



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64 TEQUESQUINAHUAC
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES RELACIONADOS A LA
ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE
20 A 40 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ÚRSULA VANESSA RAMÍREZ FLORES

ASESOR DE TESIS:

E. EN M.F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ



REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2020-1408-010

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 2022



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.

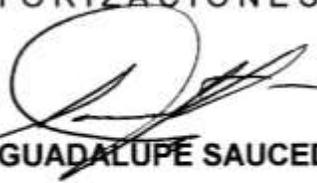
**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES RELACIONADOS A LA
ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE
20 A 40 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ÚRSULA VANESSA RAMÍREZ FLORES

AUTORIZACIONES:



E. EN MF. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 64 TEQUESQUINAHUAC



E. EN MF. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF No. 64 TEQUESQUINAHUAC



E. EN MF. FRANCISCO VARGAS HERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UMF No. 64

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO 2022

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES RELACIONADOS A LA
ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE
20 A 40 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ÚRSULA VANESSA RAMÍREZ FLORES

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES RELACIONADOS A LA
ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE
20 A 40 AÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.**

Agradecimientos:

Quiero expresar mi agradecimiento primero a Dios por darme salud y fuerza para poder terminar este ciclo, por ayudarme a tener resiliencia por la pérdida de mi madre al iniciar la residencia y por mantener a mi familia con salud.

A mi Madre ya que sin ella no sería la mujer que soy, por su amor y apoyo incondicional, porque sé que ella desde el cielo me acompaña y me da fuerzas para seguir adelante.

A mi pequeño André Said mi amor bonito, sin duda eres lo mejor que tengo en mi vida, esto es por ti y para ti, gracias por aguantar mis ausencias en los días de guardia, el que no pudiera jugar mucho tiempo por hacer tareas, o no estar más tiempo disfrutándote, esta etapa fue para estar juntos por un mejor futuro.

A mi familia que sin duda sin ellos no podría haber continuado la residencia, a mi Tía Paty y primas Jazmín y Paola gracias por su apoyo en toda la residencia, un agradecimiento especial a mi Tía María Esther por tu apoyo, ayuda y amor para André, gracias por tu paciencia y cuidarlo con tanto esmero, sin duda eso nunca podría pagarlo.

A mi asesora de Tesis y profesora titular de la residencia: Dra María Guadalupe Saucedo Martínez, gracias por sus enseñanzas, asesoría, apoyo, paciencia y ayuda durante toda la residencia y al realizar la tesis.

Al Dr. Francisco Vargas Hernández nuestro coordinador clínico gracias por las enseñanzas y apoyo durante estos 3 años.

A mis amigos que siempre han estado conmigo y me han apoyado y que cuando más los necesite estuvieron a mi lado, gracias por las porras, mensajes, abrazos y ayuda.

A mis compañeros de residencia porque cada momento y experiencia vivida fueron necesarias para aprender y disfrutar la residencia, cada uno tiene un lugar especial para mí, y sé que la amistad continuará.

A los Doctores con los que tuve rotación y guardias, porque de cada uno aprendí cosas nuevas, gracias a quien me trato con respeto y empatía y por todas sus enseñanzas.

RESUMEN

ANTECEDENTES: La planificación familiar es un componente de la salud sexual y reproductiva que ha permitido disminuir la mortalidad materna y neonatal así como mejorar las condiciones de vida de las personas. En México, de acuerdo con la ENAID 2014 las mujeres en edad fértil sexualmente activas usuarias de métodos anticonceptivos era de 75.6% para aumentar esta prevalencia, se requiere otorgar consejería anticonceptiva basada en las características de cada persona, estilos de vida, estado de salud, edad, creencias y objetivos. Las mujeres con enfermedades crónico-degenerativas necesitan especial atención, ya que frecuentemente no utilizan métodos por desconocimiento, creencias falsas, miedo a complicaciones de la enfermedad o deseo de embarazo, siendo esto complejo ya que se requiere sumar una alta sensibilización frente a la enfermedad, sugerir un mejor control metabólico, de cifras tensionales y cambios en el estilo de vida. **OBJETIVO:** Relacionar los factores sociodemográficos y personales con la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes tipo 2 e hipertensión arterial) en la Unidad de Medicina Familiar 64.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, analítico, observacional, en 280 mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial a quienes se le realizó el llenado de ficha de identificación para conocer los factores sociodemográficos y culturales, así como se aplicó la encuesta de Albornoz, la cual mide la aceptación y actitud hacia los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS: Del total de la muestra 139 (49.6%) tenían diagnóstico de Diabetes tipo 2 y 151 (53.9%) de Hipertensión arterial. Del total 265 (94.6%) usaban métodos de planificación familiar. Dentro de los factores sociodemográficos las mujeres que si usan un método son las mayores a 30 años 193 (68.9%), con estudios medio y superior 205 (75%), con ocupación fuera de casa 202 (72.1%) mujeres con pareja 178 (63.6%) y religión católica 226 (80.7%), En cuanto a los factores personales en las participantes encontramos un conocimiento alto 239

(85.4%), y buena aceptación en 254 (90.7%). Para el análisis estadístico se calculó una $\chi^2 = 49.9$ y $\chi^2 = 26.29$ con $P = .000$ Grados de Libertad = 1 respectivamente.

CONCLUSIONES. Los factores personales (conocimiento y actitud) son los que están relacionados con la aceptación de métodos de planificación familiar de las mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas, Demostrando que a mayor conocimiento, mejor actitud y aceptación, por lo que es importante diseñar estrategias para otorgar una buena orientación anticonceptiva.

Palabras Clave: Métodos anticonceptivos, enfermedades crónico-degenerativas.
Planificación familiar

ABSTRACT

BACKGROUND: Family planning is a component of sexual and reproductive health that has made it possible to reduce maternal and neonatal mortality as well as improve people's living conditions. In Mexico, according to ENAID 2014, sexually active women of childbearing age using contraceptive methods was 75.6%, to increase this prevalence, contraceptive counseling is required based on the characteristics of each person, lifestyles, health status, age, beliefs and objectives. Women with chronic-degenerative diseases need special attention, since they frequently do not use methods due to ignorance, false beliefs, fear of complications of the disease or desire for pregnancy, this being complex since it requires adding a high awareness of the disease, suggest better metabolic control, blood pressure and lifestyle changes. **OBJECTIVE:** To relate sociodemographic and personal factors with the acceptance of family planning methods in women between 20 and 40 years of age with chronic degenerative diseases (type 2 diabetes and arterial hypertension) in the Family Medicine Unit 64.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional, analytical, observational study was carried out in 280 women with a diagnosis of type 2 diabetes and arterial hypertension who were filled out with the identification form to know the sociodemographic and cultural factors as well as the survey was applied Bathrobe, which measures acceptance and attitude towards contraceptive methods.

RESULTS: Of the total sample, 139 (49.6%) had a diagnosis of type 2 diabetes and 151 (53.9%) of arterial hypertension. Of the total, 265 (94.6%) used family planning methods. Among the sociodemographic factors, women who do use a method are those over 30 years of age 193 (68.9%), with medium and higher education 205 (75%), with occupation outside the home 202 (72.1%) women with a partner 178 (63.6%) and Catholic religion 226 (80.7%). Regarding personal factors in the participants, we found a high knowledge in 239 (85.4%), and good acceptance in 254 (90.7%) for the statistical analysis, a $X^2 = 49.9$ was calculated and $X^2 26.29$ with $P = .000$ Degrees of Freedom = 1 respectively.

CONCLUSIONS: Personal factors (knowledge and attitude) are those that are related to the acceptance of family planning methods by women between 20 and 40 years of age with chronic degenerative diseases, showing that the greater the knowledge, the better the attitude and acceptance, therefore that it is important to design strategies to provide good contraceptive guidance.

Key Words: Contraceptive methods, chronic degenerative diseases. Family planning

INDICE

I. MARCO TEÓRICO.	1
I.1 Planificación Familiar.	1
I.2 Planificación Familiar en México.	3
I.3 Tipos de métodos de planificación familiar.	5
I.3.1 Abstinencia periódica.	9
I.3.2 Métodos de barrera.	10
I.3.3 Métodos Hormonales.	12
I.3.4 Métodos definitivos.	16
I.4 Consejería en planificación familiar.	17
I.5 Métodos anticonceptivos en mujeres con enfermedades crónico- degenerativas.	18
I.5.1 Elección de método anticonceptivo.	20
I.5.2 Métodos disponibles para Diabetes tipo 2 e Hipertensión arterial.	21
I.6 Factores relacionados a la aceptación y método planificación familiar.	24
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	30
II.1 Argumentación.	30
II.2 Pregunta de investigación.	31
III. JUSTIFICACION.	33
III.1 Académica.	33
III.2 Científica.	33
III.3 Epidemiológica.	33
III.4 Social.	34
III.5 Económica.	34
IV HIPÓTESIS DE TRABAJO.	36
IV.1 Alterna.	36
IV.2 Nula.	36
V. OBJETIVOS.	37
V.1 General.	37
V.2 Específicos.	37

VI MÉTODO.	39
VI.1 Tipo de estudio.	39
VI.2 Población, lugar y tiempo.	39
VI.3 Tamaño de muestra y tipo de muestreo.	39
VI.4 Criterios de selección.	39
VI.4.1 Criterios de inclusión.	39
VI.4.2 Criterios de exclusión.	39
VI.4.3 Criterios de eliminación.	39
VI.5 Operacionalización de variables.	40
VI.6 Desarrollo del proyecto.	40
VI.7 Instrumentos de investigación.	42
VI.7.1 Descripción.	42
VI.7.2 Validación.	44
VI.7.3 Aplicación.	44
VI.8 Plan de análisis de resultados.	45
VI.9 Hipótesis estadísticas.	46
VI.10 Consideraciones éticas.	49
VII ORGANIZACIÓN.	58
VIII RESULTADOS.	59
VIII.1 Tablas y gráficos.	62
IX DISCUSIÓN.	78
X CONCLUSIONES.	83
XI SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES.	84
XII BIBLIOGRAFIA.	86
XIII ANEXOS.	92

I MARCO TEORICO

I.1 Planificación Familiar

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.¹

Se define como planificación familiar a la variedad de prácticas que permiten el control de la reproducción, lo cual permite a un individuo o pareja decidir sobre el tamaño familiar, así como el intervalo de su descendencia.²

El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y se fundamenta en el concepto de salud, derechos humanos y demografía.³

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento de la biología de la reproducción redujeron los efectos negativos de los métodos anticonceptivos. En el terreno individual y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar la presencia de la mujer en la sociedad, ya que con esto se favorece el desempeño de tareas distintas a la materna y la doméstica.⁴

En 1968 se declaró la planificación familiar como un derecho humano básico, ya que es un asunto fundamental para el empoderamiento de las mujeres, reducción

de la pobreza y logro del desarrollo sostenible.⁵

Se considera que la anticoncepción contribuye al bienestar de las personas ya que les permite el disfrutar de una vida sexual y reproductiva plena evitando los embarazos no planeados y de alto riesgo, además de contribuir a la disminución de la mortalidad perinatal, los abortos e infecciones de transmisión sexual.⁶

El uso de métodos anticonceptivos es una de las acciones que permiten la planificación familiar, otras herramientas incluyen la educación sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, consejo pre-concepcional y manejo de la infertilidad.⁷

La correcta aplicación de programas de planificación familiar permite mejorar la salud de la población, y promueve el crecimiento y desarrollo social; por el contrario, la falta de planificación familiar imita la capacidad de las familias de controlar la natalidad o el intervalo entre los embarazos repercutiendo negativamente en aspectos como la mortalidad infantil y materna, enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes y no deseado, entre otros.⁸

La práctica de la planificación familiar está influenciada por numerosos factores que impacta el comportamiento de los métodos en cuestión como el tiempo de relación de la pareja, la información con la que cuentan acerca de los métodos de contracepción, el temor a efectos secundarios, entre otros.⁹

Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud, OMS, estima que en los países en vías de desarrollo más de 225 millones de mujeres desean retrasar o detener la

procreación, sin embargo, no utilizan métodos anticonceptivos.¹¹

A nivel mundial los embarazos no planeados representan un problema, se estima que más de tres cuartos de este tipo de embarazos se dan en mujeres menores de 29 años, lo cual influye en el aumento de abortos en condiciones de riesgo y de la mortalidad materno-infantil.¹²

El uso de anticonceptivos de forma incorrecta o inconsistente es el motivo de más del 40% de estos embarazos, se estima que alrededor del 62% de la población utiliza algún tipo de método anticonceptivo, siendo la mayor parte de estos hormonales.¹³

I.1.2 Planificación Familiar en México

En 2011 se reportaron un 27.6% de embarazos no planeados de los cuales el 80% fueron además no deseados y de estos el 7.1% culminó en una muerte materna.¹²

Entre 2006 y 2012, en México, se observó un aumento en la utilización del preservativo, de acuerdo con Allen y cols.¹⁴ pasó de 31.8 a 47.8%, sin embargo, en el mismo periodo de tiempo hubo significativa disminución en el uso de métodos anticonceptivos posterior a un evento obstétrico.

En nuestro país el 24.3% de las mujeres sexualmente activas obtiene métodos anticonceptivos de la Secretaría de Salud, lo cual implica la responsabilidad del uso de estos y la planificación familiar recae en los servicios de salud.¹⁵

El programa de planificación familiar ofrece a la población educación respecto a la sexualidad y promueve la toma de decisiones responsables e informadas.¹⁶

De acuerdo con los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva para el Estado de México obtenidos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, el 53.3% de mujeres en edad fértil son sexualmente activas (MEFSA), el

grupo con mayor proporción se encuentra en las mujeres de 35 a 39 años con 69.1%. Del total de las MEFSA el 81.1% utilizan métodos anticonceptivos, y de ellas el porcentaje de obtención de método anticonceptivo en instituciones públicas en el Estado de México se obtuvo de 67.2%, menor al nacional de 69.4%, respecto a la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva de (MEFSA) pasó de 17.4% en 2009 a 21.3% en 2014, logrando cifras superiores a las nacionales.¹⁶

En cuanto a la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, la CONAPO refiere es un indicador que permite analizar la relación de los patrones reproductivos con el acceso a la anticoncepción, ya que hace referencia a las mujeres que no usan ningún anticonceptivo a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos por un tiempo (necesidad para espaciar) o nunca más (necesidad para limitar), reportando que en el Estado de México en el 2014 fue de 3.5%, dato menor al nacional de 4.5%. Siendo las mujeres de 15 a 19 años las que presentan mayor necesidad insatisfecha con 6.9%.¹⁶

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 señala que en México residen 124.9 millones de personas, de las cuales 51.1% son mujeres y 48.9% son hombres, siendo la relación de 96 varones por cada 100 mujeres.

El porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos fue de 53.4%, un 2.2% más que en el 2014 (51.6%), de las cuales de 15 a 49 años el 98.6% conocían como mínimo un método anticonceptivo; y de ellas el 95.6% conocían el uso correcto de al menos un método, un punto porcentual más que en 2014 (94.4%). Por cada método anticonceptivo, con excepción de las pastillas anticonceptivas, los óvulos, jaleas y espumas, existe un mayor porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tienen un conocimiento correcto de cómo funcionan los anticonceptivos.¹⁷

I.1.3 Tipos de métodos

La decisión acerca del uso y tipo de método anticonceptivo depende de una diversidad de factores que involucran motivo personales, sociales y religiosos, así como preocupación acerca de efectos secundarios, seguridad, conocimiento, entre otros.¹⁸

Los métodos anticonceptivos seguros tienen que estar a disposición del mayor número posible de mujeres, incluidas las que tienen una condición médica preexistente. La OMS estableció los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, los cuales brindan una guía en cuanto a "quién" puede usar métodos anticonceptivos en forma segura dependiendo de la enfermedad o características personales del usuario, así como las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, proporcionando una guía con respecto a "cómo" usar los métodos anticonceptivos en forma segura y eficaz.¹⁹

La quinta edición de los CME publicada en 2015 cubre los siguientes Métodos de planificación familiar:

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	
Anticonceptivos orales combinados (AOC) de dosis bajas (≤ 35 mcg de etinilestradiol)	Dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu)
Parche combinado (PAC)	DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG)
Anillo vaginal combinado (AVC)	DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E)
Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)	Anillo vaginal liberador de progesterona (AVP)

Anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS)	Métodos de barrera (BARR),
Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)
Enantato de noretisterona (EN-NET)	Método de amenorrea de lactancia (MELA)
Implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG)	Coito interrumpido (CI)
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	Esterilización masculina y femenina (EST).

Fuente: Elaboración Propia en base a OMS ²⁰

Para cada condición o característica médicas relevante a cada método anticonceptivo se le asigna una de cuatro categorías numéricas según cada persona, debiendo considerarse más de una condición a la vez para determinar la elegibilidad anticonceptiva. Entre las condiciones y características se incluyen: edad, semanas/meses posparto, estado de la lactancia, tromboembolismo venoso, trastornos venosos superficiales, dislipidemias, sepsis puerperal, historia de embarazo ectópico, historia de enfermedad cardiovascular grave, migrañas, enfermedad hepática grave, uso repetido de la Pastilla anticonceptiva de emergencia, violación, obesidad, mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, alto riesgo de infección por VIH, que viven con el VIH, uso de terapia antirretroviral, entre otras.²⁰

CLASIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	
1	Para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo en cuestión.
2	En la que las ventajas de utilizar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o demostrados. En general se puede usar el método.
3	En el que los riesgos teóricos o demostrados generalmente superan a las ventajas de utilizar el método. El uso del método no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
4	En la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud. No se debe usar el método.

Fuente: Elaboración propia, base OMS 2015

Para los métodos permanentes (esterilización quirúrgica femenina y masculina) se usan otras categorías, las que se listan a continuación:

A	Aceptar	No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
C	Cuidado	El procedimiento se realiza de manera usual, pero con preparación y precauciones extras.
R	Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de contracepción.
E	Especial	El procedimiento debe realizarse en un ambiente con un cirujano y personal experimentado, y el equipo necesario para proveer anestesia general y otro apoyo médico de respaldo.

Fuente: Elaboración propia, base OMS 2015 ²¹

Los métodos anticonceptivos tienen diferentes características en las que hay que fijarse cuando se elija uno de ellos, esto es necesario para que el método permita alcanzar las metas reproductivas en forma efectiva y segura para la salud y de acuerdo a la situación de vida, entre ellas están:

Eficacia: Es la capacidad que tiene un método anticonceptivo de proteger a la usuaria/o contra el embarazo. La eficacia es medida por la tasa de fracaso del método, es decir, por el número de embarazos que ocurren entre 100 mujeres o parejas que usan un método durante un año.

Seguridad: Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las pastillas anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Aceptabilidad: Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Facilidad de uso: Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe otorgar información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Disponibilidad: Los métodos anticonceptivos están disponibles gratuitamente en los consultorios de los servicios de salud y con distintos precios en las farmacias y consultorio médico, por lo que se debe evaluar cuál alternativa conviene más según

los recursos económicos y el tipo de atención que se quiere.

Reversibilidad: La recuperación de la fertilidad después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo. ²²

Existe una gran diversidad de métodos de planificación familiar, los cuales se resumen en cinco principales grupos: métodos naturales, de barrera, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos y esterilización quirúrgica.²³

1.3.1 Métodos de abstinencia periódica

Los métodos de abstinencia periódica (naturales) se basan en el reconocimiento de los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad. La identificación del período fértil le permite a la mujer/pareja saber cuál es el período en que no deberá tener relaciones sexuales vaginales si quiere evitar un embarazo y usar los períodos infértiles para la actividad sexual.

