

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE 15 A 40 AÑOS DE EDAD, EN LA COMUNIDAD DE EL POTRERO, AMANALCO DE BECERRA EN 2013.”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO PRESENTAN:

M.P.S.S RODRIGO OCTAVIO RUBIO RODRÍGUEZ

M.P.S.S LUIS ALBERTO OLALDE LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS:

M. en C. WENCESLAO FAJARDO ROJO

REVISORES DE TESIS:

M. en C. MIGUEL ÁNGEL KARAM CALDERÓN

E. en S.P MIGUEL ÁNGEL ZAMBRANO ZEPEDA

M. en S.P. MARTHA ELVA AGUSTINA CAMPUZANO GONZÁLEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014

“FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES DE 15 A 40 AÑOS DE EDAD EN LA COMUNIDAD DE EL POTRERO,
AMANALCO DE BECERRA EN 2013”

Índice

I. RESUMEN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
II.1. SALUD REPRODUCTIVA	
II.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
II.2.1. BASES LEGALES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	5
II.2.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	6
II.2.3. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	7
II.3. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	10
II.3.1. DEFINICIÓN	
II.3.2. GENERALIDADES DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	11
II.4. FACTORES INFLUYENTES EN LA ELECCIÓN Y ACEPTACIÓN DE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	22
II.4.1. ESTUDIOS SOBRE FACTORES INFLUYENTES PARA EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
II.5. COMUNIDAD EN ESTUDIO	25
II.5.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	26
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
IV. JUSTIFICACIONES	31
V. HIPÓTESIS	33
VI. OBJETIVOS	34
VI.1. OBJETIVO GENERAL	
VI.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
VII. MÉTODO	35
VIII. DISEÑO DE ESTUDIO	36
VIII.1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
VIII.1.2. UNIVERSO DE TRABAJO	
VIII.1.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
VIII.1.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
VIII.1.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
VIII.1.3. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	
VIII.1.4. DESARROLLO DEL PROYECTO	

VIII.1.5.	LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO.....	37
VIII.1.6.	DISEÑO DEL ANÁLISIS	38
VIII.1.7.	IMPLICACIONES ÉTICAS	
VIII.1.8.	ORGANIZACIÓN	
VIII.1.9.	PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.	
IX.	RESULTADOS	40
X.	CONCLUSIONES	54
XI.	RECOMENDACIONES	56
	Bibliografía.....	57
XII.	ANEXOS	59
XII.1.	ANEXO 1	
XII.2.	Anexo 2	61

I. RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de satisfacción física, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, con quién y con qué frecuencia.

Las mejores decisiones sobre a planificación familiar son las que las personas toman por sí mismas, basándose en información correcta y en una variedad de MPF entre los cuales elegir. Estando en mejores condiciones de practicar una anticoncepción de manera segura y eficaz. Los proveedores de servicios y los programas de salud tienen la responsabilidad de ayudar a hacer una elección informada en materia de planificación familiar.

El programa de Planificación Familiar en México está sustentado en bases legales, tanto en lo que concierne a la población como a la salud, lo que garantiza el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos en lo que a materia de reproducción se refiere.

Este programa tiene los componentes necesarios para poder atender a todos los grupos de la población y cubrir todas las necesidades, por lo que pueden ser utilizados antes del primer embarazo, entre uno y otro embarazo, posparto, poscesárea o incluso posterior a un aborto.

I. ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines reproductive health as a state of physical, mental and social aspects of satisfaction in the reproductive system at all stages of life. Reproductive health implies that people can have a satisfying and safe sex life , ability to have children and the freedom to decide if they want them, when, with whom and how often.

The best decisions about family planning is that people make for themselves, based on correct information and a variety of MPF from which to choose. Being better able to practice contraception safely and effectively. Service providers and health programs have a responsibility to help make an informed choice in family planning.

The Family Planning program in Mexico is supported on legal bases, both in regard to the population and health, ensuring the full exercise of sexual and reproductive rights of individuals when it comes to reproductive concerns.

This program has the necessary components to cater to all groups of the population and all needs, so it can be used before the first pregnancy, one to another pregnancy, postpartum, post-cesarean or even after an abortion.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. SALUD REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de satisfacción física, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, con quién y con qué frecuencia. En este último aspecto está implícito el derecho tanto de hombres como de mujeres de conocer los métodos de anticoncepción existentes y poder elegir el de su preferencia y que este sea seguro, eficaz, accesible y aceptable además del derecho de acceder a los servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo de una forma segura.

La atención en la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva de bienestar, previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no solo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

Para apoyar sus objetivos la OMS se ha propuesto cuatro metas que cualquier programa de salud reproductiva y planificación familiar deben de cumplir:

1. Experimentar un desarrollo y maduración sexual saludable y ser capaz de establecer relaciones equitativas, responsables y sexualmente satisfactorias.
2. Alcanzar el número deseado de hijos de manera segura y saludable; y poder decidir respecto a cuándo tenerlos.
3. Evitar las enfermedades y discapacidades relacionadas con la sexualidad y a la reproducción, y recibir la atención adecuada cuando sea necesario.
4. Estar libre de violencia y otras prácticas nocivas relacionadas con la sexualidad y reproducción. ⁽¹⁾

II.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar en nuestros días toma gran importancia a causa de las exigencias actuales de nuestra sociedad, de tal forma que la mayoría de las

mujeres en edad reproductiva y que han iniciado vida sexual activa cuentan ya con algún tipo de método anticonceptivo, el cual eligieron en base a algunos factores relevantes en sus vidas, así las decisiones sobre la procreación y el uso de anticonceptivos tienen más posibilidades de satisfacer las necesidades de una persona si son el futuro de sus deseos y valores individuales.

Las mejores decisiones sobre a planificación familiar son las que las personas toman por sí mismas, basándose en información correcta y en una variedad de Métodos de Planificación Familiar entre los cuales elegir. Las personas que toman decisiones informadas están en mejores condiciones de practicar una anticoncepción de manera segura y eficaz. Los proveedores de servicios y los programas de salud tienen la responsabilidad de ayudar a hacer una elección informada en materia de planificación familiar.

La preferencia de la mujer y su pareja son importantes en la elección y continuidad de un método anticonceptivo, por lo que los médicos deben de ofrecer todas las opciones disponibles y la posibilidad de discutir los riesgos y beneficios de cada método.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- ❖ Promoción y difusión.
- ❖ Información y educación.
- ❖ Consejería.
- ❖ Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- ❖ Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad. ⁽²⁾

La consulta médica no debe de limitarse a la historia clínica, dirigida a detectar factores de riesgo, sino que debe de incluir la discusión de las opciones disponibles, además de explicar las ventajas y desventajas en cada caso, dado que la participación de la mujer o la pareja en la elección del método reduce los fracasos y deserciones de la anticoncepción.

Durante la práctica clínica se ha encontrado que dentro de algunos de los factores influyentes que determinan en las elecciones de un método anticonceptivo, se encuentran en la edad, el nivel sociocultural, la religión, el estado civil, el nivel económico y el número de hijos planeados; además de que, en os países en desarrollo, con frecuencia la elección está determinada en la disponibilidad.

II.2.1. BASES LEGALES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en documentos sobre derechos humanos y en otros documentos de consenso relevantes. Estos derechos descansan sobre la base de los derechos básicos de todas las parejas e individuos de decidir libremente y con responsabilidad el número, el espaciamiento y el ritmo de sus niños y a tener la información para poder decidir, y el derecho de obtener los servicios de salud reproductiva y sexual de la más alta calidad.”⁽³⁾

Dentro de la Ley General de Salud se menciona en el Artículo 51 Bis 1:

“Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. Cuando se trate de la atención a los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, estos tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua.”⁽⁴⁾

El programa de Planificación Familiar en México está sustentado en bases legales, tanto en lo que concierne a la población como a la salud, lo que garantiza el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos en lo que a materia de reproducción se refiere.

Dentro de estas bases se encuentra La Ley General de Salud, que en su capítulo VI menciona los Servicios de Planificación Familiar, dentro de los que se destaca el Artículo 67 donde menciona que “la planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e

informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.” (4)

Así mismo en el Artículo 68 menciona que los servicios de planificación familiar comprenden:

- La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa
- La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios
- La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar y la supervisión y evaluación en su ejecución
- El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana
- La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar
- La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas (4)

Otra de las bases legales del programa de Planificación Familiar es la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993 de Los Servicios de Planificación Familiar la cual se emitió en mayo de 1994 por primera vez a nivel nacional y fue sometida a revisión y actualización, conforme a la ley, en 1998; iniciando en este año las sesiones de trabajo, donde participaron aproximadamente 26 instituciones y organismos nacionales, internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Finalmente el 21 de enero de 2005 se publicó en el diario oficial de la federación la actualización correspondiente a la NOM 005-SSA2-1993. (5)

El campo de aplicación de la NOM 005-SSA2-1993 lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y enumera los requisitos para la organización, la prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

II.2.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una

opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.”

Planificación familiar, es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. ⁽²⁾

El programa de Planificación Familiar tiene establecido 34 años dentro de la República Mexicana y desde entonces en el Estado de México ha estado contribuyendo a regular el crecimiento demográfico. En 1975, solo 3 de cada 10 mujeres utilizaban un método de control de fertilidad, como resultado de lo anterior, el número de hijos por mujer en 1975 era de 6 en promedio y gracias a las estrategias empleadas por el programa de Planificación Familiar el número de hijos promedio por mujer descendió de 6 a dos por cada mujer para el año 2008. (6)

Este programa tiene como objetivo apoyar a los hombres y mujeres que deban tomar decisiones sobre su sexualidad y vida reproductiva, a que lo hagan de forma libre, responsable e informada con pleno conocimiento de las indicaciones, precauciones y efectos no deseados que tiene los Métodos de Planificación Familiar y de este modo se ayude a incrementar la calidad de vida, así como el bienestar de las parejas y de la familia.

Este programa tiene los componentes necesarios para poder atender a todos los grupos de la población y al mismo tiempo de cubrir todas las necesidades, de tal suerte que pueden ser utilizados antes del primer embarazo, entre uno y otro embarazo, posparto, poscesárea o incluso posterior a un aborto.

II.2.3. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos y cuándo tenerlos, es que conozcan los Métodos de Planificación Familiar; que dispongan información suficiente de cómo

y dónde obtenerlos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales, su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

El conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar se ha difundido ampliamente en los últimos años, gracias a las acciones de difusión y a través de los agentes de salud y a los medios masivos de comunicación.

La OMS al igual que la Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos han colaborado en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de Métodos de Planificación Familiar, llegando a la siguiente clasificación:

Criterios de elegibilidad de la OMS

- Categoría 1: Una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.
- Categoría 3: Una condición en la que los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método.
- Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el anticonceptivo. ⁽⁷⁾

En 1997 el 97% de las mujeres en edad fértil de todo el país conocían un método de planificación familiar, cifra similar a la conocida para ese mismo año en el Estado de México. Sin embargo estas cifras solo consideraban el conocimiento o no de un MPF y la edad de las pacientes, sin embargo si se consideran más variables como el grado de escolaridad, encontrando que las mujeres sin escolaridad presentan 13 puntos porcentuales menos de conocimiento de los MPF, y con grado de escolaridad de secundaria presentan un 86% de conocimiento mientras que las mujeres con mayor grado de escolaridad presentan un 99% de conocimiento de algún MPF. Situación similar se encuentra entre las mujeres de poblaciones rurales y urbanas con un 85% y un 98% respectivamente. Esta diferencia se observa también entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y las que no lo hacen con un 88% y 97% respectivamente.

El conocimiento de métodos de planificación familiar es un condicionante para que la pareja decida regular su fecundidad, sin embargo, para que su uso sea efectivo, es necesario que esté motivada para tener menos hijos de los que

potencialmente tendría, o bien para posponer el nacimiento. De acuerdo a las encuestas analizadas en 1976 el 30.2 % de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad elegidas aleatoriamente usaba un método de planificación familiar; a partir de ese año inició un acelerado crecimiento que en el futuro será difícil de rebasar.

De acuerdo al uso de métodos de planificación familiar en el 2012 en el municipio de Amanalco de Becerra, Estado de México, el MPF más popular es el preservativo, seguido del dispositivo intrauterino, coincidiendo en general con los MPF conocidos por la población en general.

Cuadro 1. Usuarías Activas de Métodos de Planificación Familiar en la Coordinación Municipal Amanalco de Becerra, Estado de México.

Usuarías	Oral	Inyectable mensual	Inyectable bimensual	Implante subdérmico	DIU	Definitivos	Preservativo
No.	30	150	90	310	180	810	720
%	1.3%	6.6%	3.9%	13.5%	7.9%	35.4%	31.4%

Fuente: Coordinación Municipal en Salud Amanalco de Becerra 2013

La escolaridad es una variable que tradicionalmente se asocia con los diferentes componentes del conocimiento reproductivo de la población. Entre 1976 y 2003 las diferencias en las coberturas por edad se redujeron de manera importante si se comparan con las categorías: sin escolaridad, secundaria y más; 43% en el primer año y 20% en el último. Actualmente, con solo completar la primaria las mujeres alcanzan nivel de prevalencia del 75.9% como se puede observar en el cuadro 2.

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según la escolaridad en la República Mexicana (1976-2003)

Nivel de escolaridad	1976	1987	1992	1997	2003
Sin escolaridad	12.8	23.7	38.2	48	58
Primaria incompleta	25.5	44.8	56.4	61.3	66.5
Primaria Completa	40.3	62	66.7	69.8	75.9
Secundaria y más	55.8	69.9	73.6	74.8	78.2
Total	30.2	52.7	63.1	68.1	74.5

Fuente: INEGI 2010

La distribución de la población, según su estado civil, es una característica demográfica básica que, no obstante su sencillez, nos permite inferir algunos aspectos importantes de la sociedad en cuestión. Al respecto, el estado civil de las mujeres en edad fértil, constituye un primer dato acerca de las condiciones sociales en las que se desenvuelven las mujeres en esta importante etapa de su vida, en la que consideran, además de su periodo reproductivo, la procreación y la formación de su familia, así como la consolidación de sus trayectorias de vida escolar y laboral.

Conocer y distinguir el estado civil de la población es de gran valor por ser no sólo parte de la dinámica social, sino también por sus posibles implicaciones en el comportamiento social y demográfico de la población, en su conjunto como en la calidad de vida de las parejas y, en especial, de las mujeres y sus hijos.

