

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



CORRELACIÓN OFERTA/ DEMANDA Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES
QUE INTERVIENEN EN LA ADQUISICIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN HGE "LAS
AMÉRICAS", MAYO-OCTUBRE DE 2020

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL ECATEPEC "LAS AMÉRICAS"

TESIS

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

M. C. ALINE ALEJANDRA BERMÚDEZ NÁJERA

DIRECTOR DE TESIS

E. EN G.O. JORGE DANIEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

CO-DIRECTOR DE TESIS

DR. EN C. MARCELINO HERNÁNDEZ VALENCIA

REVISORES

E. EN G.O. ALICIA LIRA ALCÁNTARA

E. EN G.O. ISIDRO ROBERTO CAMACHO BEIZA

E. EN G.O. JULIO CÉSAR PEDROZA GARCÍA

E. EN G.O. MAURICIO MANCILLA CASTELÁN

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2021

Índice

Resumen	1
Summary	3
Marco teórico	5
Planteamiento del problema	25
Justificación	26
Hipótesis	27
Objetivos	28
Metodología	29
Diseño del estudio	29
Operacionalización de variables	29
Instrumento de investigación	33
Desarrollo del proyecto	34
Diseño de análisis	35
Implicaciones éticas	36
Resultados	38
Discusión	50
Conclusión	58
Recomendaciones	60
Referencias	62
Anexos	66

Resumen

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de la sociedad, porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza, por lo que el logro de un espacio adecuado entre embarazos es una vía importante a través de la cual, la práctica anticonceptiva puede brindar beneficios.

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente

El objetivo fue correlacionar la oferta-demanda y describir las variables socioeconómicas y culturales que influyen en la no adquisición de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico de las pacientes demandantes de servicios obstétricos en el Hospital General Ecatepec “Las Américas”

Se realizó un estudio correlacional prospectivo, transversal y descriptivo que incluyó a pacientes con puerperio postparto inmediato (24 horas), del Hospital General Ecatepec “Las Américas”, durante los meses Mayo-Octubre de 2020, el cual incluyó a 946 pacientes, de la totalidad de las pacientes al 51.8% se les realizó la colocación de un método anticonceptivo; de entre las pacientes que solicitaron pero no se les colocó método anticonceptivo, el 42.54% fue por no tener existencia, 3.07% por no ser candidata a la colocación del método solicitado y 16.89% por falta de tiempo quirúrgico, y de ellas 33.77% no contaba con una segunda opción. En pacientes que no aceptaron método de planificación familiar, y su relación con factores socioeconómicos y culturales, se pudo observar que en cuanto a escolaridad, la secundaria incompleta fue predominante con 37.94%, OR 0.49 (IC 95% 0.44 - 0.54) con un valor de $p < 0.000$. En el estado civil de las no aceptantes fue unión libre en un 60.96% OR de 1.57 (IC 95% 1.38 – 1.78) para unión libre, con un valor de $p < 0.000$; Respecto al número de embarazos entre las pacientes sin método anticonceptivo 44.96% tuvieron un embarazo, nivel socioeconómico de las pacientes sin método anticonceptivo 62.72% tuvieron nivel bajo OR 0.4 (IC 95% 0.35 – 0.44), valor de $p < 0.000$. Respecto a la

persona que toma la decisión respecto a la colocación del MA, en las no aceptantes decisión propia fue del 63.38%. La religión predominante entre las pacientes sin colocación de MA 75.22% fueron católicas OR fue de 0.78 (IC 95% 0.75 - 1) valor de p 0.001.

Influencia en la decisión de utilización de un método por efectos adversos reportados por amigos/familiares se presentó en 26% de las no aceptantes fue de 0.74 (IC 95% 0.55 – 1) con un valor de p de 0.053. Las fuentes de información utilizadas en la población sin MA 39.9% fue un médico ginecólogo.

En cuanto a efectos secundarios, el 15.79% de aquellas sin MA ha interrumpido su uso por presencia de efectos secundarios, OR 0.95 (IC 95% 0.67 – 1.35), valor de p 0.077.

En cuanto a efectos secundarios presentados entre las mujeres que no aceptaron MA la mayoría 88% reportan no haberlos presentado y las que si habían presentado, 7.24% fue dolor abdominal, OR 0.85 (IC 95% 0.73 – 1.22), valor de p 0.8056 y el retiro de método anticonceptivo previamente debido a los efectos secundarios en mujeres no aceptantes fue de 7.68% de las mujeres sin MA, OR 1.31 (IC 95% 0.83 – 2.1), valor de p 0.249.

Los factores identificados en este estudio que influyen en la no colocación de método anticonceptivo en el periodo postparto, podemos señalar aquellos que se identifican como factores sociales: dentro de los cuales repercuten el nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, fuente de información, religión y la persona que toma la decisión respecto a la anticoncepción; aquellos que dependen del sistema de salud como es la falta disponibilidad de los métodos y tiempo quirúrgico, y en menor medida las que se relacionan con estado de salud de la paciente, aquellas condiciones que contraindican la colocación de algún método (comorbilidades, infecciones, etc.).

Summary

Maternal and child health constitutes a basic objective of society, because the biological and social reproduction of the human being rests on it; It is an essential condition for the well-being of families, and constitutes a key element in reducing inequalities and poverty, so achieving adequate space between pregnancies is an important way through which contraceptive practice can provide benefits.

Postpartum contraception is the strategy that allows a woman in a puerperal state to postpone a new pregnancy or end her reproductive life, using either a temporary or permanent contraceptive method.

The objective was to correlate supply-demand and describe the socioeconomic and cultural variables that influence the non-acquisition of family planning methods in the post-obstetric event of patients demanding obstetric services at the Ecatepec General Hospital "Las Américas"

A prospective, cross-sectional and descriptive correlational study was carried out that included patients with immediate postpartum puerperium (24 hours), from the General Hospital Ecatepec "Las Américas", during the months May-October 2020, which included 946 patients, from the All 51.8% of the patients underwent the placement of a contraceptive method; Among the patients who requested but were not placed on a contraceptive method, 42.54% were due to not having existence, 3.07% due to not being a candidate for the placement of the requested method and 16.89% due to lack of surgical time, and 33.77% of them were not I had a second option. In patients who did not accept the family planning method, and its relationship with socio-economic and cultural factors, it was observed that in terms of schooling, incomplete high school was predominant with 37.94%, OR 0.49 (95% CI 0.44 - 0.54) with a value of $p < 0.000$. In the marital status of non-accepting women, free union was 60.96% OR 1.57 (95% CI 1.38 - 1.78) for free union, with a value of $p < 0.000$; Regarding the number of pregnancies among the patients without a contraceptive method, 44.96% had a pregnancy, the socioeconomic level of the patients without a contraceptive method, 62.72% had a low OR 0.4 level (95% CI 0.35 - 0.44), p value < 0.000 . Regarding the person who makes the

decision regarding the placement of the MA, in the non-accepting own decision it was 63.38%. The predominant religion among the patients without AM placement 75.22% were Catholic. OR was 0.78 (95% CI 0.75 - 1) value of p 0.001.