Existe una gran variabilidad en el índice de falla, entre el 3% y el 20%, mientras mejor sean utilizados, menor será el índice de fracaso y usados correctamente la tasa de fallas disminuye.

- Método del ritmo o calendario

Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer. Uso: la mujer tendrá que evitar las relaciones sexuales vaginales desde el 10^o día hasta el 21^o día del ciclo, si su ciclo es irregular este método no se recomienda.

- Método del moco cervical o Billings

Es la identificación del período fértil y del período infértil a través del moco cervical. El moco cervical es una secreción producida en el cuello del útero que cambia de características por la acción de hormonas (estrógeno y progesterona) a lo largo del ciclo menstrual. Durante el período fértil la coloración es transparente, de consistencia filante. La mujer debe observar la presencia y las características del moco cervical, y de acuerdo a ello no tener relaciones sexuales durante su periodo fértil.

- Método de la temperatura basal

Esta técnica considera que hay un alza térmica post-ovulatoria de aproximadamente 0.5 grados C por sobre el promedio de fase folicular, la que se produce entre 2 y 3 días después del pico plasmático de hormona luteinizante, mientras que la ovulación se produce dentro de las 24 horas que siguen al pico de LH en plasma.

El alza térmica debe ser observada por 3 días consecutivos y se debe mantener la abstinencia desde el comienzo del ciclo hasta el cuarto día del alza térmica.

- (MELA) Método de la amenorrea de la lactancia

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de post parto por mujeres que están con lactancia exclusiva y amenorrea puede durar desde dos meses a dos o más años.

Las bases fisiológicas de la infertilidad asociada a la lactancia son:

- Inhibición de la ovulación y amenorrea
- Alteración de los primeros ciclos menstruales

El índice de falla es de 0.5% es decir, de 200 mujeres que usan el MELA durante 6 meses, una mujer puede embarazarse.

I.3.2 Barrera

- Dispositivo Intrauterino de cobre

Es un dispositivo que se coloca dentro del útero para evitar el embarazo, este se inserta durante los primeros 7 días del ciclo menstrual, inmediatamente después del parto (hasta 48 horas) o a las 4 semanas postparto e inmediatamente después de un aborto (si no hay signos de infección).

Tiene una duración de hasta 5 años y requiere ser revisado periódicamente.

El índice de falla de un DIU puede ser de 0.6 a 0.8%, y los efectos secundarios por el uso de DIU son aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual y ocasionar dolor abdominal bajo tipo cólico.

- Condón Masculino:

Es una delgada funda de goma (látex) usada por el hombre para cubrir el pene. Existen condones lubricados con espermicida o con otro tipo de lubricante y otros que no tienen lubricante, este impide que el semen sea expulsado dentro de la vagina. Es el único método que protege de las ETS. Y cuando el uso es correcto y consistente, puede presentarse falla en alrededor de 2 de cada 100 mujeres.

- Condón femenino

Es una bolsa cilíndrica de un plástico fino y resistente (poliuretano), lubricada que tiene dos anillos flexibles, uno interno y móvil que se usa para insertar el condón y otro externo y fijo que queda colocado fuera de la vagina. Funciona como un reservorio para los espermatozoides eyaculados, impidiendo que entren en contacto con la vagina. Cuando el uso es correcto y consistente presenta fallo en alrededor de 5 de cada 100 mujeres durante un año.

- Diafragma

Es una membrana de látex con un borde en forma de anillo flexible, que debe ser colocado en la vagina, cubriendo el cuello del útero, impidiendo la entrada de los espermatozoides dentro del útero.

La eficacia del diafragma depende de la manera en que es usado. Cuando el uso es correcto y consistente, pueden presentar falla en alrededor de 6 de cada 100 mujeres durante un año.

- Espermicidas

Son productos químicos en forma de jaleas, cremas, espumas y óvulos que se colocan dentro de la vagina. Los espermicidas matan o inmovilizan a los espermatozoides, impidiendo su entrada al útero, evitando así el embarazo.

Son los anticonceptivos menos efectivos. Cuando el uso es correcto y consistente, puede presentar falla de método alrededor de 18 de cada 100 mujeres durante un año. En el uso habitual pueden embarazarse 29 mujeres de 100.

I.3.3 Hormonales

La mujer que decide usar un método hormonal de uso regular idealmente debe recibir atención en un servicio de salud para conocer los criterios médicos de elegibilidad y recibir orientaciones adecuadas de un/a profesional capacitado. Las mujeres jóvenes sanas y no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En las mujeres adultas, es importante controlar la presión arterial y descartar ictericia y signos de trombosis venosa profunda.²³

Tabla. Clasificación de métodos anticonceptivos hormonales		
Composición	Combinados	Compuestos por hormonas que derivan de estrógeno y progesterona
	Progestágenos	Compuesto por un derivado de la progesterona
Mecanismo anticonceptivo	Anovulatorios	Inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo
	No anovulatorios	Actúan produciendo cambios en el moco cervical
Vía de administración	Orales	Monofásico, bifásico
	Inyectable	Mensual, bimensual, trimestral
	Parche	
	Implante	
	Anillo anticonceptivo	

Fuente propia.²³

- Anticonceptivos combinados orales

Son pastillas que contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno) similares a las que se producen en el cuerpo de la mujer. Impiden la ovulación, produciendo alteración del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina hacia el útero.

El primer comprimido debe ser tomado entre el primer y quinto día del ciclo menstrual y consecutivamente todos los días, el intervalo de descanso entre un envase o caja y otra depende del tipo de preparado (21, 22 o 28 pastillas)

Como efecto secundario: pueden presentar náuseas, cefalea leve, sensibilidad mamaria, leve aumento de peso, acné, nerviosismo, alteraciones en el patrón de sangrados (goteo o sangrado entre las menstruaciones) y amenorrea.

Los beneficios para la salud de la mujer: Las pastillas combinadas presentan beneficios importantes para la salud de la mujer, como protección para el cáncer de ovario y del endometrio, control de los ciclos menstruales, alivio de la dismenorrea y también puede prevenir la anemia ferropriva. Además disminuye la incidencia de embarazo ectópico, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica y miomas uterinos. ²³

- Anticonceptivos combinados inyectables mensuales

Son inyecciones que contienen 2 hormonas: estrógeno y progestágeno. La inyección consiste en aplicar el contenido de un frasco vía intramuscular, ya sea al 1, 2 o 3 meses. El riesgo de falla de método es 1 de cada 1.000 mujeres que usan la inyección correctamente durante un año. Sin embargo, en el uso habitual 3% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.

Los efectos más frecuentes son: irregularidad menstrual (sangrado o goteo entre las menstruaciones, menstruación abundante o amenorrea), alteraciones en el peso, cefalea.

Beneficios para la salud de la mujer: Disminución en la frecuencia e intensidad de los cólicos menstruales y prevención del embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica y miomas uterinos.

- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (T-LNG)

El dispositivo es un pequeño aparato de plástico con la forma de la letra T y que contiene la hormona llamada levonorgestrel. Se coloca dentro del útero y tiene una

duración de 5 años. El mecanismo de acción consiste en el espesamiento del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina al útero.

Puede causar algunas molestias como dolor leve mientras se pone o se saca, dolor en el bajo vientre y molestias generales como los otros anticonceptivos hormonales. Por su efecto sobre el endometrio puede ocasionar reglas más abundantes o amenorrea.²³

- Anillo vaginal combinado (AVC)

Es un anillo de plástico (acetato de vinil etileno) flexible, mide aproximadamente 54 mm de diámetro y 4 mm de espesor. Contiene 2 hormonas, etonogestrel 11.7 mg y etinilestradiol 2.7 mg. El anillo vaginal está diseñado para un solo ciclo de uso con tres semanas de uso continuo, se inserta en la vagina entre los días 1 a 5 del ciclo menstrual, siendo el día 1 del ciclo el primer día de la menstruación. Se usa por 3 semanas consecutivas, Cuando se usan correctamente, menos del 1% de las mujeres se embaraza. Sin embargo, en el uso habitual se estima que 6% a 8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.

- Parche transdérmico combinado

El parche es un sistema anticonceptivo transdérmico que contiene norelgestromina 6 mg y etinilestradiol 600 mcg.

Se usan durante tres semanas, cambiándolos una vez por semana y seguidos de un período de una semana sin parche.

Cuando se usan correctamente, menos del 1% de las mujeres se embaraza. Sin embargo, en el uso habitual se estima que 6% a 8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.

- Inyectables de progestágeno solo

Son inyecciones que contienen sólo progestágenos y se administran por vía intramuscular cada 3 meses. La acción de los inyectables de progesterona es inhibir la ovulación y provocar alteraciones en el moco cervical que impiden el paso de los espermatozoides al útero.

El uso de este anticonceptivo consiste en administrar un frasco/ampolla de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona a través de una inyección intramuscular, o 104 mg por vía subcutánea cada 3 meses. La primera debe ser aplicada entre el primer y séptimo día del ciclo. Las próximas dosis deben ser administradas cada 3 meses. Cuando se usan correctamente, menos del 1 por mil de las mujeres se embaraza.

- Implantes sub-dérmicos

Son una o dos cápsulas de un plástico especial que se colocan bajo la piel en la parte interna del brazo y que liberan en un ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno, para conseguir el efecto anticonceptivo deseado.

El principal mecanismo de acción consiste en el espesamiento del moco cervical, lo que impide el paso de los espermatozoides de la vagina al útero.

El implante es colocado debajo de la piel del antebrazo, utilizando una aguja especial (trocar) y con anestesia local. Es uno de los métodos reversibles más efectivo. Una de cada 1000 mujeres se puede embarazar en el primer año de uso.

23

I.3.4 Métodos Quirúrgicos

- Esterilización quirúrgica femenina (ligadura de trompas)

Es una cirugía en la cual las trompas de falopio son ligadas y a veces ligadas y cortadas. Evita que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, impidiendo el

embarazo. La cirugía puede ser hecha por vía vaginal, abdominal o laparoscópica y según la técnica empleada, la anestesia puede ser local o de bloqueo (peridural o raquídea). Puede realizarse en el intervalo entre embarazos, en el posparto, después de una cesárea, en el posaborto o cuando la mujer lo requiera en otras etapas. El índice de fracaso es de alrededor de 0,5% en el tiempo total de uso, habiendo algunas diferencias entre las técnicas empleadas.

- Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía:

Es una cirugía pequeña en la que se cortan los conductos deferentes, en la que el hombre sigue eyaculando pero el semen no contiene espermatozoides.

Evita que los espermatozoides se encuentren con el óvulo, impidiendo así el embarazo. El índice de fracaso es de 0,1% durante todo el período de uso. La vasectomía no ofrece protección contraceptiva inmediatamente después de la cirugía. Se necesita usar otro método durante un cierto tiempo hasta que los espermatozoides que permanecieron en las vesículas seminales, próstata y parte de los conductos deferentes sean totalmente liberados (3 meses).²⁵

I.4 Consejería de planificación familiar

La elección de un método de planificación familiar debe ser una decisión personal que debe basarse en las características de cada persona, apoyada en estilos de vida, estado de salud, edad, creencias culturales y la experiencia previa con métodos utilizados.

La consejería en planificación familiar constituye una oportunidad para:

- 1) Identificar el nivel de riesgo reproductivo.
- 2) Auxiliar a la mujer en la construcción de su plan reproductivo.
- 3) Valorar el método más idóneo acorde a las condiciones biológicas, culturales y de enfermedad si es el caso.²⁶

La participación de todo el personal de salud, y en particular del médico, debe ser proactiva interrogando intencionadamente acerca de la protección anticonceptiva, promoviendo el empleo de métodos seguros y efectivos mediante una adecuada consejería.²⁸ Así mismo se indica que se requiere que las usuarias de los servicios desarrollen seguridad y confianza para acercarse a los servicios de salud, comentar sus planes reproductivos e incorporar en la medida que sea posible, estilos de vida que reduzcan el riesgo o posterguen la aparición de complicaciones asociadas a procesos de embarazo y parto.²⁷

I.5 Métodos Anticonceptivos en Mujeres con enfermedades Crónico-degenerativas

El desarrollo de Enfermedades crónicas en edades tempranas es un factor que suma al mal pronóstico de vida de las personas, particularmente en las mujeres, una enfermedad como esta, conlleva una serie de riesgos asociados a la reproducción, lo que predispone a malos resultados y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Una importante cantidad de muertes maternas se asocian con la existencia previa de ECNT; a este tipo de muertes se les llama “muertes maternas indirectas” (OMS, 2016).

Proteger a las mujeres con enfermedades crónicas degenerativas del riesgo reproductivo no se circunscribe a negarles la posibilidad de un embarazo ya que es su derecho, sino en implementar todas las estrategias posibles para que estas mujeres, como el resto, puedan ejercer una salud sexual y reproductiva segura, satisfactoria y responsable, libre de enfermedad, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte.²⁷

Alrededor del 10% de las mujeres en edad reproductiva con alguna enfermedad crónica no recurren a la anticoncepción hormonal, porque ignoran el elevado riesgo reproductivo que implica para ellas el embarazo.²⁸

A pesar de los riesgos que pueden tener las pacientes con enfermedades crónicas, algunas permanecen sin protección anticonceptiva. Las razones son múltiples, pero destaca la baja percepción del riesgo que implica el embarazo. No siempre es fácil indicar un método, ya sea porque algunos están contraindicados o pueden tener efectos adversos; sin embargo, el riesgo por el embarazo con frecuencia es más grande que el derivado de los efectos secundarios de los anticonceptivos.²⁹

Se ha podido constatar que en las mujeres con enfermedades crónicas la cobertura anticonceptiva es insuficiente y a veces inadecuada, ya que existen reportes de que las pacientes diabéticas en edad reproductiva excepcionalmente reciben consejería en anticoncepción durante las visitas ambulatorias al médico.

Entre las razones para no usar método anticonceptivo se encuentran: temor a los efectos indeseables que se añaden a una enfermedad crónica: (efectos cardiovasculares de los anticonceptivos hormonales, el riesgo de infección por uso de DIU, así como también la duda sobre la eficacia de ciertos métodos).²⁷

La diabetes mellitus (DM) es considerada la enfermedad metabólica que con más frecuencia complica el embarazo, y es en orden decreciente de frecuencia, la tercera enfermedad crónica que puede afectar a una gestante después de la hipertensión arterial y el asma bronquial.²⁹

Un estudio afirma que la tasa de mortalidad materna ha disminuido notablemente en las últimas décadas, situándose en aproximadamente un 0,5 % (5- 10 veces mayor al compararla con la embarazada no diabética y que el hijo de madre diabética insulino dependiente), y que la tasa de mortalidad perinatal es 2-3 %, el doble o triple de la observada en la población obstétrica general.²⁹

La protección anticonceptiva con métodos de alta efectividad y continuidad es indispensable en las pacientes con enfermedades crónicas para evitar embarazos no planeados que pongan en riesgo su vida. La elección del método anticonceptivo

debe ser individualizada y discutirse con la paciente. En este sentido, su adhesión es indispensable para garantizar el cumplimiento y la eficacia, conviene tener en cuenta el tipo de enfermedad, su control, sus posibles complicaciones y los factores de riesgo asociados.³⁰

1.5.1 Elección del método anticonceptivo

“La OMS refiere que para ayudar a las usuarias a elegir MPF se debe otorgar información que incluya: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método, uso correcto del método, cómo funciona, efectos secundarios comunes, riesgos y beneficios para la salud inherentes al método, signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud, información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre la protección contra las ITS.”³¹

La elección de un método anticonceptivo debe basarse en su eficacia e interacción con la enfermedad, y por ello debe cumplir los siguientes requisitos:

Señ eficaz. Capacidad de un método anticonceptivo para evitar la gestación. Se valora por el denominado índice de Pearl, que señala el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que usaran este método durante un año.

Señ inocuo o seguro. Este factor viene condicionado por la capacidad del método de no producir efectos indeseados sobre la salud de la persona que lo utiliza, en nuestro caso, sobre el metabolismo hidrocarbonado o las complicaciones propias de la enfermedad.

Teñer potencial de reversibilidad. Se trata de la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el método anticonceptivo.³⁰

Se debe realizar evaluación de:

1. Tipo de diabetes y/o HAS, así como tiempo de evolución de la enfermedad
 2. Factores de riesgo asociados: dislipidemia, tabaquismo, obesidad.
 3. Posibles complicaciones: retinopatía diferente de la mínima, nefropatía, coronariopatía, arteriopatía.
 4. Contraindicaciones habituales aparte de la diabetes.
- En ausencia de factores de riesgo y complicaciones, DT1 y DT2 sin obesidad (IMC < 30 kg/m²) se puede indicar:
- Estroprogestágenos autorizados.
- En presencia de factores de riesgo o de complicaciones:
- Contraindicación de los estroprogestágenos;
 - Progestágenos continuos en micro dosis
 - Progestágenos implantables o DIU – DIU de cobre.

1.5.2 Métodos disponibles para Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.

De acuerdo a la OMS por los diagnósticos de Diabetes e Hipertensión arterial, el otorgar un método anticonceptivo debe basarse en los criterios médicos de elegibilidad los cuales se describen en la siguiente tabla:

CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD OMS								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC	AOPS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ETG	DIU- Co	DIU- LNG
HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA								
<i>Controlada</i>	3	3	3	1	2	1	1	1
<i>Sistólica 140-159 Diastólica: 90-99</i>	3	3	3	1	2	1	1	1
<i>Sistólica: +160 Diastólica: +100</i>	4	4	4	2	3	2	1	2

<i>Vasculopatía</i>	4	4	4	2	3	2	1	2
DIABETES (Enfermedad no vascular)								
<i>Diabetes No insulino dependiente</i>	2	2	2	2	2	2	1	2
<i>Diabetes Insulinodependiente</i>	2	2	2	2	2	2	1	2
<i>Nefropatía/retinopatía /neuropatía</i>	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
<i>Otra enfermedad vascular Diabetes +20 años</i>	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2

Nota: AOD. Anticonceptivos orales combinados, AIC: Anticonceptivo inyectable combinado, PAC: Parche anticonceptivo combinado, AOPS: Anticonceptivos orales de progestina sola, AMPD-ENNET: Acetato de medroxiprogesterona de depósito - enantato de noretisterona. Implantes LNG-ETG: Implante de levonogestrel y etonogestrel. DIU-Co: Diu cobre, DIU-LNG: DIU- Levonogestrel. Fuente propia. ¹⁹

- *Anticoncepción no hormonal*

Se pueden prescribir:

Los métodos de Barrera preservativos masculinos o femeninos, diafragma y productos espermicidas, que tienen una eficacia anticonceptiva insuficiente de rutina.

DIU de cobre, cuya eficacia es excelente. Las contraindicaciones están relacionadas esencialmente con el riesgo de infección pélvica y de las anomalías morfológicas

- *Anticoncepción hormonal*

Etinilestradiol con progestágeno: Se encuentra en Píldoras combinadas, anillo vaginal y de dispositivos transdérmicos (parches), o progestágenos simples los cuales se encuentran en el implante subcutáneo (etonogestrel) o en DIU (levonorgestrel).

Efectos: Las píldoras combinadas actuales, así como los progestágenos utilizados solos, no modifican el equilibrio glucémico de las mujeres diabéticas, sin embargo, pueden producir una elevación moderada de la concentración plasmática de triglicéridos, del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad LDL.

Los estrógenos aumentan la síntesis hepática de proteínas implicadas en la fisiopatología de la hipertensión (angiotensinógeno); por lo tanto, están contraindicados en caso de HTA crónica.

