESOR DE TESIS**

**DR. JUAN ÁNGEL REYES GONZÁLEZ/L.E.A. HILDA CEDEÑO DURÁN  
ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO**

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis padres Marco Antonio Salazar Villafuerte y Maricela Marquez Salinas por llenarme de amor día a día, por ser mi motor y mis ganas de seguir adelante, por su apoyo incondicional, por enseñarme que la perseverancia te lleva a cumplir tus sueños, por siempre creer en mí y que a pesar de todas las dificultades que tuvimos siempre estuvieron para impulsarme y llegar a cumplir mi meta.

A mi abuelita Natalia Villafuerte Leyva, que aunque ya no está conmigo, siempre estuvo orgullosa de mí, gracias por la mejor herencia que me pudiste dejar, mi familia.

A mi hermano Marco Antonio Salazar Marquez por siempre estar a pesar de la distancia.

A Luis Fernando Mendoza Contreras mi compañero de vida, mi pilar, un ejemplo a seguir, por inspirarme, gracias por enseñarme a ser paciente, por demostrarme que el amor puro y verdadero existe, gracias por aportar tanta positividad a mi vida, por llenarla de amor y alegría.

A Blanca Cid por ser la luz que nos ilumina día a día, por ser una mamá y siempre estar aquí, gracias por todo.

A toda mi familia tíos, tías, primos y primas por siempre estar juntos, por ser mi gran tesoro.

A la Dra. Elisa Calderón por ser un ejemplo a seguir, por todas su enseñanzas.

A la Dra. Ma. Rocío Santin por siempre creer en nosotros, por ser nuestro escudo y apoyarnos en todo momento.

Y finalmente a mi casa el Hospital de la Mujer, así como a cada uno de mis médicos adscritos por su paciencia y enseñanza.

## Índice

<b>Contenido</b>		<b>Páginas</b>
I	Índice de figuras y cuadros.....	6
II	Resumen.....	8
III	Abstract.....	9
IV	Abreviaturas.....	10
V	Glosario.....	11
VI	Introducción.....	15
VII	Antecedentes.....	17
VIII	Justificación.....	26
IX	Planteamiento del problema.....	27
X	Pregunta de investigación.....	28
XI	Hipótesis.....	29
XII	Objetivos.....	30
XIII	Material y métodos.....	31
XIV	Criterios de selección.....	32
XV	Descripción de variables.....	33
XVI	Metodología.....	35
XVII	Análisis estadístico.....	36
XVIII	Consideraciones éticas.....	37
XIX	Resultados.....	38
XX	Discusión.....	49
XXI	Conclusiones.....	50
XXII	Limitaciones.....	51
XXIII	Bibliografía.....	52
XXIV	Anexos.....	56

Total de Páginas: 59

## I. Índice de figuras y cuadros

	<b>Contenido</b>	<b>Pág</b>
<b>Tabla 1</b>	Lugar de origen de la paciente	38
<b>Tabla 2</b>	Edad de la paciente	38
<b>Tabla 3</b>	Estado civil de la paciente	39
<b>Tabla 4</b>	Escolaridad de la paciente	39
<b>Tabla 5</b>	Ocupación de la paciente	40
<b>Tabla 6</b>	Religión que profesa la paciente.	40
<b>Tabla 7</b>	Número de embarazos de la usuaria	40
<b>Tabla 8</b>	Sabes que es un método anticonceptivo	41
<b>Tabla 9</b>	Tipo de método anticonceptivo que conoces	41
<b>Tabla 10</b>	A quien acudes con respecto dudas sobre métodos anticonceptivos	42
<b>Tabla 11</b>	De donde obtiene información sobre los métodos anticonceptivos	42
<b>Tabla 12</b>	Edad de inicio de vida sexual activa	43
<b>Tabla 13</b>	Uso de método anticonceptivo en su primera relación sexual.	43
<b>Tabla 14</b>	Que método anticonceptivo utilizó en su primera relación sexual.	44
<b>Tabla 15</b>	Que métodos ha utilizado durante su vida sexual activa	44
<b>Tabla 16</b>	Qué método anticonceptivo aceptó	45
<b>Tabla 17</b>	Su embarazo fue planeado	45
<b>Tabla 18</b>	Conoces cuáles métodos anticonceptivos oferta el hospital de la mujer	46

---

	<b>Contenido</b>	<b>Pág</b>
<b>Tabla 19</b>	Conoces cuáles métodos anticonceptivos oferta su centro de salud	46
<b>Tabla 20</b>	Diagnóstico de egreso de la paciente	46
<b>tabla 21</b>	Tuvieron una consulta prenatal en el Hospital de la Mujer	47
<b>Tabla 22</b>	Tabla de contingencia: sabes que es un método anticonceptivo / Uso de mac	47
<b>Tabla 23</b>	De contingencia sabes que es un método anticonceptivo / Qué método anticonceptivo aceptó	48



## II. Resumen

**Objetivo:** Evaluarla relación entre el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en pacientes que cursan puerperio; asimismo, analizar los medios por los cuales las usuarias obtienen orientación, así como la información sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos disponibles en nuestro medio.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio de investigación con un diseño observacional, prospectivo y transversal que se realizó entrevistando a pacientes con diagnóstico de puerperio fisiológico, quirúrgico y postaborto hospitalizadas en servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer del 1 de Septiembre al 31 de Diciembre del 2018 indagando datos a través de una entrevista donde se midieron las variables de uso y conocimiento de métodos anticonceptivos con una muestra aleatoria de 200 pacientes. Con la información recabada se elaboró una base de datos utilizando el programa Excel y posteriormente analizándolos en el Programa Estadístico SPSS Versión 19, utilizando la prueba el coeficiente de contingencia de Pearson para corroborar hipótesis. Las actividades del trabajo de Investigación se llevaron a cabo respetando los aspectos éticos establecidos en el Ley General de Salud en materia de Investigación.

**Resultados:** Al realizar análisis de la tablas cruzadas, se corrobora que las pacientes no son aceptantes de un método anticonceptivo posterior a su evento obstétrico, sin embargo si son usuarias de un método anticonceptivo durante toda su vida sexual activa y con base a los resultados de la Tabla 22 donde 72.5% de las pacientes (n=145) si saben lo que es un método anticonceptivo y sí los usan; 25% (n=50) si conocen los métodos anticonceptivos por no los usan; 1.5% (n=3) no saben lo que es un método anticonceptivo pero si lo usan y por ultimo 1% (n=2) no los conocen y no los usan.

**Conclusiones:** Con base al estudio realizado se corrobora la hipótesis, ya que se llegó a la conclusión de que la pacientes usuarias de la Hospital de la Mujer saben lo que es un método anticonceptivo, sin embargo a pesar de saber que métodos se ofertan en su centro de salud y de acudir con personal médico para obtención de información, no aceptan un método anticonceptivo en el puerperio.

**Palabras clave:** Anticoncepción, Conocimiento, Métodos Anticonceptivos, Puerperio, Uso.

### III. Abstract

**Objectives:** To assess the relationship between the use and knowledge of contraceptive methods in patients who are in the puerperium; also, to analyze the means by which the users obtain orientation, as well as the information about the different types of contraceptive methods available in our environment.

**Materials and methods:** This is a research study with a observational, prospective and cross-sectional design that was carried out by interviewing patients with a diagnosis of post-abortion, surgical puerperium and physiological puerperium in Gynecology and Obstetrics at the Hospital de la Mujer from September 1 to 31 December 2018 investigating data through an interview where the variables of use and knowledge of contraceptive methods were measured with a random sample of 200 patients. With the information gathered, a database was developed using the Excel program and later analyzed in the Statistical Program SPSS Version 19, using Pearson's contingency coefficient to corroborate hypotheses. The activities of the research work were carried out respecting the ethical aspects established in the General Law of Health regarding Research.