Con respecto a la religión de las usuarias del programa de planificación familiar, existen diferentes puntos de vista, basados en las religiones que practica cada una de ellas, situación que las obliga a elegir entre un método u otro. ⁽⁸⁾

Como reflejan diversos datos y estadísticas respecto al uso de métodos de planificación familiar en México, su uso se ha extendido de manera importante en las últimas 3 décadas, sin embargo, aún existe un rezago en algunos grupos de la población, así como una diferencia entre los datos registrados por los diferentes sistemas de información y la realidad.

II.3. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

II.3.1. DEFINICIÓN

Los Métodos de Planificación Familiar son definidos por la NOM-005-SSA2-1994 como aquellos que son utilizados para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes. Y son los siguientes: ⁽²⁾

Temporales:

- ❖ Hormonales orales
- ❖ Hormonales inyectables
- ❖ Hormonales subdérmicos
- ❖ Dispositivos intrauterinos

- ❖ De barrera y espermicidas
- ❖ Naturales o de abstinencia
- ❖ “Anticoncepción hormonal de emergencia”

Permanentes

- ❖ Oclusión tubaria bilateral (salpingoclasia)
- ❖ Vasectomía

II.3.2. GENERALIDADES DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

II.3.2.1. Métodos hormonales orales

Los MPF hormonales orales son píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas (un progestágeno y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer. Existen orales combinados y orales y píldoras con progestágeno solo.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, píldoras combinadas de baja dosis, PAO y AO.

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.

Tal como se usan comúnmente, se producen cerca de 8 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas. Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año (3 por 1000 mujeres).

El retorno de la fertilidad tras la interrupción de AOC es inmediata y sin complicaciones o efectos secundarios.

Los AOC no ofrecen ningún tipo de protección contra infecciones de transmisión sexual. ⁽⁹⁾

Las píldoras con solo progestágeno son píldoras que contienen dosis muy

bajas de un progestágeno igual que la progesterona natural presente en la mujer. No contienen estrógeno y por tanto, se pueden utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno. Las píldoras que sólo contienen progestágeno también se conocen como “minipíldoras” y anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP).

La eficacia depende de la usuaria: Para mujeres que menstrúan, aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o saltea por completo la ingesta de la píldora. En mujeres que amamantan: Tal como se utilizan habitualmente, se produce aproximadamente 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año. Cuando se toma las píldoras todos los días, se ve menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (3 por cada 1000 mujeres). Es menos eficaz para mujeres que no están amamantando: tal como se utilizan habitualmente, se producen aproximadamente 3 a 10 embarazos por 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que de 90 a 97 de cada 100 mujeres no se embarazan. Al tomar la píldora todos los días a la misma hora hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (9 por cada 1000 mujeres).

La recuperación de la fertilidad después de interrumpir AOP es inmediata y no presenta ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual. ⁽⁹⁾

Su mecanismo de acción es como sigue:

- ❖ Inhibición de la ovulación por efecto del eje hipotálamo hipofisario con disminución de la producción de FSH y LH que consecuentemente dejan de suministrar la producción de estrógenos y progesterona.
- ❖ El aumento de la viscosidad del moco cervical con la alteración de los mecanismos de transporte y capacitación de espermatozoides.
- ❖ Cambios estructurales y enzimáticos del endometrio y endosalpinx que inhiben la implantación del huevo fecundado. ⁽¹⁰⁾

Los efectos secundarios que presentan estos métodos:

- ❖ Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo: Sangrado más leve y de menos días; Sangrado irregular; Sangrado infrecuente; Sin menstruación
- ❖ Cefaleas, mareos, náuseas
- ❖ Sensibilidad en los senos
- ❖ Cambios de peso

- ❖ Cambios de humor
- ❖ Acné (puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora)
- ❖ Incremento de unos pocos puntos en la tensión arterial (mm Hg). Cuando el incremento de la tensión se debe al AOC, la tensión arterial cae rápidamente al interrumpir su uso.

Otro método hormonal oral, que no se considera propiamente como método anticonceptivo, sino más bien, como su propio nombre lo dice es utilizado solo en casos de una emergencia.

La pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE) contiene progestágeno solo, o una combinación de progestágeno y estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer. A veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos postcoitales. Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No son eficaces si la mujer ya se encuentra embarazada.

- ❖ Régimen de levonogestrel solo: 1.5 mg en una sola dosis o 0.75 mg en dos dosis con diferencia de 12 hrs una de otra.
- ❖ Régimen de estrógeno y progestina: dos dosis de 100mcg de etinil estradiol y 0.5 mg de levonogestrel tomado con 12 horas de diferencia.

Están indicados en las siguientes situaciones: una relación sexual sin uso de método anticonceptivo, uso incorrecto o accidente con un método, como la ruptura o deslizamiento del condón, desplazamiento del diafragma, expulsión de DIU, olvido en la toma de varias píldoras, en caso de violación. ^(11; 12)

Los efectos secundarios que llegan a presentar son los siguientes:

- ❖ Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo: Leve sangrado irregular durante 1 ó 2 días después de tomar PAE; menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado

En la semana después de tomar PAE:

- ❖ Cefaleas, mareos, náuseas
- ❖ Dolor abdominal
- ❖ Fatiga
- ❖ Cefaleas

- ❖ Sensibilidad en los senos
- ❖ Vómito

Se recomienda usar las PAE dentro de los 5 días posteriores a las relaciones sexuales sin protección, sin embargo, lo ideal es usarlas dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual y es importante recalcar que las PAE solo protegen a las pacientes de los embarazos por relaciones previas a la ingesta de las píldoras y no protege de las relaciones posteriores a la ingesta de las PAE.

Así mismo se recomienda no usar estas como un Método de Planificación Familiar continuo, es recomendable solo usar las PAE 2-4 veces al año, complementando el resto con algún otro Método de Planificación Familiar y dejar estas para las ocasiones en que llegue a haber algún fallo en el método utilizado.

II.3.2.2. Métodos Hormonales Inyectables

Existen diversos métodos hormonales inyectables entre los que se encuentran los que solo contienen progestágenos y los combinados (estrógenos y progestina).

Dentro de los que solo contienen progestágeno se encuentran los que contienen acetato de Medroxiprogesterona de depósito (AMPD), los cuales es recomendable una aplicación cada 3 meses (13 semanas); y los que contienen enantato de noretisterona (NET-EN), los cuales es recomendable usar una aplicación cada 2 meses.

La eficacia depende de que las inyecciones se reciban con regularidad: El riesgo mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección.

- ❖ Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.
- ❖ Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.

Algunas ventajas de estos métodos son:

AMPD

Ayuda a proteger contra:

- ❖ Riesgo de embarazo
- ❖ Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial)
- ❖ Fibromas uterinos

Puede ayudar a proteger contra:

- ❖ Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- ❖ Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

- ❖ Crisis de anemia falciforme en las mujeres con anemia falciforme
- ❖ Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

NET-EN

Ayuda a proteger contra:

- ❖ Anemia por deficiencia de hierro

Algunas usuarias manifiestan los siguientes efectos secundarios:

- ❖ Cambios en los patrones de sangrado, incluso con AMPD:
 - 3 primeros meses:
 - Sangrado irregular
 - Sangrado prolongado
 - Al año:
 - Ausencia de menstruación
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado irregular
- ❖ Aumento de peso
- ❖ Cefaleas, mareos
- ❖ Distensión y molestia abdominal
- ❖ Cambios de humor, disminución del impulso sexual
- ❖ Pérdida de densidad ósea ⁽⁹⁾

Otros métodos inyectables hormonales son los combinados, estos métodos son de aplicación mensual y están compuestos por un progestágeno y un estrógeno (acetato de medroxiprogesterona (AMP)/cipionato de estradiol y enantato de noretisterona (NET-EN)/valerato de estradiol.

La eficacia depende de la puntualidad: El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite. Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Cuando la mujer recibe las

inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

Algunos efectos secundarios que se pueden presentar son:

- ❖ Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado prolongado
 - Sin menstruación
- ❖ Aumento de peso
- ❖ Cefaleas, mareos
- ❖ Sensibilidad en los senos

La inyección hormonal mensual habitualmente no produce trastornos menstruales ni efectos procoagulantes, no incrementa los niveles de triglicéridos y la recuperación de la fertilidad es igual que con los orales. Por lo que se asegura que los métodos inyectables en sus dos formas resultan más seguros, en lo que ha de enfermedades cardiovasculares se refiere. ^(13; 14)

II.3.2.3. Métodos Hormonales Subdérmicos

Es un método de planificación familiar temporal, de acción prolongada que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

Norplan de larga duración, reversible, consiste en seis capsulas delgadas blandas que contienen 36 mg, de levonogestrel. Se liberan aproximadamente 30 µg de levonogestrel al día y la vida útil es de 7 años.

Jadelle consiste en dos barras de sistastic que liberan levonogestrel, es efectivo hasta por 5 años. Cada barra mide 43 mm de largo y 2.5 mm de diámetro y contiene 75 mg de levonogestrel.

Implanon es una cápsula que libera etonogestrel, tiene una vida útil de 3 años. Mide 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro y contiene 68 mg de etonogestrel. ⁽¹⁵⁾

Actúa principalmente por espesamiento del mucus cervical (esto bloquea

los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo) y distorsión del ciclo menstrual, impide la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración, se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres). Esto significa que 9995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas. Existe un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes. En los 3 años del uso de Implanon produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (1 en 1000 mujeres). Los implantes de Jadelle y Norplan comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso ⁽⁹⁾. Sin embargo el Implanon no pierde eficacia en mujeres con índice de masa corporal hasta de 34.9 Kg/m².

Los efectos secundarios más encontrados durante el uso de implantes son los siguientes:

- ❖ Alteraciones de los patrones de sangrado, por ejemplo:
- ❖ Los primeros meses:
- ❖ Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- ❖ Sangrado irregular
- ❖ Sangrado infrecuente
- ❖ No hay menstruación
- ❖ Después de alrededor de 1 año:
- ❖ Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- ❖ Sangrado irregular
- ❖ Sangrado infrecuente

Las usuarias de Implanon tienen más probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular.

- ❖ Dolor abdominal
- ❖ Acné (puede mejorar o empeorar)
- ❖ Cambios de peso
- ❖ Sensibilidad en los senos
- ❖ Mareos, náuseas, cefaleas
- ❖ Cambios de humor
- ❖ Aumento del tamaño de los folículos ováricos

II.3.2.4. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Los dispositivos Intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, es un método temporal. Existen dos tipos de dispositivos la T de cobre y el dispositivo intrauterino medicado u hormonal.

Los dispositivos T de Cobre funcionan produciendo una formación de espuma biológica dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Los DIU tipo T de Cobre descargan continuamente una pequeña cantidad de metal, con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del musculo liso como la inflamación producida, lo que provoca alteraciones de primera importancia en la composición de las proteínas dentro de la cavidad uterina, así el ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de esta, con lo que se impide la fecundación del óvulo. ⁽⁵⁾

Su efectividad es de 6 a 8 embarazos por cada 1000 mujeres que usan DIU tipo T de Cobre, y pierde efectividad por cada año de uso continuo, llegando a 10 años de uso su efectividad es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

Sus efectos secundarios son cambios en la frecuencia del sangrado, irritación local, aumento en la incidencia de las infecciones vaginales, reacciones alérgicas a los componentes del DIU y mayor riesgo de padecer enfermedad pélvica inflamatoria.

El dispositivo intrauterino medicado u hormonal es un dispositivo en forma de T de plástico el cual libera pequeñas porciones de levonorgestrel (DIU-LNG). También se le conoce como el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, SIU-LNG. Se conoce bajo la marca Mirena. Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio). ⁽⁹⁾

Su eficacia es de 2 embarazos por cada 1000 mujeres que usan Mirena, disminuyendo a menos de 1 por cada 100 después de 5 años de uso.

Los efectos secundarios conocidos del Mirena son:

- ❖ Cambios en los patrones de sangrado
- ❖ Acné
- ❖ Cefaleas, náuseas, mareos

- ❖ Dolor o sensibilidad en los senos
- ❖ Aumento de peso
- ❖ Cambios de humor
- ❖ Quistes ováricos

En ambos casos puede presentarse complicaciones como perforación de la pared uterina ya sea durante la colocación de los implantes o por migración del mismo. Y en casos muy raros, cuando se presenta embarazo, puede presentarse pérdida del embarazo, parto prematuro. ⁽⁹⁾

II.3.2.5. Métodos de Barrera y Espermicidas

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

Métodos de barrera: son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos son acompañados de alguna sustancia química (espermicidas).

Actualmente el más utilizado es el preservativo o condón masculino, ya que es el más difundido, económico y es el único método de planificación familiar que ayuda en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. ^(16; 17)

La eficacia de los condones masculinos es de 15 embarazos por cada 100 parejas que usan el preservativo, sin embargo si se usa de manera adecuada la eficacia aumenta a 2 de cada 100, además de que en todos los casos, salvo en casos de mal uso o que se rompiera el preservativo, ayudan a prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual. ⁽⁹⁾

En algunos lugares también se dispone del preservativo femenino el cual es una funda similar al preservativo masculino, pero más grande y con dos anillos este se coloca dentro de la vagina de la mujer y en ambos casos, preservativo masculino y femenino, son de un solo uso, y deben de ser cambiados posterior a cada relación sexual, así como en cada cambio de pareja.

Se recomienda que se use preservativo en cualquier tipo de contacto sexual en el que haya contacto del pene con algún orificio de la mujer (vagina, ano o boca), para favorecer la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Espermicidas: Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general

son surfactante que puede administrarse a través de diversos vehículos.

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

Óvulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón, el espermicida es cloruro de bencetonio, nonoxinol-9, polietilglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido poli sulfúrico.

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

Su efectividad es, bajo condiciones habituales de uso, de 75 a 90 % y puede incrementarse con otros métodos de barrera.

Sus efectos colaterales son irritación local, sensibilidad a los componentes, reacciones alérgicas. ⁽⁵⁾

II.3.2.6. Métodos Permanentes

II.3.2.6.1. Salpingoclasia (Oclusión Tubaria Bilateral)

Anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos. Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son: la minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas. La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas de Falopio en el abdomen.

Funciona porque se cortan o bloquean las trompas de Falopio. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con el espermia, previniendo así el embarazo.

Su eficacia es de menos de 1 embarazo por 100 mujeres durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por cada 1000).

Es un método permanente. Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. En general no es reversible. Implica un examen físico y cirugía. El procedimiento lo realiza un proveedor con

capacitación específica. No tiene efectos secundarios a largo plazo. Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia. Más de 10 años de uso aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1000 mujeres). Su eficacia varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. Una de las técnicas más eficaces es cortar y atar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas posparto).