Los progestágenos influyen poco sobre el equilibrio tensional, algunos como la drospirenona, incluso tienen una actividad antialdosterona que podría disminuir el nivel de presión arterial. Sin embargo, este efecto es despreciable en la práctica clínica.³¹

Los anticonceptivos combinados aumentan el riesgo trombótico, se sabe que este riesgo depende de la concentración de etinilestradiol, pero también de la naturaleza de los progestágenos asociados, de manera que el riesgo es más importante para los derivados llamados «de tercera o cuarta generación».

La anticoncepción progestágena pura no comporta a priori un aumento de riesgo tromboembólico, sin embargo, algunas pacientes diabéticas tienen un riesgo tromboembólico más elevado, es el caso de las que tienen diagnóstico de diabetes tipo 2, habitualmente con mayor sobrepeso y/o mujeres que presentan una nefropatía.

La anticoncepción hormonal tiene una eficacia comparable en las pacientes diabéticas, incluidas las obesas. La concentración plasmática de etonorgestrel liberado por el implante disminuye más rápidamente en las mujeres obesas, en las que se recomienda cambiar el dispositivo cada 2 años.³⁰

Las mujeres sin vida sexual también se consideran un grupo de riesgo, porque en cualquier momento pueden reanudarla y con ello exponerse a las consecuencias adversas para su salud. Por esto es necesario que reciban orientación acerca de los riesgos que corren en caso de resultar embarazadas y consejería para que con oportunidad adopten el método anticonceptivo más efectivo y adecuado de acuerdo con su padecimiento y preferencia. Por lo cual, es importante que participen en el cuidado de su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, de manera consciente y responsable para asumir los riesgos de un embarazo, o recurrir al uso del método anticonceptivo ideal para su situación. ²⁷

Cualquier medida encaminada a mejorar el alcance de la anticoncepción en las pacientes con enfermedades crónicas se reflejará en la disminución de la mortalidad materna. ³⁰

1.6 Factores relacionados a la aceptación de métodos de planificación

Nogueras ³¹ argumenta que la información es fundamental para las personas que deseen planificar, ya que está vinculada al uso adecuado y a una acertada elección del método; refiriendo que cuando el conocimiento es deficiente, predominan otros factores que conllevan al cambio o abandono de los mismos, siendo estos del orden socio cultural principalmente.

Edad:

El uso de anticonceptivos aumenta a la par de la edad de la mujer, probablemente porque ésta ha adquirido más conocimiento sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos.

Estado civil:

Las mujeres jóvenes con múltiples compañeros sexuales elevan su nivel de fecundidad por no usar métodos anticonceptivos, a diferencia de las mujeres unidas

y/o casadas, ya que estas muestran mayor aceptación de los métodos de planificación familiar, buscando evitar o espaciar embarazos.

Escolaridad:

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que los usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, el analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos.

Procedencia:

El uso de anticonceptivos varía de acuerdo al lugar de residencia; un mayor porcentaje de mujeres urbanas, usan más anticonceptivos en comparación con las mujeres del área rural, lo que puede reflejar una mayor accesibilidad de los mismos en la ciudad.

Religión:

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen comunidades en donde la religión juega un factor importante en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, en las cuales se considera que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres.

Factor económico:

Aunque en las unidades de salud la distribución de los métodos anticonceptivos es de forma gratuita, muchas veces el abastecimiento es limitado, no hay donde comprarlos, la accesibilidad es muy difícil y no se cuenta con el ingreso económico para comprar el método, por lo que pueden decidir no utilizarlo.

Factores culturales:

La ignorancia sobre los métodos anticonceptivos es generalizada, la desinformación se encuentra unida a la percepción negativa que tienen sobre ellos, lo que limita una mayor utilización de los anticonceptivos en mujeres que tienen necesidades insatisfechas.

Las creencias y los mitos en cuanto a los efectos de los anticonceptivos son inexactas y distorsionadas, a pesar de la utilización de métodos anticonceptivos modernos, siempre surgen temores en la población sobre posibles efectos adversos como: esterilidad, malformaciones congénitas y daños a la mujer, lo que conlleva a que decidan no utilizar ningún método anticonceptivo.³¹

El conocimiento implica la adquisición de información relativa a un tema determinado, permite decidir lo que se debe o puede hacer en ciertos escenarios. Para la salud pública el conocimiento es el resultado del propósito de un proceso o programa, es el medio por el cual se pueden prevenir problemas de salud individual o colectiva y su evaluación favorece el perfeccionamiento y trascendencia de los programas de salud en la población.³²

La deficiencia en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos lleva a una mala práctica en su uso.³³

Frecuentemente se asocia la falta de planificación familiar al desconocimiento de las estrategias para llevarla a cabo, específicamente a la desinformación existente respecto a los métodos anticonceptivos, lo cual implica el contar con poca información, poseer creencia equivocadas, tener una actitud negativa a ellos, entre otras.³⁴

De acuerdo con Jeanneville³⁵, el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas acerca de la reproducción de manera libre, responsable e informada, y contribuye al ejercicio de

los derechos sexuales y reproductivos de las personas mejorando y manteniendo su nivel de salud.

Posada y cols.³⁶, evaluaron los conocimientos de anticoncepción antes y después de una intervención educativa encontrando que el nivel de conocimientos mejora posterior a la intervención independientemente de la edad y la escolaridad.

El uso de métodos anticonceptivos está estrechamente vinculado a valores y normas sociales dependientes del género, patrones religiosos y culturales, así como el contexto social y económico.³⁷

Las actitudes hacia los métodos anticonceptivos constituyen una variable importante respecto a su uso. Se ha encontrado que las mujeres con actitudes positivas sienten mayor capacidad de utilizar un método anticonceptivo, además de que perciben un mayor apoyo de parte de su familia y pareja.¹²

La limitación de la práctica de medidas anticonceptivas en hombres se relaciona a creencias y actitudes negativas en torno a ellas; en el caso de la vasectomía las creencias más arraigadas se relacionan a la disminución del deseo sexual lo cual asocia a factores culturales como el machismo y la influencia religiosa.³⁸

La educación formal, el lugar de residencia y el perfil socioeconómico son factores que influyen en la elección de un método de planificación familiar; esto implica que tanto la comunidad y la cultura influyen en la actitud respecto a la planificación familiar, viendo reflejadas las preferencias sobre el tamaño de la familia, las presiones familiares para tener hijos, y si la planificación familiar está o no de acuerdo con las costumbres y creencias religiosas.³⁹

De acuerdo con las creencias de la mujer para no aceptar un método definitivo, las que se han mencionado son: por temor a los efectos colaterales, por no decidirse, porque se encuentra lactando, porque ya va a iniciar la menopausia, porque no sabe

cómo se utiliza, y por referir nunca haberse embarazado a pesar de no utilizar método de planificación familiar.⁴⁰

De acuerdo con la OMS los motivos que se encontraron por los que no utilizan método anticonceptivo se encuentran:

- Poca variedad de métodos
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- Oposición por razones culturales o religiosas;
- Servicios de mala calidad
- Errores de principio de los usuarios y los proveedores
- Barreras de género.¹⁰
-

La UNICEF señala como factores relacionados a la poca utilización de métodos anticonceptivos:

- a) La condena social, cultural o religiosa.
- b) Analfabetismo.
- c) El bajo nivel económico.
- d) Temor a efectos secundarios.
- f) Ideología de las mujeres sobre la procreación.³¹

Holt y cols.⁴¹, realizaron una investigación cualitativa acerca de las preferencias de las mujeres en cuanto a la anticoncepción, de acuerdo con los resultados de su estudio las mujeres prefieren que la consejería anticoncepcional se realice de forma personalizada a sus necesidades y preferencia. Encontraron que, en las mujeres de mayor edad, y aquellas con menor escolaridad, considerar la opinión del personal de salud de mucha importancia para la elección de un método.

De acuerdo con Gutiérrez y cols.⁴², las mujeres prefieren el uso de métodos anticonceptivos inyectables, sin embargo, la preferencia por este método se reduce conforme se incrementa el rango de edad; además encontraron que esta preferencia es mayor en el medio rural que en el urbano, y que la preferencia se disminuye conforme se aumenta el nivel socioeconómico.

Rodríguez-Rodríguez y cols.⁴³, describieron la preferencia de anticoncepción en mujeres que solicitaron anticoncepción reversible en España. De acuerdo con sus resultados los métodos más utilizados son la anticoncepción hormonal combinada 74%, hormonal de solo gestágenos en 13.9%, preservativo 10%, y DIU de cobre 2%.

Sánchez-Retana y cols.⁴⁴, consideran que el patrón de uso de anticonceptivos se basa en el nivel educativo del usuario, la frecuencia de relaciones sexuales y la edad de inicio de vida sexual.

Para Manlove y cols.⁴⁵, la elección del tipo de anticonceptivo se basa en la situación sentimental del usuario, de acuerdo con sus estudios las parejas que inician su relación prefieren los métodos anticonceptivos de barrera debido a la percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual, sin embargo, conforme avanza la relación se sustituye por el uso de métodos anticonceptivos hormonales.

Echeveste y cols.¹², estudiaron las actitudes de las mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos en México encontrando que las competencias emocionales y las actitudes se relacionan positiva y significativamente a la conducta anticonceptiva. De acuerdo con sus resultados las mujeres que tienen actitudes positivas tienden a usar en mayor medida los métodos anticonceptivos de forma correcta y sostenida, mientras que aquellas con actitudes negativas presentan menor prevalencia de uso y un mayor riesgo de un embarazo no planeado.

En Guanajuato, Estrada y cols.⁴⁶, compararon a dos grupos de mujeres, que asistían o no al servicio de planificación familiar; los investigadores encontraron que aquellas mujeres que asisten al grupo presentan un mayor porcentaje de comunicación con su pareja y cuentan con su apoyo respecto a la decisión del uso de un método anticonceptivo como parte de la planificación familiar.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

La planificación familiar constituye una estrategia que contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas, lo que ha llevado a esta acción sanitaria a consolidarse como una herramienta para la procuración de derechos humanos, además de ser esencial en el desarrollo social y el crecimiento económico (Sistema Nacional de Salud, 2013).

En México, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2000 la disponibilidad de anticonceptivos era de 70.8% para las mujeres en edad fértil, mientras que la demanda insatisfecha en 2014 se ubicaba en 4.9% a nivel nacional y en 4.2% en estado de México.

En las pacientes con enfermedades crónicas no siempre es fácil indicar un método de planificación familiar, porque algunos están contraindicados o pueden tener efectos adversos; sin embargo, el riesgo por el embarazo con frecuencia es más grande que el derivado de los efectos secundarios de los anticonceptivos.²⁹

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 en México, el uso de métodos anticonceptivos se ha categorizado como un problema de salud pública, se encontró que el 82% de las mujeres tienen conocimientos básicos sobre el uso de los métodos anticonceptivos, y más de la mitad de las mujeres con edades entre 35 y 49 años no utilizan ningún método de planificación. Alrededor de 10% de las mujeres en edad reproductiva padecen una enfermedad crónica y no siempre es fácil indicar un método anticonceptivo porque algunos están contraindicados o pueden tener efectos adversos; sin embargo, el riesgo por el embarazo con frecuencia es más grande que el derivado de los efectos secundarios de los anticonceptivos.²⁹

El motivo para realizar este estudio fue para conocer los factores relacionados con la aceptación de los métodos de planificación familiar en la población de estudio, para así diseñar estrategias para otorgar una atención de calidad y ayudar a cubrir su necesidad de salud reproductiva en forma segura y eficaz.

Esta investigación fue viable de realizarse debido a que se contó con la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos para llevarla a cabo, la población de estudio fueron mujeres con diagnóstico de Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar 64, a las que se les aplicó la escala de Albornoz (Anexo 2) para identificar el nivel de conocimiento y aceptación de los métodos de planificación familiar, así como el llenado de ficha de identificación lo que nos proporcionó información para conocer los factores sociodemográficos y evaluar cuales se relacionaron en mayor proporción con la aceptación de método de planificación familiar y así proponer estrategias para mejorar la atención de las usuarias.

II.2 Pregunta de investigación:

¿Los factores sociodemográficos y personales están relacionados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64?

III JUSTIFICACION

III.1 Académica

Para obtener el título de especialista en medicina familiar, siendo de gran importancia conocer las causas personales y/o sociodemográficas relacionadas con la aceptación de métodos de planificación familiar, identificando los factores de riesgo y con base a los criterios de elegibilidad recomendar el método anticonceptivo adecuado, así como otorgar recomendaciones y estrategias para llevar a cabo dentro de la unidad de medicina familiar.

III.2 Científica

En México el 75.6% de las mujeres en edad fértil sexualmente activas usan métodos anticonceptivos, los cuales la mayoría los obtienen de la Secretaría de Salud o de farmacias, sin embargo, es común que no tengan suficientes conocimientos de planificación familiar, tipos de métodos, indicaciones de uso, criterios de elegibilidad y métodos recomendados de acuerdo a su necesidad.

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es de vital importancia para un buen desarrollo de la salud reproductiva. Al realizar oportunamente una prevención en la mujer con alto riesgo reproductivo, se mejorará la atención en los servicios de salud.

La Unidad de Medicina Familiar No. 64, del Estado de México tiene alta afluencia de mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, las cuales se encuentran en etapa reproductiva y buscan un método de planificación familiar, la mayoría no cuentan con información suficiente para poder elegir de acuerdo al enfoque de riesgo de cada participante, sin embargo a través de la entrevista y la aplicación de la escala de Albornoz, se identificaron los factores que influyen a la aceptación de método de planificación familiar, pudiendo detectar que el conocimiento está ligado a la aceptación, lo cual se considera una herramienta

para mejorar el servicio en el primer nivel de atención, facilitando la tarea de otorgar el método que este adecuadamente indicado y adaptado a las condiciones de las pacientes, para evitar complicaciones.

III.3 Epidemiológica:

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 y el tratamiento de la esterilidad.

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.⁴³

Con respecto al INEGI la Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil en el Estado de México en periodo 2018 es de 56.2%.⁴⁴

Por método moderno se entiende cualquier anticonceptivo, con la excepción de los métodos tradicionales, tales como el ritmo, retiro y Billings.

De acuerdo con INFOSALUD IMSS, La delegación México oriente: cuenta con: 45.732 usuarias activas de métodos de planificación familiar, correspondiendo al 66.2%. De los cuales en métodos temporales reportan: 33.130 mujeres, con predominio en uso de DIU y de los definitivos 12.602 predominando OTB.⁴⁵

En la unidad se realiza la atención de primer contacto, lo cual es un área de oportunidad para otorgar a las usuarias información clara, fácil y sencilla, para evitar complicaciones que puedan generar morbilidad.

III.4 Social:

En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del 2014 reporto que en el Estado de México el (99.7%) de las mujeres en edad fértil reconoce la existencia de al menos un método anticonceptivo, pero sólo 97.4% sabe cómo

usarlo; Dentro del conocimiento las pastillas anticonceptivas es uno de los métodos que más conocen las mujeres (97.4%); sin embargo, sólo 24.0% saben usarlas correctamente. ⁴⁶

En cuanto a mayor conocimiento funcional de métodos anticonceptivos se encuentra el condón con 88.9%, seguido por el DIU 83.8% y la pastilla de anticoncepción de emergencia con 68.2%.

El impacto de los resultados de esta investigación permitirá conocer la cantidad de mujeres con diagnóstico de Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial que están empleando un método de planificación familiar, así como identificar qué factores se relacionan con la aceptación del método. ⁴⁶

El otorgar un método anticonceptivo en las mujeres con diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional, así como a las que tienen diagnóstico de hipertensión arterial, permitirá establecer programas de control pre-concepcional y facilitará que la concepción pueda tener lugar en el momento más adecuado si es que así lo deciden.

III.5 Económica:

Conocer cuáles son los factores relacionados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas, así como sus necesidades de anticoncepción, otorga bases a los médicos de atención primaria para proporcionar información a las mujeres que acudan a consulta solicitando un método, lo cual generaría una aceptación del mismo propiciando así una mejor calidad de vida y por lo tanto una disminución de embarazos con alto riesgo de complicaciones, reflejándose al disminuir el gasto de recursos de la unidad de medicina familiar en las atenciones de las complicaciones de un embarazo, logrando que a largo plazo se considere una mejor inversión. Al término de la encuesta, se entregó un tríptico informativo sobre métodos de planificación familiar, que fue elaborado por la médica residente Úrsula Vanessa Ramírez Flores.

IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los factores sociodemográficos y personales se relacionan a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64

IV.1 Hipótesis alterna

Los factores sociodemográficos y personales se relacionan a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64

IV.2 Hipótesis nula

Los factores sociodemográficos y personales no se relacionan a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64

V. OBJETIVOS

V.1 General

Relacionar los factores sociodemográficos y personales con la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes tipo 2 o hipertensión arterial) en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64.

V.2 Específicos

- Describir frecuencia de uso de método de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años
- Identificar los métodos de planificación familiar más conocidos por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial.
- Describir el perfil sociodemográfico (edad, escolaridad, ocupación, estado civil y religión) de mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial.
- Evaluar el nivel de conocimiento y actitud hacia los métodos de planificación familiar de mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial.
- Exponer si las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial recibieron información y por parte de quien sobre los Métodos de planificación familiar.

- Registrar los efectos adversos más conocidos de los métodos de planificación familiar por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial.

- Describir el método de planificación familiar conocido como el más seguro por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio:

Estudio transversal, analítico, observacional.

VI.2 Población, lugar y tiempo

Esta investigación se realizó en mujeres de 20 a 40 años adscritas a la unidad de medicina familiar número 64, con diagnóstico de diabetes tipo 2 o Hipertensión arterial, las cuales aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado, durante el periodo de agosto del 2020 a enero 2021, con el objetivo de conocer cuáles son los factores que están relacionados a la aceptación de métodos de planificación familiar para diseñar estrategias con el objetivo de mejorar la atención siempre enfocada a enfoque de riesgo y necesidades de las participantes.

VI.3 Tipo de muestra y tamaño

El cálculo de tamaño muestral se realizó mediante diferencia de dos proporciones, mediante el paquete estadístico EPI INFO VERSIÓN 7.2.2.16 considerando un tipo de test bilateral con un intervalo de confianza de 95% y un poder de prueba estadístico de 80%, con una proporción de usuarias de Método de Planificación familiar en Estado de México de 0.81 de acuerdo con la ENADID 2014 ⁽¹⁷⁾ y una proporción de usuarias de método de planificación familiar en Estado de México Delegación Oriente de 0.92 de acuerdo a INFOSALUD IMSS 2019 ⁽⁴⁴⁾ se obtiene un tamaño de muestra de 280 mujeres de 20 a 40 años, con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial adscritas a la Unidad de medicina familiar número 64

VI.4 Técnica de muestreo

No probabilístico por cuota

VI.5 Criterios de selección

VI.5.1 Criterios de inclusión

- Mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial que acudan a la UMF 64
- Que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

VI.5.2 Criterios de exclusión

- Mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial con otras comorbilidades (Cáncer o sangrado uterino disfuncional) ya que el presentar dichas patologías podría sesgar los resultados, la investigación se realizará para conocer el nivel de aceptación del método anticonceptivo con fines de planificación familiar.
- Mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial con patologías crónicas adicionales como epilepsia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, cardiopatías, enfermedades inmunológicas u oncológicas.
- Mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial con antecedentes quirúrgicos de histerectomía.

VI.8 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos o ilegibles.