**Results:** When performing cross-tabulation analyzes, it is corroborated that patients are not accepting a contraceptive method after their obstetric event, however if they are using a contraceptive method during their entire active sexual life and based on the results of Table 22 where 72.5% of patients (n=145) do know what a contraceptive method is and do use them; 25% (n=50) if they know contraceptive methods because they do not use them; 1.5% (n=3) do not know what a contraceptive method is but if they use it and finally 1% (n = 2) they do not know them and do not use them.

**Conclusion:** Based on the study carried out, the hypothesis is corroborated, since it was concluded that female patients of the Hospital de la Mujer know what a contraceptive method is, however, despite knowing what methods are offered in their health center and go to medical personnel to obtain information, do not accept a contraceptive method.

**Keyword:** Contraception, Knowledge, Contraceptive Method, Puerperium, Use.

#### **IV. Abreviaturas**

**C.O.N.A.P.O:** Consejo Nacional de Población.

**C.I.P.D:** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

**D.I.U:** Dispositivo Intrauterino

**E.M.E:** Encuesta Mexicana de Fecundidad

**E.N.A.D.I.D:** Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica.

**E.N.F.E.S:** Encuesta Mexicana de Fecundidad.

**M.E.F:** Mujeres en Edad Fértil.

**M.E.F.U:** Mujeres en Edad Fértil Unidas.

**M.E.F.S.A:** Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas.

**O.M.S:** Organización Mundial de la Salud.

**O.T.B:** Oclusión Tubaria Bilateral.

## V. Glosario

**Anticoncepción de Emergencia:** Se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual.

**Anticoncepción Hormonal:** Se define como la administración oral y parenteral de anticonceptivos hormonales que comprenden estrógenos y progestágenos con el objeto de evitar embarazos.

**Anticoncepción Hormonal Oral:** Son píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas (un progestágeno y un estrógeno), iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer.

**Anticoncepción post-evento obstétrico:** Estrategia que permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptando antes de que abandone a unidad médica de atención del evento obstétrico o durante los 40 días posteriores al evento obstétrico, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y por ende, a reducir el riesgo obstétrico.

**Anticonceptivo Hormonal inyectable:** Son métodos en presentación inyectable que contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo.

**Condón Femenino:** Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, en el extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina, cubriendo los genitales de la mujer.

**Condón Masculino:** Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina.

**Conocimiento:** Facultad de comprender, conjunto de ideas y nociones de una ciencia.

**Consejería:** La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias consientes e informadas acerca de s vida sexual y reproductiva, así como para elegir al anticonceptivo más adecuado a necesidades y asegurar el uso correcto y satisfactorio del método.

**Demanda Insatisfecha:** Proporción de mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expresado de querer limitar o espacial su descendencia.

**Disponibilidad de los Métodos anticonceptivos:** Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias.

**Dispositivo Intrauterino:** Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.

**Dispositivo Intrauterino con Levonogestrel:** Es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonogestrel cada día.

**Métodos Anticonceptivos:** Son los que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

**Método Hormonal Subdérmico:** Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que consiste en la aplicación subdérmica de un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

**Métodos Tradicionales, naturales o de abstinencia periódica:** Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planeando el acto sexual de acuerdo con la probabilidad de embarazo de acuerdo al día del ciclo menstrual de la mujer. Estos métodos requieren de gran motivación y participación activa

de la pareja, así como de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad del embarazo o periodo fértil.

**Oclusión Tubaria Bilateral:** Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

**Parche Anticonceptivo:** Es un parche de plástico delgado, cuadrado, el cual se pega a la piel y libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero.

**Planificación Familiar:** Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

**Posparto:** Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

**Poscesárea:** Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo de 21 semanas o más.

**Posaborto:** Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

**Prevalencia de Uso de Métodos:** Es el porcentaje de mujeres en edad fértil casadas o en unión consensual que declaran estar usando un método anticonceptivo para limitar o espaciar su descendencia.

**Puerperio:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días postparto.

**Relación Sexual:** Coito vaginal.

**Salud Reproductiva:** Es el estado de complemento bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como el ejercicio de la sexualidad.

**Uso:** Acción de hacer servir una cosa para cierto fin.

**Usuario:** Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicando alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

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

## VI. Introducción

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos. Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna y evita embarazos no deseados. Permite que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más del cuatro hijos de enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre si y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevados del mundo. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.<sup>1</sup>

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes, para facilitar los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.<sup>1</sup>

En México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país. Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano



que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.<sup>2</sup>

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.<sup>3</sup>

En la actualidad, las necesidades y prioridades de la población en materia de salud sexual y reproductiva evidencian que además de los servicios de planificación familiar que son esenciales para limitar o espaciar el número de nacimientos en parejas, también se deben otorgar servicios de anticoncepción a personas que aun cuando no están casadas o unidas, son sexualmente activas y desean evitar un embarazo. Por consiguiente, para satisfacer las necesidades individuales y los ideales reproductivos de personas y/o parejas se deben otorgar servicios de planificación familiar y de anticoncepción.<sup>4</sup>

El presente es un estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal que se realizó con la finalidad de describir el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en pacientes que cursan el puerperio fisiológico, quirúrgico y postaborto en el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer de Morelia, Michoacán; para tratar de contribuir a establecer la situación actual sobre el tema y con esta información como base; programar las intervenciones necesarias para cubrir la demanda de uso de métodos anticonceptivos después del evento obstétrico; como parte de las acciones del Programa de Salud Reproductiva para contribuir a demorar o prevenir los embarazos no deseados y disminuir la mortalidad materna de manera indirecta en las mujeres de la población usuaria de nuestros servicios.

## VII. Antecedentes

Al terminar la Revolución Mexicana las condiciones de salud en México eran dramáticas, ya que prevalecía una alta mortalidad general asociada básicamente a efectos de la lucha armada de 1910, así como a factores nutricionales y de salud pública deficientes, lo que redujo la población del país drásticamente en los años veinte. Ante este escenario, los gobiernos posrevolucionarios promovieron leyes de corte pronatalista que incentivaron el incremento de la población.<sup>5</sup>

Como resultado de tales políticas de población, la tasa de crecimiento poblacional alcanzó sus niveles más altos durante la década de los años setenta, al ubicarse en 3.5% anual, mientras que la tasa global de fecundidad se situó en casi siete hijos por mujer. La población nacional pasó entonces de 15 a 50 millones de los años veinte a los años setenta con una estructura por edad muy joven: 46% de la población tenía menos de 15 años de edad.<sup>6</sup>

El rápido crecimiento de la población que prevalecía en ese entonces, no solamente e México sino a nivel mundial, fue el motivo de gran preocupación en las Naciones Unidas, señalando a la planificación familiar como elemento clave para la reducción del crecimiento demográfico y para elevar el nivel de vida de la población.<sup>7</sup>

Nuestro gobierno, atendiendo a las recomendaciones nacionales e internacionales, en 1973 deregó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos y en Enero de 1974 decretó la nueva ley General de Población, en donde se establecieron las bases para la creación de servicios de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud en el sector público. En Diciembre del mismo año se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como organismo intersectorial responsable de la planeación demográfica de país.<sup>8</sup>

En 1977 se aprueba el primer Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud, en el cual se definieron metas de cobertura por institución y se estableció además, la meta demográfica de reducir la tasa de crecimiento de población a 2,5% en 1982.<sup>9</sup>

A partir de entonces, los servicios de planificación familiar se fueron extendiendo a lo largo de país en sus inicios sólo se ofertaban en áreas urbanas, pero se extendieron rápidamente a las áreas rurales a través de diversas estrategias operativas, en las cuales personal voluntario de las propias comunidades desempeño un papel fundamental. Paralelamente, se fue diversificando la oferta de

métodos anticonceptivos para responder a las necesidades específicas de la población, y se impulsaron campañas de comunicación educativa y social para difundir los beneficios de la planificación familiar entre la población.<sup>2</sup>

En la década de los años ochenta, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dando prioridad a grupos específicos de la población identificados como vulnerables.<sup>10</sup>