Los efectos secundarios que puede presentar son los propios de la cirugía o la anestesia, no presenta ningún otro efecto secundario nocivo para la salud, sin embargo presenta cierta protección contra el cáncer ovárico, enfermedad pélvica inflamatoria.

II.3.2.6.2. Vasectomía

Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos. A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo.

Su efectividad en los casos en los que el hombre no se puede hacer el examen de semen 3 meses después del procedimiento para ver si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja. Esto significa que de 97 a 98 de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía no van a quedar embarazadas. En los casos en los que el hombre se puede hacer el examen de semen después de la vasectomía, hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1000). La vasectomía no es totalmente eficaz hasta 3 meses después del procedimiento. En el correr del primer año ocurren algunos embarazos porque la pareja no usa condones u otro método eficaz sistemática y correctamente en los primeros 3 meses, antes de que la vasectomía sea plenamente eficaz. Sigue manteniéndose un riesgo de embarazo más allá del primer año después de la vasectomía y hasta que la pareja del hombre alcance la menopausia. Más de 3 años de uso,

alrededor de 4 embarazos por cada 100 mujeres.

Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque: la pareja no usó siempre otro método durante los primeros 3 meses siguientes al procedimiento; el proveedor cometió algún error; los extremos por los que se cortaron los conductos deferentes se volvieron a juntar. ⁽⁹⁾

No tiene efectos secundarios, pero puede presentar complicaciones propias de la cirugía o del anestésico local empleado.

Por último se encuentran los métodos de planificación familiar naturales, entre los que están la abstinencia, método del calendario, método de temperatura corporal de la mujer, método del moco cervical o de Billings, método sintotérmico y el coito interrumpido.

Sin embargo estos métodos debido a su baja eficacia y su gran margen de error no son recomendables, o se recomienda acompañarlos de alguno de los métodos anteriormente mencionados.

La mayoría de estos métodos son más recomendados para favorecer el embarazo, ya que dan una idea de los días en los que se produce la ovulación, siendo estos días y los días cercanos a la ovulación los más fértiles.

II.4. FACTORES INFLUYENTES EN LA ELECCIÓN Y ACEPTACIÓN DE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

II.4.1. ESTUDIOS SOBRE FACTORES INFLUYENTES PARA EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Estos investigadores identificaron tres etapas en el proceso de reproducción: 1) las relaciones sexuales; 2) la concepción; 3) la gestación y el parto.

Entre estas etapas se ubican las 11 variables intermedias; una de ellas es la utilización de métodos de planificación familiar, la cual se encuentra en la segunda etapa, la concepción.

El estudio del proceso de la reproducción ha llevado a la elaboración de esquemas analíticos estructurados que establecen ciertos mecanismos a través de los cuales, las diversas características individuales y sociales de las persona

influyen su comportamiento reproductivo.

Al hablar de las características individuales, identificación social, sexo, edad, situación matrimonial, paridad, nivel de instrucción escolar, profesión u ocupación, lugar de residencia, entre otras, se encuentra que varias de ellas están relacionadas con las posibilidades de procrear, de migrar o de morir. La identificación de estas relaciones constituye a menudo la parte esencial e incluso exclusiva del análisis de los determinantes sociológicos de las probabilidades estudiadas.

Las variables consideradas como individuales están ligadas al contexto socioeconómico y cultural en el cual se encuentra el individuo.

El conjunto de modelos culturales que han sido transmitidos al individuo desempeña un papel importante, así como los modelos culturales dominantes en una época determinada.

Estas variables individuales sintetizan las influencias anteriores y dan una forma de actuar concreta de los individuos, en este caso la utilización de métodos de planificación familiar. ⁽¹⁸⁾

En un estudio en tres estados de la República Mexicana acerca de la práctica de planificación familiar, se obtuvieron los siguientes resultados: Jalisco y Michoacán cerca de la mitad de la población femenina de 15 a 54 años de edad han utilizado al menos una vez en su vida un método de planificación familiar. Si se considera que más del 90% de mujeres entre 15 y 54 años de edad conocen o han oído hablar de los métodos de planificación familiar y que más de la mitad de estas mujeres no los utilizan, es posible coincidir con García en que “es falso decir que el tener conocimiento de los métodos de planificación familiar es una condición suficiente para su utilización”. Al analizar el grupo de mujeres que nunca han utilizado un método de planificación familiar se encuentran dos grupos bien identificados: el más numeroso se trata por lo general de mujeres entre los 15 y 24 años de edad, solteras que nunca han estado embarazadas, con escolaridad secundaria y que residen en zonas urbanas. El otro grupo menos numeroso, se caracteriza por constituirse de mujeres de más de 40 años de edad, casadas, o en unión libre, con más de 5 hijos, que residen en zonas rurales, que son analfabetas o tienen el nivel primario de instrucción escolar.

Dentro de las características de las mujeres utilizadoras de métodos anticonceptivos se encontraron mujeres de 25 años, casadas o en unión libre, que tiene al menos un hijo vivo, que habitan zonas urbanas que tiene un nivel

primaria de instrucción escolar, se constató que la esterilización femenina es la más utilizada, en el segundo lugar difieren por estado ya sea un método natural o DIU. ⁽¹⁹⁾

La presencia y/o miedo de efectos secundarios; se encontró entre las principales razones mencionadas por las mujeres que habían utilizado al menos una vez en su vida algún método de planificación familiar como motivo del abandono de uso de métodos de planificación familiar, siendo esta la razón más señalada (entre 33 al 40%) por todas las mujeres utilizadoras. Lo anterior sería producto de diversas situaciones, por ejemplo: la falta de información por parte del personal calificado para ello, la utilización de vocabulario técnico en explicación de las usuarias. La segunda razón de abandono, señalada por entre el 20 al 30% de usuarias, es el querer, en breve, embarazarse; esto pudiera significar control voluntario de la fecundidad lo cual sería el caso de las mujeres que utilizan los métodos de planificación familiar, para espaciar los nacimientos, esta razón fue mencionada entre las mujeres menores de 30 años en aquellas que tienen una paridad menor a tres.

Según sus características demográficas en las comunidades rurales en 2011, las mujeres entre 15 y 24 años de edad, prefieren métodos temporales, entre ellos el preservativo, seguido del DIU, mujeres entre 25 y 34 años de edad, en primer lugar se reportó el preservativo con un 75% solo seguido de un 30% entre las mujeres de 35 a 49 años. Las mujeres católicas prefieren la utilización del preservativo o la utilización del DIU. Las casadas y con vida sexual activa se inclinan por un método temporal.

En cuanto los factores que impiden el uso de algún método de planificación familiar se mencionan en primer lugar la aceptación por parte de la pareja que un gran porcentaje de las parejas no está de acuerdo con el uso de algún método de planificación familiar, de hecho varias mujeres en comunidades rurales, se están controlando sin el consentimiento y sin la aprobación de la pareja, de acuerdo a diversos estudios realizados en 2011. El segundo factor que más influye es la afección a la salud de las usuarias ya que son influenciadas y mal informadas acerca de los efectos secundarios que ocasionan dichos métodos de planificación familiar.

La conducta preventiva, también puede ser explorada por el uso de la anticoncepción. En algunos estudios, se ha comprobado que bajo el conocimiento de métodos de planificación familiar, está relacionado con la dificultad de uso y con el nivel de participación de la mujer, en los distintos ámbitos de la sociedad.

Por otra parte existe una brecha entre conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar, que causa conflicto a las mujeres; ya que no depende solamente de acceso a los métodos, ni de la información que posean, sino del complejo proceso de toma de decisiones que la enfrentan a valoraciones y discursos contradictorios referidos a su propia identidad. ⁽²⁰⁾

En un estudio realizado en la ciudad de México, Sánchez confirma que la utilización de algún método no es garantía de que la mujer lo conozca (técnicamente), o por el contrario, el hecho de que conozca el método no garantiza que continuará en un programa de planificación familiar. ⁽²¹⁾

Los resultados de CESLAM 2007, menciona que en México el 60 % de las mujeres comenzaron a utilizar un método de planificación familiar tras consultarlo con su pareja y solamente el 31% tomaron esta decisión por voluntad propia. ⁽²²⁾

En lo que se refiere a los factores sociodemográficos aún existen limitaciones sociales que dificultan la libre decisión sobre la salud sexual y reproductiva en la población femenina, esto fue lo que mencionaron las autoras del estudio de tesis llevado a cabo en el centro de salud “La Providencia”, Jcotitlan, México, al obtener de sus resultados lo siguiente: en cuanto a la determinación sobre utilizar un método anticonceptivo se encontró que por decisión propia de la mujer en un 24.7% de los casos, se destaca que en un 59.3% de las mujeres decidió utilizar un método de planificación familiar después de consultarlo con su pareja. Manejando una muestra total de 83 pacientes. ⁽²³⁾

II.5. COMUNIDAD EN ESTUDIO

II.5.1.1. EL POTRERO, AMANALCO DE BECERRA ⁽²⁴⁾

Los otomíes denominaban en su lengua al sitio de su asentamiento N'dabí, “lugar donde flotan los troncos” o “donde abunda el agua”. A través del tiempo recibió el nombre de Amanalco, de a, atl, “agua”; manal, manalli, “estar tendido” y co, en, que significa “en el estanque” o “lugar cerca del lago”, “extensión de agua” (Garibay Kintana). Amanalli, “estanque de agua”, co, “en, dentro de”; “dentro del estanque de agua o vivero” (Remi Simeón). La falta de un glifo topónimo hizo que Mario Colín y Jesús Escobedo lo integraron con un tépetl que denota cerro o lugar, dentro de éste el símbolo actual de agua encerrada dentro de un rectángulo para denotar que está estancada.

Amanalco “lugar donde nace y se expande el agua”. Su fundación tiene más

de 3 mil a 500 años a. de C., el territorio fue ocupado por los matlatzincas (de donde derivan los otomíes). Es en esta época en donde el territorio de Amanalco era gobernado por el señorío de Metepec, que comprendía parte de la cuenca del río Balsas, cerca de Valle de Bravo, en lo que hoy es la parte occidental del Estado de México.

La lucha agraria logró restituir la tierra a los campesinos y se formaron los siguientes ejidos: Ejido San Jerónimo Amanalco, por resolución presidencial el 6 de mayo de 1931; Ejido de El Capulín, el 6 de mayo de 1932; Ejido San Lucas, el 24 de diciembre de 1933; Ejido de El Potrero, el 29 de diciembre de 1933; Ejido de Rincón de Guadalupe, el 29 de diciembre de 1933; Ejido San Bartolo, 23 de septiembre de 1936; y Ejido Corral de Piedra, el 24 de octubre de 1945. Dichos ejidos continúan vigentes hasta la fecha.

La microrregión de El Potrero se encuentra en el Valle de Toluca y está conformado por bosques, lagos, numerosos manantiales y zonas montañosas. Se sabe que esta zona fue habitada por una gran variedad de animales prehistóricos, ya que se han encontrado restos fósiles que datan de aproximadamente 10 a 20 millones de años.

La superficie Territorial del Municipio es de 219.49 km², la comunidad de El Potrero comprende una superficie territorial de 17.5 km², se encuentra a 2670 msnm y sus colindancias: al norte: Turcio; Sur: Agua Bendita; Este: El Capulín; Oeste: Sabana De Taborda.

II.5.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

II.5.2.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Cuadro 3. Distribución de la población por grupo de edad y sexo en la localidad de Amanalco en el periodo de agosto 2012- Julio 2013:

GRUPO ETAREO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
> 70 años	18	2.16%	18	2.09%	36	2.12%
65-69 años	13	1.56%	17	1.97%	30	1.77%
60-64 años	17	2.04%	18	2.09%	35	2.06%
55-59 años	21	2.52%	21	2.43%	42	2.47%
50-54 años	38	4.56%	33	3.82%	71	4.18%
45-49 años	40	4.80%	34	3.94%	74	4.36%
40-44 años	55	6.59%	67	7.76%	122	7.19%
35-39 años	67	8.03%	58	6.72%	125	7.37%
30-34 años	62	7.43%	65	7.53%	127	7.48%
25-29 años	70	8.39%	77	8.92%	147	8.66%
20-24 años	80	9.59%	70	8.11%	150	8.84%
15-19 años	90	10.79%	92	10.66%	182	10.72%
10-14 años	84	10.07%	99	11.47%	183	10.78%
5-9 años	93	11.15%	98	11.36%	191	11.26%
1-4 años	63	7.55%	73	8.46%	136	8.01%
<1 año	23	2.76%	23	2.67%	46	2.71%
Total	834	100.00%	863	100.00%	1697	100.00%

FUENTE: CONCENTRADO DE TVF SEGUNDO SEMESTRE 2011.

II.5.2.2. CRECIMIENTO NATURAL

Cuadro 4. Registro de nacidos vivos y defunciones en la localidad de El Potrero en el periodo de 2005 a 2013.

AÑO	NACIMIENTOS			DEFUNCIONES		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
2005-2006	5	9	14	4	1	5
2006-2007	14	15	29	0	1	1
2007-2008	16	13	29	4	2	6
2008-2009	3	4	7	3	5	8
2009-2010	7	8	15	3	3	6
2010-2011	8	8	18	4	4	8
2011-2012	7	7	14	3	4	7
2012-2013	8	6	14	4	5	9

FUENTE: REGISTRO CIVIL AMANALCO 2012

Densidad de la población de la localidad: 96.97 habitantes/km²

CUADRO 5. NATALIDAD DE LA LOCALIDAD DE AMANALCO EN EL PERIODO DE 2004-2012.

AÑO	NACIMIENTOS		
	Masculino	Femenino	Total
2005-2006	5	9	14
2006-2007	14	15	29
2007-2008	16	13	29
2008-2009	3	4	7
2009-2010	7	8	15
2010-2011	8	8	18
2011-2012	7	7	14
2012-2013	8	6	14

FUENTE: REGISTRO CIVIL AMANALCO 2012

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar se puede considerar actualmente como un problema de salud en nuestro país, debido al incremento en la frecuencia de embarazos no deseados, el crecimiento desproporcionado de la población y el aumento de las muertes maternas secundario a una deficiente educación sexual, poco acceso a la información de salud reproductivo, falta de orientación sobre planificación familiar y desconocimiento de las alternativas existentes para la solución de esta problemática teniendo repercusiones en la vida social, cultural y económica de nuestra nación.