VI.9 Definición de variables

- **Variable independiente:** Factores sociodemográficos (Edad, escolaridad, ocupación, estado civil, religión) y Personales (conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos)
- **Variable dependiente:** Aceptación de métodos de planificación familiar.

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION	ITEM
Actitud hacia los métodos de planificación familiar	La actitud es una predisposición y forma habitual de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona. ⁽⁴⁷⁾	Valoración por medio de la entrevista para identificar su reacción o postura que la mujer presenta hacia los métodos de planificación familiar.	Cualitativo	Nominal	Rechazo <28 puntos Indiferente 29 a 35 Aceptación >35	15
Conocimiento sobre métodos de planificación familiar	Información que acumula una persona a lo largo de su vida mediante la interacción con el entorno. ⁽⁴⁸⁾	Nivel de información con la que cuentan las mujeres sobre los métodos anticonceptivos.	Cualitativo	Ordinal	Alto: > 10 puntos Regular: 7 a 9 Bajo: < 7	3
Aceptación de Método de Planificación Familiar	Proviene del latín <i>acceptatio</i> que significa acción y efecto de aprobar. ⁽⁴⁹⁾	Hecho manifiesto de las mujeres sobre el uso o no de algún método de planificación familiar al momento del estudio.	Cualitativo	Nominal Dicotómica	Si No	2
Edad	Tiempo transcurrido entre la fecha del nacimiento de la persona y la del momento en que ocurre o se registra el nacimiento. ⁽⁵⁰⁾	Número de años vividos hasta el momento del registro que se recopilará del expediente clínico.	Cuantitativa	Continua	Años	1

Estado Civil	Condición de las personas en relación con los derechos y obligaciones legales. ⁽⁵⁰⁾	Se refiere a la condición en base a la relación de pareja que manifieste la mujer al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Politómica	Casada Soltera Unión libre Divorciada Separada Viuda	6
Ocupación	Conjunto de trabajos, tareas o cometidos que desarrolla el individuo dentro del mercado laboral. ⁽⁵⁰⁾	El oficio que la mujer manifieste desempeñar y registre en la ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal Politómica	Ama de casa Empleada Obrera Comerciante Profesionista	5
Escolaridad	Último grado aprobado en el ciclo de instrucción alcanzado en el Sistema Educativo Nacional. ⁽⁵⁰⁾	Nivel de instrucción académica que la mujer recibió hasta el momento de la encuesta y que haya registrado en ficha de identificación.	Cualitativa	Ordinal Politómica	Sin estudios Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato Técnica Licenciatura	7
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano. ⁽⁵⁰⁾	Creencias religiosas que la mujer refiere en la ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal Politómica	Católica Cristiana Testigos de Jehová Mormones Judía Evangélica	6
Enfermedades crónico-degenerativas	Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. ⁽⁵¹⁾	Padecimientos que regularmente asociadas con la edad y el envejecimiento; de larga duración y por lo general de progresión lenta, ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos, diagnosticados y referidos por la mujer al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	* Diabetes tipo 2. Si/No * Hipertensión arterial sistémica. Si/No * Enfermedades cardiovasculares. Si/No * Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Si/No * Enfermedad oncológica. Si/No * Enfermedad Inmunológica. Si/No	6

VI.10 Desarrollo del proyecto

El presente proyecto de investigación fue autorizado y evaluado por el comité de local de investigación 1408-8 y el comité de ética en investigación 1408-8 con el siguiente número de registro institucional SIRELCIS R-2020-1408-010. En este estudio fue de tipo observacional transversal analítico, en un universo de trabajo de 280 mujeres con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial adscritas a la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social Tequexquínahuac en el primer nivel de atención en el periodo comprendido del 1 de agosto del 2020 al 23 de febrero 2021.

El presente estudio se realizó bajo la supervisión de la coordinación de enseñanza en la unidad de medicina familiar número 64 , contando con áreas asignadas dentro de la unidad de medicina familiar para realizar la investigación con adecuadas características de iluminación , espacio adecuado para realizar la aplicación de los cuestionarios .La médico residente Úrsula Vanessa Ramírez Flores se presentó adecuadamente uniformada , explico a las participantes la forma, lugar y como se realizó el estudio, otorgo el consentimiento informado (anexo 1) explicando en qué consistía y la duración del estudio, así como el adecuado llenado del mismo, explicando riesgos y beneficios del estudio, dejando en claro que en cualquier momento podían abandonar el estudio si es que el así lo deseaban, se otorgó pluma y hoja de consentimiento informado para su llenado, se entregó la escala de Albornoz así como la residente lleno la cedula de identificación (anexo 2) donde se encontraban los apartados de sexo, edad, número de seguridad social, con el posterior llenado de ambos cuestionarios, garantizando a la participante la confidencialidad de su información

Dentro de los beneficios otorgados fueron el identificar qué factores sociodemográficos, culturales y personales son los que están relacionados a la aceptación de método de planificación familiar, para así poder diseñar estrategias y otorgar herramientas en la elección de un método. Posterior al llenado de la escala se otorgó un tríptico con información sobre métodos de planificación familiar. (Anexo)

VI.11 Instrumento de medición

Escala de Albornoz (Conocimientos y actitudes hacia los métodos de planificación familiar) ⁽⁵¹⁾

VI.11.1 Descripción

La escala de Albornoz fue realizada en el año 2006 por Inés Albornoz Tafur como proyecto de tesis para medir el conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería de la universidad del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú. (Anexo 3)

Es una escala tipo Lickert que permitió obtener información acerca de las actitudes sobre métodos anticonceptivos, y se aplicó un cuestionario para obtener información de conocimientos de los estudiantes acerca de los métodos anticonceptivos.

La Escala constó de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales, los enunciados fueron 15.

VI.11.2 Validez y Confiabilidad:

La validez del instrumento se efectuó a través del juicio de expertos: 4 enfermeras y 3 enfermeros todos ellos licenciados en enfermería, para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 6 estudiantes y se utilizó la fórmula alfa de cron-bach y validez con R de Pearson.

Mediante la fórmula el alfa de cron-bach a la encuesta de actitudes sobre métodos anticonceptivos. $\alpha = 0.7333$ donde $\alpha > 0.5$ por lo tanto la prueba es confiable.

En caso de la variable conocimientos se asignó 2 puntos a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta, una vez tabuladas se hallaron la media aritmética y la desviación estándar de cada variable en estudio lo que permitió clasificar los datos según escala de Stanones.

La categorización de Conocimiento se realizó de acuerdo a puntos:

Nivel de Conocimiento Bajo: < 7 puntos

Nivel de Conocimiento Medio: 7-9 puntos

Nivel de Conocimiento Alto: >10 puntos

Para la variable actitudes se calificó de la siguiente manera:

En caso positivo:

(A) Acuerdo 3 puntos

(I) Indeciso 2 puntos

(D) Desacuerdo 1 punto

En caso negativo:

(A) Acuerdo 1 punto

(I) Indeciso 2 puntos

(D) Desacuerdo 3 puntos

La categorización de actitudes se realizó de acuerdo a puntos:

Actitud de Rechazo: < 28 puntos

Actitud de Indiferencia: 28-35 puntos

Actitud de Aceptación: >35 puntos

VI.11.3 Plan de análisis de resultados

La recolección de datos e información se concentró en una base de datos en el programa Microsoft Windows Excel, realizando el análisis estadístico con los datos obtenidos, los cuales se descargaron en el programa estadístico SPSS 22 (Statistical Package for the Social Science).

Mediante estadística descriptiva se analizaron las variables sociodemográficas de tipo cuantitativa continua (edad), obteniendo medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar).

Las variables sociodemográficas de tipo cualitativo nominal (estado civil, religión, ocupación y actitud hacia los métodos de planificación) y las de tipo cualitativo ordinal (escolaridad y nivel de conocimientos) obteniéndose frecuencias y porcentajes en gráficas.

VI. 11.4 Hipótesis estadística

Ha: Los factores sociodemográficos y personales se relacionan a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64

H0: Los factores sociodemográficos y personales No se relacionan a la aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 64

VI.11.4.1 Factores sociodemográficos:

Edad: Formulación de hipótesis

Ha: No existe relación entre la edad y la aceptación de método de planificación familiar en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64.

Ho: A menor edad se presentará una mayor aceptación de métodos de planificación familiar en las mujeres con diagnóstico de Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial derechohabientes de la Unidad de medicina familiar 64

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p – valor: 0.966

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.2 Estado Civil:

Ha: El estado civil no está relacionado con la aceptación de método de planificación familiar en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

Ho: El estado civil está relacionado con la aceptación de método de planificación familiar en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p – valor: 0.566

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.3 Ocupación:

Ha: La ocupación No está relacionada a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64

Ho: Hipótesis Nula

La ocupación está relacionada a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p - valor: 0.401

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.4 Escolaridad:

Ha: Un mayor grado de estudios está relacionado a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Ho: Un mayor grado de estudios no está relacionado a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p - valor 0.007

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.5 Religión:

Ha: La religión está relacionada con la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Ho: La religión No está relacionada con la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p - valor 0.883

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.6 Personales:

Conocimiento:

Ha: Un nivel alto de conocimiento está relacionado a la aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Ho: Un nivel alto de conocimiento no está relacionado a la aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p - valor .000

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.4.7 Actitud:

Ha: La actitud de aceptación está relacionada con la aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Ho: La actitud de aceptación no está relacionada con la aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes

tipo 2 e hipertensión arterial atendidas en la Unidad de medicina familiar 64.

Nivel de significancia 5%

Elección de la prueba: Chi cuadrada

Estimación del p - valor .000

Toma de decisión: $p < 0.05$ se rechaza hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

VI.11.5 Consideraciones éticas

VI.11.5.1 Código de Nüremberg ⁽⁵³⁾

a) En este estudio se tomó al consentimiento informado y voluntario de la participante como indispensable, explicando previo a su llenado los riesgos y beneficios que se obtuvieron con la aplicación del instrumento llamado escala de Albornoz.

b) En este estudio se tuvo como objetivo obtener información sobre los factores relacionados a la aceptación de método de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, generando así el bien para las participantes ya que la información servirá para diseñar estrategias para mejorar la atención enfocada en grupos vulnerables basada en enfoque de riesgo.

c) Este estudio se basó en la aplicación de la escala de Albornoz, así como ficha de identificación, por lo tanto, no ocasiono sufrimiento o daño a los sujetos de estudio ya sea mental o físico a los sujetos de estudio.

d) El instrumento utilizado llamado escala de Albornoz no generó ningún daño o malestar a las participantes que se les aplico, así como no causo lesión, muerte o algún tipo de lesión, siendo los riesgos menores a los beneficios.

e) Se generaron las medidas de precaución, con un adecuado ambiente en las salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar num. 64 para llevar a cabo el llenado de consentimiento informado, ficha de identificación y escala de Albornoz.

f) La presente investigación fue realizada por personal médico calificado, por la médico residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar Úrsula Vanessa Ramírez Flores bajo la supervisión estricta de la especialista en Medicina Familiar María Guadalupe Saucedo Martínez con experiencia en investigación, llevando a cabo todas las medidas de seguridad e higiene.

g) Las participantes del proyecto de investigación, tuvieron libertad de abandonarlo por el motivo y en el momento que lo decidieran. El investigador terminaría el estudio si este generaba alguna incapacidad o lesión.

VI.11.5.2 Declaración de Helsinki:⁽⁵⁴⁾

El proyecto de investigación concuerda con los principios científicos aceptados universalmente, con conocimiento de la literatura médica referida en el marco teórico del presente protocolo. Esta investigación salvaguardo prevalentemente los intereses de las personas sobre los de la ciencia y la sociedad, respetando sus derechos, haciendo una con la finalidad de preservar los resultados obtenidos con exactitud.

Se informó a cada persona de manera clara, precisa y entendible los objetivos, beneficios y posibles riesgos o molestias que pueden producirse durante las diferentes etapas de la investigación, de tal manera que una vez entendido claramente lo antes mencionado, se procedió a la obtención de su consentimiento informado de manera libre y voluntaria sin coaccionar su participación.

VI.11.5.3 Este estudio siguió con los principios del Informe Belmont: ⁽⁵⁵⁾

Autonomía: Este estudio respeto la autonomía de la participante, se le otorgo la información necesaria de la investigación y del proceso. Explicándole de forma clara los beneficios y riesgos. Tuvo la libertad de elegir entre participar o rechazar su ingreso al estudio, de forma libre y autónoma.

Beneficencia: Esta investigación se realizó buscando asegurar el bienestar de las participantes, disminuyendo los posibles daños o incomodidades. Los beneficios que obtuvieron las participantes fue escuchar y conocer información sobre los métodos de planificación familiar, las indicaciones y riesgos para su uso mediante la entrega de un tríptico, así como en caso de decidir embarazarse se le otorgo información sobre cómo lograr un control de la enfermedad para sobrellevarlo con el menor riesgo posible, con la canalización al consultorio de medicina familiar de la unidad para recibir atención oportuna.

No-maleficencia: Durante el estudio de investigación, en ningún momento se puso en riesgo de daño o sufrimiento a las participantes, ya que se aplicó la escala de Albornoz y se procedió a realizar la evaluación de los resultados.

Justicia: Todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión formaron parte del estudio, sin importar religión, discapacidad, grupo étnico o condición socioeconómica, así como los criterios de exclusión se analizaron detalladamente a fin de no obtener sesgos en el estudio.

VI.11.5.4 Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud ⁽⁵⁶⁾

Fueron de carácter confidencial para los investigadores los datos personales y los resultados de la investigación de cada sujeto participante, de acuerdo con el cumplimiento del título segundo capítulo I.

Artículo 13.- En esta investigación prevaleció la dignidad y protección de los derechos, bienestar de las participantes de investigación.

Artículo 14.- Este estudio se basó en los principios científicos y éticos, los cuales la justificaron, los riesgos fueron mínimos ya que se realizó únicamente la escala de Albornoz y el llenado de la ficha de identificación, la participante se benefició al final del estudio con la entrega de un tríptico informativo sobre los métodos de planificación familiar, así como orientación sobre su uso e información de su aplicación o dotación; Se elaboró por profesionales de la salud a que se refiere con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, supervisado por médico especialista en medicina familiar y bajo responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Artículo 16.- En esta investigación se protegió la privacidad de las participantes, solicitando información solo cuando los resultados se requieran y este autorice.

Artículo 17.- Se consideró como riesgo de la presente investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento; se consideró a esta investigación con riesgo mínimo, ya que solo se realizó la aplicación de la escala de Albornoz, otorgando información a la participante para que conociera el objetivo del estudio.

Artículo 20.- Se otorgó una hoja con consentimiento informado, mediante el cual las participantes autorizaron su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza del estudio, exponiéndoles los riesgos, beneficios, y capacidad de libre elección sin coacción alguna.

Artículo 21.- Se le explico de manera clara y explícita a la participante a través del consentimiento informado: la justificación, objetivos, procedimientos, molestias, y

riesgos esperados al realizar la investigación, así como que contaba con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

Artículo 22.- El consentimiento informado se elaboró por el investigador principal y fue aprobado por la comisión de ética, el cual contenía los datos como nombre y firma de participante así como de dos testigos, explicándole el objetivo del estudio riesgos y beneficios.

Artículo 24.- En este protocolo de investigación no existió dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador.

Se resguardaron los datos en expedientes identificados a través de un folio, en donde solo el investigador y asesora tuvieron acceso, se omitió la utilización de los nombres propios de las encuestadas y solo se representó con el número de afiliación, no poniendo en riesgo la integridad, física, moral y psicológica de las participantes de la investigación, de acuerdo con el capítulo II del Reglamento de la Ley General de Salud.

VI.11.5.5 Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 ⁽⁵⁷⁾

Esta investigación fue autorizada por el Comité de Investigación y Ética la residente de medicina familiar encargada del proyecto fue la responsable de la planeación del proyecto, de dirigir los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad de las participantes de manera clara, objetiva y explícita, informando la gratuidad del estudio, así como su derecho y libertad de retirarse del mismo en el momento en que consideraran que fuera afectada su integridad, física, psicológica o moral, sin existir discriminación, agresión, mala calidad en su atención o en el trato que recibieron por parte de su médico responsable, así como de los servicios que el IMSS, siempre haciendo una estimación de su duración, así como el número

necesario de participantes. Se realizó en la Unidad De Medicina Familiar 64, la cual cuenta con la infraestructura y la capacidad resolutive suficiente para proporcionar en todo caso, la atención médica adecuada, cerciorándose que la carta de consentimiento informado cumpliera con los requisitos y supuestos que indica en el reglamento, protegiendo sus datos personales, teniendo resguardo y acceso a la información únicamente la asesora y la investigadora responsable.

VI.11.5.6 Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los Particulares: ⁽⁵⁸⁾

Artículo 6: El asesor del presente protocolo de investigación el Especialista en Medicina Familiar María Guadalupe Saucedo Martínez y asesorada la residente en medicina familiar Úrsula Vanessa Ramírez Flores, son los responsables de los datos personales que se recabaron durante este estudio, quienes aplicaron en todo momento los principios de información, conocimiento, licitud, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad, y responsabilidad, quienes son los únicos que tienen acceso a estas y cuidan de no ser proporcionados a terceros

Artículo 7: Los datos personales que se obtuvieron de los sujetos de investigación de forma lícita, no fué por medios engañosos o fraudulentos, antes de obtenerlos conocieron el aviso de privacidad (ANEXO 3), se les solicitó que firmaran de autorización el mismo y se respetó en todo momento su privacidad

Artículo 8: Se obtuvo el consentimiento por voluntad propia de forma verbal, por escrito, así como se proporcionó el aviso de privacidad (ANEXO 3) por escrito, para el uso o manejo de sus datos personales durante la realización de este protocolo de investigación, sin hacer uso indebido de los mismos se informó y explicó ampliamente por escrito y verbalmente sobre los riesgos y beneficios de su participación en la investigación.

Artículo 9: Se obtuvo el consentimiento expreso y por escrito mediante la firma autógrafa. Identificando las causas de incomodidad de la participante.

Artículo 11: La investigadora responsable se encargó de que los datos personales obtenidos fueran correctos, pertinentes y actuales.

Artículo 12: Respecto a la obtención de datos personales, el cumplimiento de los objetivos del estudio se reflejó en el consentimiento informado.

Artículo 14: En todo momento se veló por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por la ley, aun cuando un tercero sea el responsable.

Artículo 15.- A través del aviso de privacidad la responsable del estudio informó a las participantes que los datos solicitados fueron con fines de investigación.

VI.11.5.7 Consentimiento informado:

1° Consentimiento informado: A la participante se le explicó con lenguaje claro, comprensible sin tecnicismos en qué consistía el estudio, la duración, el método, la forma en la que se llevaría a cabo, así como la finalidad del mismo, para que libremente sin presión firmara de forma voluntaria el consentimiento informado.

2° Beneficio para la sociedad: Durante el estudio de investigación se llevó a cabo la aplicación del instrumento: Escala de Albornoz, con el objetivo de obtener información sobre los factores relacionados a la aceptación de método de planificación familiar en las mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial generando así, el bien para las participantes ya que la información obtenida se utilizará para diseñar estrategias para mejorar la atención enfocada en grupos vulnerables basada en enfoque de riesgo.

3° El estudio se desarrolló con base al conocimiento del tema, de tal manera que los resultados esperados, justificaron su realización.

4° Dentro del estudio no se afectó física o emocionalmente a las mujeres participantes, ya que únicamente se aplicó la escala de Albornoz la cual no genera preguntas o acciones agresivas o que ocasionen un daño a la participante.