Influence on the decision to use a method due to adverse effects reported by friends / relatives was presented in 26% of the non-accepting women was 0.74 (95% CI 0.55 - 1) with a p value of 0.053. The sources of information used in the population without AM 39.9% was a gynecologist.

Regarding side effects, 15.79% of those without AM have discontinued their use due to the presence of side effects, OR 0.95 (95% CI 0.67 - 1.35), p value 0.077.

Regarding side effects presented among the women who did not accept MA, most 88% reported not having presented them and those who had presented, 7.24% was abdominal pain, OR 0.85 (95% CI 0.73 - 1.22), p value 0.8056 and the withdrawal of the contraceptive method previously due to side effects in non-accepting women was 7.68% of women without AM, OR 1.31 (95% CI 0.83 - 2.1), value of p 0.249.

The factors identified in this study that influence the non-use of a contraceptive method in the postpartum period, we can point out those that are identified as social factors: within which the educational level, socioeconomic stratum, marital status, source of information, religion have an impact. and the person making the decision regarding contraception; those that depend on the health system, such as the lack of availability of methods and surgical time, and to a lesser extent those that are related to the patient's state of health, those conditions that contraindicate the placement of a method (comorbidities, infections, etc.).

Marco teórico

Embarazo no deseado

Los investigadores de la población, informan que de los aproximadamente 210 millones embarazos humanos que ocurren cada año en todo el mundo, al menos el 40% (más de 80 millones) no son intencionales; de estos, alrededor de 30 millones terminan en aborto espontáneo y 50 millones resultan en nacimientos vivos no planificados. (Anderson, 2019).

Una cantidad desproporcionada de embarazos no deseados ocurren en jóvenes, mujeres solteras, que a menudo carecen de acceso a educación sexual integral y anticoncepción moderna.² La Organización Mundial de la Salud (2018) ha señalado que los embarazos no planificados en este grupo son un importante contribuyente a la mortalidad materna e infantil.³³

Anticoncepción

La anticoncepción, refiere al comportamiento o práctica que tiene como propósito reducir la probabilidad de concebir un hijo(a), y las preferencias reproductivas se definen como “la aspiración, propósito o deseo de la mujer de embarazarse y tener o procrear más hijos, así como al ideal respecto al número y espaciamiento de sus hijos”; los cambios en estas aspiraciones han motivado la adopción de prácticas anticonceptivas, por lo que su estudio en el análisis de la fecundidad es de gran relevancia. (ENADID, 2018)²¹

México tiene una trayectoria de más de 35 años en la promoción de métodos de planificación familiar, la cual fue impulsada por dos importantes cambios en el marco legal y de las políticas públicas. El primero, en 1973, cuando nuestro país se convirtió en el segundo del mundo y el primero en América Latina en instituir en su Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos (Artículo 4º). [4]

El segundo fue el planteamiento en 1974 de una serie de acciones para regular el crecimiento de la población dentro de la Ley General de Población.³

Si bien desde antes de estos acontecimientos algunas instituciones públicas habían establecido programas de forma aislada, fue a partir del Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1979 que hubo un esfuerzo coordinado de todo el sector salud para promover la planificación familiar y la anticoncepción. Esto trajo consigo una rápida disminución de la tasa global de fecundidad de 7.26 hijos por mujer en 1962, a 3.43 en 1990, y a 2.01 en 2012.³

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza, por lo que el logro de un espacio adecuado entre embarazos es una vía importante a través de la cual, la práctica anticonceptiva puede brindar beneficios. Los embarazos concebidos con intervalos cortos (menos de 20 meses después de un parto anterior) tienen un riesgo considerablemente mayor de bajo peso al nacer, parto prematuro, pequeño para la edad gestacional, así como mortalidad fetal, neonatal y del lactante.^{18, 14, 34}

El riesgo de resultados adversos para la salud es mayor con un intervalo de nacimiento a embarazo de menos de seis meses. Es probable que los niños nacidos entre tres y cuatro años después de un nacimiento anterior tengan una ventaja de supervivencia significativa en comparación con los niños nacidos dentro de los dos años posteriores al nacimiento anterior, además, un segundo embarazo temprano puede influir negativamente en la salud, el desarrollo y la supervivencia del primer hijo.³⁴

Por lo que planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva dados sus potenciales beneficios sociales y de salud, permitiendo a las mujeres evitar embarazos no deseados y mal programados y decidir el número y el espaciamiento de los hijos.

Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo, así como la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad lo que aumenta sus oportunidades de participación en actividades educativas, económicas y sociales ^{3, 17}

Estadística de uso de anticoncepción global

Aunque el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en muchas regiones del mundo, especialmente Asia y algunos países latinoamericanos, su uso sigue siendo bajo en general. A nivel mundial, un ligero aumento fue observado en la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en las últimas dos décadas y media, desde 54% en 1990 a 57.4% en 2015. En diferentes partes del mundo, la proporción de mujeres de 15 a 49 años. ³⁷

Se estima que en los países en desarrollo, 225 millones de mujeres quieren posponer o evitar el embarazo. Sin embargo, estas mujeres no optan por utilizar un método anticonceptivo eficaz³⁷; Sámano (2019), en un estudio realizado en el INPer, México, con respecto al uso, reporta que 7 de cada 10 mujeres de 15 a 49 años (69.2%) han usado alguna vez un método anticonceptivo y al momento de su estudio, identificó que solo 53.4% de las mujeres en edad fértil, usaban anticoncepción. ³⁷

La tendencia mundial está reduciendo las necesidades insatisfechas de planificación familiar. El uso de métodos anticonceptivos aumentó de 54.8% en 1990 a 63.3% en 2010. A pesar de los diferentes patrones regionales, la esterilización fue el método más utilizado en los países en desarrollo en 2012, seguido del dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras anticonceptivas orales (OCP) y condón masculino. Asia y América Latina experimentaron los mayores descensos en la esterilización entre 2003 y 2012, correspondientes al 9% y 15%, respectivamente, con el consiguiente aumento en el uso de métodos hormonales y de barrera a mediano y largo plazo (inyección e implantes). ²³

Estadística nacional

El estudio de los niveles de fecundidad permite comprender y contextualizar el nivel de fecundidad, ya que su uso ha contribuido a que las parejas puedan decidir con libertad el tener hijos o no, el número de estos y su espaciamento.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) presentan resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, fuente de información demográfica y social, señalando que en México residen 124.9 millones de personas, de las cuales 51.1% son mujeres.²¹ En México, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha mostrado un descenso ininterrumpido desde inicios de la década de 1960 cuando las mujeres tenían en promedio 7 hijos por mujer. La tasa global de fecundidad para el trienio 2015 a 2017 es de 2.07 hijos por mujer. En las tasas específicas de fecundidad, se muestra una estructura muy similar al de las dos últimas ENADID, es decir, muestra una cúspide temprana cuyo valor máximo se da en el grupo de 20 a 24 años de edad.

Para este mismo periodo trienal, se observa que las mujeres que residen en localidades rurales tienen mayor fecundidad (2.51 hijos por mujer) que aquellas que residen en localidades urbanas (1.94 hijos por mujer).