En los años noventa hubo importantes avances, se impulsaron acciones para promover la participación activa del hombre en la planificación familiar y se crearon los primeros servicios de vasectomía sin bisturí en el país. Asimismo, se publicó en mayo de 1994 la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que incorporó los avances científicos en el contexto nacional e internacional en materia de tecnología anticonceptiva, así como los procesos de orientación-consejería.<sup>2</sup>

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en El Cairo, Egipto, México se sumó al pronunciamiento de las Naciones Unidas respecto a la importancia de satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como requisitos indispensables tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo equilibrado de la población.<sup>2</sup>

En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género. A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido continuamente.<sup>11</sup>

A lo largo de sus casi 40 años de vida, el Programa de Planificación Familiar ha tenido importantes avances, pero aún enfrenta grandes retos para hacer efectivo el ejercicio del derecho que tienen hombres y mujeres a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Una característica distintiva ha sido su continua evolución, incorporando los avances científicos y tecnológicos tanto nacionales como internacionales, conforme a las necesidades y prioridades de la población objetivo. En esta tarea, la participación de las organizaciones de la sociedad civil y de agencias de cooperación

internacional ha sido fundamental, tanto en la prestación de servicios como en el diseño de políticas públicas.<sup>2</sup>

En los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.<sup>12</sup>

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.<sup>1</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.<sup>1</sup>

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos, tiene diversos beneficios para la población, entre los que se incluyen los siguientes:

1. Apoya a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva, entre ellas en el ejercicio de su derecho a decidir sobre su reproducción, es decir, tener o no descendencia, el número y el momento para tenerla.<sup>3</sup>
2. Contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas.<sup>3</sup> La evidencia demuestra que el acceso efectivo a métodos anticonceptivos mejora la salud materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.<sup>4</sup>
3. Reduce el número de abortos. Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de tres cuartas partes.<sup>13</sup>
4. Favorece la sobrevivencia de los recién nacidos y, por tanto, reduce la mortalidad infantil como resultado de la ampliación del espaciamiento entre nacimientos. En países en desarrollo, el riesgo de prematuridad y de bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último

parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre.<sup>14</sup>

5. Mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.

6. Contribuye a la reducción de la pobreza y a mejorar el desarrollo económico. Un estudio realizado en 48 países, estimó que el porcentaje de personas viviendo en situación de pobreza habría disminuido una tercera parte si las tasas de natalidad hubieran bajado a cinco por mil habitantes en la década de los ochenta.<sup>15</sup>

7. Disminuye los costos asociados a la atención médica. Por cada dólar invertido en servicios de anticoncepción moderna, se podría ahorrar 1.40 USD en gastos de atención materna y cuidados del recién nacido.<sup>16</sup>

8. Contribuye a la sostenibilidad ambiental, ya que el crecimiento poblacional acelerado ejerce fuerte presión sobre los recursos naturales. La planificación familiar es una de las intervenciones más costo efectivas para preservar el equilibrio del ambiente para las generaciones futuras.<sup>17</sup>

### ***Situación actual y problemática***

Los servicios de planificación familiar instituidos oficialmente en el país en la década de los setenta, han sido un factor determinante en la reducción de la fecundidad y del ritmo de crecimiento de la población. Asimismo, han contribuido a mejorar la salud reproductiva de la población, particularmente en lo que corresponde a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.<sup>2</sup>

En las últimas cuatro décadas se ha observado una disminución importante en el número promedio de hijos por mujer (tasa global de fecundidad), al pasar de 6.8 en 1970 a 2.3 en 2010. Actualmente, la tasa global de fecundidad es de 2.2 hijos por mujer cercana al nivel de reemplazo generacional que es de 2.1 hijos por mujer, y que se estima se logrará posterior al año 2025.<sup>18</sup>

Hacia finales de la década de los sesenta el país alcanzó su nivel más alto de crecimiento poblacional, con una tasa de crecimiento promedio de 3.5% anual, básicamente determinado por una alta fecundidad y una baja mortalidad; tasas brutas de natalidad y mortalidad de 42 y 10 por cada mil habitantes, respectivamente. Posterior a este periodo, la tasa de crecimiento de la población mantiene

un decrecimiento sostenido al pasar de 3.2% en 1970, a 1.9% en 1990 y a 1.4% en 2010. En este tenor, se estima que para 2018 la tasa de crecimiento poblacional se ubique en alrededor del 1.0%.

Sin embargo, aun cuando la fecundidad y el ritmo de crecimiento poblacional continúen en descenso, el volumen de la población nacional seguirá en aumento debido a la inercia del acelerado crecimiento ocurrido en el siglo pasado.<sup>2</sup>

Es importante destacar que, de haberse mantenido el nivel de crecimiento poblacional observado en la década de los setenta, en el 2010 la población nacional se hubiera situado en alrededor de 180 millones, y no en los 114 millones que se contabilizaron a través del Censo de Población y Vivienda.<sup>19</sup>

Para 2013 el CONAPO estima que ocurrieron 2.25 millones de nacimientos y 673 mil defunciones que, en conjunto, implicaron un incremento natural absoluto de 1.58 millones de personas con una tasa de crecimiento anual promedio de 1.13%.<sup>20</sup>

La estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente durante estos últimos 40 años, observándose desde 1970 una disminución en la base debido principalmente al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad productiva y reproductiva. Esta tendencia de la población por edad y sexo plantea el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, principalmente en adolescentes que representan dentro la etapa reproductiva, el grupo de edad de mayor proporción en ambos sexos.<sup>2</sup>

Las acciones de planificación familiar y anticoncepción están orientadas a mujeres y hombres en edad reproductiva. No obstante, la cobertura de los servicios se ha medido tradicionalmente en términos de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), esto es, mujeres de 15 a 49 años de edad que se encuentran casadas o unidas. Recientemente, se empezó a calcular la cobertura del Programa con relación a las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), que se refiere a mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista.<sup>21</sup>

De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, el número de Mujeres en Edad Fértil en el país asciende a 32.7 millones en 2013, lo que representa 27.7% de la población total del país. Durante el periodo 2010-2013 este grupo de población aumentó en 1.15 millones, lo que representa un incremento de 1.2% en dicho periodo.<sup>21</sup>

Por otra parte, con base en los resultados de la ENADID 2009, se estima que el 57.4% de las MEF están casadas o unidas y 52.9% tienen vida sexual activa. Suponiendo que este comportamiento se mantiene, la población potencial del Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción asciende en el 2013 a aproximadamente 18.8 millones de MEFU y 17.3 millones de MEFSA, cifras que incrementarán a 19.6 y 18.1 millones, respectivamente en 2018.<sup>2</sup>

### ***Conocimiento de anticonceptivos***

Una condición para que la población acepte el uso de anticonceptivos es la identificación y el conocimiento de las diferentes opciones disponibles para regular la fecundidad. En términos generales, el nivel de conocimiento de MEF sobre métodos anticonceptivos, pasó de 89 a 98% de 1976 a 2009; es decir, de acuerdo al último dato disponible, prácticamente la totalidad de las MEF conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo.<sup>2</sup>

Sin embargo, el nivel de conocimiento por tipo de anticonceptivo específico varía significativamente de acuerdo con el tipo de método. Así, mientras cerca del 95% de las MEF mencionó en 2009 que conoce las pastillas y el condón, poco más del 91.0% reconoce la oclusión tubaria bilateral (OTB) y las inyecciones, 90.8% el dispositivo intrauterino (DIU) y 86.9%, la vasectomía.<sup>2</sup>

Llama la atención que es muy bajo el porcentaje de MEF que conocen los métodos locales y los métodos tradicionales (ritmo y retiro). Un aspecto positivo es que, con excepción de los métodos locales, de 1997 a 2009 el porcentaje de las MEF que conoce al menos un método anticonceptivo en específico aumentó en todos los casos, principalmente en lo que corresponde a vasectomía, condón y retiro.<sup>2</sup>

## ***Prevalencia anticonceptiva***

La reducción de la fecundidad y, en consecuencia, del ritmo de crecimiento de la población, ha sido favorecida por la implementación de programas gubernamentales de planificación familiar que promueven el uso de métodos anticonceptivos, lo cual se demuestra con los resultados de diferentes encuestas demográficas aplicadas en México desde 1976, a saber: EMF de 1976; ENFES de 1987; y la ENADID de 1992, 1997, 2006 y 2009.<sup>15</sup>