5° El estudio no incurrió en acciones para desencadenar muerte o lesión a las participantes, ya que solo se aplicó el instrumento para valorar el conocimiento y actitud de las participantes hacia los métodos de planificación familiar.

6° Grado de riesgo: Esta investigación se clasificó como de **riesgo mínimo**, ya que solo se aplicó la escala y se llenó el consentimiento informado sin realizar procedimientos experimentales, siendo el mayor impacto conocer que factores relacionados a la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas, ya que el cursar con un embarazo en esas condiciones representa mayor riesgo.

7° Protección al sujeto de estudio: No se presentaron incidentes con las participantes del estudio.

8° Personal calificado: La presente investigación fue llevada a cabo por la médico residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar Úrsula Vanessa Ramírez Flores bajo la supervisión estricta de la especialista en Medicina Familiar María Guadalupe Saucedo Martínez, llevando a cabo los procesos correctamente, con información real, sin fines de lucro.

9°y 10 Libertad al sujeto: La participante de la investigación tuvo la libertad de desistir de su participación en el estudio por el motivo y en el momento que lo

decidiera si este generaba alguna incapacidad o lesión, y sin causar repercusiones en la atención en cualquier servicio de la Unidad de Medicina Familiar.

VI.11.5.8 CIOMS (consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas).

Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos:

Pauta 1: Esta investigación tuvo valor social y científico por lo que se justifica éticamente su realización, se preservaron los derechos humanos, respetando y protegiendo de manera justa a las participantes del estudio. Así como se buscó obtuvieran algún beneficio del estudio.

Pauta 3: Los beneficios del investigador y de la participante del estudio fueron equitativos, no sobrepasando uno al otro. Fueron seleccionados de manera científica, sin distinguir situación social, económica o la facilidad de manipulación.

Pauta 4: Se aseguró por medio de la investigadora y los comités de ética que los riesgos fueran mínimos en este proyecto de investigación, con posibilidad de obtener un beneficio individual, social y científico.

Pauta 8: Se sometió a revisión ética y científica por parte de comités de ética de investigación, los cuales son competentes e independientes.

Pauta 9: El investigador tuvo la responsabilidad de otorgar a las participantes la información pertinente así como la participante tuvo la libre decisión de aceptar o no participar en él.

Pauta 10: La realización de cambios en el consentimiento informado fueron llevados a cabo siendo factible la realización del proyecto, así como su valor social era importante con riesgos mínimo.

VII. ORGANIZACIÓN

VII.1 Recursos Humanos:

La presente investigación se llevó a cabo por el Médico Cirujano Ramírez Flores Úrsula Vanessa residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, la cual se encuentra adscrita en la Unidad de Medicina Familiar 64 Tequesquináhuac, quien se encargó de llevar a cabo la aplicación de la ficha de identificación y la escala de Albornoz a las participantes con interpretación de resultados, otorgando un tríptico informativo y respondiendo a dudas generadas por las participantes.

Director de tesis: E. en M.F. María Guadalupe Saucedo Martínez quien participo en la elaboración de la presente tesis, mediante la supervisión y apoyo de los procesos de investigación, como asesora del mismo, dándole seguimiento, realizando revisiones, contribuyendo al diseño del mismo, revisando críticamente la propuesta del estudio, generando contribuciones sustanciales a la concepción y diseño del mismo.

Con efecto de publicación en eventos académicos, así como foros y congresos, la tesista se presentará como primer autor y al director de la tesis como segundo autor. El director de la tesis será autor de correspondencia en caso de realizarse publicaciones.

VII.2 Recursos físicos:

Se realizó en las instalaciones de la unidad de medicina familiar número 64, las cuales cuentan con espacio para aplicación del cuestionario.

VII.3 Recursos financieros:

La investigación se llevó a cabo en la sala de espera de la UMF 64, utilizando como recursos hojas blancas, plumas, grapa, lápices, tabla, laptop; gastos cubiertos por la residente de Medicina Familiar Úrsula Vanessa Ramírez Flores.

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, analítico, observacional a 280 mujeres de 20 a 40 años, con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial que cumplieron los criterios de inclusión. Del total de la muestra 139 (49.6%) tenían diagnóstico de Diabetes tipo 2 y 151 (53.9%) de Hipertensión arterial.

Para analizar la aceptación de métodos de planificación familiar de acuerdo a los factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y religión, las variables fueron dicotomizadas, encontrando así que de las mujeres encuestadas que si aceptan método de planificación familiar las mayores a 30 años son 193 (68.9%) y las menores de 30 años 72 (25.7%), en cuanto escolaridad se encontró que las mujeres con estudios medio y superior 205 (75%), son las que si aceptan método, en el caso de la ocupación se observó que las que tenían una ocupación fuera del hogar 202 (72.1%) tuvieron aceptación de MPF en comparación de las que se dedican al hogar 63 (22.5%), con respecto al estado civil de las mujeres se observa que las mujeres con pareja 178 (63.6%) si aceptan MPF en comparación de aquellas que están sin pareja que son 87 (31.4%).

Se estudiaron factores socioculturales tales como la religión en donde se pudo observar que las mujeres con religión católica tuvieron una aceptación de 226 (80.7%), en comparación con las que tenían otra religión.

En cuanto a los factores personales estudiados se evaluó conocimiento y actitud hacia los métodos de planificación familiar los cuales fueron evaluados mediante el instrumento la escala de Albornoz se obtuvo como resultado que tienen un conocimiento alto 239 (85.4%), medio 21 (7.5%), bajo 15 (5.7%); Y con respecto a la actitud se encontró aceptación en 254 (90.7%), de indiferencia en 22 (7.9%) y de rechazo en 4 (1.4%)

De acuerdo al uso de métodos de planificación familiar del total solo 265 (94.6%) si usan método. (Ver tabla y gráfico 2)

Con respecto a los métodos de planificación familiar más conocidos 266 (95%) conocen las pastillas anticonceptivas, 220 (78.6%) conocían el DIU, las Inyecciones 234 (83.6%), preservativo 258 (92.1%), 164 (58.6%) conocían OTB, 72 (25.7%) conocían el coito interrumpido, el método ritmo 35 (12.5%), 28 (10%) cremas/óvulos y método de Billings 4 (1.4%). (Ver tabla y gráfico 3)

En relación a la edad de las mujeres participantes se identificó una media de 33 años y mediana de 35 años, quien en rango de edades, 15 (5.4%) corresponden a 20-24 años 47 (16.8%) de 25 a 29 años, 68 (24.3%) de 30 a 34 años y 150 (53.6%) de 35 a 40 años (Ver tabla y gráfico 4)

En cuanto al estado civil la proporción de mujeres participantes fue casada 106 (37.9%), soltera 83 (29.6%), unión libre 81 (28.9%), separada 8 (2.9%) divorciada 2: (0.7%). (Ver tabla y gráfico 5)

En relación a la escolaridad las mujeres que participaron en el estudio tenían educación primaria 4 (1.4%), secundaria 64 (229), con bachillerato 164 (58.6%) y licenciatura 48 (17.1%), (Ver tabla y gráfico 6)

La ocupación de las mujeres participantes referida fue 185 (66.1%) empleadas, ama de casa 68 (24.3%), profesionistas: 24 (8.6%) y obrera. 3 (1.1%) (Ver tabla y grafico 7)

En relación a la práctica de la religión las mujeres participantes refirieron profesar la católica: 239 (85.4%), cristiana 40 (14.3%) testigo de jehová 1 (0.4%) (Ver tabla y gráfico 8)

El resultado del conocimiento sobre métodos de planificación familiar evaluado por la escala de Albornoz en las mujeres participantes fue alto en 243 (86.8%), medio 21 (7.5%), bajo 15 (5.7%) (Ver tabla y gráfico 9)

Y con respecto a la actitud de las mujeres de 20 a 40 años hacia los métodos de planificación familiar se encontró aceptación en 254 (90.7%), de indiferencia en 22 (7.9%) y de rechazo en 4 (1.4%) (Ver tabla y gráfico 10)

En la evaluación de información sobre métodos de planificación familiar 236 mujeres indicaron que si recibieron información y 44 que no la recibieron. (Ver tabla y gráfico 11)

En lo que respecta a fuente de información sobre métodos de planificación familiar: 92 participantes (32.9%) refirieron la recibieron del IMSS, 82 (29.3%) por parte del médico, 20 (7.1%) por enfermera, 39 (13.9%) por la escuela, 3 (1.1%) por el trabajo y 41 (15.7%) refirió que nadie otorgó información. (Ver tabla y gráfico 12)

Con respecto a los efectos adversos más conocidos por las participantes del total 103 (36.8%) refirieron cambios hormonales, 93 (33.2%) aumento de peso, 40 (14.3%) sangrado, 21 (7.5%) cefalea, infertilidad 8 (2.4%), desconocen: 15 (5.4%), ninguno: 13 (4.6%). (Ver tabla y gráfico 13)

Dentro de los métodos de planificación referidos como los más seguro por las mujeres de 20 a 40 años son OTB 140 (150%), preservativo 52 (18.6%), DIU: 31 (11.1%), pastillas 21 ((7.5%), implante 16 (5.7%), inyecciones 8 (2.9%), desconoce 12 (4.3%). (Ver tabla y gráfico 14)

VIII.1 Gráficos

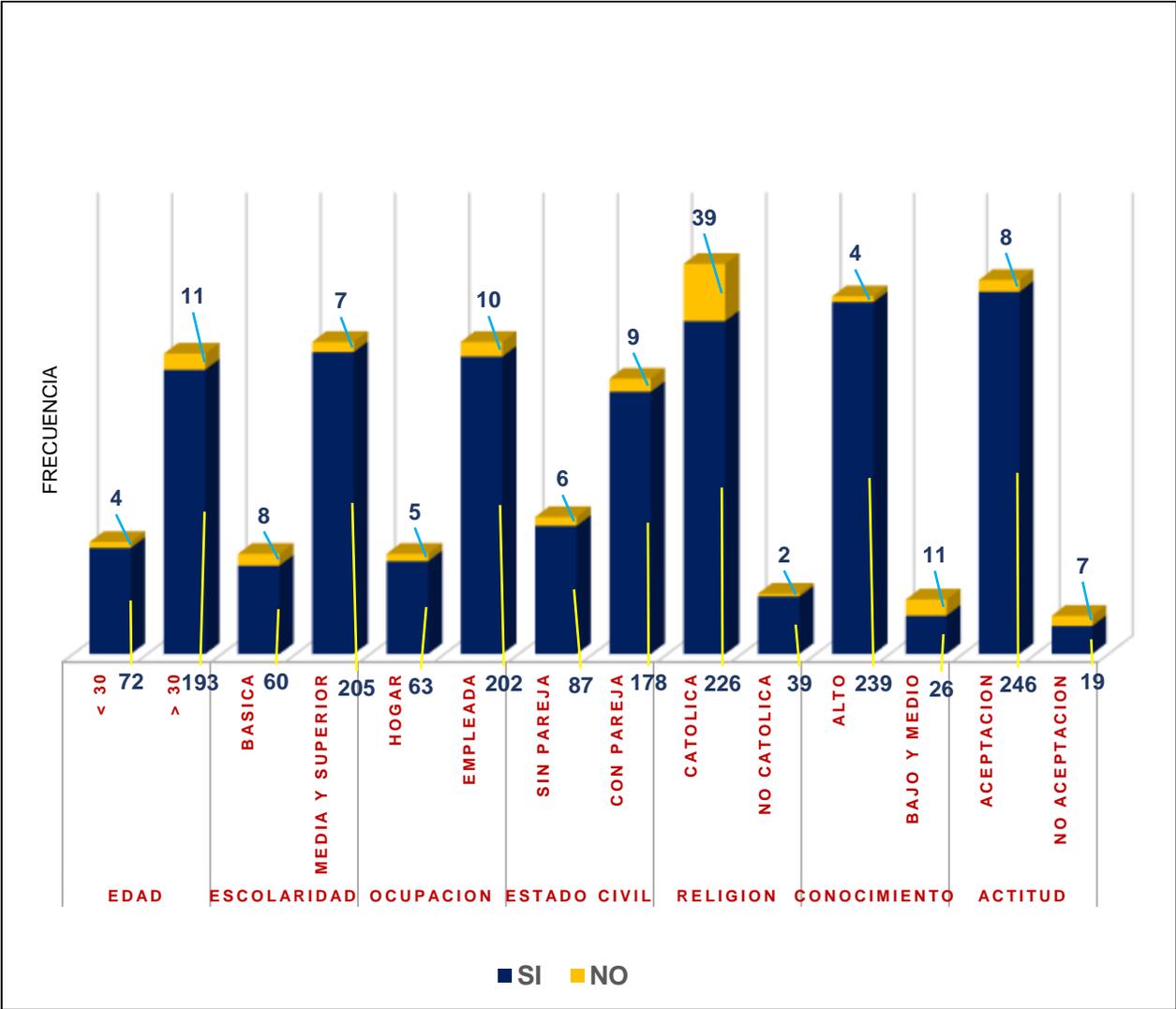
Tabla 1. Relación de factores sociodemográficos y personales con aceptación de método de planificación familiar

Variables			Uso		Si		No		X ²	P
			n	%	n	%				
Sociodemográficas	Edad	< 30	72	25.7	4	1.4	0.002	0.966		
		> 30	193	68.9	11	3.9				
	Escolaridad	básica	60	21.7	8	2.9	7.273	0.007		
		media y superior	205	74	7	2.5				
	Ocupación	hogar	63	22.5	5	1.9	0.706	0.401		
		empleada	202	72.1	10	3.6				
	Estado civil	sin pareja	87	31.4	6	2.1	0.329	0.566		
		con pareja	178	63.6	9	3.2				
Culturales	Religión	católica	226	80.7	39	13.9	0.022	0.883		
		no católica	39	13.9	2	0.7				
Personales	Conocimiento	alto	239	85.4	4	1.4	49.9	.000		
		bajo y medio	26	9.3	11	3.9				
	Actitud	aceptación	246	87.9	8	2.9	26.29	.000		
		no aceptación	19	6.8	7	2.5				

Nota aclaratoria: n: frecuencia, %: Porcentaje. X² Chi cuadrada.

Fuente: Ficha de identificación y escala de Albornoz

Grafico 1. Relación de factores sociodemográficos y personales con aceptación de método de planificación familiar



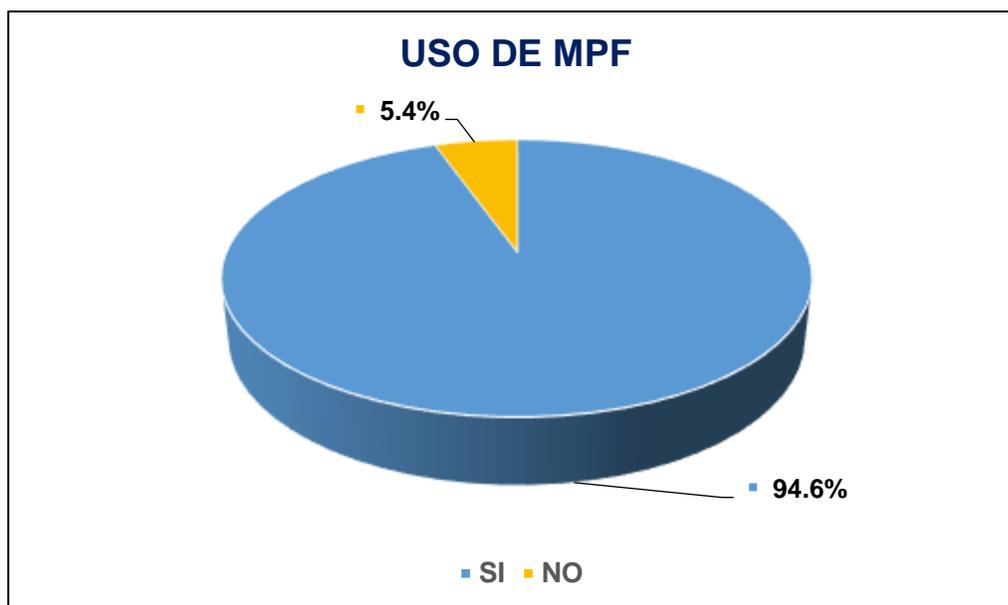
Fuente: Tabla 1

Tabla 2. Uso de Métodos de planificación Familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 64

Uso MPF	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	265	94.6
No	15	5.4
Total	280	100.0

Fuente: Escala de Albornoz

Grafico 2. Uso de Métodos de planificación Familiar en mujeres de 20 a 40 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 o hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 64



Fuente: Tabla 2

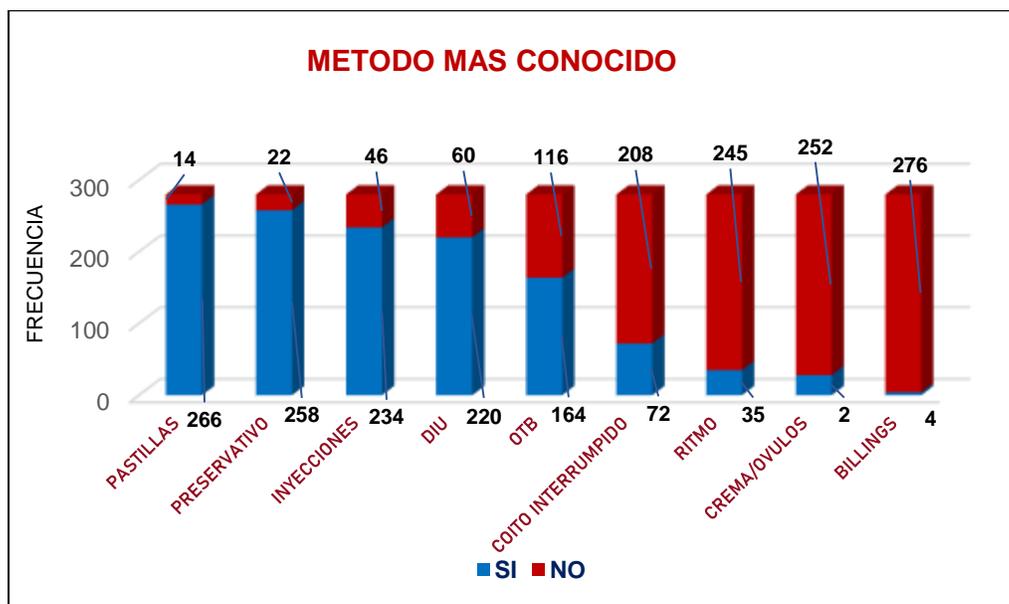
Tabla 3 Métodos de planificación familiar más conocidos en las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64.

Conocimiento Método	Si		No	
	n	%	n	%
Pastillas	266	95	14	5
Preservativo	258	92.1	22	7.9
Inyecciones	234	83.6	46	16.4
DIU	220	78.6	60	21.4
OTB	164	58.6	116	41.4
Coito Interrumpido	72	25.7	208	74.3
Ritmo	35	12.5	245	87.5
Crema/óvulos	28	10	252	90
Billings	4	1.4	276	98.6

Nota aclaratoria: n: frecuencia, %: porcentaje.