El descenso que la tasa global de fecundidad ha tenido a lo largo de tiempo se debe básicamente a la promoción e incremento gradual del uso de anticonceptivos entre las mujeres y sus parejas.

La cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas o casadas aumentó de 15.0% en 1973 a 74.5% en 2003 para posteriormente disminuir a 72.5% en 2009 [1] y la última estimación disponible sitúa esta cobertura en 2018 el porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos es de 53.4%.²¹

La reducción de los nacimientos y las disparidades en el acceso y uso de métodos anticonceptivos son prioridades de política de salud en México.

La política nacional de población apoya el acceso a la anticoncepción para todas las mujeres, incluida la promoción de la provisión de anticoncepción posparto.¹⁶

Anticoncepción postparto (post evento obstétrico)

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.

Las pacientes que usan anticonceptivos antes del embarazo son más propensos a continuar su uso después del parto.³⁷ Abraham *et. al.* mostró en un estudio sobre un grupo de mujeres estadounidenses [1] que el uso de métodos anticonceptivos era similar antes y después embarazo, independientemente de la edad o paridad. Borovac-Pinheiro (2016) ⁸ reveló resultados similares en un grupo de 196 adolescentes brasileñas, de las cuales el 74% usaba un método anticonceptivo antes del embarazo, y el 76% después (principalmente tratamientos hormonales), por otro lado Sámano (2019), en México, demostró en un estudio realizado en el INPer, de igual forma, que las frecuencias del método anticonceptivo utilizado antes y después de un embarazo en México es muy similar. ³⁷

Pasha, *et. al.*, (2015), en su revisión de encuestas de salud en 27 países en vías de desarrollo, demuestra que, a dos meses después del parto, la mayoría de las mujeres en Pakistán han reanudado la actividad sexual. Por lo tanto, la necesidad de la adopción temprana de anticonceptivos después del parto es particularmente importante para la prevención de embarazos no planeados o no deseados.³⁴

El período posparto es potencialmente un momento ideal para comenzar la anticoncepción en mujeres, ya que están fuertemente motivadas y receptivas a aceptar métodos de planificación familiar durante este momento (Husain, 2019) [26]. Por lo tanto, la información, la demanda y el acceso a los servicios anticonceptivos debe ser alta en esta fase del ciclo reproductivo.¹⁴

La adopción de un anticonceptivo posterior a un evento obstétrico sigue siendo un reto incumplido en la realidad del país. Allen, *et. al.*, en su análisis de datos de las ENSANUT 2006 y 2012, reporta que existe un elevado porcentaje que informó no haberlo recibido

después de su último parto o aborto, sobre todo entre las más jóvenes: 52% de las adolescentes, 44.2% de las de 20 a 29 años, 42.5% de las de 30 a 34 años y 39.2% de las de 35 años y mayores .¹³

Ross (2001), en un estudio sobre el uso de anticonceptivos y la posible necesidad insatisfecha entre mujeres posparto dentro de un año después del nacimiento, analizó datos de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) para 27 países, encontró que el 95% de las mujeres posparto no deseaba quedar embarazada dentro de los 2 años posteriores de un nacimiento, sin embargo, el 65% tenía una necesidad insatisfecha de anticoncepción.³¹

Darney, *et. al* (2016) reporta que una mayor proporción de mujeres que dieron a luz en instituciones públicas se quedaron sin un método (42%), en comparación con las mujeres que dieron a luz en instituciones de seguridad social (31%). A diferencia de las mujeres que dieron a luz en el sector privado y fuera de cualquier institución, que las menos propensas a recibir un método (64% y 89% respectivamente). El 68% las mujeres que dan a luz por cesárea planificada se van con anticoncepción, en comparación con el 52% de las mujeres que dan a luz por vía vaginal. ¹⁶

El parto por cesárea, conocido por ser muy común en México, también se asocia con mayores probabilidades de recibir anticoncepción (Abraham, 2015).¹ A medida que buscamos reducir las tasas de parto por cesárea, especialmente la prevención de las primeras cesáreas, debemos mantener el enfoque en la anticoncepción posparto como una estrategia esencial para promover la salud materna y neonatal.¹⁶

Teniendo en cuenta la necesidad demostrada de planificación familiar posparto y el potencial para mejorar los resultados maternos e infantiles a través del espaciamiento efectivo de los nacimientos, existe una clara necesidad de integrar la anticoncepción posparto en los programas de salud materno-infantil; sin embargo, la implementación de programas integrados sigue siendo limitada.³⁴

Para ser más eficaz, se debe proporcionar anticoncepción posparto antes de abandonar el lugar de parto.⁶ Para muchas mujeres, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, el próximo encuentro de atención médica solo puede ocurrir hasta el próximo embarazo.³⁹ El enfoque tradicional de esperar para discutir y proporcionar anticonceptivos hasta la visita posparto de 4 a 8 semanas puede ser demasiado tarde, y las adolescentes pueden tener un riesgo aún mayor de pérdida durante el seguimiento y el posterior embarazo no deseado que las mujeres mayores.¹⁶

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que incluye países de medianos ingresos, México tiene la tasa de natalidad más alta en adolescentes de entre 15 y 19 años. Estas cifras reflejan que una gran proporción de adolescentes experimentan necesidades insatisfechas en el ámbito de la salud reproductiva.⁴³

La demanda insatisfecha de anticonceptivos se define como la cantidad de mujeres sexualmente activas que desean limitar o espaciar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo, en relación con el número total de mujeres sexualmente activas.¹⁰

Pasha, *et. al* (2015) ; en su estudio en seis sitios de la Red Global donde abarca cinco países de bajos y medianos ingresos en tres continentes, con características geográficas, sociales, religiosas y contextuales únicas, reporta que a pesar de estas diferencias, a las seis semanas después del parto, casi todas las mujeres son consistentes en su deseo de retrasar o prevenir un embarazo futuro, sin embargo, esto no se correlaciona con el uso real de un método anticonceptivo moderno, que varió sustancialmente entre los sitios, desde un mínimo del 4% en Thatta, Pakistán, hasta un máximo del 73,5% en Kafue, Zambia.

A pesar de esta diferencia en las tasas de uso de anticonceptivos, en todos los sitios, existe un vínculo claro entre la necesidad insatisfecha de planificación familiar y la edad temprana, ya que las mujeres menores de 20 años tienen más probabilidades de tener una necesidad insatisfecha de planificación familiar.³⁴

La evidencia indica también que la demanda insatisfecha de anticoncepción en México se concentra en mujeres jóvenes, hablantes de lenguas indígenas, residentes de zonas rurales, mujeres con un nivel de escolaridad bajo y residentes en zonas de muy alta marginación (Villalobos , 2017).⁴³

Condiciones sociodemográficas relacionadas a la no aceptación de métodos anticonceptivos

Hay razones que pueden explicar el hecho de que las mujeres no opten por utilizar un método anticonceptivo eficaz, como: bajo nivel educativo; falta de variedad en métodos anticonceptivos; acceso limitado a métodos anticonceptivos, especialmente para las adolescentes más jóvenes, para mujeres de bajo nivel socioeconómico y para mujeres solteras; miedo a los efectos adversos; creencias religiosas o culturales con respecto a la anticoncepción; barreras de género; y de baja calidad servicios médicos.³⁷

Edad

Darney *et. al* (2016), en un estudio realizado a 7022 mujeres de 12 a 39 años que informaron un nacimiento vivo entre 2006 y 2012, reporta que en general, el 43% de las mujeres abandonaron el lugar de parto sin un método anticonceptivo. Una proporción mayor pero no significativa de mujeres de 12 a 19 años dejó el lugar de parto sin un método anticonceptivo 47%, frente a 43% de mujeres de 20 a 29 años y 41% de mujeres de 30 a 39 años.