De acuerdo con los resultados de estas encuestas nacionales, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU pasó de 30.2 a 72.3% de 1976 a 2009, lo que coloca a nuestro país con un nivel de uso de anticonceptivos ligeramente por debajo del promedio observado para el conjunto de los países desarrollados.<sup>15</sup>

No obstante lo anterior, en los últimos 12 años se observa un incremento de menos de cuatro puntos porcentuales en la prevalencia de uso de anticonceptivos al pasar de 68.5 a 72.3% de 1997 a 2009, lo que indica la necesidad de identificar estrategias innovadoras que permitan aumentar a un ritmo mayor el uso de métodos anticonceptivos al interior del país.<sup>12</sup>

Al interior del país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa. En 2009, Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79.6%, lo que coloca a estas entidades federativas con niveles de uso de anticonceptivos semejantes a países desarrollados como la Federación de Rusia y Estados Unidos de América.<sup>2</sup>

Es importante destacar que al considerar únicamente el uso de métodos anticonceptivos modernos, la prevalencia de uso asciende únicamente a 67.2% en 2009. Los patrones de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por edad quinquenal de la mujer, son muy parecidos en 1997 y 2009; con una tendencia a incrementarse en edades posteriores a los 35 años. En 2009 la prevalencia más baja se observa en adolescentes con 44.4%, para después incrementarse a niveles cercanos a 80% en las edades de 35 a 44 años, luego desciende a menos de 75% en el grupo de edad de 45 a 49 años. Ante estos resultados, resalta el reto de ampliar, mejorar y fortalecer los servicios de planificación familiar y anticoncepción, particularmente entre adolescentes y jóvenes.<sup>2</sup>



Al interior del país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa. En 2009, Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79.6%, lo que coloca a estas entidades federativas con niveles de uso de anticonceptivos semejantes a países desarrollados como la Federación de Rusia y Estado Unidos de América.<sup>15</sup>

Por el contrario, Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Chiapas poseen los porcentajes más bajos de uso de anticonceptivos, por debajo de 61.4%, lo que indica que estas entidades federativas presentan un rezago de aproximadamente 17 años, en comparación con el avance a nivel nacional.

### ***Lugar de obtención de los métodos anticonceptivos***

En 2009 del total de MEFSA usuarias de anticonceptivos modernos, 34% obtuvo el método en el IMSS (considerando tanto el Régimen Ordinario como Oportunidades), 24% en la Secretaría de Salud, 19% en la farmacia o tienda, 15% en consultorios, clínicas u hospitales privados, y 5% en el ISSSTE. Como puede observarse, sólo la Secretaría de Salud, las farmacias y tiendas aumentaron su contribución de 1997 a 2009. Resalta el hecho de que casi el 20% de la MEFSA usuarias de métodos anticonceptivos modernos recurren a las farmacias y tiendas para la provisión de métodos anticonceptivos, lo que genera un gasto de bolsillo para la población en la búsqueda de un servicio que por derecho debería ser gratuito en las instituciones públicas de salud.<sup>2</sup>

### ***No uso de métodos anticonceptivos***

De las MEFU que nunca han usado algún anticonceptivo, así como de las ex usuarias, se puede dimensionar las limitaciones en el acceso y disponibilidad de métodos modernos. Con base en datos de las encuestas nacionales se calcula que el porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos en su vida, disminuyó de 16.3% en 1997 a 14.0% en 2009. Por grupos quinquenales de edad, destacan los altos índices de nunca uso en mujeres adolescentes y jóvenes unidas (15-19 y 20-24 años), con pequeñas variaciones de 1997 a 2009, lo que muestra la necesidad de reforzar las acciones de información, orientación, acceso y disponibilidad de anticonceptivos modernos en estos grupos específicos de la población.<sup>7</sup>

### ***Demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos***

Representa el porcentaje de MEFU que no hacen uso de algún método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso de limitar o espaciar su fecundidad. Esta demanda insatisfecha se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (24.8%), en población que habla lengua indígena (21.7%) y en población rural (15.9%).<sup>7</sup>

## VIII. Justificación

Al interior de país, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre MEFU varía de manera importante por entidad federativa. En 2009, Sonora, Sinaloa, Distrito Federal y Nuevo León ya presentaban prevalencias de uso de anticonceptivos superiores a 79.6%, lo que los coloca con niveles semejantes a países desarrollados como Rusia y EUA.

Por el contrario Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Chiapas poseen los porcentajes más bajos de uso de anticonceptivos, por debajo de 61.4% lo que indica que estas entidades federativas presentan un rezago de aproximadamente 17 años, en comparación con el avance a nivel nacional.

Por lo tanto, la planificación Familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, es un derecho humano, un elemento básico para el desarrollo social y económico de las personas. Las necesidades de la población en salud reproductiva evidencias que los servicios de planificación familiar son esenciales para limitar y espaciar el número de nacimientos en parejas, así como embarazos no planeados y disminuir la morbi-mortalidad materno fetal.

Con base a las estadísticas antes mencionadas este estudio toma relevancia para saber cómo nuestras usuarias obtienen información sobre los métodos anticonceptivos y sí al contar con la información hacen uso de los mismos.

## **IX. Planteamiento del Problema**

Michoacán es uno de los Estados de la República Mexicana con uno de los más bajos índices de uso de métodos anticonceptivos. El Hospital de la Mujer de Morelia es de los nosocomios de la Secretaría de Salud con más reconocimiento para la atención de la paciente obstétrica; pues cuenta con alta capacidad para la resolución integral de los procedimientos obstétricos. Por lo anterior, registra una alta demanda de pacientes que acuden a la Unidad en relación a este tipo de atención.

Por la situación anteriormente descrita; surge la idea de realizar este estudio para conocer cómo y de qué fuentes es que las usuarias obtienen información sobre métodos anticonceptivos, así como la información dada y si es que las variables en estudio influyen en la decisión de la paciente para la aceptación y uso de métodos anticonceptivos.

## **X. Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en pacientes que cursan puerperio en el Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán?

## XI. Hipótesis

Según el estado del arte sobre el tema; las causas por las cuales las pacientes no usan un método anticonceptivo va en relación a su nivel educativo, cultural y económico, lo que conlleva a un aumento en embarazos no deseados a temprana edad con desarrollo de complicaciones propias del embarazo y puerperio con una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; pues el aumento en el número de hijos por pareja, aumenta la tasa de natalidad en el país.

### ***Hi***

A mayor conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos mayor uso de los mismos en pacientes puérperas.

### **Ho**

A menor conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos menor uso de los mismos en pacientes puérperas.

### ***Ha<sub>1</sub>***

A mayor conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos menor uso de los mismos en pacientes puérperas.

### ***Ha<sub>2</sub>***

A menor conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos mayor uso de los mismos en pacientes puérperas.

## **XII. Objetivos**

### ***Objetivo general:***

Determinar el porcentaje de uso y nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas en el Hospital de la Mujer.

### ***Objetivos específicos:***

- Caracterizar a la población participante.
- Conocer los métodos anticonceptivos que han usado durante su vida sexual activa las pacientes que cursan en puerperio en el Hospital de la Mujer.
- Conocer los métodos anticonceptivos que oferta el Hospital de la Mujer y aceptan las pacientes en puerperio.
- Definir el porcentaje de uso de Métodos Anticonceptivos en puérperas.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre MAC en puérperas.
- Correlacionar el porcentaje de Uso de Métodos Anticonceptivos y el nivel de conocimientos sobre los mismos en las pacientes puérperas del Hospital de la Mujer.

### **XIII. Material y métodos**

***Tipo de estudio:***

Observacional, prospectivo y transversal.

***Población de estudio:***

Mujeres en puerperio fisiológico, quirúrgico y posaborto en el área de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia en el periodo del 1 de Septiembre de 2018 a 31 de Diciembre de 2018.