En nuestra sociedad, la mujer la mayoría de las veces es la responsable de elegir como planificar la familia y es quien de manera directa o indirecta recibe constantemente diversas opciones para el control de su fecundidad, de las cuales solo algunas son adecuadas para ella según su estado de vida social, religiosa, económica y cultural.

Para ejercer el derecho de la anticoncepción, las personas requieren gozar de una educación sexual que les permita contar con la información acerca del proceso biológico de la reproducción y acerca de los distintos Métodos de Planificación Familiar que existen para evitar un embarazo no deseado, su efectividad, forma de uso, indicaciones y contraindicaciones, así como posibles efectos secundarios. También es necesario que las personas tengan acceso a las unidades de salud donde se ofrezcan los servicios de planificación familiar y que estos cuenten con una amplia variedad de Métodos de Planificación Familiar de tal manera que puedan optar, si lo desean, por el método más adecuado para sus circunstancias y preferencias personales.

Cabe mencionar que el registro de mujeres embarazadas en lo que va del año 2013 el 21.43% tiene entre 15 y 18 años, por lo que se considera necesario que este proyecto de investigación tome en cuenta este grupo de edad. ⁽²⁴⁾

El total de población femenina de El potrero es de 863 mujeres (50.8% del total de población), de las cuales, 362 pertenecen al rango de edad de 15 a 40 años, y tan solo el 63.25% está registrada como usuarias activas de algún método de planificación familiar en el centro de salud de el potrero, lo que equivale a 229 usuarias. Esta situación deja como interrogante cual es el total de población femenina dentro de este rango de edad que usa algún método de planificación familiar. ⁽²⁴⁾

Al tratarse de una comunidad considerada de alta marginalidad donde prevalecen costumbres e ideas muy arraigadas, así como un alto índice de migración a la ciudad, lo cual ha favorecido al aumento de uso de métodos de planificación familiar, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar en mujeres de entre 15 a 40 años de la comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra durante el 2013?

IV. JUSTIFICACIONES

A partir del inicio del programa de planificación familiar en México se ha logrado regular el crecimiento demográfico de tal forma que actualmente es mayor el número de mujeres que opta por el uso de algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo, aún se encuentran rezagos en esta materia. Teniendo en cuenta que la ausencia de Métodos de Planificación Familiar se considera un indicador de pobreza y falta de condiciones para el desarrollo, según organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional. ⁽²³⁾

Varios autores han desarrollado modelos que intentan explicar las preferencias y limitaciones para tener hijos. Eastarling (1975 y 1983) señala que las parejas toman sus decisiones de tener hijos de acuerdo a la percepción de su potencial reproductivo (oferta) y el número de hijos que desea tener (demanda). Cuando se percibe que la oferta supera la demanda, se genera la motivación suficiente para reducir el número de hijos. Ahora bien, el valor de los hijos cambia, según el estado de transmisión de la fecundidad: en contextos rurales y agrícolas, de transición incipiente, las ventajas de un alto número de hijos se valora como positivas; pero cuando las condiciones tornan hacia ámbitos de alta urbanización, mayor participación en el mercado laboral y elevados costos de crianza, entonces se refuerzan la motivación de tener un número menor de hijos.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Con lo anterior podemos considerar que la planificación familiar es de suma importancia dentro de las prioridades del sector salud, ya que aún existen múltiples factores socio culturales que limitan su uso y aceptación, motivo por el cual hay que detectarlos y lograr una cobertura del 100% de la población.

Durante la realización del Servicio Social en la comunidad de El Potrero, se observó que la edad de inicio de vida sexual ha disminuido en los últimos años, de acuerdo a los diagnósticos de salud de la comunidad, siendo un factor de riesgo obstétrico la edad, ya que, existe mayor probabilidad de dar a luz un niño pretermino con bajo peso y presentan una tasa más elevada de mortalidad materna, por lo que es de suma importancia considerar a las pacientes jóvenes dentro del programa de Planificación Familiar. Y así disminuir la morbilidad materna y de menores de un año.

Así mismo durante este periodo nos percatamos que el hecho de que una

paciente este registrada como usuaria en el tarjetero de Planificación Familiar, no implica que haga un correcto uso del método que se le oferta, ya sea por una mala fuente de información externa al Centro de Salud o por usos y costumbres propios de la región.

Por otro lado, es relevante mencionar que a pesar de que el programa de Planificación Familiar marca un seguimiento continuo e integral de las usuarias, no se lleva a cabo al 100%, por que las mismas pacientes no acuden a las citas de revisión ya sea por trabajo, falta de interés o incluso por migración de la comunidad.

V. HIPÓTESIS

La frecuencia en el uso de los Métodos de Planificación Familiar en la comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra, Estado de México en 2013 sera menor a la registrada en el centro de salud de la comunidad, y en proporción menor a los registros a nivel municipal y estatal. Siendo el más conocido y el de mayor uso el preservativo, seguido del Dispositivo Intrauterino y el Implante Subdérmico.

VI. OBJETIVOS

VI.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en mujeres de 15 a 40 años en la comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra, Estado de México en el 2013.

VI.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar de acuerdo a grupos de edad
2. Identificar los Métodos de Planificación Familiar más utilizados
3. Identificar los principales efectos secundarios al uso de los métodos de planificación familiar presentados en la población de El potrero.

VII. MÉTODO

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, el cual se realizó en la comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra, Estado de México en 2013.

Se aplicó una encuesta validada por un estudio previo, de 14 preguntas cerradas y abiertas, a la población femenina registrada como usuaria de método de planificación, dentro del rango de 15 a 40 años, con previa autorización y firma de consentimiento debidamente informado una vez que se les explicó el motivo de la encuesta y la confidencialidad de los datos. Posteriormente se analizaron los datos en una hoja de cálculo y se graficaron cada uno de los ítems. El periodo comprendido fue de Enero a Julio de 2013.

VIII. DISEÑO DE ESTUDIO

Se iniciará la investigación con la aplicación los cuestionarios a las usuarias dentro del rango de edad en su domicilio, con ayuda de la técnico en atención primaria a la salud, de la comunidad de El Potrero, en 2013.

VIII.1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 6.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Tiempo de vida en años de un ser humano	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	15-19 20- 29 30-39 40-49
SEXO	Diferenciación genética del genotipo	Diferenciación sexual entre masculino y femenino	Cualitativa, nominal	Hombre Mujer
ESCOLARIDAD	Nivel ultimo de educación escolarizada avanzado	Último año de estudios acreditado.	Cualitativa	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria Preparatoria o carrera técnica Licenciatura
ESTADO CIVIL	Situación legal de las parejas	Situación legal de las usuarias y no usuarias de métodos de anticoncepción	Cualitativa	Soltera Casada Divorciada Unión libre Viuda
RELIGIÓN	Conjunto de creencias acerca de la divinidad	Actitud con respecto a la divinidad de mujeres encuestadas	Cualitativa	Atea Católica T. de Jehová Cristiana Otra

VIII.1.2. UNIVERSO DE TRABAJO

Del total de población femenina del Potrero 362 pacientes pertenecen al rango de edad, de las cuales 229 se encuentran registradas como usuarias de algún método de planificación familiar en el CSRD El Potrero.

VIII.1.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las mujeres registradas entre 15 a 40 años, de la comunidad del Potrero.

- Mujeres residentes de la comunidad del potrero pertenecientes al rango de edad mencionado.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio y contestar el cuestionario con previa información y firma del consentimiento informado.

VIII.1.2.2.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas.
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación.
- Mujeres que no son residentes de la comunidad en estudio.

VIII.1.2.3.CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres que cambiaron de opinión y decidieron no participar en el proyecto de investigación.

VIII.1.3. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El cuestionario consta de 14 preguntas, de los cuales se determinó la frecuencia en el uso de Métodos de Planificación Familiar tomando en cuenta el factor social, cultural, religioso y efectos secundarios que influyen en la toma de decisiones para su uso.

Se aplicó a la población femenina que conto con las características requeridas y que se encontraban registradas en el tarjetero del centro de salud Rural Disperso de El Potrero.

VIII.1.4. DESARROLLO DEL PROYECTO

Utilizando un cuestionario estructurado, se aplicó a mujeres de entre 15 a 40 años de la comunidad del potrero, Amanalco de Becerra, en el año 2013, para obtener los datos requeridos para el desarrollo del proyecto, con la participación, de los médicos pasantes, personal de enfermería y técnico en atención primaria a la salud.

VIII.1.5. LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO

El límite de tiempo: 2 meses a partir de la aprobación del protocolo.

Límite de espacio: Centro de Salud Rural Disperso El Potrero, Amanalco de Becerra, Estado de México.

VIII.1.6. DISEÑO DEL ANÁLISIS

Una vez recolectada la información de los cuestionarios aplicados se concentró en una base de datos del programa de Excel. Se revisaron cada uno de los datos obtenidos en el cuestionario para su análisis estadístico de acuerdo al tipo de variable y a los objetivos planteados. Se clasificaron y tabularon dichos datos, elaborándose cuadros y gráficas para obtener resultados, conclusiones, sugerencias y recomendaciones al respecto.

VIII.1.7. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se realizó previo consentimiento debidamente informado, manteniendo la confidencialidad de la información. (Anexo 2)

VIII.1.8. ORGANIZACIÓN

Autores:

MPSS. Rodrigo Octavio Rubio Rodríguez

MPSS Luis Alberto Olalde López

Director:

M en C. Wenceslao Fajardo Rojo

VIII.1.9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Los gastos que implicó el presente estudio fueron cubiertos por los autores.

Considerando como estimado lo siguiente:

- Viáticos para solicitud de oficio de no inconveniente a la Jurisdicción de Valle de Bravo:
 - \$500
- Viáticos para el viaje al CSRD El Potrero para la aplicación de encuestas y realización de la investigación:
 - \$500
- Papelería para la elaboración de encuestas y consentimientos informados:
 - \$400

- Presentación de Protocolo:
 - \$400
- Elaboración de tesis
 - \$3,000

IX. RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo en la comunidad de El Potrero, perteneciente al municipio de Amanalco de Becerra, Estado de México, mediante la aplicación de un cuestionario a partir de Abril de 2013.

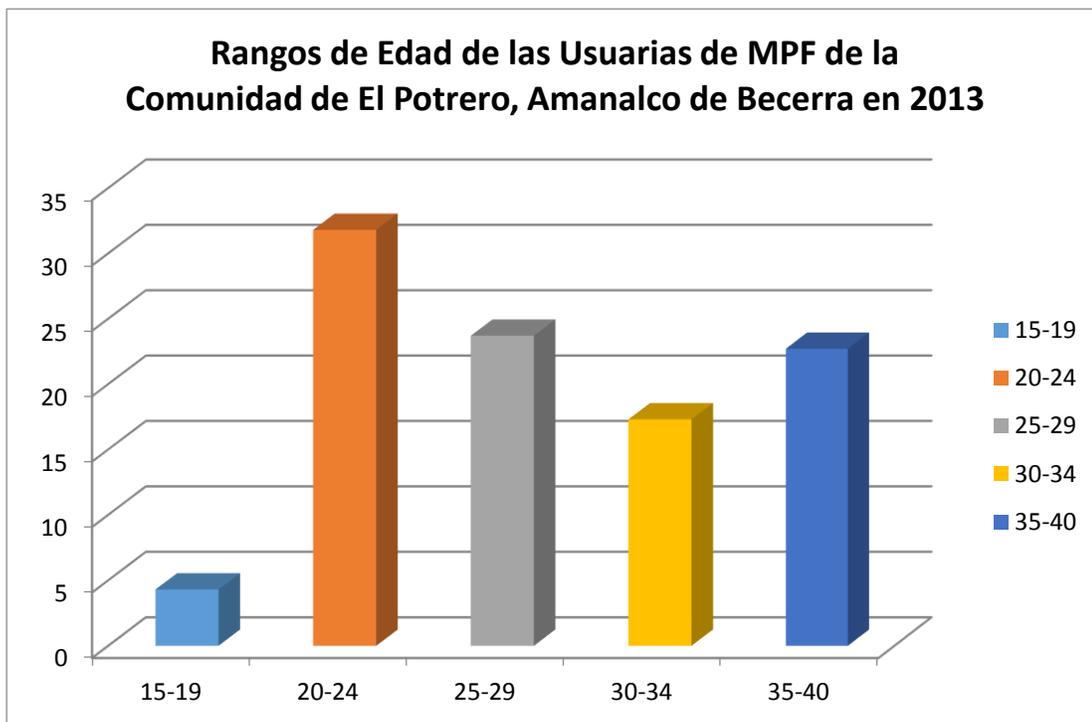
El total de cuestionarios aplicados a usuarias, las cuales cumplieron al 100% con los criterios de inclusión, fue de 185.

Tabla 1. Rangos de Edad de las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

EDAD	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40	TOTAL
NO	8	59	44	32	42	185
%	4.3	31.8	23.7	17.3	22.7	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 1.



Fuente: Tabla 1

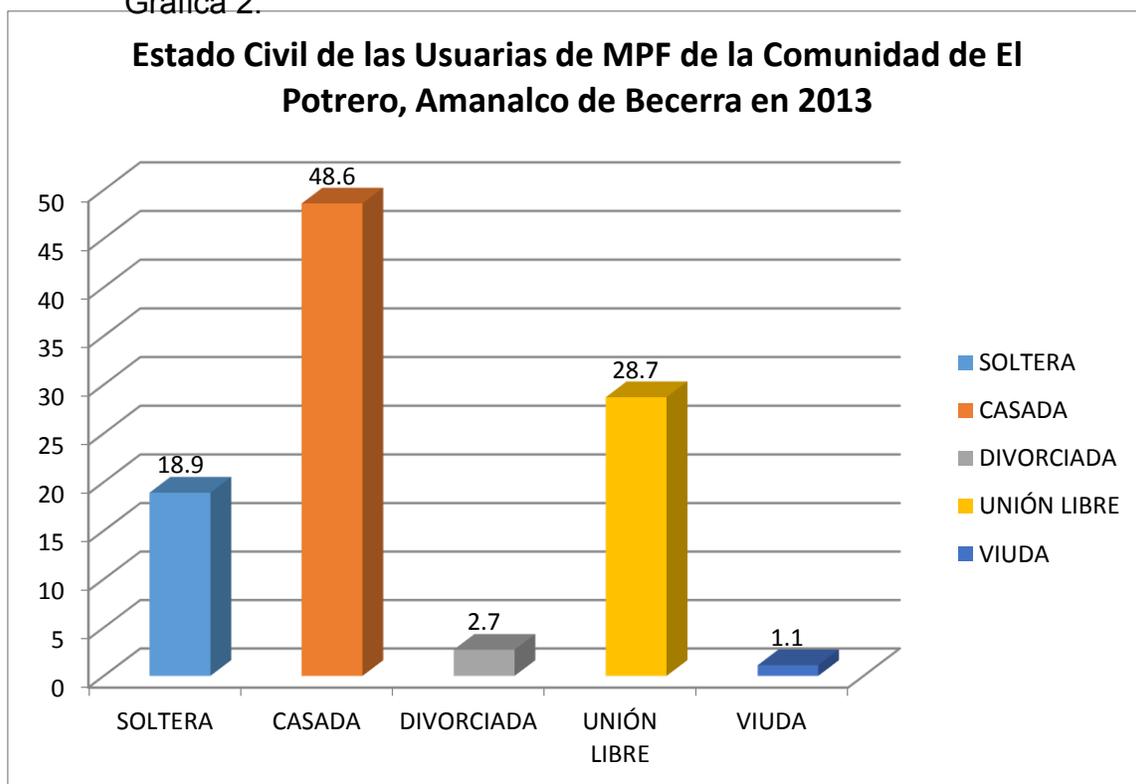
El grupo etario con mayor población se ubica en el rango de 20 a 24 años con 59 mujeres, que representan el 31.8%, el grupo en segundo lugar fue el de 25 a 29 años con 44 mujeres que representan el 23.7 % de la población encuestada, el grupo de 15 a 19 años fue el que registro el menor número de usuarias con solo 8 mujeres, que representan el 4.3 %.