Las tasas de fertilidad específicas por edad han disminuido en todas las edades en la última década; en el caso de las mujeres de 15 a 19 años, de 105 por 1000 en 1982 a 84 por 1000 en 1986. Los análisis de datos de encuestas recientes sugieren,

sin embargo, que las parejas jóvenes mexicanas todavía tienen su primer hijo durante el primer año de unión y puede tener uno o dos hijos adicionales a intervalos cercanos antes de adoptar métodos anticonceptivos efectivos para limitar su número total de hijos.⁵

El hallazgo de que los embarazos adolescentes, entre las madres de los adolescentes aumentaron la probabilidad de embarazos repetidos; es una fuerte indicación de la influencia intergeneracional; éste es un indicador importante de un entorno familiar que generalmente ofrece alternativas y opciones de roles más limitados para las mujeres. A su vez, dicho entorno promueve la repetición del ciclo: embarazos repetidos muy cercanos.

Esto complementa los hallazgos de otros estudios que muestran que tener una madre que fuera una madre adolescente pone a la mujer, en riesgo de un inicio temprano de las relaciones sexuales y, por lo tanto, de un embarazo temprano.⁵

Nivel educativo

El nivel educativo es uno de los factores asociados con el uso de anticonceptivos. Yago-Simón, *et. al* (2014), demostró que, en un grupo de 583 mujeres de 13 a 24 años, un nivel más bajo de la educación está vinculada a un riesgo elevado de embarazo no deseado, destacando aún más el riesgo de bajo uso de métodos anticonceptivos.³⁷

Holt, *et.al* (2018), refiere en su estudio que en las expectativas de información por edad, las mujeres en jóvenes universitarias tendían a expresar su deseo de información completa sobre el método anticonceptivo, así como las opciones para tomar decisiones autónomas, mientras que las mujeres mayores se sintieron más cómodas la información basada en la evaluación de sus proveedores y su recomendación para satisfacer sus necesidades.²⁴

Wulifan, *et. al* (2016), en sus resultados de entrevistas en la India, además, describen cómo las actitudes positivas hacia las formas modernas de anticoncepción y una comprensión clara de los efectos secundarios reales relacionados con ciertos métodos de FP son más comunes entre mujeres con mayor nivel educativo.⁴⁵

Husain, *et. al*, (2019), a su vez, reporta que las mujeres con alto nivel educativo, tenían más probabilidades de convencer a sus cónyuges y se asoció con la formación de acuerdos sobre su decisión usar contracepción postparto. ²⁶

La escolarización femenina afecta a la planificación familiar aumentando la autonomía femenina y el poder de negociación en sus decisiones. En otras palabras, sin más educación y alfabetización, las mujeres muestran una mayor dependencia de sus parejas cuando se trata la elección.⁴⁶

Husain (2019), reporta que la proporción de mujeres empleadas en comparación con las desempleadas no mostró una asociación estadísticamente significativa al aceptar contracepción inicialmente, pero cuando se realizó el análisis de regresión, las mujeres empleadas tenían el doble de probabilidades de convencer a sus cónyuges. Por lo tanto, tener un mayor nivel de educación y empleo se asociaron significativamente con mayor aceptación de anticoncepción.²⁶

La educación y el estado ocupacional de la mujer (como una representación de la autonomía financiera y el estado social) se identificaron como factores importantes que influyen en si la necesidad de planificación se puede satisfacer fácilmente. La evidencia disponible sugiere que la ocupación femenina y un ingreso independiente aumentan la autonomía de la mujer al reducir la desigualdad de género y mejorar la toma de decisiones dentro de un hogar.⁴⁵

Impacto de género

Los roles de género conducen a entrar en conflicto entre pareja porque el dominio de la planificación familiar se considera "un asunto de mujeres", esto, aunque los hombres todavía se consideran tomadores de decisiones en el hogar (incluido en el uso de planificación familiar). ⁴⁰

Los estudios muestran un impacto significativo de la intención de la pareja masculina sobre el uso final de un método anticonceptivo por su pareja; por lo tanto, dentro de las barreras a la necesidad insatisfecha de anticoncepción de las mujeres se incluye la oposición de sus maridos y la falta de comunicación entre cónyuges. ²²

Si bien es uno de los componentes importantes, a menudo es pasado por alto en el manejo de la fertilidad. La literatura sugiere una asociación significativa entre el papel de las parejas en la toma de decisiones para utilizar métodos anticonceptivos modernos y su continuación. Este estudio reveló que las mujeres apoyadas por su esposo es menos probable que lo suspendan.⁴²

Wulifan, *et. al*, (2016), en su revisión de 34 artículos, 26 cuantitativos y 8 cualitativos, sobre determinantes de necesidad insatisfecha de planificación familiar entre mujeres en edad reproductiva, reporta que en seis de los estudios cualitativos revisados, se representan deseos dominantes insatisfechos, de limitación de nacimiento; estos relacionados con fuertes tradiciones patriarcales, mayor valorización para hijos varones que para niñas, y principalmente por prácticas rurales que garanticen la seguridad económica o social (basado en el tamaño de la familia grande); por lo que es esperado que las mujeres tengan muchos hijos.

Además, tres de los estudios cualitativos revisados exploraron el papel de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, encontraron que en entornos patriarcales, incluso en contextos de normas restrictivas de género, las mujeres informaron estrategias de afrontamiento específicas para mantener cierto nivel de autonomía sexual, como el uso secreto de la anticoncepción.⁴⁵

Conocimiento de métodos anticonceptivos

El conocimiento de los métodos anticonceptivos sigue siendo limitado para muchas mujeres. La conciencia y el uso actual son más altos para los ACO y los condones masculinos, mientras que el conocimiento de otros métodos varía en gran medida entre los países, dependiendo de la accesibilidad y los factores culturales.³²

No se brinda educación sexual adecuada en muchos países de América Latina y el Caribe, incluido México, creando la situación en la que jóvenes y adultos, no saben cómo evitar un embarazo.³²

En América Latina y el Caribe, entre el 25 y el 38% de 12 a 19 años son sexualmente activos. Samandari (2010), y Gilliam et al. (2011), informaron que la mayoría de los adolescentes sexualmente activos en México y el resto de América Latina y el Caribe utilizaron uno de los métodos menos efectivos de control de la natalidad, especialmente durante su primera relación sexual. Esta situación muestra un deseo de evitar embarazo no deseado, acompañado de conocimiento insuficiente sobre el uso adecuado de diferentes métodos de control.³⁷