***Tamaño de la muestra:***

Se realizó una encuesta a 200 pacientes puérperas del Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán.

***Muestreo:***

No probabilístico, por conveniencia.



#### **XIV. Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:** se entrevistaron a 200 pacientes del Hospital de la Mujer de Morelia que desearon participar y que cursaban con puerperio al momento de la encuesta.

- Paciente que cursan con puerperio quirúrgico, fisiológico y postaborto.
- Pacientes que desean participar.
- Pacientes hospitalizadas del 1 de Septiembre de 2018 al 31 de Diciembre de 2018.
- Pacientes con atención Obstétrica en el Hospital de la Mujer.

**Criterios de exclusión:** se excluyeron 5 pacientes debido a que se les realizó histerectomía obstétrica.

- Pacientes pos operadas de Histerectomía Obstétrica.
- Pacientes no puérperas.

**Criterios de eliminación:**

- Pacientes que decidan retirar su consentimiento para participar.
- Pacientes con discapacidad sensorial y/o deterioro intelectual evidente.

## XV. Descripción de variables

### Variable Independiente:

Conocimiento de Métodos Anticonceptivos

### Variable Dependiente:

Uso de Métodos Anticonceptivos

#### 15.1 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición	Indicadores o ítems
<b>Variable Independiente</b>					
<b>Conocimiento de Métodos Anticonceptivos</b>	Facultad para comprender por medio de la razón cualidades de los métodos anticonceptivos	Cualitativa	Nominal	Información sobre MAC que demuestre la usuaria	Cuántos métodos anticonceptivos conoce  Cuales métodos anticonceptivos conoce
<b>Variable Dependiente</b>					
<b>Uso de Métodos Anticonceptivos</b>	Ejercicio o práctica en relación a métodos anticonceptivos	Cuantitativa, discreta  Cualitativa, nominal	Escala  Nominal	Uso y Conocimiento de MAC	MAC más utilizado  % Uso de MAC más frecuente aceptado al egreso del Hospital.  MAC más conocido

## Operacionalización de Co-variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición	Indicadores o ítems
<b>Variable Independiente</b>					
<b>Edad</b>	Medición al tiempo que transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa Discreta	Escala	Años	Edad 10 a 19 años 20 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 a 45 años
<b>Estado Civil</b>	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativo	Nominal	Estado Civil	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda
<b>Escolaridad</b>	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional	Cualitativo	Nominal	Nivel de estudios	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, ninguna
<b>Religión</b>	Conjunto de creencias religiosas, con las que le hombre reconoce una relación con la divinidad	Cualitativo	Nominal	De acuerdo a sus creencias	Católica, cristiano, evangelista, testigo de Jehová, ateo
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo	Cualitativo	Nominal	De acuerdo a sus actividades	Ama de casa, empleada, estudiante

## **XVI. Metodología.**

El presente estudio de Investigación inició en su fase de trabajo de campo después de haber sido dictaminado por el Comité de Investigación y Ética en Investigación, al solicitar el consentimiento informado a las pacientes que se encontraron cursando en puerperio fisiológico, postaborto y quirúrgico hospitalizadas en área de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer. Después de explicarles que el objetivo del estudio era conocer datos sobre el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas en la Unidad; posteriormente se realizó la entrevista por la investigadora en el cubículo de la paciente, de manera individual para respetar su privacidad; haciendo preguntas directas para explorar las dimensiones de uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, enfocando la búsqueda en variables sociodemográficas como edad, escolaridad, religión, lugar de origen, número de gestas; qué métodos anticonceptivos conocían; habían usado a lo largo de su vida sexual activa y con cual método egresaron posterior a su evento obstétrico. Posteriormente la información recabada de las entrevistas se capturó en el programa de Excel para contar con una base de datos completa y exportarlos para realizar el análisis utilizando el programa estadístico de SPSS Versión 19 utilizando estadística descriptiva y presentando resultados en tablas y gráficas con frecuencias y porcentajes. Se cuidó en todo momento el respeto a los Lineamientos sobre materia de investigación en salud. Finalmente; se corroboró la hipótesis con coeficiente de contingencia de Pearson.

## **XVII. Análisis estadístico**

Se realizó una base de datos la cual se proyectó a una entrevista que se realizó de manera personal con las variables a estudios como son la edad, ocupación, religión, escolaridad, lugar de origen; así como el medio por el cual las pacientes reciben información sobre los métodos anticonceptivos.

La información recabada de las entrevistas se capturó en el programa de Excel para contar con una base de datos completa y hacer estudios estadísticos; realizando un análisis y utilizando el programa estadístico de SPSS Versión 19 tablas cruzadas para asociar variables. Para corroborar hipótesis se utilizó el coeficiente de contingencia de Pearson.

## **XVIII. Consideraciones Éticas**

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964<sup>25</sup>, con las modificaciones de Tokio de 1975<sup>26</sup>, Venecia de 1983<sup>27</sup>, Hong Kong de 1989<sup>28</sup>, Somerset West de 1996<sup>29</sup> y de acuerdo a las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos en Ginebra de 2002 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas perteneciente a la Organización Mundial de la Salud<sup>30</sup>. Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo así como durante todo el tiempo de la investigación se contemplaron las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se elaboró un formato de consentimiento informado; el cuál fue explicado y firmado por cada una de las participantes del estudio.

Por lo que ningún participante hasta el término del estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación. Y en caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato.

## XIX. Resultados

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal donde se trató de evaluar el uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos en pacientes puérperas. Los resultados encontrados fueron:

La Tabla 1 muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias proceden del interior del Estado de Michoacán con un 51.5% (n=103) y un 48.5% procedían de Morelia (n=97).

Tabla 1. Lugar de Origen de la Paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Morelia	97	48.5	48.5	48.5
	Interior del Estado	103	51.5	51.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje.

La Tabla 2 cita que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias se encuentra en un rango de edad entre 21 a 25 años que corresponde a un 30.5% (n=6).

Tabla 2. Edad de la Paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	10 a 15 años	5	2.5	2.5	2.5
	16 a 20 años	58	29.0	29.0	31.5
	21 a 25 años	61	30.5	30.5	62.0
	26 a 30 años	38	19.0	19.0	81.0
	31 a 35 años	23	11.5	11.5	92.5
	36 a 40 años	10	5.0	5.0	97.5
	41 a 45 años	5	2.5	2.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 3 refiere que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias se encuentran en unión libre con un 50% (n=100).

Tabla 3. Estado Civil de la Paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Soltera	31	15.5	15.5	15.5
	Casada	67	33.5	33.5	49.0
	Unión Libre	100	50.0	50.0	99.0
	Divorciada	2	1.0	1.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

En la Tabla 4 podemos observar que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias han cursado la secundaria, con un 59.5% (n=119).

Tabla 4. Escolaridad de la Paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Primaria	34	17.0	17.0	17.0
	Secundaria	119	59.5	59.5	76.5
	Preparatoria	35	17.5	17.5	94.0
	Licenciatura	12	6.0	6.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje



La Tabla 5 muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias son Ama de casa, con un 90% (n=180).

Tabla 5. Ocupación de la Paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Ama de Casa	180	90.0	90.0	90.0
	Empleada	14	7.0	7.0	97.0
	Estudiante	6	3.0	3.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 6 refiere que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias profesan la religión católica con un 96% (n=192).

Tabla 6. Religión que profesa la paciente					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Atea	3	1.5	1.5	1.5
	Católica	192	96.0	96.0	97.5
	Cristiana	5	2.5	2.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

En la Tabla 7 se muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias son primigestas con un 43% (n=86).

Tabla 7. Número de Embarazos de la Usuaría					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Primigestas	86	43.0	43.0	43.0
	Secundigestas	52	26.0	26.0	69.0
	Multigestas	62	31.0	31.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 8 nos dice que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias saben que es un método anticonceptivo con un 97.5% (n=195).