Tabla 2. Estado Civil de las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

ESTAD O CIVIL	SOLTERA	CASADA	DIVORCIADA	UNIÓN LIBRE	VIUDA	TOTAL
NO	35	90	5	53	2	185
%	18.9	48.6	2.7	28.7	1.1	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 2.



Fuente: Tabla 2

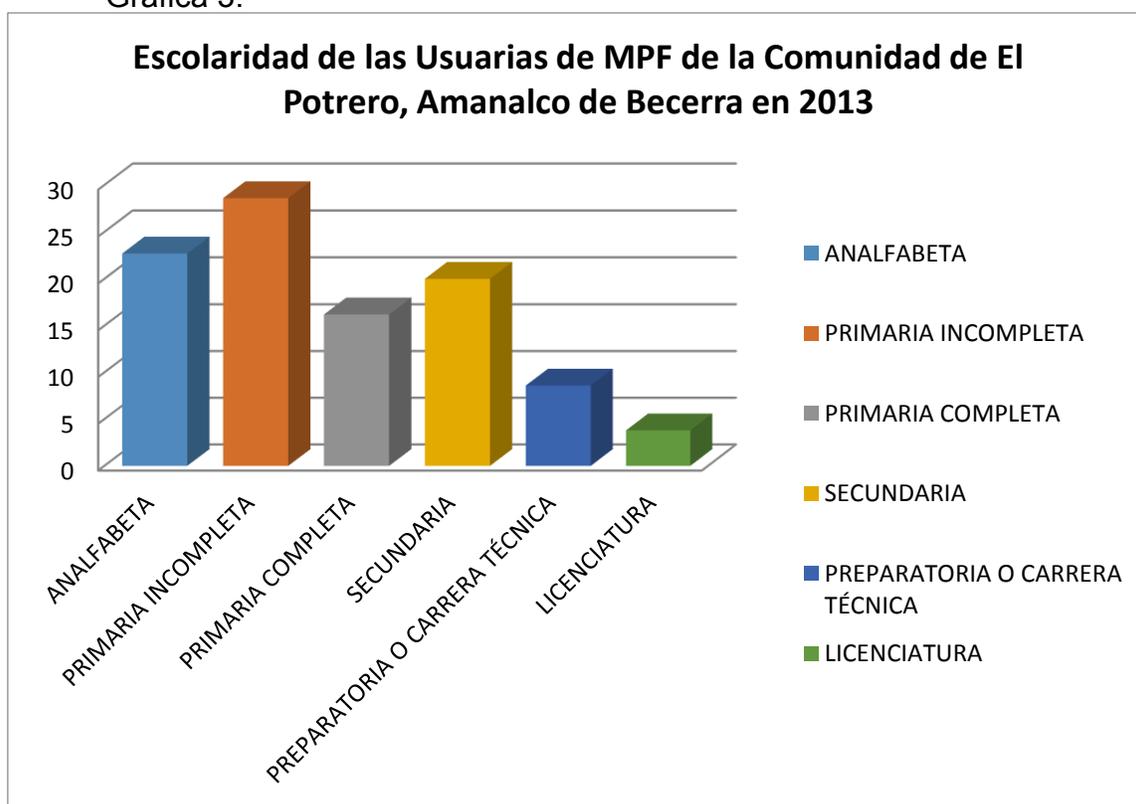
El estado civil predominante entre las encuestadas es casada con el 48.6% de la muestra total, dejando las viudas en último lugar con 1.1 %, el porcentaje de mujeres solteras que utilizan algún método fue del 18.9%.

Tabla 3. Escolaridad de las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

ESCOLARIDAD	NO	%
ANALFABETA	42	22.7
PRIMARIA INCOMPLETA	53	28.6
PRIMARIA COMPLETA	30	16.2
SECUNDARIA	37	20
PREPARATORIA O CARRERA TÉCNICA	16	8.6
LICENCIATURA	7	3.8
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 3.



Fuente: Tabla 3

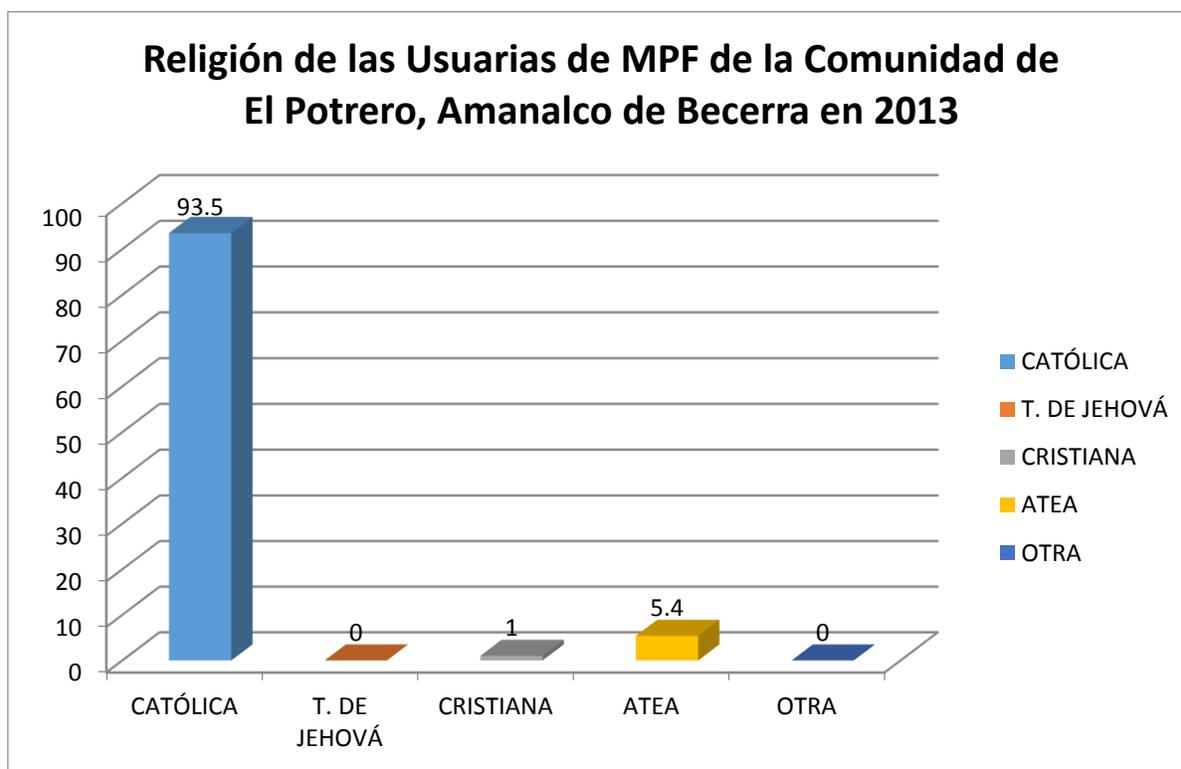
Respecto a la escolaridad de las participantes, la primaria incompleta fue la predominante con 28.6%, y por el contrario la licenciatura o más, represento el nivel escolar con menor número de encuestadas, con solo el 3.8%.

Tabla 4. Religión de las Usuarías de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

RELIGIÓN	NO	%
CATÓLICA	173	93.5
T. DE JEHOVÁ	0	0
CRISTIANA	2	1
ATEA	10	5.4
OTRA	0	0
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 4.



Fuente: Tabla 4

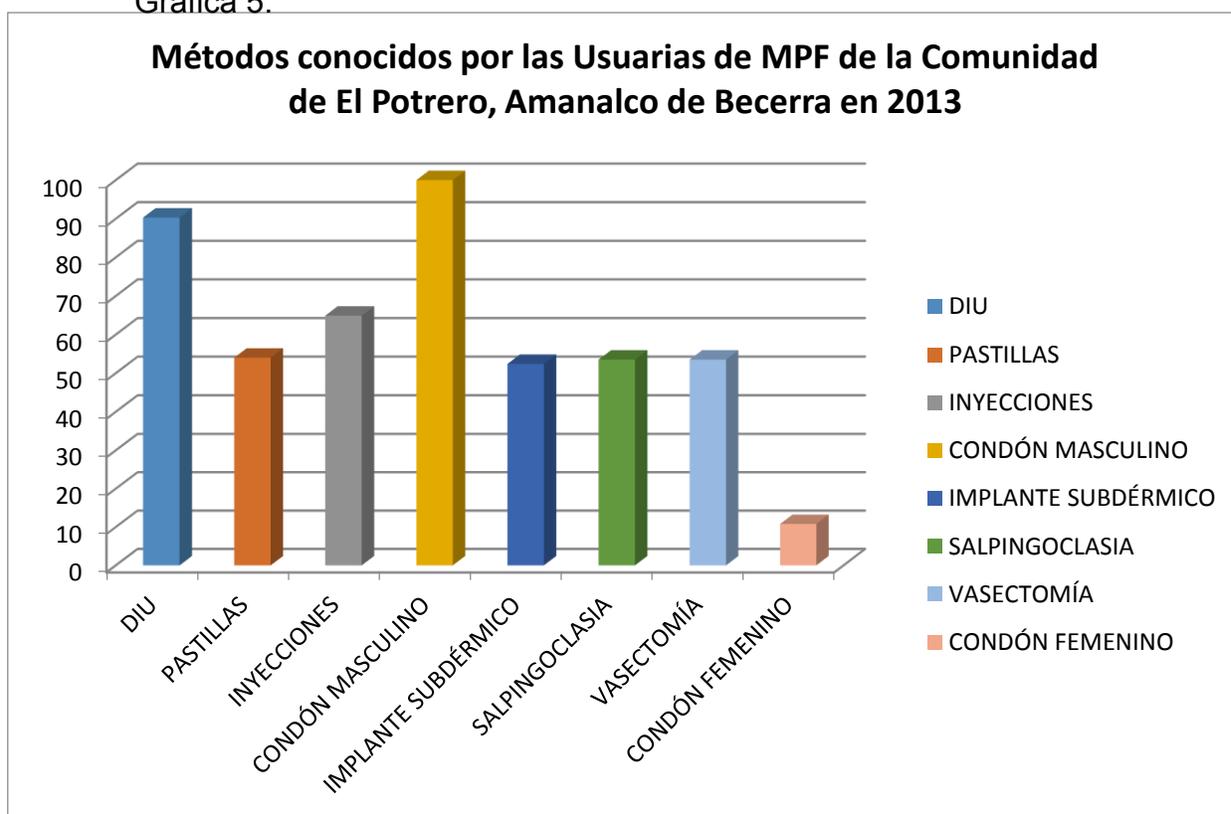
Sobre la religión encontramos que la católica representa el 93.5 %, con una mínima cantidad de cristianos y ateos, sin encontrar testigos de Jehová.

Tabla 5. Métodos conocidos por las Usuaris de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	NO	%
DIU	167	90.3
PASTILLAS	100	54
INYECCIONES	120	64.9
CONDÓN MASCULINO	185	100
IMPLANTE SUBDÉRMICO	97	52.4
SALPINGOCLASIA	99	53.5
VASECTOMÍA	99	53.5
CONDÓN FEMENINO	20	10.8

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 5.