Sin embargo la encuesta ENADID, capta información sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para evitar o postergar el embarazo de las mujeres de 15 a 49 años de edad y señala que para 2018, de las mujeres de 15 a 49 años, 98.6% conocen como mínimo un método anticonceptivo; de ellas, 95.6% conocen el uso correcto de al menos un método, un punto porcentual más que en 2014 (94.4 %) (ENADID, 2018).²¹

En relación con los métodos anticonceptivos, las encuestas disponibles indican que la gran mayoría de los adolescentes han escuchado hablar de algún método anticonceptivo; sin embargo, si se analiza su conocimiento a profundidad, se identifica que para muchos este es erróneo o incompleto.¹²

Otra razón para no usar métodos anticonceptivos es la falta de conocimiento sobre las diferentes opciones de control de la natalidad y acceso limitado a métodos que no sean condones.³⁷ En una muestra de 7049 mujeres de cinco países de Mesoamérica, Ríos-Zertuche et al. (2017) encontró que el uso efectivo la anticoncepción es baja, y el conocimiento sobre los métodos disponibles es muy limitado entre quienes viven en zonas pobres o marginadas.³⁵

Las capacitaciones sobre el manejo adecuado de los efectos secundarios siguen siendo el área más descuidada del servicio de planificación familiar, lo que a su vez da como resultado una proporción cada vez mayor de usuarios de métodos de planificación familiar y una brecha cada vez mayor en el uso actual y constante de los métodos de planificación familiar.

A pesar de recibir información de la escuela y los medios de comunicación sobre lo negativo consecuencias del embarazo, los niveles de conocimiento con respecto a su sexualidad y la salud reproductiva siguen siendo claramente deficientes.³⁷

Religión

Las relaciones entre la fe religiosa y la planificación familiar es compleja y variable. Mientras el uso de anticoncepción está prohibido por la Iglesia Católica Romana, muchas tradiciones protestantes permiten el uso de métodos de planificación familiar (Sundararajan, 2019).⁴⁰

Sundararajan, *et. al.* (2019, reporta en su estudio que mientras que para algunos llevó a la conclusión absoluta de que la planificación familiar se opuso a su fe religiosa, muchos aplicaron sus interpretaciones de la moral religiosa a la cuestión de planificación familiar y concluyó que no era solo aceptable, sino totalmente apoyado por su marco moral religioso.⁴⁰

Origen étnico

La raza y el origen étnico son factores potenciales que afectan el uso de anticonceptivos., Ríos-Zertuche, *et. al.*, (2019), en un estudio realizado en 7049 mujeres, de cinco países de Mesoamérica, mostro un hallazgo consistente a lo largo de su estudio, que la etnia indígena se asoció negativamente con el uso de anticonceptivos. Las personas con etnia indígena pueden enfrentar barreras adicionales para el acceso, como problemas de comunicación y discriminación. Los médicos que atienden a los pobres a menudo provienen de diferentes orígenes culturales y hablan diferentes idiomas de los que atienden³⁵; una mejor comprensión de los factores que guían la elección de una mujer podría impulsar el asesoramiento y afectar la adopción y la continuación de la anticoncepción efectiva.³⁸

Miedo a efectos adversos

Falta de conocimiento anticonceptivo, efectos secundarios de la anticoncepción y normas culturales relacionadas con el uso de anticonceptivos han sido bien documentados en anteriores literaturas como influencias en la elección de opciones anticonceptivas. (Dixon, 2014).¹⁹

Claringbold, *et. al* (2019), realiza encuesta en 20 mujeres de diferentes países, donde se evidencia que el tema del miedo tenía tres focos: efectos adversos secundarios de la anticoncepción, invasividad de estos y el estigma social que rodea el uso de anticoncepción.

La percepción del estigma que rodea el uso de anticonceptivos, está fuertemente influenciando las opciones anticonceptivas de las mujeres, particularmente los de países no occidentales.¹³

El comportamiento sexual y los métodos anticonceptivos se ven afectados por los mensajes culturales sobre género y sexualidad relacionados con demasiados estereotipos y estándares. Nimbi, *et. al.* (2019), reporta los datos de entrevistas con 88 mujeres, 47 informaron un énfasis en las preocupaciones con respecto al aumento de peso y la volatilidad del estado de ánimo atribuido al uso de anticonceptivos. Estas creencias negativas están estrictamente relacionadas con el estereotipo femenino (pasividad femenina, énfasis en el atractivo y la belleza del cuerpo, interruptores emocionales bipolares incontrolables e irracionales durante la menstruación).³²

Wulifan, *et.al*, (2016), reporta en su estudio de Ruanda, que la aprobación de una mujer de la planificación familiar, pareció disminuir su necesidad insatisfecha de limitación. La evidencia cualitativa indica que la aprobación o desaprobación femenina de los métodos anticonceptivos modernos está influenciado principalmente por los conceptos erróneos de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos (identificados en seis estudios) y / o comprensión limitada del potencial efectos secundarios (identificados en tres estudios).

El miedo a los efectos secundarios, a menudo se basan en una sobreestimación de complicaciones raras (por ejemplo, infertilidad permanente, tumores malignos o incluso la muerte; estas, como resultado del uso hormonas anticonceptivas o DIU), indicaciones incorrectas (por ejemplo, abuso de ACO sin orientación del médico), o basados en rumores no validados.⁴⁵

Sundararajan, *et. al.* (2019), en su estudio demuestra que las participantes expresaron su preocupación por el potencial negativo repercusiones de la planificación familiar en sus cuerpos, revelando que circulan muchos rumores en comunidades sobre los efectos secundarios de la planificación familiar, incluyendo cáncer ginecológico, alteración peligrosa de la menstruación y esterilización indeseada permanente.⁴⁰

Los factores culturales tienen un grave impacto en la adherencia a la contracepción, porque los efectos secundarios están infundidos de significados sociales que pueden desafiar los objetivos de las mujeres para prevenir el embarazo. (Nimbi 2019).³²

Experimentar los efectos secundarios de un método ha sido bien documentado en la literatura como una de las principales causas de la interrupción de un método anticonceptivo moderno.

Más del 80% de los usuarias, en este estudio informaron, descontinuaron el método al experimentar efectos secundarios del último método que usaron (Thobani, 209).⁴²

Por lo que los profesionales de la salud requieren el conocimiento y la comprensión de las culturas y religiones para proporcionar asesoramiento anticonceptivo adecuado y adaptado a todas las mujeres.³²

Servicios de salud proveedores

Las necesidades insatisfechas en el ámbito de la salud reproductiva, se pueden explicar en gran parte por la adquisición de conocimientos insuficientes sobre los anticonceptivos y la presencia de temores en relación con los efectos secundarios de los mismos, así como por la falta de una consejería adecuada, la existencia de barreras

para conseguir los métodos y una mala calidad de la atención en salud reproductiva. (Villalobos, 2017).⁴³

El método anticonceptivo ideal, para una mujer puede variar según edad, salud general, fertilidad, ya sea fumadora o no fumadora, número de parejas sexuales, conveniencia y facilidad del método. (Kahramanoglu , 2017).²⁷ Por lo que el asesoramiento anticonceptivo por parte de los servicios de salud, parece influir de forma positiva en las decisiones de las mujeres y les ayuda a elegir el mejor método anticonceptivo.³²