Tabla 8. Sabe que es un Método Anticonceptivo					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	Si	195	97.5	97.5	97.5
	No	5	2.5	2.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 9 cita que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias conocen más de 3 métodos en un 77% (n=154), mientras que un 0.5% (n= 1) mencionan no haber conocido algún método anticonceptivo.

Tabla 9. Tipo de Métodos Anticonceptivos que conoces					
		<i>f</i>	%	% válido	% acumulado
Válidos	DIU	18	9.0	9.0	9.0
	Hormonal Oral	2	1.0	1.0	10.0
	Hormonal Inyectable	1	.5	.5	10.5
	Condón	14	7.0	7.0	17.5
	Implante	5	2.5	2.5	20.0
	Parche Anticonceptivo	3	1.5	1.5	21.5
	Ritmo	2	1.0	1.0	22.5
	Varios	154	77.0	77.0	99.5
	Ninguno	1	.5	.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 10 muestra que la mayoría de las usuarias acuden con médico para resolver dudas sobre Métodos Anticonceptivos un 88% (n=176).

		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Familiar	7	3.5	3.5	3.5
	Amistad	4	2.0	2.0	5.5
	Médico	176	88.0	88.0	93.5
	Pareja	3	1.5	1.5	95.0
	Nadie	10	5.0	5.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 11 nos refiere que la mayoría de las usuarias obtiene información de un método anticonceptivo de un médico con un 53% (n=106).

		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Familiar	8	4.0	4.0	4.0
	Amistad	4	2.0	2.0	6.0
	Médico	106	53.0	53.0	59.0
	Enfermera	21	10.5	10.5	69.5
	Pareja	1	.5	.5	70.0
	Nadie	5	2.5	2.5	72.5
	Internet	2	1.0	1.0	73.5
	Escuela	53	26.5	26.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 12 muestra que el mayor porcentaje de usuarias iniciaron su vida sexual en un rango de edad entre 16 y 20 con un 64.5% (n=129).

<b>Tabla 12. Edad de Inicio de la Vida Sexual Activa</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	10 a 15 años	42	21.0	21.0	21.0
	16 a 20 años	129	64.5	64.5	85.5
	21 a 25 años	21	10.5	10.5	96.0
	26 a 30 años	6	3.0	3.0	99.0
	31 a 35 años	2	1.0	1.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 13 refiere la mayoría de las usuarias no utilizaron algún Método anticonceptivo en su primera relación sexual con un 57% (n=114).

<b>Tabla 13. Usó Método Anticonceptivo en su Primera Relación sexual</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Si	86	43.0	43.0	43.0
	No	114	57.0	57.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 14 puntualiza que el mayor porcentaje de usuarias no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual con un 55% (n=110).

<b>Tabla 14. Qué Método Anticonceptivo utilizó en su Primera Relación Sexual</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	DIU	3	1.5	1.5	1.5
	Hormonal Oral	1	.5	.5	2.0
	Hormonal Inyectable	3	1.5	1.5	3.5
	Condón	74	37.0	37.0	40.5
	Implante	1	.5	.5	41.0
	Píldora	8	4.0	4.0	45.0
	Ninguno	110	55.0	55.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 15 muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; en la mayoría de las usuarias refirió que el método anticonceptivo de uso más común de uso es el ritmo con un 36% (n=73).

<b>Tabla 15. Qué Métodos ha utilizado durante su vida sexual activa</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	DIU	38	19.0	19.0	19.0
	Mirena	4	2.0	2.0	21.0
	Hormonal Oral	8	4.0	4.0	25.0
	Hormonal Inyectable	10	5.0	5.0	30.0
	Condón	46	23.0	23.0	53.0
	Implante	9	4.5	4.5	57.5
	Parche Anticonceptivo	2	1.0	1.0	58.5
	Píldora	1	.5	.5	59.0
	Ritmo	73	36.5	36.5	95.5
	Ninguno	9	4.5	4.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 16 muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; un porcentaje elevado se egresó posevto obstétrico sin ningún método correspondiendo a un 27% (n=54); en contraste con un 73% que aceptó un método anticonceptivo al egreso (n=146).

<b>Tabla 16. Qué Método Anticonceptivo aceptó</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	DIU	46	23.0	23.0	23.0
	Mirena	1	.5	.5	23.5
	Hormonal Inyectable	9	4.5	4.5	28.0
	Condón	2	1.0	1.0	29.0
	Implante	38	19.0	19.0	48.0
	Oclusión Tubaria Bilateral	50	25.0	25.0	73.0
	Ninguno	54	27.0	27.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 17 dice que la mayoría de las usuarias no planearon su embarazo con un 67.5% (n=135), mientras que un 32.5% (n= 65) sí lo hicieron.

<b>Tabla 17. Su embarazo fue o no Planeado</b>					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Si	65	32.5	32.5	32.5
	No	135	67.5	67.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 18 refiere que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría de las usuarias no saben qué métodos anticonceptivos se ofertan en el Hospital de la Mujer con un 81% (n=162), mientras que un 19% (n= 38), sí saben que métodos se ofertan.

		<i>F</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Si	38	19.0	19.0	19.0
	No	162	81.0	81.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje.

La Tabla 19 muestra que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación; la mayoría expresó que si saben qué métodos anticonceptivos se ofertan en su centro de salud con un 63.5% (n=127), mientras que un 36.5% (n= 73), lo desconocen.

		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Si	127	63.5	63.5	63.5
	No	73	36.5	36.5	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; %=porcentaje

La Tabla 20 refiere que de las 200 pacientes participantes en el estudio de investigación que 55.5% (n=111) de las usuarias cursaron puerperio quirúrgico, un 36.5% (n= 73) puerperio fisiológico y 8% (n=16) puerperio posaborto.

Tabla 20. Diagnóstico de Egreso de la Paciente					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Puerperio Fisiológico	73	36.5	36.5	36.5
	Puerperio Quirúrgico	111	55.5	55.5	92.0
	Puerperio Posaborto	16	8.0	8.0	100.0
	Total	200	100.0	100.0	

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje

La Tabla 21 señala que la mayoría de las usuarias no tuvieron ni una consulta prenatal en el Hospital de la Mujer con un 75.5% (n=151), mientras que un 24% (n= 48) tuvo al menos una consulta.

Tabla 21. Tuvieron una consulta Prenatal en el Hospital de la Mujer					
		<i>f</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Válidos	Si	48	24.0	24.1	24.1
	No	151	75.5	75.9	100.0
	Total	199	99.5	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.5		
Total		200	100.0		

**Nota:** *f*=frecuencia; *%*=porcentaje



En la Tabla 22 se relaciona el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el uso de métodos anticonceptivos durante su vida sexual activa; donde vemos que el porcentaje de las usuarias que tiene información sobre métodos anticonceptivos es mucho mayor (n=145) contra las que no la tienen (n=3) y el uso va en relación con la información que tienen sobre el tema.

<b>Tabla 22 de contingencia Sabes que es un Método Anticonceptivo * Uso de MAC</b>					
			<b>Uso de MAC</b>		<b>Total</b>
			<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Sabes que es un Método Anticonceptivo</b>	<b>Si</b>	Recuento	145	50	195
		% del total	72.5%	25.0%	97.5%
	<b>No</b>	Recuento	3	2	5
		% del total	1.5%	1.0%	2.5%
<b>Total</b>		Recuento	148	52	200
		% del total	74.0%	26.0%	100.0%

**Nota:** f=frecuencia; %=porcentaje

En la Tabla 23 se corroboró la relación entre las variables principales de este estudio de investigación utilizando el coeficiente de contingencia de Pearson; alcanzando un valor de  $C=.059$  con una significancia aproximada de .994; lo cual concluye que el porcentaje del uso de los mismos durante el puerperio es mayor dependiendo de la información sobre métodos anticonceptivos con que se cuente.