Fuente: Tabla 5

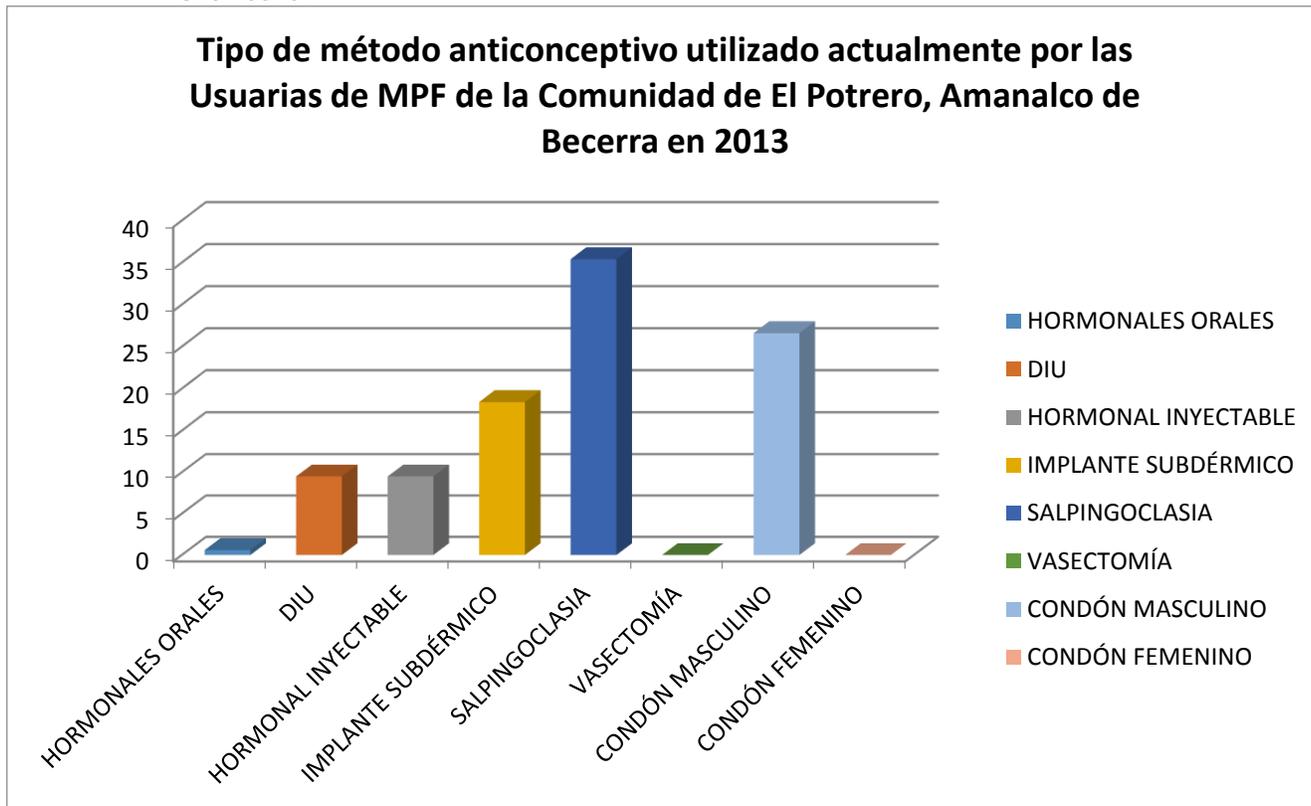
En relación al tipo de método más conocido, se observó que el condón masculino fue de un 100%, en segundo lugar el DIU con 90.3%, los menos conocidos el condón femenino con un 10.8%, el 100% de las encuestadas conoce al menos un tipo de método de planificación familiar.

Tabla 6. Tipo de método anticonceptivo utilizado actualmente por las Usuaris de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	No	%
HORMONALES ORALES	1	0.6
DIU	15	9.5
HORMONAL INYECTABLE	15	9.5
IMPLANTE SUBDÉRMICO	29	18.4
SALPINGOCLASIA	56	35.4
VASECTOMÍA	0	0
CONDÓN MASCULINO	42	26.6
CONDÓN FEMENINO	0	0
Total	158	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 6.



Fuente: Tabla 6

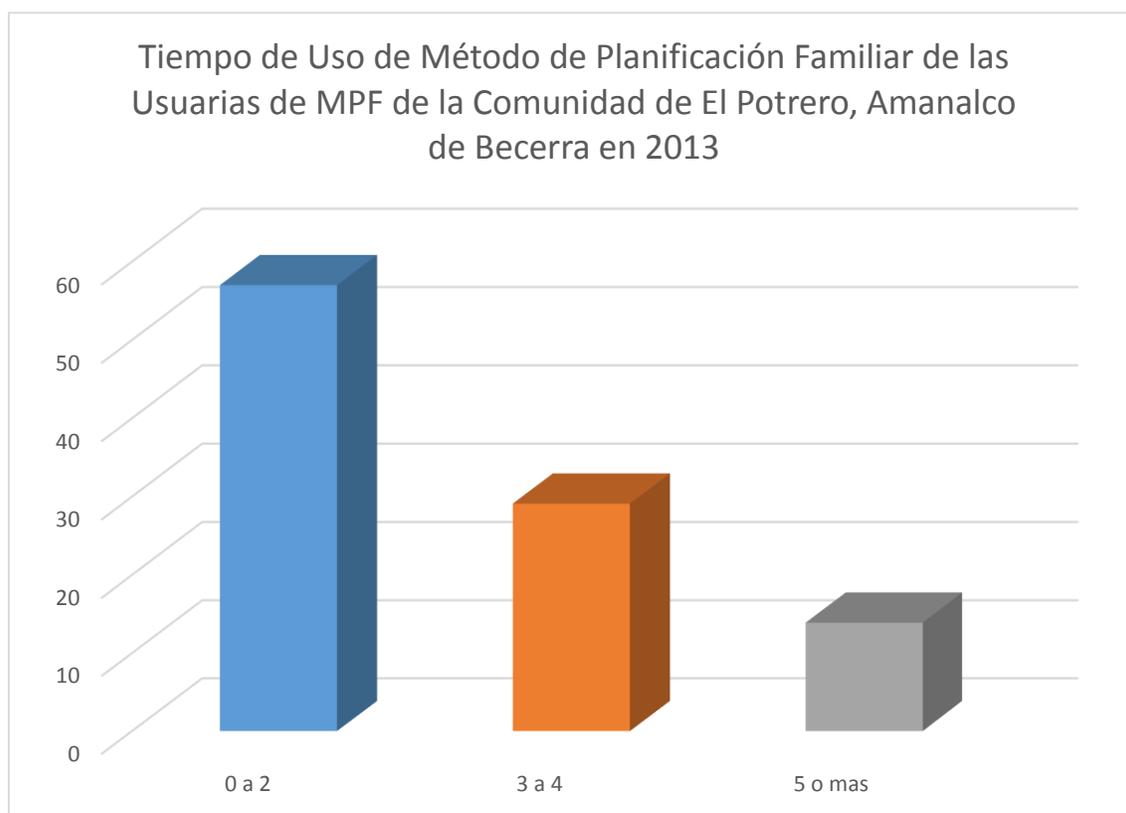
En cuanto al uso de métodos de planificación familiar se encontró que 27 de las encuestadas que representan el 14.6%, no utilizan el método proporcionado, y 158 mujeres el 85.4% si lo hacen, lo cual representa un 43.6 % del total de la población femenina de El Potrero dentro del rango de edad de 15 a 40 años.

Tabla 7. Tiempo de Uso de Método de Planificación Familiar de las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

TIEMPO EN AÑOS	No.	%
0-2	90	57
3-5	46	29.1
5 O MAS	22	13.9
TOTAL	158	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 7.



Fuente: Tabal 7

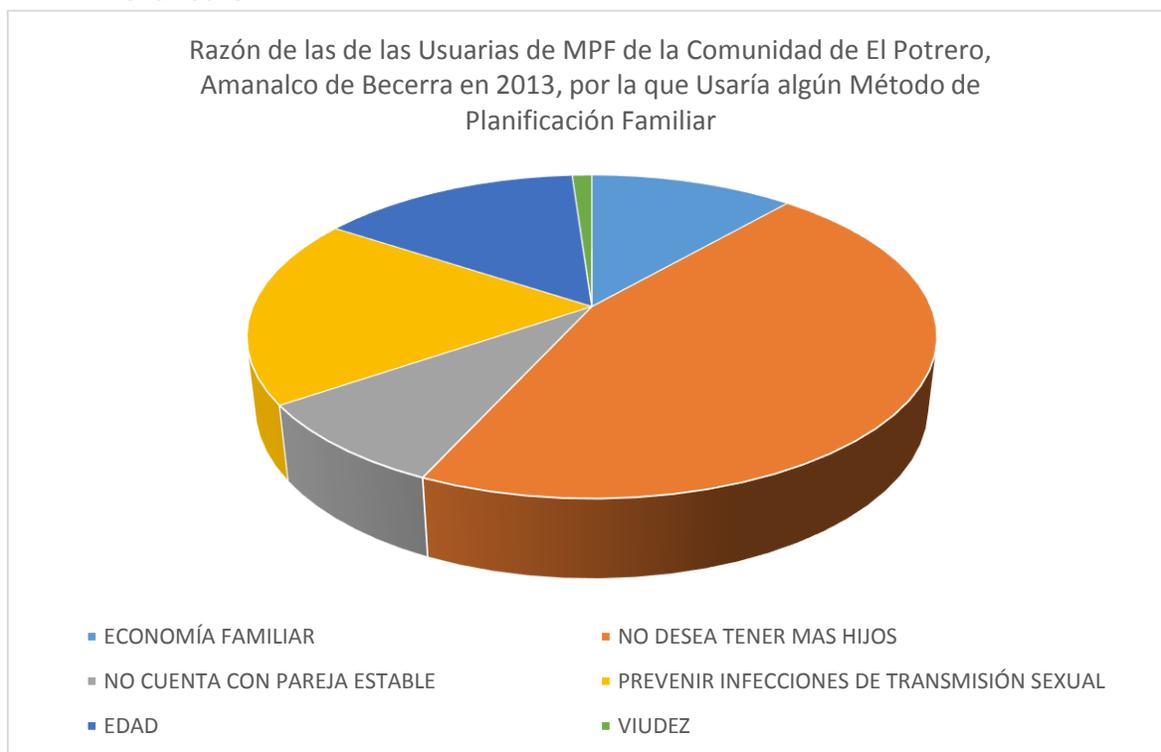
Respecto al tiempo que las usuarias llevan utilizando algún método anticonceptivo encontramos que el 57%, de las usuarias tienen menos de 2 años de uso, el 29.1% de 3 a 5 años y 13.9% por 5 años o más, esto debido probablemente a la falta de difusión sobre métodos de planificación hace 5 años.

Tabla 8. Razón de las de las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013, por la que Usaría algún Método de Planificación Familiar

RAZÓN	No	%
ECONOMÍA FAMILIAR	21	11.4
NO DESEA TENER MAS HIJOS	84	45.4
NO CUENTA CON PAREJA ESTABLE	16	8.6
PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	35	18.9
EDAD	27	14.6
VIUDEZ	2	1.1
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 8.



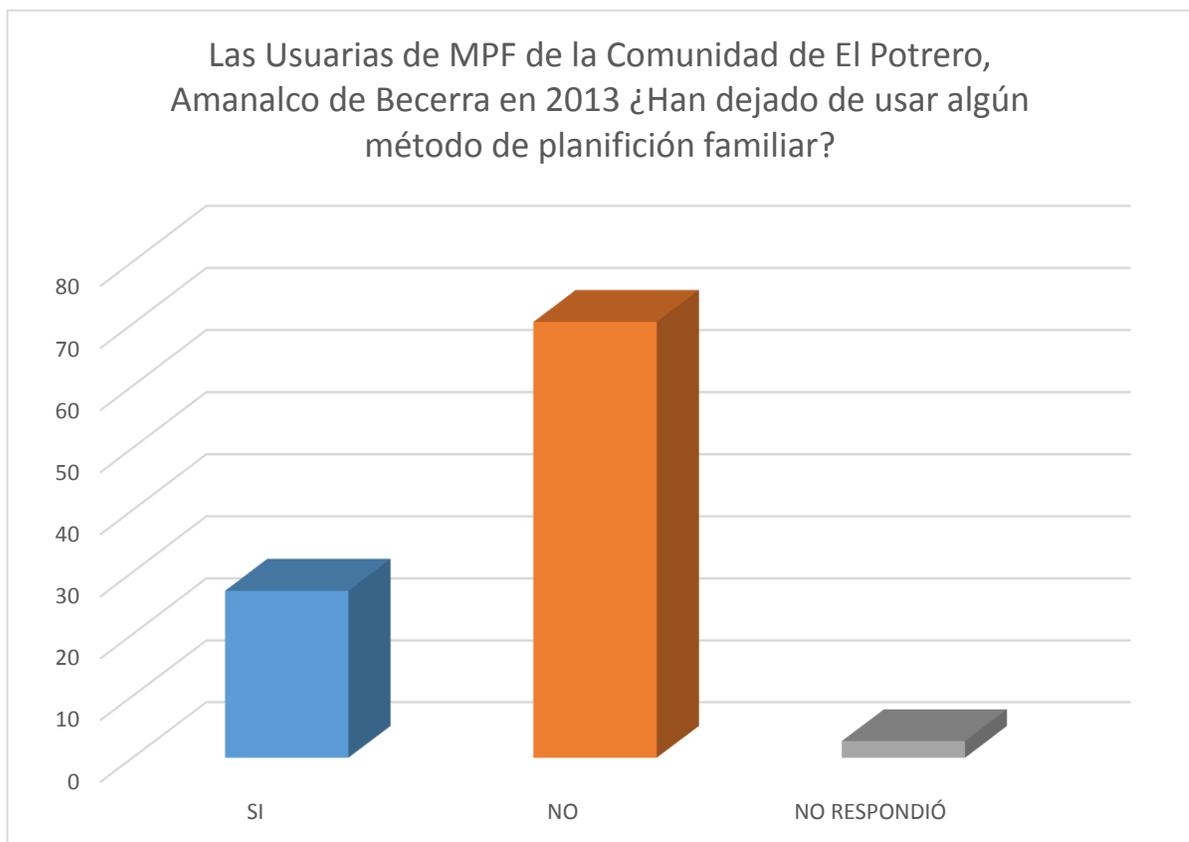
Fuente: Tabla 8

En lo que corresponde a la razón por la cual utilizan un método de planificación familiar, se observó que el 45.4% que representan 84 mujeres, lo utilizan porque no desean tener más hijos, resultando este porcentaje en una gran mayoría, seguido del 18.9% que lo hace para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Tabla 9. Las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013 ¿Han dejado de usar algún método de planificación familiar?