El uso imperfecto de un método anticonceptivo es a menudo causado por información incorrecta y recomendación de proveedor de atención médica. ²⁰ Para reducir las tasas de fracaso de los métodos anticonceptivos, el clínico debe ir más allá de la presentación de información y dar asesoramiento detallado que cubra el mecanismo de acción, los posibles efectos secundarios y los riesgos y beneficios de un método anticonceptivo particular.²⁷

Con respecto a ello, sobre el concepto de confianza en el proveedor, Holt, *et. al* (2018) en un estudio realizado en 43 mujeres en México, reporta cómo las mujeres describieron la confianza como una interacción ideal alrededor de la anticoncepción. El proveedor, al no generar confianza en las mujeres estas se describieron constantemente renuentes a expresar sus necesidades y preferencias, o a hacer preguntas, y destacaron la falta de la confianza a menudo como una razón para terminar una visita sin su necesidad de anticoncepción satisfecha,²⁴ por lo que un deseo de información clara, completa y correcta era comunicada constantemente como el aspecto más importante de una interacción ideal de asesoramiento anticonceptivo.³²

Estatus socio-económico

En los países subdesarrollados, el ingreso familiar ha demostrado tener un efecto sobre el uso y la elección de la anticoncepción método. ²Tanto la prevalencia del uso regular de los anticonceptivos y la elección de los anticonceptivos modernos fueron mayor entre las mujeres con mayores ingresos.²⁷

Husain, *et. al.* (2019), en su estudio en 566 mujeres en Pakistán reporta que las mujeres empleadas pertenecientes a las clases sociales superiores que deseaban limitar el tamaño de la familia eran tres o cuatro veces más propensos a optar por anticoncepción postparto, en comparación con las mujeres de clase media o baja, desempleados o con mayor paridad.²⁶

Wulifan (2016), refiere que el bajo nivel socioeconómico y / o la residencia rural fueron examinados por nueve estudios cuantitativos y encontró un aumento de la necesidad insatisfecha total de PF en cinco estudios. El bajo nivel socioeconómico aumentó significativamente la necesidad insatisfecha de espaciamiento entre embarazos en los estudios de Pakistán, Zambia y Eritrea, principalmente porque las mujeres de menor nivel socioeconómico tienen muchas probabilidades de tener un nivel educativo más bajo.⁴⁵

Sin embargo, con base en la evidencia cuantitativa, parece que el trabajo independiente de una mujer o su estado de ingresos, y por lo tanto un ingreso más disponible y un poder de decisión económica, también permite una mayor autonomía reproductiva (Wulifan, 2016). ⁴⁵Thobani *et. al.* (2019), en su estudio reporta que el índice de riqueza socioeconómica mostró que el 27.7% de usuarias que descontinuaban anticonceptivos, en contraposición del 18.9% de las usuarias que continuaban pertenecían a un nivel socioeconómico bajo; mientras que el 8.0% del usuario descontinuado y el 14.8% del usuario continuado pertenecían al grupo de nivel socioeconómico superior.⁴²

En los EE. UU., un estudio cualitativo con mujeres pertenecientes a minorías de bajos ingresos mostró que muchas de las mujeres habían experimentado una comunicación deficiente durante el asesoramiento anticonceptivo posparto (Yee 2011). El

asesoramiento debe ser apropiado para las intenciones de fertilidad, estilo de vida, preferencias y situación socioeconómica de la mujer.

Las intervenciones apropiadas pueden ayudar a aumentar la comprensión sobre el riesgo y la prevención del embarazo, así como a mejorar el uso de métodos anticonceptivos efectivos. ²⁸

Predisposición social

Los cambios en las circunstancias de la vida y las preocupaciones sobre los efectos secundarios se encuentran entre las razones más comunes para el mal cumplimiento de la anticoncepción, por lo que las percepciones de las experiencias anticonceptivas de los contactos sociales se asociaron con previsibilidad de aceptabilidad.

Tiihonen en un estudio en 2007 mostró que las mujeres prefirieron consultar a su médico para obtener información sobre los beneficios de la contracepción, pero generalmente las pacientes consultaron sobre los riesgos y los efectos secundarios con amigas y familiares.

Esto es consistente con varios estudios previos que muestran que las mujeres consideraron la opinión de sus contactos sociales (experiencias positivas o negativas) en su propia toma de decisión anticonceptiva, [23,25] por ejemplo, Anderson. et al. descubrió que al seleccionar un método, las mujeres ponían gran importancia en las experiencias anticonceptivas personales de sus contactos sociales. ⁴

Cohen, *et.al.* (2017) en un estudio realizado en 1148 mujeres jóvenes demuestra que las características demográficas y el previo conocimiento e influencias están asociadas, pero no son determinantes en la elección de anticonceptivos. Mientras que actitudes y creencias adquiridas de experiencias y contactos sociales son muy significativas para una mujer que contempla un método anticonceptivo; por lo que la información obtenida en la visita clínica es una importante contribución al proceso de toma de decisiones. ¹⁵

Es esencial que se brinde asesoramiento individualizado para garantizar que las opciones anticonceptivas propuestas se adapten a las preferencias personales, el estilo de vida y las prácticas de cada mujer y aborde cualquier problema psicológico, relacional, sexual y cultural asociado.³²

Número de embarazos

Wilopo, *et.al.* (2017) en su revisión de encuestas de salud, reporta como que el número de niños nacidos influye en el uso de anticonceptivos después del parto. Las mujeres con 2–3 niños tienen 1.3–1.4 veces más probabilidades de usar anticonceptivos que las mujeres con un hijo, mientras que las mujeres con cuatro o más hijos no tenían más probabilidades de adoptar anticonceptivos en el período posparto extendido que las mujeres con un hijo.⁴⁴

Disponibilidad de métodos anticonceptivos

Algunas mujeres no desean un método anticonceptivo o pueden querer quedar embarazadas nuevamente pronto, y algunas mujeres pueden desear métodos no comúnmente disponibles en el entorno hospitalario posparto (por ejemplo, métodos hormonales).¹⁶

Gonçalves (2019), revela en su estudio que persisten importantes desigualdades sociales con respecto al uso de métodos anticonceptivos, que pueden estar relacionados tanto con dificultades de acceso como con la fragilidad de las acciones en salud reproductiva para lograr las necesidades y preferencias de las mujeres que son más vulnerables socialmente.²³

El 7–27% deja de usar un método anticonceptivo por razones relacionadas con la calidad del servicio, la falta de disponibilidad del método de su elección, el desabastecimiento y el sistema de derivación ineficaz.⁴²

Estado civil

En México, según la ENADID 2018 De la población de 15 años y más, 39.9% está casada, 28.8% es soltera, 18.1% vive con su pareja en unión libre y 13.2% es ex unida (separada, divorciada o viuda), (ENADID 2018).²¹

Las encuestas demográficas y de salud posteriores indican que la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos es del 32% entre las mujeres casadas en general, mientras que entre un tercio y la mitad de las mujeres solteras tienen una necesidad insatisfecha de tales métodos (Westhoff 2012).²⁸

En contraste, se observa un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad [3]. Atkin, *et. al*, (1992) reportan que las pacientes que percibieron el apoyo de su pareja (y, por lo tanto, estaban en unión con él o continuaban viéndolo durante el primer embarazo), pudieron actuar de acuerdo con la intención de evitar un embarazo posterior a los 3 años, usando método anticonceptivo, a diferencia de las madres que ya no tienen una relación con su pareja, que no usan anticonceptivos incluso después de dar a luz.⁵

Planteamiento del problema.