**Tabla 23 de contingencia Sabes que es un Método Anticonceptivo \* Qué Método Anticonceptivo aceptó**

		Qué Método Anticonceptivo aceptó al egreso								
		Hormonal					Oclusión			Total
		DIU	Mirena	Inyectable	Condón	Implante	Bilateral	Tubaria	Ninguno	
Sabes que es un Método Anticonceptivo	Si	Recuento	45 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	37 <sub>a</sub>	49 <sub>a</sub>	52 <sub>a</sub>	195
		% del total	22.5%	.5%	4.5%	1.0%	18.5%	24.5%	26.0%	97.5%
	No	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	5
		% del total	.5%	.0%	.0%	.0%	.5%	.5%	1.0%	2.5%
Total		Recuento	46	1	9	2	38	50	54	200
		% del total	23.0%	.5%	4.5%	1.0%	19.0%	25.0%	27.0%	100.0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de qué Método Anticonceptivo aceptó, categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05

**Medidas simétricas**

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	.059	.994
N de casos válidos		200	

**Fuente:** base de datos del Investigador.

## XX. Discusión

Con los resultados recabados por medio de este estudio de investigación se corrobora que las pacientes que se encuentran en puerperio a pesar de tener control prenatal ya sea en su centro de salud y en cualquier otro nosocomio médico, sí reciben información sobre los métodos anticonceptivos, por lo tanto al realizar análisis de la tablas cruzadas, resultó que las pacientes son aceptantes de un método anticonceptivo posterior a su evento obstétrico y se corrobora con los resultados establecidos de la tabla 16 donde hay un porcentaje acumulado de 73 (n=146), sin embargo un alto porcentaje de las entrevistadas 26% (n=52) no son aceptantes de un método anticonceptivo.

De nuestras pacientes usuarias el 97.5% sabe lo que es un método anticonceptivo, así como 77% conocen más de tres métodos anticonceptivos ya que la información de los mismos la obtienen de un médico y a pesar de contar los medios y la información necesaria para el uso y obtención del método, un 38.5 % (n=73) utilizan como método el ritmo resultado obtenido de la tabla 15.

De acuerdo con los resultados publicados por la CONAPO el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil pasó de 89 a 98%, prácticamente la totalidad ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo.

Sin embargo con base a la CONAPO la usuarias de métodos anticonceptivos modernos recurren a las farmacias y tiendas para la provisión de métodos anticonceptivos, lo que genera un gasto de bolsillo para la población en la búsqueda de un servicio que por derecho debería ser gratuito en las instituciones públicas de salud.

## XXI Conclusiones

Con la recopilación de los datos obtenidos en este estudio de las pacientes puérperas del Hospital de la Mujer que se incluyeron del periodo del 1 de Septiembre de 2018 al 31 de Diciembre de 2018, con un total de 200 participantes, se llega a las siguientes conclusiones:

- Las pacientes obtienen la suficiente información sobre los métodos anticonceptivos, por lo tanto son aceptantes de un método posterior a su evento obstétrico.
- Sin embargo se observó que a pesar de tener la información necesaria y por parte de personal médico hay un alto porcentaje de pacientes que no son aceptantes de un método anticonceptivo en el puerperio ni durante su vida sexual activa ya que un alto porcentaje usa como método el ritmo.
- Un 51.5% de las usuarias entrevistadas proceden del interior del estado, caracterizándose un grupo de edad promedio entre 21 y 25 años, la mayoría en unión libre, con estudios hasta nivel secundaria que sin concluir sus estudios son amas de casa.
- De la población en estudio 86 de las pacientes son primigestas que iniciaron su vida sexual activa entre los 16 a 20 años de edad en un 64.5% (n=129), de las cuales 57% (n=114) no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual y del 43% (n=86) que si utilizó algún método, el más común fue condón 37% (n=74), aún así un 55% (n=110) no utilizaron ningún método.

## **XXII. Limitaciones.**

La falta de tiempo para recopilación de datos en relación a un año fue un obstáculo mayor para poder obtener una muestra que diera como resultado una relación estadísticamente significativa.

### XXIII. Referencias bibliográficas

1. Anticoncepción de urgencia (Internet). Who.int. 2019 (citado 16 Mayo 2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
2. Secretaría de Salud. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2013 p. 11-34.
- 3.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La promesa de igualdad, Equidad de género, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Internet) Estado de la población Mundial 2014, p. 33- 117. (Citado 7 Agosto 2018) Disponible en: [http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/sp_swp05.pdf).
- 4.-Rodríguez M, Say L, Temmerman M. Family planning versus contraception: what's in a name?. The Lancet Global Health. 2014;2(3):e131-e132.
- 5.-Valdéz, Luz María. Hacia una nueva Ley General de Población; el reloj demográfico avanza. UNAM, México, 2013.
- 6.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (Internet),Inegi.org.mx. 2019 (citado 8 Agosto 2018). Disponible en:[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/indisociodem/2001/indi2001.pdf)
- 7.-La Situación Demográfica de México 2010, Consejo Nacional de Población CONAPO [Internet], Conapo.gob.mx. 2010 (citado 8 Agosto 2018). Disponible: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2010](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2010)
8. Ley General de Población. Art.5. Diario Oficial de la Federación (DOF) del 7 de enero de 1974, (Internet) Diputados.gob.mx. (citado 8 Agosto 2018). Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP\\_orig\\_07ene74\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf)
9. Martínez MJ. La Revolución Demográfica de México 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, 1985.
- 10.-. Secretaría de Salud, El derecho a la libre decisión: La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva; Primera edición 2002. p.17-18
- 11.-Pérez-Palacios G, et al. El Cambio de Paradigmas. De la Planificación Familiar a la Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, México 2000.
12. H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México: Ediciones Gallardo; 2015 p. 7,8.

- 13.- Singh, Susheela, Jacqueline E, Darroch. Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012. (Internet) New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (citado 9 Agosto 2018). Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
- 14.-Cleland J, et al. Family Planning 2: Contraception health. The Lancet, Vol. 380, July 2014; p.p. 149-156.
- 15.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. (Internet), Estado de la Población Mundial 2012, abril 2014, (Citado 10 Agosto 2018), Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/portadas/EdoPoblacionMundial\\_2012.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/portadas/EdoPoblacionMundial_2012.pdf)
16. Singh S, Darroch J.E. Costs and Benefits of contraceptive services estimates for 2012, New York; Guttmacher Institute and Unite Nation Population Fund UNFPA, June 2012.
- 17.-Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez- Guerrero R. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediátrica de México. 2014;35(6):490.
- 18.-Proyecciones de la Población de México, Consejo Nacional de Población CONAPO (Internet), Conapo.gob.mx. 2018 (citado 9 Agosto 2018) Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- 19.- Instituto Nacional de estadística y Geografía. Informativo oportuno, conociéndonos todos. Vol. 1, No. 4, Julio 2011.
- 20.- La Situación Demográfica de México 2010, Consejo Nacional de Población CONAPO [Internet], Conapo.gob.mx. 2013 (citado 08 Agosto 2018). Disponible: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2013](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013)
- 21.- Consejo Nacional de Población(CONAPO). Perfiles de la Salud Reproductiva. República Mexicana, México, 2011.
- 22.-Secretaría de Salud. Manejo de Anticonceptivos Temporales Hormonales en Mujeres en Edad Reproductiva, en el Primer y Segundo Niveles de Atención. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014 p. 4.
- 23.- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar, publicada en el DOF [Internet] con nota aclaratoria el 16 de enero del Planificación Familiar y Anticoncepción 84 2004. (Citado 11 Agosto 2018). Disponible en:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

- 24.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (Internet). Inegi.org.mx 2018, Censo General de Población y Vivienda 2000 y 2010. México: INEGI; 2012. (Citado 11 Agosto 2018). Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/default.aspx>.
- 25.-Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (18<sup>va</sup> asamblea General, Finlandia, Junio 1964).
- 26.- Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (29<sup>va</sup> asamblea General, Tokio Japón, Octubre 1975).
- 27.-Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (35<sup>va</sup> asamblea General, Venecia Italia, Octubre 1983).
- 28.-Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (41<sup>va</sup> asamblea General, Hong Kong, Septiembre 1989).
- 29.-Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos (48<sup>va</sup> asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996).
- 30.-Pautas éticas internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en la colaboración con la OMS. Ginebra 2002.