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafico 3. Métodos de planificación familiar más conocidos en las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



Fuente: Tabla 3

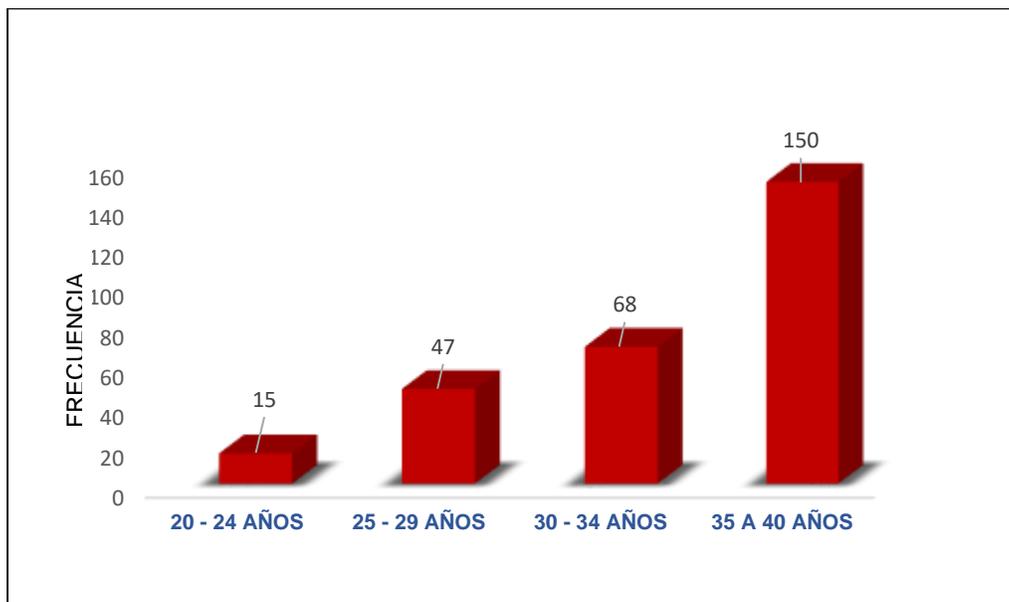
Tabla 4. Edad de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
20 - 24 Años	15	5.4
25 - 29 Años	47	16.8
30 - 34 Años	68	24.3
35 A 40 Años	150	53.6
Total	280	100.0

χ^2 . 33.92 + DE 5.238 con IC 95% (33.30_34.53) Mediana 35

Fuente: Ficha de identificación

Grafico 4 Edad de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



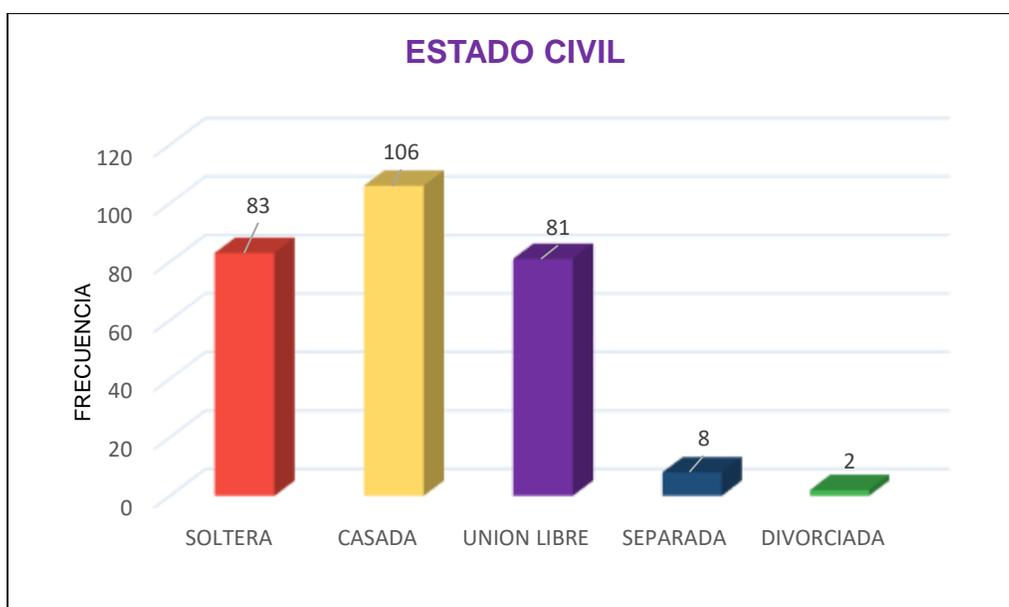
Fuente: Tabla 4

Tabla 5. Estado civil de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Soltera	83	29.6
Casada	106	37.9
Unión libre	81	28.9
Separada	8	2.9
Divorciada	2	0.7
Total	280	100.0

Fuente: Ficha de identificación

Grafico 5. Estado civil de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



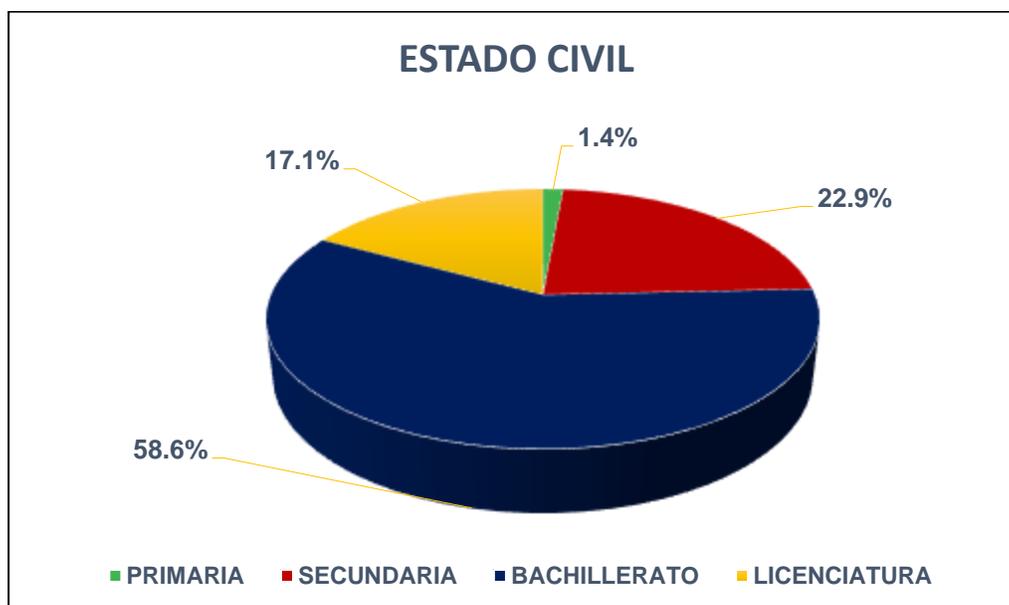
Fuente: Tabla 5

Tabla 6. Escolaridad de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Primaria	4	1.4
Secundaria	64	22.9
Bachillerato	164	58.6
Licenciatura	48	17.1
Total	280	100.0

Fuente: Ficha de Identificación

Grafico 6. Escolaridad de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



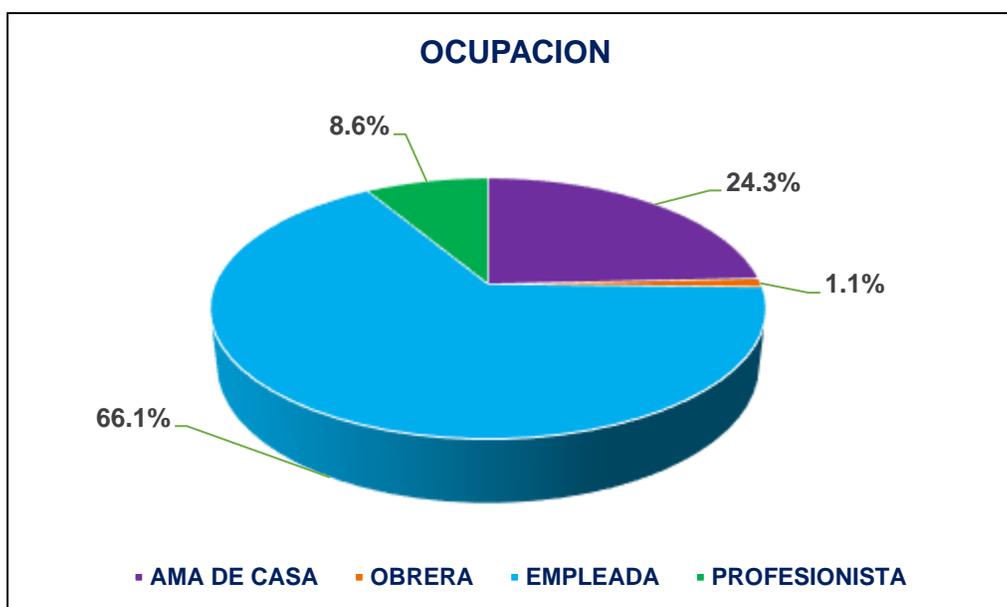
Fuente: Tabla 6

Tabla 7. Ocupación de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ama de casa	68	24.3
Obrera	3	1.1
Empleada	185	66.1
Profesionista	24	8.6
Total	280	100.0

Fuente: Ficha de Identificación

Grafico 7. Ocupación de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



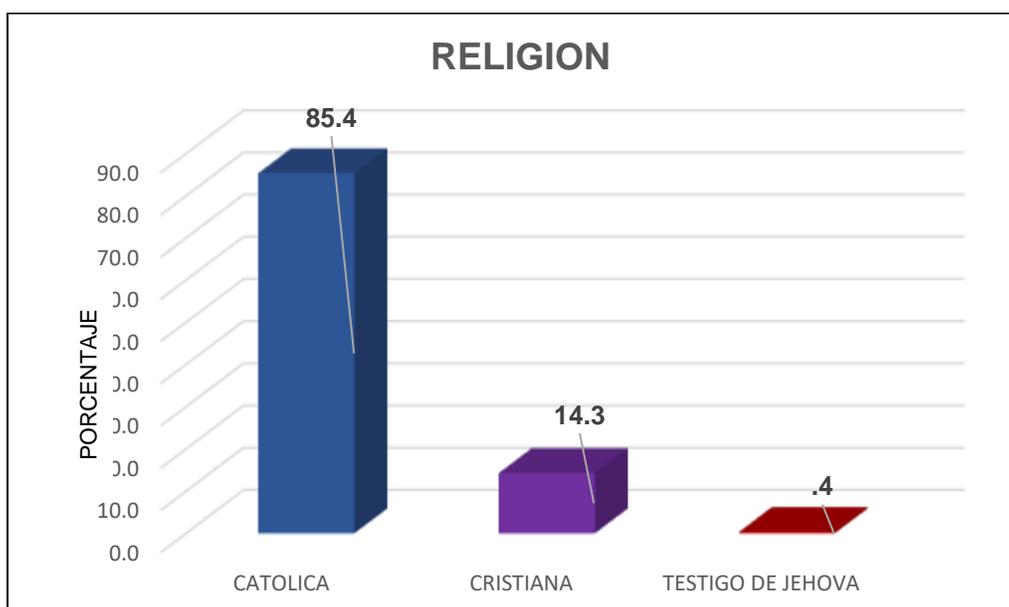
Fuente: Tabla 7

Tabla 8 Religión de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Católica	239	85.4
Cristiana	40	14.3
Testigo de Jehová	1	.4
Total	280	100.0

Fuente: Ficha de Identificación

Grafica 8. Religión de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



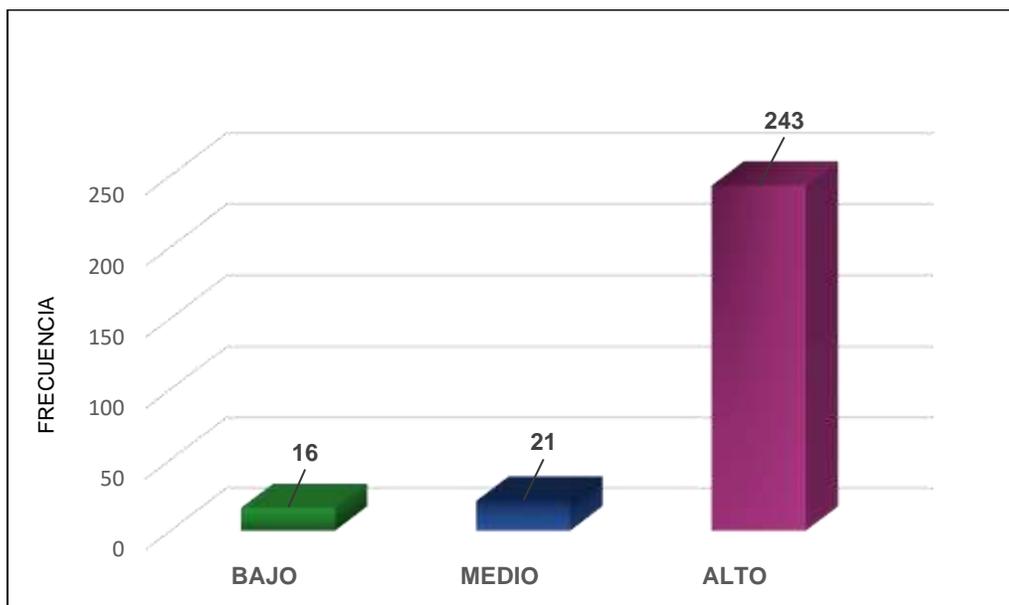
Fuente: Tabla 8

Tabla 9. Nivel de Conocimiento de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Bajo	16	5.7
Medio	21	7.5
Alto	243	86.8
Total	280	100.0

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafica 9. Nivel de Conocimiento de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



Fuente: Tabla 9

Tabla 10 Actitud de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Rechazo	4	1.4
Indiferencia	22	7.9
Aceptación	254	90.7
Total	280	100.0

Fuente: Escala de Albornoz

Grafica 10 Actitud de las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64



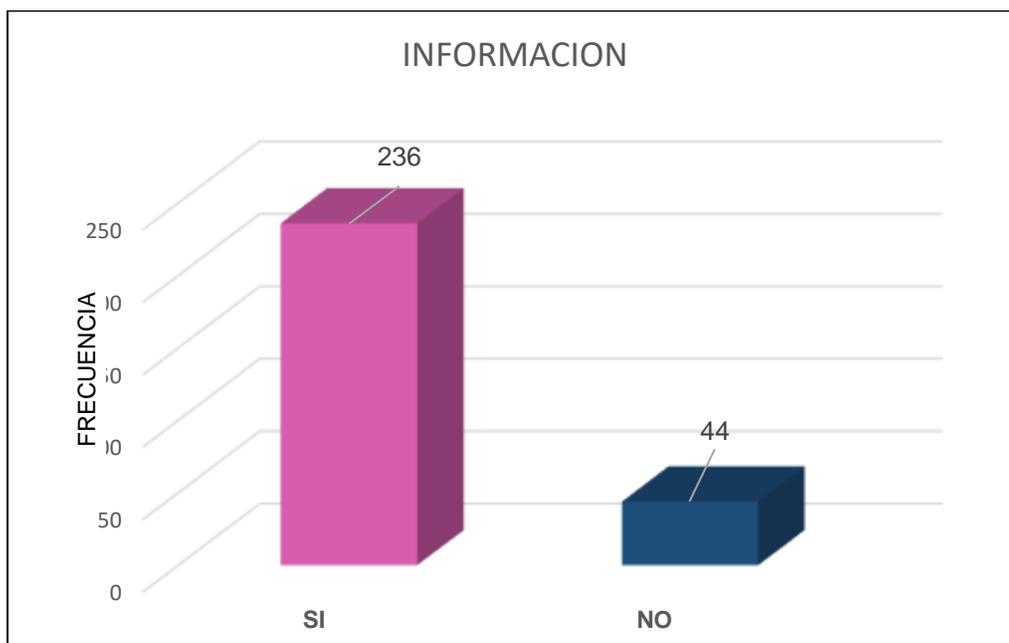
Fuente: Tabla 10

Tabla 11 Recibió información sobre métodos de planificación familiar usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

Información	Frecuencia	Porcentaje %
Si	236	84.3
No	44	15.7
Total	280	100.0

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafico 11. Recibió información sobre Métodos de planificación familiar las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



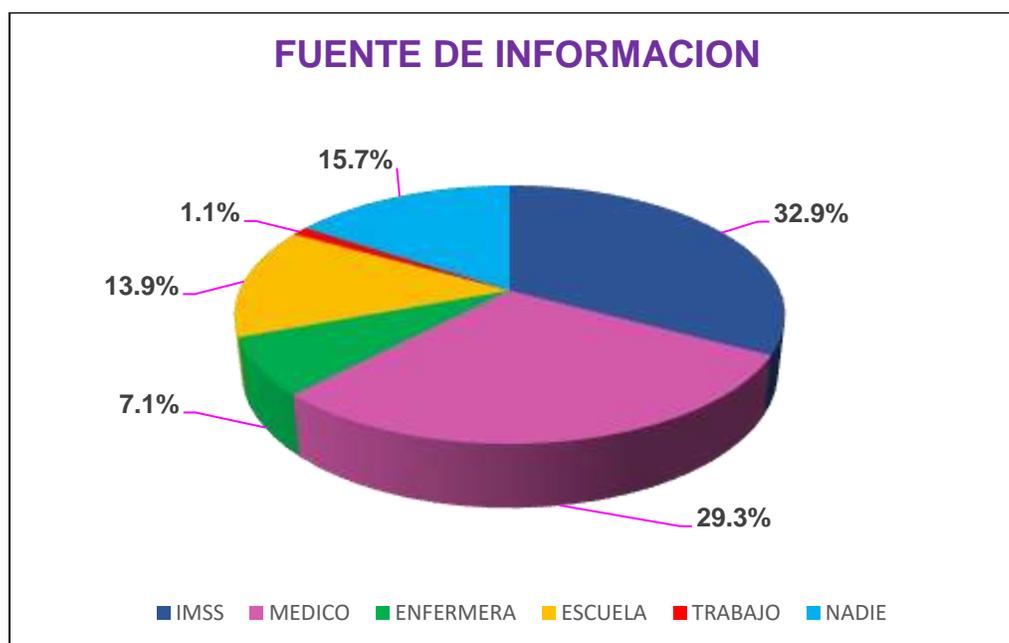
Fuente: Tabla 11

Tabla 12 Fuente de información sobre métodos de planificación familiar las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

POR QUIEN RECIBIO INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
IMSS	92	32.9
Médico	82	29.3
Enfermera	20	7.1
Escuela	39	13.9
Trabajo	3	1.1
Nadie	44	15.7
Total	280	100.0

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafico 12. Fuente información sobre métodos de planificación familiar las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64



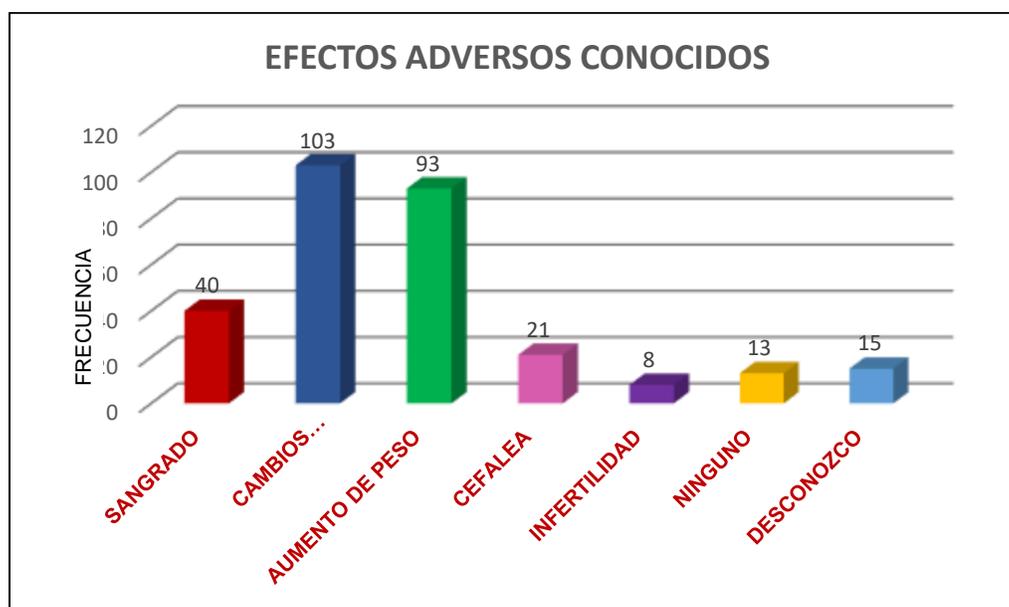
Fuente: Tabla 12

Tabla 13. Efectos adversos de los métodos de planificación familiar más conocidos por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64.