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental para la salud reproductiva, tomando en cuenta sus beneficios sociales y de salud. A pesar de que México tiene una trayectoria de más de 35 años en la planificación familiar y se ha logrado promover a través de una forma efectiva como lo es la anticoncepción pos evento obstétrico, existen factores que originan bajos porcentajes de uso en la misma: algunos de ellos, por mencionar, son el desconocimiento por parte de la paciente acerca de los métodos anticonceptivos, la desinformación de ella y su pareja, la influencia de su pareja en la decisión de uso, así como situaciones culturales como lo es la religión, nivel educativo e incluso factores que no dependen de la paciente, sino de la unidad de salud, donde el desabasto de métodos anticonceptivos solicitados crea una barrera más.

El presente trabajo pretende identificar los principales factores tanto de oferta y demanda así como los socioeconómicos y culturales que influyen en la no aceptación de la anticoncepción pos evento obstétrico, por parte de las mujeres que resolvieron su embarazo en el Hospital General Ecatepec “Las Américas”. La comprensión de los factores que influyen en la elección, el inicio y el cumplimiento de los anticonceptivos posparto podría informar estrategias para reducir el embarazo no planificado. Los hallazgos reportados en este documento pretenden ser útiles para los servicios de salud u otras instancias que deseen intervenir con alguna de las recomendaciones señaladas. Debido a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Habrá Correlación entre la oferta y demanda de métodos anticonceptivos y las variables socioeconómicas y culturales en la adquisición de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico de las pacientes demandantes de servicios obstétricos en el Hospital General Ecatepec “Las Américas” ?

Justificación

Una razón central para la promoción de la planificación familiar es el beneficio potencial para la salud de las madres y sus hijos, poder determinar el número de hijos y disminuir la prevalencia de embarazos no deseados es una importante forma de mejorar la calidad de vida del núcleo familiar. A pesar de las estrategias utilizadas como es la anticoncepción postparto, los factores asociados al bajo uso de anticonceptivos son diversos y variables entre poblaciones, por lo que es importante conocer cuáles son los factores más relevantes que inciden en la no aceptación de los métodos anticonceptivos ya que permitirá realizar intervenciones o estrategias que permitan incrementar la adopción de los mismos y de esta forma disminuir las consecuencias de los embarazos no deseados.

Por lo antes citado, este trabajo pretende correlacionar la oferta y demanda de métodos anticonceptivos y los factores socioeconómicos y culturales en torno a la aceptación de la anticoncepción en el pos evento obstétrico, por parte de las mujeres puérperas atendidas en el Hospital General Ecatepec “Las Américas”, una vez identificados, se podrá proponer recomendaciones para una intervención o estrategia que permita incrementar la adopción de anticoncepción pos evento obstétrico en la unidad hospitalaria.

Hipótesis

Hipótesis alternativa

La oferta de métodos anticonceptivos cumple la demanda por parte de la paciente y la adquisición se relaciona con una mejor situación socioeconómica y cultural

Hipótesis nula.

La oferta de métodos anticonceptivos no cumple con la demanda por parte de la paciente y su adquisición no se relaciona con su situación socioeconómica y cultural

Objetivos

Objetivo general.

Correlacionar la oferta-demanda de métodos anticonceptivos en el pos evento obstétrico de las pacientes demandantes de servicios obstétricos en el Hospital General Ecatepec “Las Américas”.

Objetivos específicos

- Describir las variables socioeconómicas y culturales de las pacientes que influyen en la no adquisición anticoncepción en el puerperio inmediato
- Determinar las causas prevalentes de no aceptación de anticoncepción en el postevento obstétrico.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio correlacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Se realizó una entrevista a las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital General de Ecatepec “Las Américas” y que estuvieran cursando con un puerperio inmediato (24 horas pos evento obstétrico), el cual se dividió en dos partes la primera una entrevista a la paciente siguiendo una encuesta pre codificada que incluye aspectos de oferta-demanda y una segunda parte donde se incluyeron aspectos generales, socio-económicos, culturales.

La encuesta tuvo como finalidad registrar variables socioeconómicas, culturales, y de oferta demanda, motivos por los cuales las encuestadas no aceptaron la adopción de la anticoncepción posevento obstétrico.

Operacionalización de variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION TEORICA DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
METODO ANTICONCEPTIVO SOLICITADO	Tipo de método anticonceptivo que la paciente solicita en su puerperio inmediato	(independiente a su existencia o no en el Hospital)	Cualitativa nominal	1. DIU de cobre 2. SIU Mirena 3. Implante subdérmico 4. Oclusion tubaria bilateral 5. Otro	Nominal policotómica.
DISPONIBILIDAD	Conjunto de fondos o bienes disponibles en un momento dado	Capacidad de brindar método de planificación de elección de forma inmediata al evento obstétrico	Cualitativa nominal	Disponible No disponible	Nominal dicotómica
EDAD	Tiempo que ha vivido	Independiente	Cuantitativa	Años	Ordinal

	una persona	Tiempo en años cumplidos al momento del estudio	discreta	14-16 años 17-19 años 20-35 años > 35 años	Rango
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Independiente Condición civil en el momento del estudio	Cualitativa nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada	Nominal Policotómica
NUMERO DE GESTAS	Número total de embarazos resueltos que ha tenido una mujer	Número total de embarazos resueltos en el momento del estudio.	Cualitativa nominal	1. Uno 2. Dos 3. Más de dos	Nominal tricotómica
ESTADO SOCIOECONOMICO	Segmentación clasifica a los hogares, y a sus integrantes, de acuerdo a su bienestar económico y social, de acuerdo a la satisfacción necesidades de espacio, salud e higiene, comodidad y practicidad, conectividad, entretenimiento dentro del hogar, y planeación y futuro.	Regla AMAI 2018 para estimar el Nivel Socioeconómico 1. A/B (Alto) 2. C+ (Medio) 3. C (Medio) 4. C- (Medio) 5. D+ (Bajo) 6. D (Bajo) 7. E (Bajo)	Cualitativa ordinal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Nominal tricotómica
RELIGION	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad , de sentimientos de veneración y temor hacia ella , de normas morales para la conducta individual y social	Independiente Tipo de creencia que practique en el momento del estudio	Cualitativo nominal	Católica Testigo de Jehová Cristiana Ninguna Otra	Nominal policotómica