## XXIV. Anexos

### Anexo I. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética e Investigación.

 Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo	Dependencia: Secretaría de Salud
	Subdependencia: HOSPITAL DE LA MUJER
	Oficina: DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION
	No. de Oficio : 090 /
	Expediente:

"2018, Año del Centenario de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo"

**ASUNTO CARTA DE ACEPTACION.**

Moraña, Mich. a 08 de Mayo de 2018

**DRA. ALEJANDRA SALAZAR MARQUEZ  
PRESENTE**

Por este conducto me permito informar a usted que el Protocolo de Investigación "Uso y Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Púerperas" ha sido aceptado para llevarse a cabo en este Hospital, ya que se han cubierto los requisitos correspondientes. Por lo cual se le autoriza revisar expedientes o estadísticas de este hospital.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
COORDINADOR DE INVESTIGACION**

  
**DR. VICTOR LLANOS ARRIAGA**

Recibí 8-05-19



C.c.p.- Archivo / Ministeria.  
VLLA/aje\*

El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del Área Administrativa que lo genera, en apego a sus atribuciones.

## Anexo II. Instrumento de Medición de Datos.

- 1.-Lugar de Origen de la paciente: \_\_\_\_\_  
Morelia: \_\_\_\_\_ Interior del Estado: \_\_\_\_\_
- 2.-Edad de la paciente: \_\_\_\_\_
- 3.-Estado Civil de la Paciente: \_\_\_\_\_
- 4.-Escolaridad de la paciente: \_\_\_\_\_
- 5.-Ocupación de la Paciente: \_\_\_\_\_
- 6.-Religión que profesa la paciente: \_\_\_\_\_
- 7.-Número de Embarazo de la Usuaría: Primigesta \_\_\_\_\_ Secundigesta: \_\_\_\_\_ Multigesta: \_\_\_\_\_
- 8.-Sabes que es un método anticonceptivo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 9.-Tipo de Métodos Anticonceptivos que conocen: \_\_\_\_\_
- 10.-A quien acudes con respecto a dudas sobre Métodos Anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- 11.-De donde Obtiene información sobre los Métodos Anticonceptivos: \_\_\_\_\_
- 12.-Edad de Inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_
- 13.-Úso de Método Anticonceptivo en su primera relación sexual: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 14.-Qué Método Anticonceptivo utilizó en su primera relación sexual: \_\_\_\_\_
- 15.-Qué Métodos Anticonceptivos has utilizados durante su vida sexual activa: \_\_\_\_\_
- 16.-Qué Método Anticonceptivo aceptó: \_\_\_\_\_
- 17.-Su embarazo fue o no planeado: \_\_\_\_\_
- 18.-Conoce qué Métodos Anticonceptivos oferta el Hospital de la Mujer: \_\_\_\_\_
- 19.-Conoce qué Métodos Anticonceptivos oferta su Centro de Salud: \_\_\_\_\_
- 20.-Diagnóstico de Egreso de la paciente: \_\_\_\_\_
- 21.-Tuvieron consulta prenatal en el Hospital de la Mujer: \_\_\_\_\_

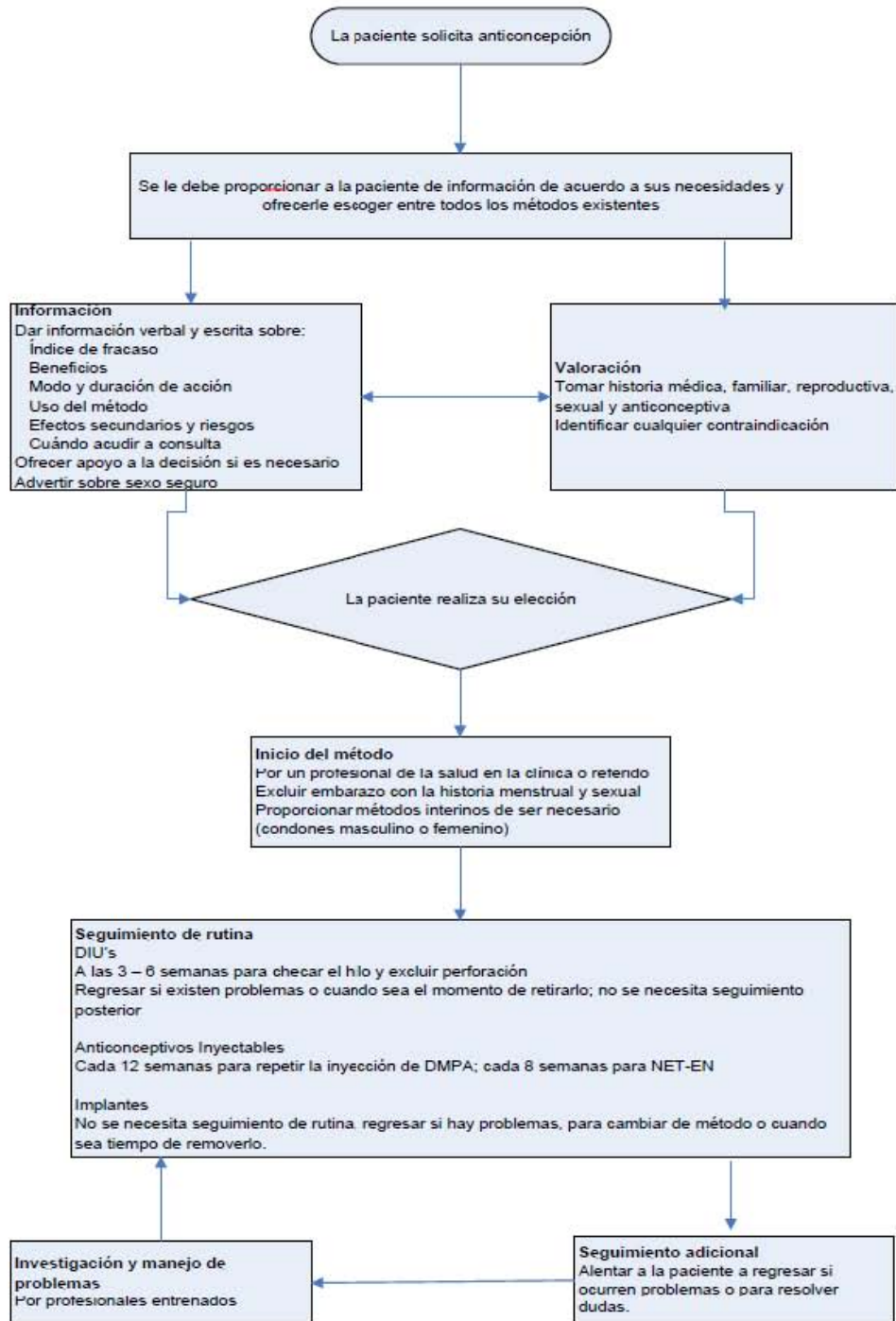
**ANEXO III. Uso de Métodos Anticonceptivos en el Hospital de la Mujer.**

2016	Posparto	Poscesárea	Posaborto	TOTAL
Evento Obstétrico	3944	2365	886	7195
DIU	1098	647	203	1948
OTB	483	841	42	1366
Hormonales				253
Implante Subdérmico				488
Otros				46

2017	Posparto	Poscesárea	Posaborto	TOTAL
Evento Obstétrico	3372	2145	747	6264
DIU	735	419	132	1286
OTB	434	739	29	1202
Hormonales				366
Implante Subdérmico				345
Otros				101

2018	Posparto	Poscesárea	Posaborto	TOTAL
Evento Obstétrico	3342	1708	642	5692
DIU	344	180	50	574
OTB	666	592	16	1274
Hormonales				153
Implante Subdérmico				547
Otros				7

**Anexo IV: Diagrama de Flujo Consejería sobre Métodos Anticonceptivos**



Modificado de Nice Clinical Guideline 30, Quick reference guide, octubre 2005.