CONOCIMIENTO METODO	SI		NO	
	n	%	n	%
Sangrado	40	14.3	177	85.7
Cambios hormonales	103	36.8	177	63.2
Aumento de peso	93	33.2	187	66.8
Cefalea	21	7.5	259	92.5
Infertilidad	8	2.9	272	97.1
Desconozco	15	5.4	265	94.6
Ninguno	13	4.6	267	95.4

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafica 13 Efectos adversos de los métodos de planificación familiar más conocidos por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64



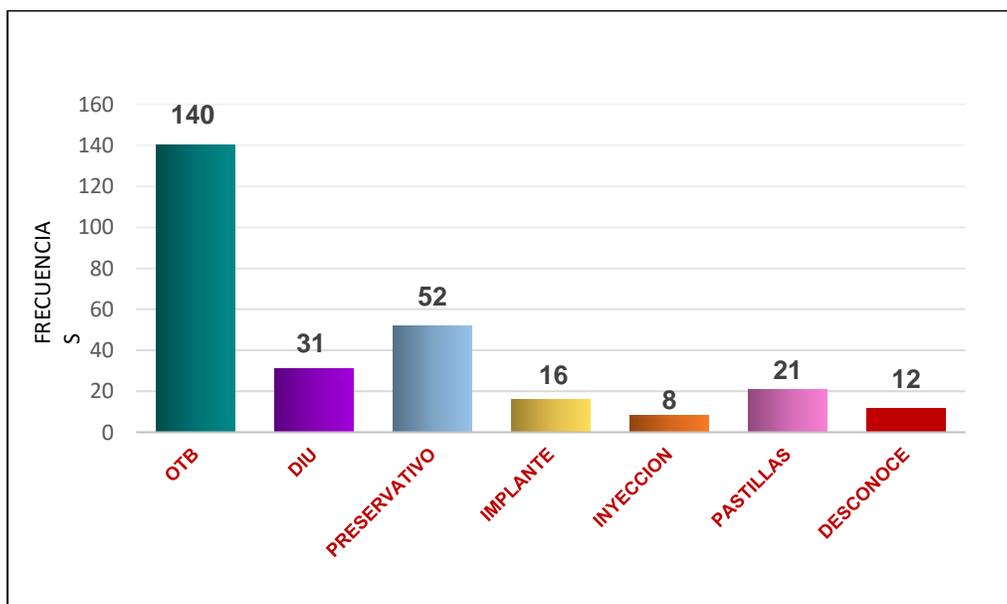
Fuente: Tabla 13

Tabla 14 Método de planificación familiar conocido como el más seguro por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64

MÉTODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
OTB	140	50.0
DIU	31	11.1
Preservativo	52	18.6
Implante	16	5.7
Inyección	8	2.9
Pastillas	21	7.5
Desconoce	12	4.3
Total	280	100.0

Fuente: Encuesta de Albornoz

Grafico 14 Método de planificación familiar conocido como el más seguro por las usuarias con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial de 20 a 40 años atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64



Fuente: Tabla 14

IX DISCUSIÓN:

La promoción de la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos es de vital importancia para asegurar la salud sexual y la autonomía reproductiva. Los grupos vulnerables tienen el derecho a conocer y disfrutar una vida sexual plena y satisfactoria, con la capacidad de decisión sobre su vida reproductiva, conociendo los riesgos que se tienen al presentar alguna enfermedad crónico-degenerativa.³⁰

En el presente estudio de todos los factores evaluados, los de mayor relevancia fueron los personales (conocimiento y actitud), ya que se relacionaron a la aceptación y uso de métodos de planificación familiar, obteniendo una significancia estadística, lo cual concuerda por lo referido por Vázquez et al⁵⁹ en su estudio "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán Tabasco"⁴ donde refiere que a mayor grado de conocimiento de métodos anticonceptivos mayor es el uso, reportando en su estudio se encontró que 62.2% tiene grado alto de conocimiento, 35.8% grado medio y sólo el 2.0% presentó grado bajo, lo cual implica que el 98.0% al menos conoce un método anticonceptivo, datos que concuerdan con los resultados de este estudio, donde el grado de conocimiento se evaluó por la escala de Albornoz, encontrando conocimiento alto en 243 participantes correspondiendo al (86.8%), seguido de conocimiento medio y bajo, lo cual nos proporciona información de las principales causas de aceptación y nos obliga a poner más atención en otorgar la consejería y orientación adecuada para lograr un mayor porcentaje en uso de MPF.

En cuanto al uso de métodos de planificación familiar, se encontró que 265 (94.6%) de las participantes refirieron si usan un método, datos similares reportaron en el estudio descriptivo realizado por Veloz-Martínez et al²⁷ llamado "Anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas" realizado con 428 mujeres de 15 a 44 años con enfermedades crónicas, de las cuales el 84% de las que tenían vida sexual

activa eran usuarias de método de planificación familiar, demostrando que las mujeres con enfermedades crónicas tienen una buena cobertura anticonceptiva.

Castañeda S et al⁶⁰ en su estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional llamado "Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora" refiere el mayor conocimiento sobre MPF correspondiente al 59% fue en conjunto hormonales orales, inyectables y DIU, similar a lo reportado en este estudio, donde el método anticonceptivo más conocido en orden de frecuencia se encontró fueron pastillas anticonceptivas, seguido del DIU, inyecciones, preservativo, OTB, siendo los métodos naturales los de menor conocimiento, lo que puede concluir que los hormonales orales e inyectables son más conocidos por su facilidad de uso y la factibilidad al conseguirlos lo cual es de importancia para poder orientar sobre los métodos recomendados de acuerdo a cada paciente para un mejor control anticonceptivo y disminuir las posibilidades de efectos secundarios.

A su vez, reporto que el medio por el cual las participantes refirieron obtuvieron consejería e información, sobre métodos anticonceptivos principalmente fue otorgado por enfermería (32 %), trabajadora social (15%) y el médico (11%) datos similares a lo encontrado en este estudio, donde se indica que 236 mujeres si recibieron información y la fuente por la que la obtuvieron el 32.9% refirió la recibieron del IMSS y de manera individual la mayor proporción fue por parte del médico, seguido por enfermera, escuela y trabajo, así como 15.7% refirió nadie les otorgó información. Dentro del concepto generalizado referido como IMSS se cuenta con personal médico, enfermería y trabajo social que son los encargados de otorgar dicha información, lo cual demuestra que la mayor información la recibieron por servicios de salud. Siendo importante capacitar al personal y rediseñar estrategias para otorgar y facilitar la información cuando acudan a consulta para otorgar una atención integral y lograr una mejor aceptación y uso de métodos de planificación familiar.

En cuanto a la edad de las mujeres se identificó que el grupo de 35 a 40 años tuvo mayor prevalencia con 53.6%, dato similar a lo reportado por la ENAID en 2014, donde reporta que el 53.3% de MEF de Estado de México son sexualmente activas y el grupo con mayor proporción se encuentra en las mujeres de 35 a 39 años, con 69.1%, así como en lo reportado a nivel nacional el grupo de mujeres de 35 a 44 años son las que tienen mayor prevalencia anticonceptiva indicando un porcentaje mayor a 80. Esto concuerda con el criterio a estudiar, por lo que se puede asociar que nuestra población cuenta con ese rango de edad ya que la Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial no se presentan comúnmente en personas jóvenes o porque la población no acude de manera preventiva al médico para detección o seguimiento de enfermedad.

Cano A et al ⁶¹ en su estudio realizado en mujeres de 17 a 35 años llamado "Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco, México" difiere en sus resultados con los de esta investigación en lo que respecta a estado civil, ocupación y efectos adversos secundarios a MPF, reportando que del primero la mayor proporción se encontraba en unión libre con un 61%, seguido de las mujeres casadas con un 30% y solteras representadas por un 9%, con respecto a este estudio, la mayor proporción refirieron estar casadas, con similar proporción solteras y unión libre siendo la de menor prevalencia separadas y divorciadas. En cuanto a ocupación indicó que el 82% se dedicaban al hogar, 11 % eran empleadas y 7% estudiantes, sin referir grado académico, siendo en este estudio que la mayor proporción de las participantes se identificó que 185 (66.1%) son empleadas seguidas por ama de casa y profesionistas.

Por otro lado el autor refiere que los efectos adversos reportados por el uso de hormonales fueron cefalea 37%, mareos (14.75%), náuseas (8.19 %), mastalgia (6.55 %) y trastornos menstruales (3.27%). en tanto que en esta investigación los eventos adversos que las mujeres identifican independientemente del tipo de

método utilizado son en orden de frecuencia sin especificar cual método refirieron: cambios hormonales, aumento de peso, sangrado, cefalea e infertilidad, de las participantes 15 refirieron desconocer efectos y 13 refirieron no conocen ningún efecto adverso, estas diferencias pueden deberse a que cada estudio se realizó en diferentes rangos de edades.

Con respecto a la escolaridad; se encontró mayor proporción bachillerato, seguida de secundaria, licenciatura y primaria, dato similar a lo reportado por Vázquez Jiménez et al⁵⁹, la cual realizó un estudio descriptivo, transversal en el municipio de Cunduacán, Tabasco refiriendo en sus resultados la escolaridad de los participantes 2.0% son analfabetos, 19.4% tienen terminada la primaria, el 31.6% de las personas estudiaron la secundaria, el 33.7% (bachillerato) y los profesionistas representaron el 13.3%, analizando también el grado de conocimiento, reportando que el 100.0% de los profesionistas tenían un nivel de conocimiento alto y el porcentaje más bajo lo representaban los de primaria con 42.1%, lo que nos lleva a enfocarnos en otorgar consejería anticonceptiva personalizada para lograr un mejor entendimiento y lograr obtengan mayor conocimiento y por ende aceptación de método.

Noguera N³¹ en su estudio descriptivo transversal llamado "Impedimentos socioculturales para el uso de métodos anticonceptivos" concuerda con lo reportado anteriormente en este estudio en lo que respecta a los métodos de planificación familiar más conocidos reportando en su investigación gestágenos orales con (93.4%), los métodos inyectables (67.9%) y el DIU (40.1%), seguidos por el preservativo (37.9%), los métodos naturales (23.3%) y finalmente la esterilización quirúrgica (14.6%), así también en religión refirió predominó la religión católica con el 72.7% de la población, seguido por un 16.1% que dijo no profesar ninguna religión, y finalmente un 11.2% se declaró evangélicos, datos similares encontramos en este estudio, donde predominó la religión católica seguida por la cristiana y testigo de jehová, el autor en lo que respecta al estado civil, difiere de lo reportado anteriormente en este estudio, ya que del total de sus entrevistados: el 76.2% eran

solteros, un 12.6% casados y el 11.2% dato que puede concluir que este resultado se debe a que el rango de edad de estudio, zona geográfica y población son diferentes.

Con respecto a la actitud de las participantes evaluada con el instrumento en este estudio, la aceptación fue la de mayor proporción con 254 participantes (90.7), seguida de rechazo e indiferencia; Arias I. et.al ⁶², con respecto a la actitud lo califica como positiva 220 entrevistados (99.1%) y negativa a 2 (0.9%) encontrando de igual prevalencia con lo reportado en este estudio, ya que ha mejor actitud mayor aceptación de método de planificación.

El método de planificación referido como el más seguro en esta investigación en orden de frecuencia fue OTB 140 (150%), seguido de preservativo, DIU, Pastillas, Implante e Inyecciones y 12 participantes (4.3%) refirieron no conocen un método seguro, no se encontró un estudio para poder comparar este parámetro, ya que la mayoría hablan sobre conocimiento de métodos en general no enfocándose en la percepción de cual les resulta más seguro. En la actualidad no se cuentan con muchas investigaciones donde la población de estudio sea enfocada a uso de métodos anticonceptivos en mujeres con enfermedades crónico-degenerativas lo que limita las comparaciones con diversos autores, mostrándonos que se requiere mayor enfoque y estudio en poblaciones vulnerables, para otorgar una atención de calidad con enfoque de riesgo, para aumentar la cobertura anticonceptiva y así disminuir el riesgo de embarazos o complicaciones.

En esta investigación encontramos que los factores personales son los que muestran relación con la aceptación de métodos de planificación familiar, de acuerdo a lo encontrado y referido en múltiples artículos mencionados anteriormente, independientemente de que las áreas geográficas y población correspondan a diferentes lugares o rangos; a mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos se genera una actitud de aceptación y por lo tanto de uso de los mismos.

X. CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que los factores personales medidos a través del instrumento de evaluación como conocimiento y actitud, son los que mostraron tener relación con la aceptación de método de planificación familiar, encontrando relevancia estadística al predominar un conocimiento medio-alto y una actitud de aceptación.

En esta investigación encontramos que en nuestra población predominaron las participantes mayores de 30 años, con nivel de estudios medio y/o superior, con actividades laborales fuera del hogar, estado civil con pareja y religión católica, así como una relación por igual de diagnóstico de Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, siendo la mayoría usuarias de método de planificación familiar, con un nivel de conocimientos alto.

Un gran porcentaje indicó que si han recibido información sobre métodos, refiriendo que principalmente fue a nivel institucional por medio del médico y/o enfermera.

Dentro de los métodos más conocidos predominaron las pastillas anticonceptivas, preservativo e inyecciones y en cuanto al método conocido como más seguro refirieron OTB, preservativo y DIU. Con respecto a los efectos secundarios al uso de método de planificación principalmente refirieron cambios hormonales, aumento de peso y sangrados, sin especificar un método específico.

Dentro de este estudio una falla que se puede encontrar es que no se interrogó sobre que método usaban cuando se realizó la encuesta, lo cual nos proporcionaría información sobre cuál es el método más aceptado por la población estudiada, ya que la mayoría desconocen que métodos pueden utilizar de acuerdo a su caso, lo cual representa un mayor riesgo reproductivo y a la salud si no tiene un control de su enfermedad.

Es importante que el personal de salud otorgue una consejería médica eficiente para la elección del método, llevando a cabo una mejor cobertura y promoción de la salud reproductiva.

XI RECOMENDACIONES

- Se recomienda desarrollar una estrategia de información y educación dirigida a la población adscrita enfocadas en grupos de riesgo, en especial a las mujeres con enfermedades crónico-degenerativas para prevenir complicaciones, embarazos o muertes maternas indirectas.
- Otorgar por parte de la institución una capacitación y/o actualización del personal de salud, para garantizar calidad en la atención, y que se proporcionen herramientas y recursos necesarios para cubrir la demanda de métodos en grupos vulnerables.
- Promover la consejería reproductiva empática y personalizada, la cual se requiere realizar con respeto, de acuerdo a la edad, género, uso y necesidades, promoviendo el uso de MPF adecuado de acuerdo a los criterios de elegibilidad indicados por la OMS.
- Realizar una campaña de promoción de los métodos anticonceptivos, a nivel general y en población vulnerable, otorgándole información sobre el métodos y efectos secundarios, y en caso de aceptar su uso se le pueda proporcionar o colocar en ese momento indicándole llevar el seguimiento con su Médico familiar.
- Llevar un censo por consultorio de mujeres con Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial usuarias de métodos anticonceptivos, para poder determinar cuántas mujeres usan un método, cual es el que utilizan y proporcionar atención reproductiva, así como a las no usuarias otorgarles información, promoción de métodos y seguimiento, lo cual disminuiría las posibilidades de una complicación o muerte materna indirecta.

XII BIBLIOGRAFIA:

1. Secretaria de Salud (SSA). Programa de acción específico: Planificación Familiar y anticoncepción 2013-2018. [Internet]. México; 2018 pp.1-17 [citado Septiembre 2021]. Disponible en : [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion .pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf)
2. OMS | Planificación familiar [Internet]. WHO. 2015 [citado 14 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
3. Patrikar SR, Basannar DR, Seema Sharma M. Women empowerment and use of contraception. Med J Armed Forces India. julio de 2014;70(3):253-6.
4. Vázquez-et al Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44. Sal. en Tab. Mayo-Agosto 2014 20(2) [Internet]. [citado Septiembre 2021]. Disponible en : <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/268/199>
5. Kanem N. La planificación familiar es un derecho humano. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mensaje del día mundial de la población. (11 de Julio de 2018).
6. Covarrubias ES, Ramírez R, Verde EE, Rivas JG, Rivero LF. Utilización de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería. Investig Enferm Imagen Desarr 2016; 18(2): 31-43.
7. Callegari LS, Ma EW, Schwarz EB. Preconception care and reproductive planning in primary care. Med Clin North Am. mayo de 2015;99(3):663-82.
8. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. Julio de 2013;30(3):465-70.
9. Bajwa SK, Bajwa SJS, Ghai GK, Singh K, Singh N. Knowledge, attitudes, beliefs, and perception of the north Indian population toward adoption of contraceptive practices. Asia-Pac J Public Health Asia-Pac Acad Consort Public Health 2012;24(6):1002-12.

10. OMS | Planificación familiar [Internet]. WHO. [citado 22 de Junio de 2020]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
11. Echeveste B, Caudillo L. Competencias emocionales, actitudes y conducta anticonceptiva en mujeres. Jóvenes en la Ciencia 2017; 3(2): 85-88.
12. Nalwadda G, Mirembe F, Tumwesige N, Byamugisha J, Faxelid E. Constrains and prospects for contraceptive service provision to Young people in Uganda: provider's perspectives. Biomedic Central Health Services 2010; 11(20).
13. Allen B, Villalobos A, Hernández M, Suárez L, Vara E, Castro F, Schiavon R. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. Rev de Salud Pública de México. 2013. 55 (2): 235-240.
14. Ward V, Santiso R, Bertrand J. Family planning in México The achievement of 50 years. Measure evaluation, 2015.
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar. Secretaría de Salud enero 2004.
16. Salud Sexual y Reproductiva Estado de Mexico, Principales resultados ENADID 2014 CONAPO, 1-9 Disponible [<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/66398/SaludSexualyReproductivaMX.pdf>]
17. Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Disponible: [<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/ENADID2018.pdf>]
18. Ku E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Epidemiol. 2010;14(2):124-32.