RESPUESTA	No	%
SI	50	27
NO	130	70.3
NO RESPONDIÓ	5	2.7
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS



Fuente: Tabla 9

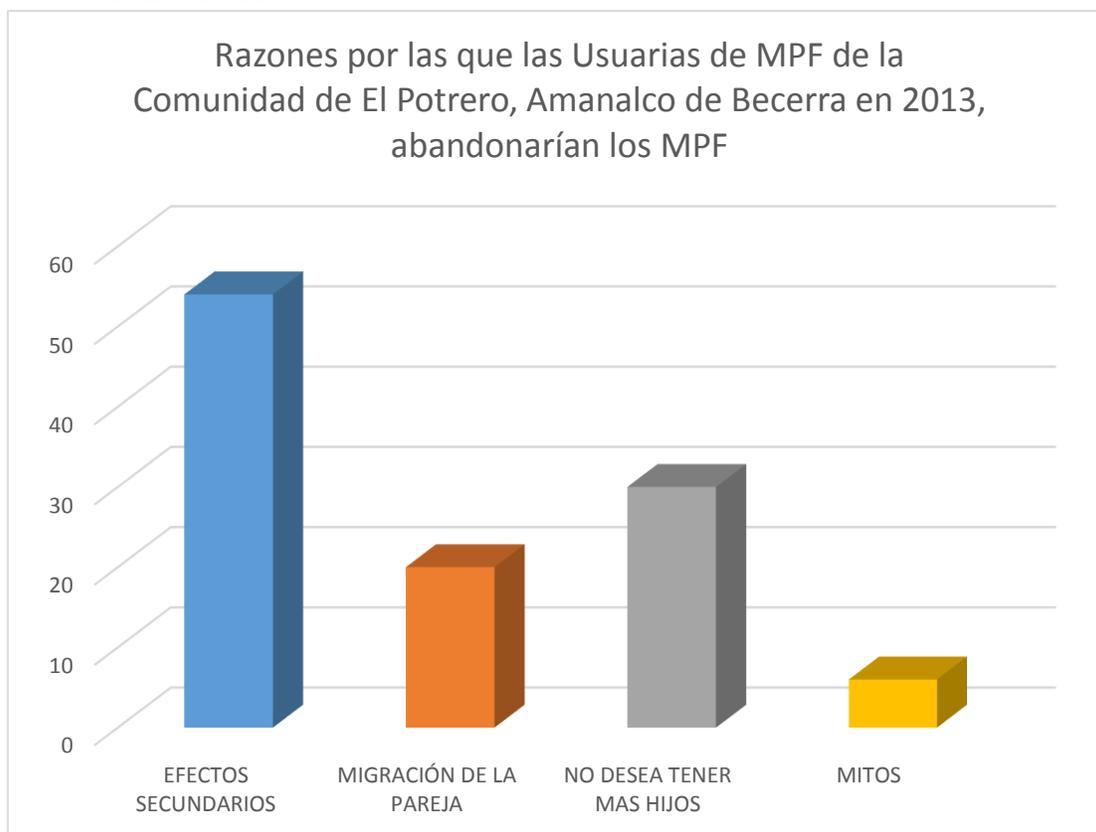
El abandono en el uso de método de planificación familiar fue alta, mostrando un 27% del total de encuestadas, lo cual indica que más de la cuarta parte de las pacientes ha abandonado el uso de su método, sin comunicarlo al CSRD EL Potrero, a pesar de estar registradas en el programa de planificación familiar.

Tabla 10. Razones por las que las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013, abandonarían los MPF

CAUSA	No	%
EFFECTOS SECUNDARIOS	27	54
MIGRACIÓN DE LA PAREJA	10	20
NO DESEA TENER MAS HIJOS	15	30
MITOS	2	6
TOTAL	50	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 10.



Fuente: Tabla 10

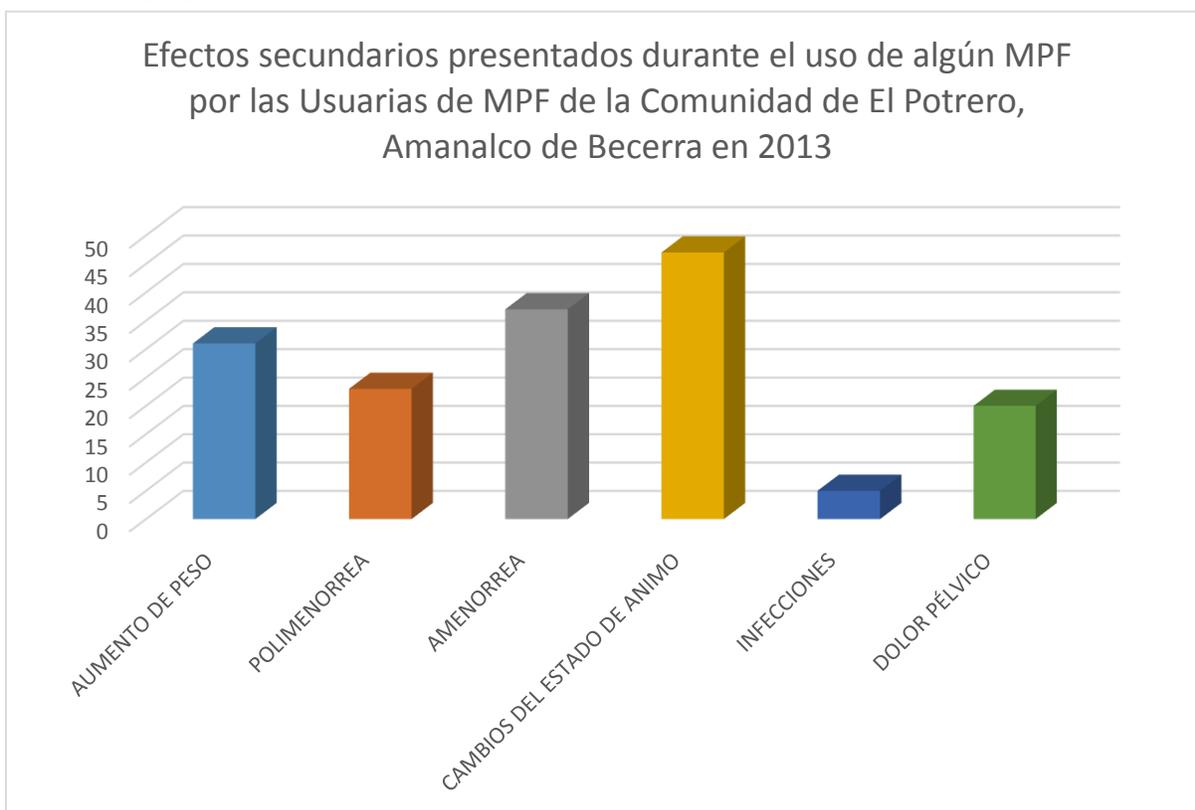
Las principales casusas de abandono fueron, efectos secundarios un 54%, desea tener más hijos 30%, migración de la pareja 20%, mitos sobre los métodos 6%.

Tabla 11. Efectos secundarios presentados durante el uso de algún MPF por las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013

EFFECTO SECUNDARIO	No
AUMENTO DE PESO	31
POLIMENORREA	23
AMENORREA	37
CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO	47
INFECCIONES	5
DOLOR PÉLVICO	20

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 11.



FuenteTabla 12

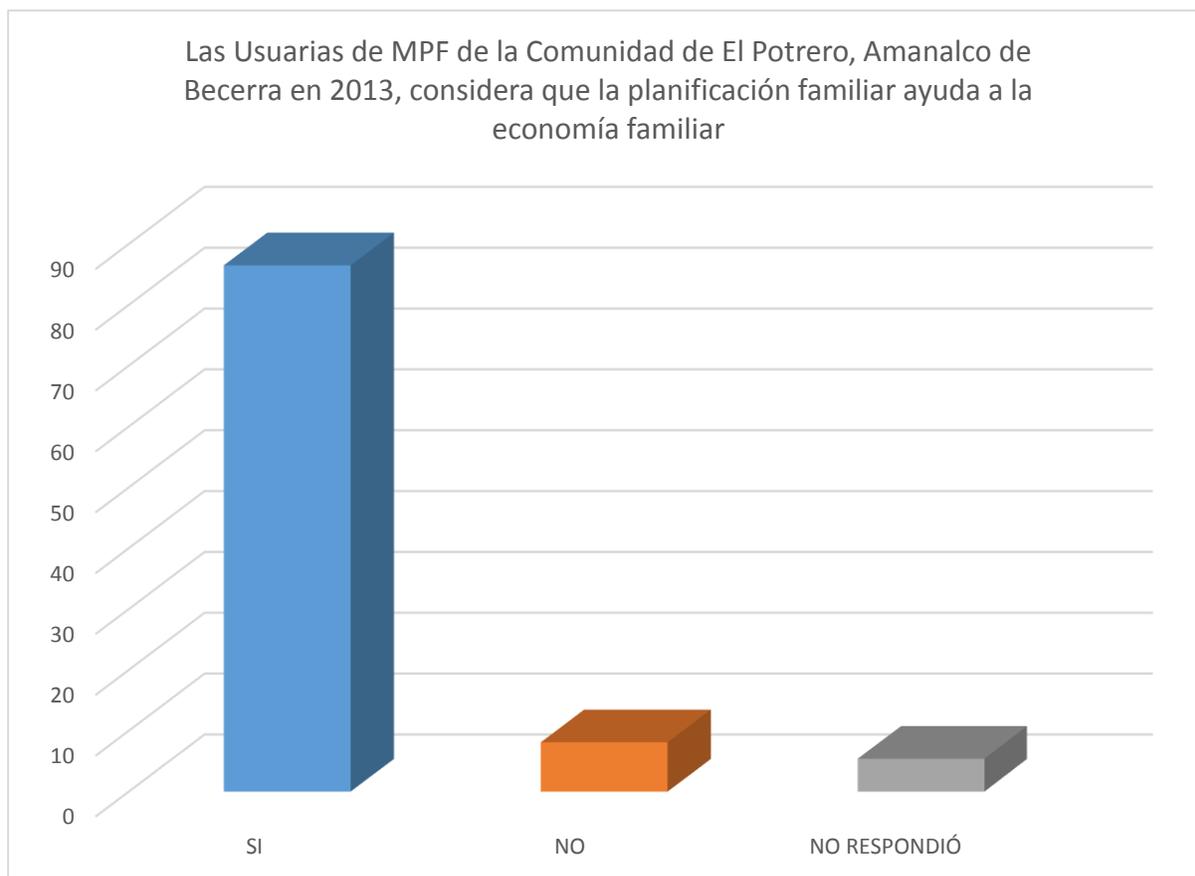
Los principales efectos secundarios mencionados durante la encuesta, fueron; aumento de peso, irregularidades en la menstruación, polimenorrea, amenorrea, irritabilidad aumentada.

Tabla 12. Las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013, considera que la planificación familiar ayuda a la economía familiar

RESPUESTA	No	%
SI	160	86.5
NO	15	8.1
NO RESPONDIÓ	10	5.4
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 12.



Fuente: Tabla 12

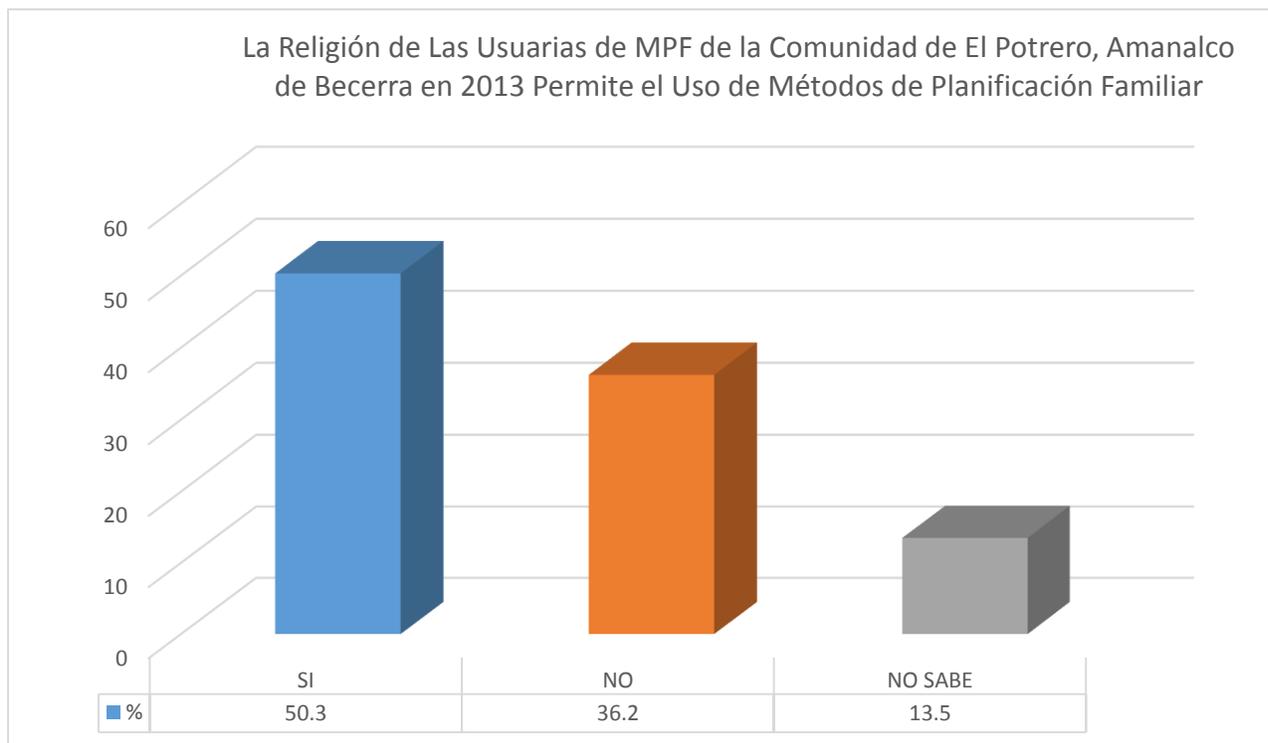
Respecto a la influencia en la economía familiar sobre utilizar o no un método de control prenatal, un 5.4% de las mujeres encuestadas no respondieron la pregunta, mientras que el 86.5% considera que la planificación familiar si apoya a su economía, por otro lado el 8.1% considera que no contribuye a esto.

Tabla 13. La Religión de Las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013 Permite el Uso de Métodos de Planificación Familiar

RESPUESTA	No	%
SI	93	50.3
NO	67	36.2
NO SABE	25	13.5
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 13.