19. Organización Mundial de la Salud, Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos, Cuarta Edición, Luxemburgo 2012 OMS pp1 Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf?sequence=1
20. Organización Mundial de la Salud, Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Quinta Edición, Resumen Ejecutivo ,Suiza 2015 pp 1 -4 Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf;jsessionid=FCF75A955FE2F518910E4857EB0DAEA2?sequence=1
21. Cravioto MC. Nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso de los métodos anticonceptivos. Gac Med Mex 2016; 152: 601-603.
22. Mansour, D; Gemzell, K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2010; 15:4–16.
23. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?, Inst. chil de medicina reproductiva, santiago – chile, 2017. 01-43 [internet] (citado 01 octubre 2021) disponible: <http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>
24. Gutiérrez, M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Lima- Peru. Revista Perú Med. Exp. Salud Pública. 2013; 30(3):465-70.
25. Muñoz-Pérez MA, López A, Velasco S. Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en Ecatepec-México. Rev Cient Cienc Med 2017; 20(2): 33-39.
26. Martínez H. L. Rangel F. Y. et al. Riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles. Univer Potos Ago 2020 28-31. Disponible: <http://www.uaslp.mx/Comunicaciónsocial/Documents/Divulgacion/Revista/Diecisieste/250/250-06.pdf>

27. Veloz M.M. Hinojosa J.J. Anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas. Trabajo de Investigación, 2015; 83; 393-399. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom157b.pdf>
28. V.M. Patiño Maraver, B. Díaz-Toledo Núñez de Arenas, Anticoncepción en la mujer con Diabetes, Av Diabetol. 2008; 24(3): 205-209.
29. Lorenzini-Grandmottet F, Parant O, Coustols-Valat M, Rimareix F, Guyard-Boileau B, Grandmottet M, et al. Diabetes, embarazo, anticoncepción y menopausia. EMC - Tratado de medicina 2016;20(4):1-9 [Artículo E – 3-0870].
30. Noguera N. V. Impedimentos Socioculturales para el uso de Métodos Anticonceptivos en el Municipio de Mozonte, Nueva Segovia, Nicaragua. Rev Monografías 2004. [internet] Disponible : <http://www.monografias.com/trabajos81/impedimentossocioculturales-uso-metodos-anticonceptivos/impedimentossocioculturales-uso-metodos-anticonceptivos3.shtml>
31. Cheesman de Rueda, S. (2010). Conceptos PDF. Recuperado el 2015, de Conceptos PDF: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
32. Secretaría de salud. Programa de acción específico salud sexual y reproductiva para adolescentes 2013-2018. Secretaría de salud, México D.F. 2014.
33. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica (GPC): manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención México: Secretaría de Salud; 2014.
34. Jeanneville A. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes de Nicaragua, 2007. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
35. Posada M, Mora B. Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. Costa Rica. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. 2015; 28, 1-13.

36. Índice de Aceptación de método de planificación familiar definitivo en el hospital regional ISSEMYM Tlalnepantla, del 1 de enero 2013 al 31 junio de 2013. Tesis México 2013. Disponible: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14863/Tesis.417704.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
37. Zavala GM, Correa DC Posada AS, Dominguez LA, Argumento de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cradena Tabasco México 2009;22 (1):12-8
38. Holt K, Zavala I, Quintero X, Mendoza D, McCormick MC, Dehlendorf C, Lieberman E, Langer A. Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study. *Reproductive Health* 2018; 15: 128.
39. Gutiérrez M, Munares-García O. Preferencias anticonceptivas en mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos en Perú. *Rev. Int. Salud Materno Fetal* 2019; 4(1): S2.
40. Rodríguez-Rodríguez R, Polentinos-Castro E, Azcoaga-Lorenzo A, González-Lorenzo A, González-Fernández C. Uso de la anticoncepción con solo gestágenos en atención primaria: estudio GESTAGAP. *Atención Primaria* 2018; 51(8): 479-485.
41. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica* 2016; 14(1).
42. Manlove J, Welti K, Barri M, Peterson K, Schelar E, Wildsmith E. Relationship characteristics and contraceptive use among young adults. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011; 2(43): 119-128.
43. Estrada F, Hernández-Girón C, Walker D, Campero L, Hernández-Prado B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública México* 2008; 50(6):472-81.
44. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [citado 2018 01 23]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

45. INFOSALUD IMSS. Delegación México Oriente: Aceptantes de MPF en 1018. Disponible: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/información-en-salud>
46. Villalobos Aremis. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Uso de anticonceptivos y planificación familiar entre mujeres adolescentes y adultas: cerrando la brecha entre metas y realidades. 2012. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0203.pdf> (Ultimo acceso 22 de noviembre del 2020)
47. Definición Actitud. Enciclopedia salud.com [Internet] Disponible: <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/actitud>
48. Definición Conocimiento. Enciclopedia salud.com [Internet] Disponible: <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/conocimiento>
49. Definición Aceptación. Diccionario Actual. [Internet] Disponible: <https://diccionarioactual.com/aceptacion/>
49. Estadística de nacimientos: marco metodológico. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI:2015:38.Conceptos.Disponible: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/inegi/productos/nueva_estruc/702825075026.pdf
50. Albornoz-Tafur I. Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú: s.n., 2006. [Internet] [Citado junio 2020]. Disponible: [http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz ti.pdf](http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz%20ti.pdf)
51. Definición de enfermedades crónico-degenerativas. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. [Internet] Disponible: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
52. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. 1947:1-2. [Internet] [Citado Julio 2019]. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
53. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la Investigación biomédica en personas. Asamblea

- Médica Mundial, Hong Kong. 1989:1-4. [Internet]. [Citado Julio 2019]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
54. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. 1979:1-12. [Internet]. [Citado Julio 2019]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
55. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. 1983:19. [Internet]. [Citado Agosto 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
56. NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Secretaría de Salud. 2013:11. [Internet]. [Citado Julio 2019]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
57. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Nueva ley DOF-05-07-2010. Diario Oficial de la Federación. 2010. Disponible en: <http://www.diputados.gom.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
58. Vázquez A-L, Suárez N. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana Cunduacán Tabasco. [Internet] Vol.5 N. 2 Mayo-Ago 2006. [Citado 10 Septiembre 2021]. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/268/199>
59. Castañeda S-O, Castro- L, Lindoro-L. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. [Internet] Vol.10 N.3 2008 [Citado 30 Septiembre 2021]. Disponible en. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf082c.pdf>
60. Cano L-A, Wade A-L. Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco. [Internet] Vol.24 1-2. 2018 [Citado 30 Septiembre 2021]. Disponible en https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/7_1.pdf

61. Arias A-I, Cruz L-A et al. Práctica y actitud de la planificación familiar en población rural y urbana. Sal Tab. [Internet] Vol. 20, No. 2, Mayo-Agosto 2014 [Citado 30 Septiembre 2021]. Disponible en. <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/37.pdf>

XIII ANEXOS

XIII.1 Anexo 1 Dictamen de aprobación del protocolo del SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1408.
U MED FAMILIAR NUM 64

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 043

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 003 2018041

FECHA Martes, 04 de agosto de 2020

M.E. MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Factores sociodemográficos y personales relacionados a la aceptación de método de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-1408-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

MARIA ISABEL RAMÍREZ MURILLO

Presidenta del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408


imermir

IMSS

SE/REGIA/YS/CD/AMBA/US/SE/VA

XIII.1 Anexo 2. Carta de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>Factores relacionados con la aceptación de método de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar 64</p>
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p>No aplica.</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>UMF 64 durante el periodo de Septiembre del 2020.</p>
<p>Número de registro:</p>	<p>R-2020-1408-010</p>
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Identificar los factores que se relacionan a la aceptación de Método de planificación familiar, para poder diseñar estrategias para lograr una aceptación.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Le invitamos a participar en la investigación solicitándole contestar una encuesta que consiste en colocar sus datos como edad, numero de seguridad social, estado civil, escolaridad, ocupación, religión y si padece alguna enfermedad crónico-degenerativa, y posteriormente responder la Escala Albornoz, en la cual se evalúa el conocimiento y postura hacia los métodos de planificación familiar así como su aceptación.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias:</p>	<p>La presente investigación se considera de riesgo mínimo, ya que el aplicar la escala a los participantes puede generar incomodidad al considerarse preguntas íntimas.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>El estudio generará beneficio al proporcionarnos datos sobre que factores se relacionan en su aceptación de método de planificación familiar y con la información obtenida, servirá para generar estrategias para otorgar herramientas en la eleccion de un método, así como diseñar estrategias para la atención y mejora.</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Al término se obtendrán resultados y se analizarán con el investigador, se otorga un tríptico informativo sobre información de métodos de planificación familiar, usos y recomendaciones.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Usted es libre no aceptar participar en la investigación y conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que considere conveniente, esto no afectara su atención en el IMSS o con su médico familiar.</p>

Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza confidencialidad y privacidad tanto en los datos de identificación personal y resultados obtenidos de cuestionarios realizados, se garantiza anonimato, leer aviso de privacidad.
Después de haber leído y habiéndose me explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y contestar cuestionarios.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dra. Úrsula Vanessa Ramírez Flores Teléfono 5539000406 dravaneramflo@gmail.com Dra. María Guadalupe Saucedo Martínez Teléfono: 5537283642 Mgpe.saucedomtz@gmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma de la participante	<u>Dra. Ramírez Flores Úrsula Vanessa</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	

XIII.3 Anexo 3: Aviso de privacidad

**AVISO DE PRIVACIDAD PROTOCOLO DE INVESTIGACION
FACTORES RELACIONADOS A LA ACEPTACION DE METODO DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS CON ENFERMEDADES
CRONICODEGENERATIVAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 64.**

El Investigador principal del protocolo de investigación, es el responsable del manejo de los datos personales y datos personales sensibles que usted proporcione con motivo de la participación en un protocolo de investigación, mismos que serán tratados con fines educativos, asistenciales y de salud, sin que se exponga su identidad, para proteger la identificación, y de conformidad con los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión Particulares.

Los datos personales que usted nos proporcione podrán ser utilizados para contar con datos de control estadísticos e informes sobre el Protocolo de investigación, sin que se exponga su identidad mediante el proceso de disociación (separación) del titular, con la finalidad de no permitir por su estructura, grado de desegregación (separación) , la identificación del mismo, como lo establece la fracción XIII del artículo 3, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión Particulares.

El Investigador principal del protocolo de investigación podrá acceder a sus datos personales de identificación derivado de la Carta de Consentimiento Informado, debidamente completada a través de su firma autógrafa, con la finalidad de cumplir con lo establecido, capítulo II del artículo 9, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión Particulares.

Con la finalidad de llevar a cabo el Protocolo de investigación, se solicitan algunos de sus siguientes datos personales sensibles: datos de identificación, edad, género, nivel escolar, estado civil, datos patrimoniales (nivel socioeconómico), tipo de familia.

El manejo de sus datos personales y datos personales sensibles se realiza con fundamento en lo establecido en los artículos 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión Particulares.

XIII.4 Anexo 4 Cedula de Identificación

Factores relacionados con la aceptación de método de planificación familiar en mujeres de 20 a 40 años con enfermedades crónico-degenerativas atendidas en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 64

Le pido su colaboración para contestar esta encuesta, por favor marque con una X la respuesta que describa su situación, no deje de contestar ninguna. De antemano gracias.

Fecha: _____

Folio: _____

Numero de seguridad social: _____

Edad: _____ años

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada
- e) Viuda
- f) Separada

Religión:

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Testigo de Jehová
- d) Mormones
- e) Judíos
- f) Evangélica

Escolaridad:

- a) Sin estudios
- b) Sabe leer y escribir
- c) Primaria
- d) Secundaria
- e) Bachillerato
- f) Licenciatura

Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Obrera
- c) Comerciante
- d) Empleada
- e) Profesionista

Enfermedades Crónicas: Usted tiene diagnosticado:

- a) Diabetes Tipo 2
- b) Hipertensión Arterial
- c) Enfermedad Pulmonar
- d) Cáncer
- e) Enfermedad Inmunológica

Si	No

ESCALA DE ALBORNOZ

Medición Conocimientos hacia los Métodos de planificación Familiar.

Instrucciones:

Por favor conteste las siguientes preguntas

1. Los métodos anticonceptivos son:

- a) Sustancias químicas que impiden que nazca el bebé.
- b) Sustancias químicas que impiden el embarazo.
- c) Sustancias químicas que causan daño a la mujer.
- d) Ninguna de las anteriores.

2. Respecto a los métodos anticonceptivos, marque con una X los métodos anticonceptivos que conoce:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| • T de cobre | <input type="checkbox"/> | • Método de Billings | <input type="checkbox"/> |
| • Pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> | • Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> |
| • Coitos interruptus | <input type="checkbox"/> | • Preservativo | <input type="checkbox"/> |
| • Inyecciones | <input type="checkbox"/> | • Cremas - óvulos | <input type="checkbox"/> |
| • Método del ritmo | <input type="checkbox"/> | | |

3. Los métodos anticonceptivos que efectos adversos tiene:

4. Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos:

SI _____ NO _____

5. ¿En caso afirmativo por parte de quién?

6. El método más seguro que conoce usted es:

7. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por:

- Solo el hombre
- La pareja
- Solo la mujer
- Ninguna de las anteriores
- No sé

8. El método de calendario o regla puede ser usado por:

- a) Mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- b) Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- c) Mujeres con más de dos hijos.
- d) Todas las mujeres.
- e) No sé

9. Respecto a los métodos anticonceptivos relacione usted con una flecha el contenido correspondiente de la Columna A con la Columna B.

COLUMNA A

- | a) Método de calendario–Regla, Billings.
- | b) T de cobre.
- | c) Pastillas o Inyecciones.
- | d) Ligadura de trompas - Vasectomía
- | e) Preservativo

COLUMNA B

- a) Dispositivo intrauterino
- | b) Método quirúrgico
- | c) Método natural
- | d) Método hormonal.
- | e) Método de barrera

Medición de Actitud hacia los métodos de planificación familiar

Instrucciones.

A continuación, encontraras una serie de preguntas con tres opciones de respuesta con las cuales puedes estar en desacuerdo o no; Coloca una X debajo de la columna que corresponda tu respuesta.

	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo
1. Las pastillas anticonceptivas son más eficaces que el método de calendario.			
2. Los métodos anticonceptivos tienen como efecto adverso el aumento de peso.			
3. Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja.			
4. Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar.			
5. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.			
6. La pareja debe utilizar el método más conocido.			
7. Todos los métodos anticonceptivos son seguros.			
8. Para tener relaciones sexuales, solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada.			
9. Utilizaría usted algún método anticonceptivo.			
10. El uso del preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir.			
11 El uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones			
12. Se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos.			
13. Las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días.			
14. El uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos.			
15. El preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual.			

XIII.6 Anexo 6. Desglose Financiero

DESGLOSE FINANCIERO MATERIAL	COSTO
Hojas	\$ 1,500
Lápiz	\$ 100
Plumas	\$ 50
Impresora	\$ 2,200
Cartucho de tinta	\$ 2,000
Computadora	\$ 8,500
Copias	\$ 1,000
Calculadora	\$ 300
Silla	\$ 500
Escritorio	\$ 1,000
Tabla de madera	\$ 50
Engrapadora	\$ 50
Grapas	\$ 20
Total	\$ 17.270

PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.

Esta acción se lleva a cabo con la utilización de Métodos anticonceptivos, decidiendo su uso de acuerdo con las necesidades, expectativas reproductivas y estado de salud de cada persona.

Los Métodos anticonceptivos se clasifican en :

METODOS NATURALES:

Son aquellas técnicas que permiten a una pareja, mediante la observación de procesos relacionados con la ovulación, si desea evitar un embarazo sin utilizar ningún procedimiento artificial. La concepción se previene absteniéndose de tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer.

- **Método de Billings**

Consiste en verificar los cambios producidos en el moco cervical del cuello uterino, en las distintas fases del ciclo menstrual. Así se puede determinar con alta seguridad, la presencia de un período infértil o fértil. La sola presencia de moco cervical con características de fertilidad indica se necesita abstenerse de las relaciones sexuales.

- **Coito Interrumpido**

Este método consiste en la extracción o retiro del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, de tal modo que el semen sea expulsado fuera de la vagina y lejos de los genitales.



- **Ritmo o Calendario**

Consiste en registrar los ciclos menstruales durante un año para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer en los que se corre mayor riesgo de embarazo. El método del ritmo implica evitar las relaciones sexuales coitales durante los días fértiles que son los días de la ovulación. Sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares.

- **Temperatura corporal o basal**
- **Lactancia materna**
-

METODOS HORMONALES

- **Píldoras anticonceptivas**

Vienen por dosis de 21 o de 28 pastillas. La primera pastilla se toma el primer día de la menstruación toma una diaria a la misma hora que la anterior, de preferencia por las noches, durante 21 o 28 días, durante la última semana se espera la menstruación, eficacia anticonceptiva del 99 %

- **Inyectables**

Se aplica una inyección cada 30 días, la primera debe ser el primer día del sangrado y de ahí en adelante repetir la dosis cada 30 días, Tiene una efectividad del 99 %.



- **Parche Anticonceptivo**

Es un anticonceptivo que se adhiere en la piel y garantiza la entrada hormonas, manteniendo una protección anticonceptiva continua, se utiliza por periodos de 28 días se coloca el primer parche durante una semana y la cuarta semana es de descanso en la que se produce el sangrado.

- **Implantes**

El implante es un pequeño dispositivo que se coloca debajo de la piel por la parte superior e interna del brazo y dispara para liberar el implante. Tiene una duración de 3 años. Su eficacia anticonceptiva es por arriba del 99%

- **Anillo Anticonceptivo**

Es un aro flexible de 5 cm. de diámetro aproximadamente y 4 mm. de grosor, el cual se coloca en el fondo de la vagina y libera de forma continua las hormonas que inhiben la ovulación y modifica las características del moco cervical, lo que no permite que exista la fecundación.

METODOS DE BARRERA

Estos métodos actúan como una barrera y no permiten que el espermatozoide del hombre llegue al óvulo de la mujer.



- **Condón Masculino**

Es una barrera de látex que se desenrolla alrededor del pene al momento de la erección para que el semen no entre a la vagina. Es el único método que existe para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual. Su efectividad como método anticonceptivo es del 85 al 95%.

- **Condon femenino**

Es una funda de poliuretano que se presenta lubricado con una sustancia a base de silicona, recubre las paredes de la vulva y vagina, tiene una efectividad de 79 a 95%

- **Diafragma**

Es un pequeño elemento en forma de aro flexible, recubierto con un capuchón de látex en forma de copa. Se coloca en el fondo de la vagina de tal forma que cubra el cuello del útero para impedir que los espermatozoides lleguen a él. Efectividad: 88-90%. Antes de colocar el diafragma, éste debe impregnarse con gel anticonceptivo para reforzar su efectividad.

- **Espermicidas**

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo seguro y eficaz que sirve para evitar temporalmente un embarazo. Está elaborado de plástico flexible, tiene una rama vertical y una horizontal a manera de T. La rama vertical está rodeada de un alambre de cobre, que impide el paso de espermatozoides, así como hay DIU con levonorgestrel el cual brinda una protección por 5 años. Efectividad: 98-99%,

METODOS DEFINITIVOS

- **Ligadura de Trompas**

Es un método quirúrgico permanente que consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. Efectividad: +99%

- **Vasectomía**

Método anticonceptivo quirúrgico y permanente para el hombre que consiste en ligar y cortar los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides para salir. Es una operación sencilla que no requiere hospitalización. Después de la operación los espermatozoides son absorbidos por el organismo sin causar ningún trastorno. Efectividad: 99%

En las Unidades de Medicina Familiar del IMSS cuentan con amplia variedad de métodos anticonceptivos, así como personal de salud que te brindará información y consejería en planificación familiar, para que puedas adoptar el método anticonceptivo de acuerdo con tus necesidades, expectativas reproductivas y estado de salud

Realizado: Úrsula Vanessa Ramírez Flores R2 MF UMF 64



**UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 64**

METODOS ANTICONCEPTIVOS



Un método anticonceptivo es aquel que otorga la protección necesaria para prevenir un embarazo al momento de tener relaciones sexuales

Información: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacionfamiliar>