Fuente: Tabla 13

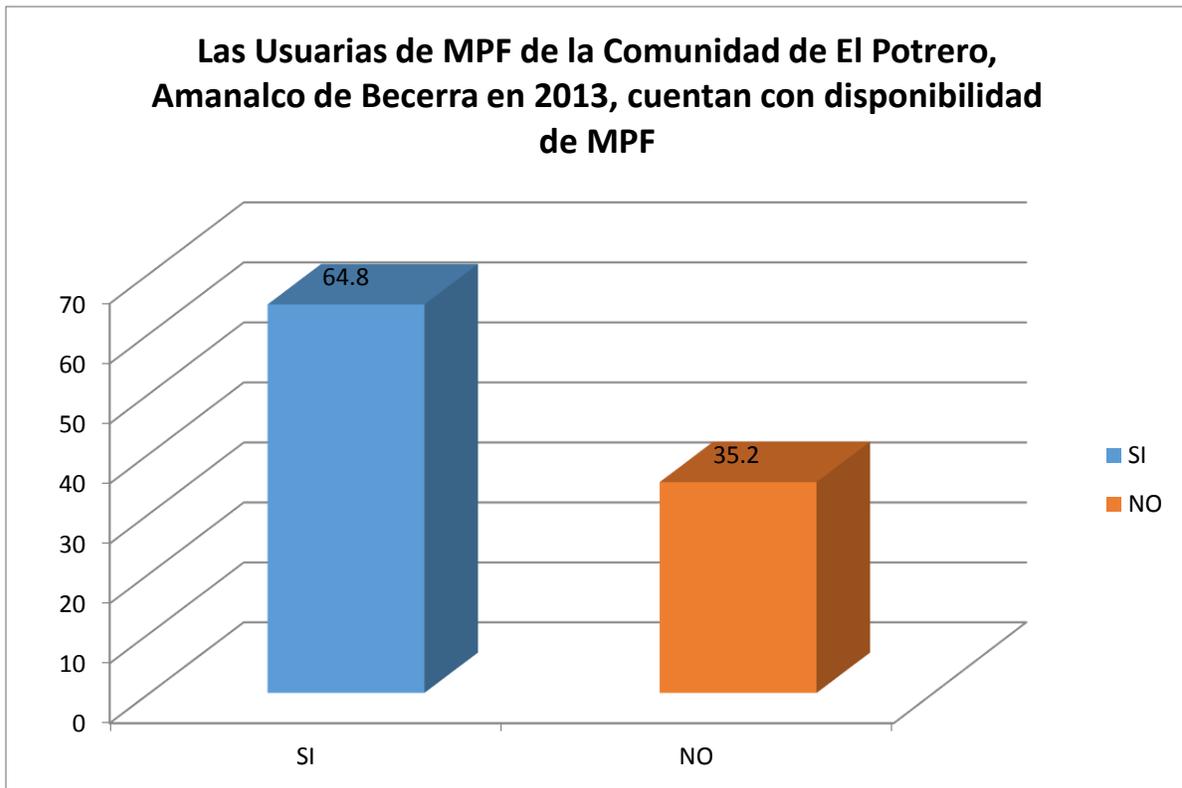
En cuanto a que la religión de las usuarias, el 93% respondió que su religión si acepta el uso de métodos de planificación familiar, el 36.2% dice que no, y el 13.5% lo desconoce.

Tabla 14. Las Usuarias de MPF de la Comunidad de El Potrero, Amanalco de Becerra en 2013, cuentan con disponibilidad de MPF

RESPUESTA	No	%
SI	120	64.8
NO	65	35.2
TOTAL	185	100

FUENTE: CONCENTRADO DE DATOS

Gráfica 14.



Fuente: Cuadro 21

Respecto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos, se encontró que 120 mujeres 64.8% si tiene acceso y conoce los métodos que se ofertan en las instituciones de salud, mientras que 65 usuarias 35.2% no lo tiene.

X. CONCLUSIONES

En base a la información obtenida se concluye lo siguiente:

Al momento de integrar y analizar los datos obtenidos de la encuesta, concluimos que se comprueba parcialmente la hipótesis de nuestro estudio en el que pensábamos previamente que “la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos en la comunidad de El Potrero, Amanalco estado de México en 2013, registrada en el centro de salud es menor que la población activa, y menor a las registradas a nivel Municipal, Estatal y Nacional.

En conclusión la frecuencia de usuarias de método de planificación familiar en la comunidad fue de 158 usuarias que representan el 85% de las usuarias registradas en el tarjetero del centro de salud, y el 69% del registro municipal de usuarias de métodos de planificación familiar.

Y se comprobó que el número de usuarias activas en la comunidad difiere de las registradas en el tarjetero del centro de salud ya que existe un subregistro de usuarias, y algunas con métodos definitivos no están registradas.

Los métodos anticonceptivos más utilizados en el potrero fueron:

- 1.- Salpingoclasia 35.4%
- 2.- Condon masculino 26.6%
- 3.- Implante subdérmico 18.4%

Encontramos que existe mayor prevalencia de uso de métodos entre las mujeres de 20 a 24 años con 31.8%, y en segundo lugar 25 a 29 con 23.7%.

Dentro de los efectos secundarios presentados durante el uso de métodos de planificación encontramos que el más común fueron los cambios en el estado de ánimo el cual se presentó en 47 mujeres, seguido de amenorrea con 37 casos reportados y aumento de peso con 31 casos.

Durante el desarrollo de la investigación se encontró que existe un aumento de uso de métodos de planificación familiar en menores de 15 años, con 6 usuarias registradas, comparado con el registro de tarjeteros de años previos. Así mismo durante las visitas domiciliarias para aplicación de las encuestas, observamos que algunas pacientes contaban con varias cajas de anticonceptivos orales completas en su domicilio, por lo que podemos concluir que no los utilizan adecuadamente a pesar de ser proporcionados en el centro de salud debido a que se trata de un método no supervisado.

Podemos considerar el uso de métodos de planificación familiar como un problema de salud pública, ya que representa un impacto social y económico en la población, debido a que implica disminución de costos relacionados con la crianza y educación de un nuevo integrante, y mantiene el crecimiento demográfico controlado. Así mismo manifiesta un importante cambio en la dinámica familiar y la calidad de vida de los integrantes ya que se procura la participación de la pareja para la elección del método más conveniente. El resultado a largo plazo de un programa de planificación familiar bien estructurado y universal, se verá reflejado en la disminución de casos de muerte materno fetal, y más claramente en el crecimiento poblacional.

XI. RECOMENDACIONES

Se considera importante considerar los aspectos socioculturales de las pacientes y brindar mayor información respecto a la utilización de métodos de planificación familiar, con orientación de acuerdo a las características personales, así como valorar el riesgo de efectos secundarios o contraindicaciones de algunos métodos. Así mismo, fomentar la participación masculina en la elección de método, y hacerlos partícipes de los métodos de igual manera. Esto generara un mayor desarrollo de la comunidad.

Exhortar al personal de salud de la comunidad de el potrero, para realizar un buen seguimiento de las usuarias de métodos de planificación, así mismo incluir a las que no se encuentran registradas, además de ampliar la difusión, información y orientación de este programa.

Es importante dar un seguimiento más personalizado, para generar un impacto mayor en las usuarias. Así mismo, aplicar el cuestionario a las parejas de las usuarias para complementar y tener una visión más global de lo que significa la planificación familiar en la comunidad.

Bibliografía

1. **Reproductive Health Outlook.** [Online] <http://icmer.org/RHO/index.html>.
2. **Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1994.** [En línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>.
3. **Consulta y Asesoría Médica para la Anticoncepción Hormonal Temporal.** Secretaría de Salud. México : s.n., 2009.
4. **Ley General de Salud.** México : Diario Oficial de la Federación, 24 de 04 de 2013, págs. 20-21.
5. **Diario de la Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1994, de los Servicios de Planificación Familiar.** [En línea] http://diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=30/05/1995.
6. **Estadísticas a proposito del día internacional de la mujer. Datos Nacionales 2011.** [En línea] 2011. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/mujer11.asp?inegi&c=2784&ep=53>.
7. Terki, Fatima MD y Malhotra, Usha MD. **Pautas Médicas y de Prestación de Servicios para Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.** 3a ed. Reino Unido : s.n., 2004.
8. Aguilar Á., Arturo y Rodríguez B., Zoser M. **Frecuencia en el Uso de étodos de Planificación Familiar en Mujeres de 15 a 40 años de edad en la Comunidad de Cieneguillas de Labra, Temascaltepec, México, 2012.** Toluca : UAEMex, 2013. pág. 49.
9. **OMS. Planificación Familiar: Un Manual para Proveedores a Nivel Mundial.** s.l. : OMS, 2011. ISBN-13: 978-09788563-0-4.
10. Botero, UJ y Alfonso, JH. **Obstetricia y Ginecología.** 6° ed. México : s.n., 2000. págs. p: 371-388.
11. **Emergency Contraceptive Pills: Medical and service delivery guidlines, 2004. International Consortium for Emergency Contraception.** [En línea] 2° ed., 2004. http://www.cecinfo.org/publications/PDFs/resources/MedicalServiceDeliveryGuidelines_Eng.pdf.
12. Barbato, W y Charamblambopoulos, J. **Tratado de Anticoncepción.** Argentina : Editorial Corpus, 2005. págs. p.267-274.
13. Kaunitz, AM. **Injectable long-acting contraceptives. Clin Obste Gynecology.** 2001. pág. 73.
14. **World Health Organization Task Force on Long-acting Systemics Agents for Fertility Regulation. Comparative Study of the Effects of Two Once-a-month injectable Steroide Contraceptives. Mesigyna and Cyclofem on Lipid and Lipoprotein Metabolism.** [En línea] 1997.

15. Ubaldo, R A y Laura, P I. **Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con VIH.** [En línea] 2008. <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/igualdad-genero/repositorio-documentos/personal-salud/material-tecnico/guia-ssr-mujeres-vih.html>.
16. Ralph, CB. **Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstetrico.** 4° ed. México : Manual Moderno, 1986. págs. p. 513-543.
17. T, Ronald. **Clínicas de Ginecología y Obstetricia.** México : Mc. Graw-Hill Interamericana, 2000. págs. p. 661,670,687,851.
18. Davis, K. y Blake, J. **La Estructura Social y la Fecundidad: Un Sistema Analítico.** México : En Factores Sociológicos de la Fecundidad, 1067.
19. **Práctica anticonceptiva en Guanajuato, Jalisco y Michoacán.** Aguirre, G. 53, México : Carta Económica Regional, año 9.
20. Gútarra, V. **Factores Asociados a la Adapatación o Rechazo del Uso de Métodos Anticonceptivos en Mujeres en Edad Fertil del Barrio El Pacifico de Tumbes. Tesis para obtener el título de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.** 1998.
21. Sánchez, I. **Alternativas Teóricas y Metodológicas para el uso de la Condición de la Mujer y Salud Materno Infantil en la Condición de la Mujer en el Espacio de Salud.** México : COLMES, 1998.
22. **Conocimiento, Prácticas y Uso de métodos Anticonceptivos en América Larina.** CESLAM. s.l. : Centro Latinoamericano Salud y Mujer, 2007.
23. Fondo Monetario Internacional. **Informa Anual 2012. Trabajando Juntos para la Recuperación Mundial. FMI.** [En línea] 2012. http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/ar/2012/pdf/ar12_esl.pdf.
24. R. Rodríguez, Rodrigo O. **Diagóstico de Salud Integral de la Micro-Región El Potrero, Municipio de Amanalco de Becerra, Estado de México 2012- 2013.** Toluca, México : s.n., 2012-2013.

XII. ANEXOS

XII.1. ANEXO 1

CUESTIONARIO

El presente estudio se realiza con fines de investigación y estadística, no será usted expuesta a ningún procedimiento que afecte su salud o ponga en peligro su vida. Es de suma importancia que nos conceda su aceptación. No deberá anotar su nombre. Nos comprometemos que en cuanto se obtengan los resultados, el presente cuestionario será destruido. Agradecemos profundamente su participación.

¿Acepta usted la aplicación del cuestionario?

Si acepto _____ No acepto _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: marque con una "X" la respuesta que elijas. Si surge alguna duda pregunte al encuestador.

Edad _____ Ocupación _____

1. Estado civil:

a. Soltera () b. Casada () c. Divorciada () d. Unión libre () e. Viuda ()

2. Escolaridad:

a. Analfabeta () b. Primaria completa () c. Primaria incompleta ()
d. secundaria () e. preparatoria o carrera técnica () f. Licenciatura ()

3. Religión:

a. Atea () b. Católica () c. Testigo de Jehová () d. Cristiana () e. Otra
¿Cuál? _____

4. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

a. DIU () b. Pastillas () c. Inyecciones () d. Condón masculino ()
e. Implante Subdérmico () f. Condón femenino () g. Salpingoclasia ()
h. Vasectomía () i. Otras ()

5. ¿Actualmente utiliza algún método de planificación familiar?

a. No () b. Si ()

6. ¿Cuál?

- a. Pastillas () b. Inyecciones () c. Implante () d. DIU () e. condón masculino ()
f. Condón femenino () g. Salpingoclasia () h. Vasectomía ()

7. ¿Desde cuándo?

- a. 0-2 años b. 3-5 años c. más de 5 años

8. ¿Cuál es la razón más importante por la que decidiría utilizar un método de planificación familiar?

- a. Por la edad (muy joven o muy añosa) () b. No deseo más hijos ()
c. No cuento con pareja estable () d. Mi pareja migro a EUA ()
e. Prevenir enfermedades de transmisión sexual ()
f. Economía familiar () g. Viudez ()

9. ¿Ha dejado de utilizar algún método de planificación familiar?

- No () b. Si ()

10. ¿Por qué?

11. ¿Considera que la planificación familiar ayuda a la economía de la familia?

- a. Si () b. No ()

12. ¿Su religión le impide el uso de métodos de planificación familiar?

- a. Si () b. No () c. No sé ()

13. ¿Presento algún(os) efecto(s) secundario durante el uso del método de planificación?

- a. No () b. Si ()

¿Cuál (es)? _____

14. ¿Se encuentra a su alcance, disponible o accesibles los métodos de planificación familiar?

- a. Si () b. No ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: “FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE 15 A 40 AÑOS DE EDAD, EN LA COMUNIDAD DE EL POTRERO, AMANALCO DE BECERRA EN 2013.”

Investigador principal MP LUIS ALBERTO OLALDE LÓPEZ, MP RODRIGO OCTAVIO RUBIO RODRIGUEZ

Sede donde se realizará el estudio: EL POTRERO, AMANALCO DE BECERRA, ESTADO DE MEXICO.

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. Encontrar la frecuencia de uso de los métodos de planificación familiar en la comunidad así como demostrar el conocimiento de los diversos métodos disponibles, además de contribuir a la estadística estatal en materia de salud pública.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos; demostrar el número de usuarias de métodos de planificación, dentro del rango de 15 a 40 años de edad, así como estadificar el método anticonceptivo de mas uso, y el mas conocido respectivamente.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que el registro de usuarios a nivel jurisdiccional y estatal discrepa mucho de las usuarias reales dentro de los centros de salud.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted tiene conocimiento de los métodos planificación que se ofrecen en su centro de salud, así como de su correcto uso y posibles efectos adversos.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido para mejorar y fomentar el uso adecuado de los métodos disponibles.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, el tiempo de uso de métodos anticonceptivos, así como de posibles efectos secundarios presentados.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Ninguno, ya que solo se maneja información, sin ahondar en datos personales específicos.

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica la identificación de usuarias registradas en el tarjetero del centro de salud.

Posteriormente la organización por zonas para aplicación de encuestas. La segunda parte del estudio se consistirá de la aplicación de encuesta y firma del consentimiento informado.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor Fecha

Testigo 1 Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador Fecha