BARRERA RELIGIOSA	Oposición al uso de métodos anticonceptivos relacionada a la creencia religiosa	Influencia de la religión en la decisión de no uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Nominal dicotómica
EFFECTOS ADVERSOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS	Reacción nociva o no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis habitualmente utilizadas en la especie humana	Presencia o ausencia de efectos adversos con el uso previo de algún método anticonceptivo	Cualitativa nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Nominal dicotómica
PREDISPOSICION SOCIAL	Actitud que tiene una persona para afrontar una actividad concreta	Influencia de la mala información sobre los efectos adversos en su entorno social.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Sí 2. No	Nominal dicotómica
PARTICIPACION CONYUGAL	Expresan el comportamiento que, determina la participación que tiene la pareja en la elección de anticoncepción	Independiente Participación de pareja en la toma de decisiones sobre uso de métodos de planificación familiar	Cualitativa nominal	1. Decisión propia 2. Decisión de pareja 3. Ambos	Nominal Tricotómica
NIVEL EDUCATIVO	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Independiente Nivel educativo más alto hasta el momento del estudio 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura	Cualitativo ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura	Ordinal Policotómica

FUENTE DE INFORMACION	Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento	Principal fuente de información que han ocupado para conocer sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medico ginecólogo 2. Médico general 3. Otro personal sanitario 4. Familia /amigos 5. Centro educativo 6. Televisión 7. Internet 8. Otro 	Nominal policotómica
-----------------------	---	--	---------------------	---	----------------------

Instrumento de investigación

Para la recolección de información se aplicó un cuestionario elaborado para este proyecto (Anexo X). La aplicación de este cuestionario tuvo una duración aproximada de 10-15 minutos. Se recabó el consentimiento bajo información escrito para mujeres mayores de edad, así como consentimiento de los padres para aquellas menores de edad, el cual fue previamente aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Ecatepec "Las Américas".

Debido a que no existe una encuesta oficial realizada para este estudio, las preguntas realizadas en el cuestionario en relación a nivel de estudios, estado civil, medios de información, influencia en elección, fuente e información fueron fundamentadas en la Encuesta sobre la percepción de métodos anticonceptivos realizada en mujeres españolas elaborada para Janssen compañía farmacéutica de Johnson & Johnson, realizada en 2012 y modificada para los fines de este estudio; para evaluar el estado socioeconómico se utilizó el cuestionario AMAI para la aplicación de la regla NSE 2018 (Índice de Niveles Socioeconómicos) adaptado para hogares mexicanos, así como su clasificación.

El resto se adaptó de acuerdo a las necesidades del presente estudio.

Desarrollo del proyecto

El estudio se llevó cabo en el Hospital General Ecatepec “Las Américas”, en el área de recuperación y puerperio de bajo riesgo.

Se captaron a las pacientes pos-evento obstétrico, mediante los médicos residentes de primer y segundo año. Se le informó sobre el presente estudio así como sus objetivos y se solicitó consentimiento para poder participar en el mismo.

Se entregó hoja de consentimiento informado y en caso de menores de edad, se entregó el mismo a familiar responsable, al cual se le explicó de igual forma sobre el estudio y sus objetivos.

Finalmente y previa autorización de protocolo de investigación por el comité de ética así como de directivos del hospital se entregó un cuestionario (Anexo X), y se realizó este procedimiento en todas aquellas pacientes en puerperio inmediato, durante un periodo de 6 meses. Mayo- Octubre de 2020.

Diseño de análisis

Los datos obtenidos se recopilaron en una Hoja de cálculo de Excel versión 2019-365. Posteriormente, se analizaron en SPSS versión 26.0 y se realizó un análisis descriptivo de los factores socioeconómicos y culturales encontrados el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media, mediana, moda y desviaciones estándar.

Posterior a la descripción de los factores socioeconómicos y culturales, se realizó correlación de oferta contra demanda en la adquisición de métodos anticonceptivos, por medio de la prueba estadística Chi Cuadrada, para determinar asociación entre variables cualitativas

Implicaciones éticas

El presente estudio está realizado con apego a leyes y normas nacionales, así como tratados internacionales implicados en la investigación en seres humanos.

Se solicitó aprobación del comité local de ética, en consideración con la Declaración de Helsinki en su última enmienda en Corea del Sur en el 2008, el código de Nüremberg, el reporte de Belmont; además de las instancias legales mexicanas: la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la Salud.

De acuerdo con los artículos 96, 100 y 102 de la Ley General de Salud, este estudio se catalogó como de riesgo mayor al mínimo para las pacientes, ya que no involucró procedimientos que pongan en riesgo la vida de estas.

En el Código de Bioética para el personal de Salud en México, en el capítulo 7, que se refiere a la bioética en la investigación de Salud, especifica en el capítulo 40 y se lee:

“El beneficio de los pacientes y la comunidad se basa en el progreso de la ciencia de la Salud que se fundamenta en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal, fuente de su propio desarrollo. “

El estudio contó con la autorización del comité de investigación y ética del Hospital General de Ecatepec “Las Américas” y la Universidad Autónoma del Estado de México, por ser un estudio observacional en donde solo se recogen datos clínicos, no representa ningún riesgo para sus pacientes.

Para la realización del proyecto terminal, se aplicaron dos tipos de consentimiento bajo información: el primero para mujeres entrevistadas y el segundo se planeó para las mujeres puérperas menores de edad, a fin de que la aplicación de la encuesta se autorizara por sus padres

En ambos se expuso que la participación era voluntaria y que se preguntarían datos que serían utilizados únicamente para esta investigación, siendo libres de solicitar retirar su participación en cualquier momento.

Resultados

Se realizó un estudio transversal, el cual incluyó a 946 pacientes, las cuales 7.3% (n= 69) se encontraban entre los 14 a 16 años, 12% (n= 113) 16 a 19 años, 74% (n= 699) entre 20 y 35 años y 6.8% (n= 64) mayores de 35 años. (Tabla1)

Tabla 1. Distribución, Riesgos y significancia general y por utilización de MA de característica sociodemográficas

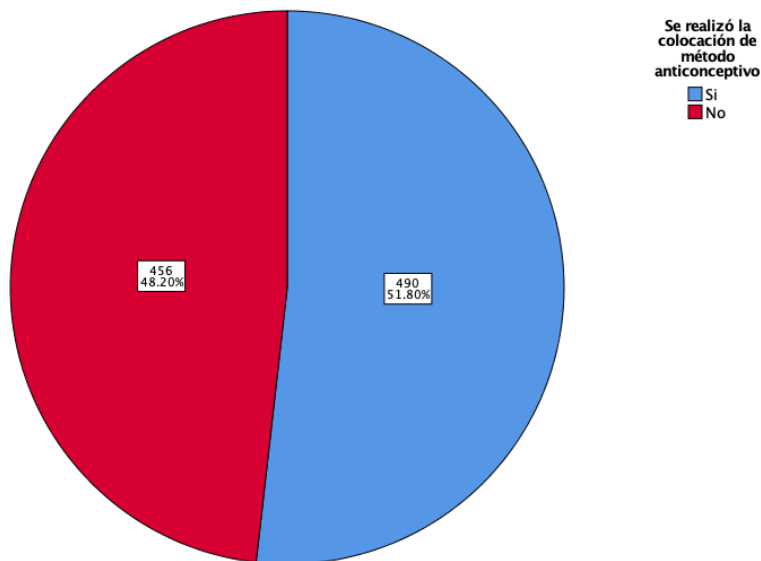
Variable	General		Con método anticonceptivo		Sin método anticonceptivo		OR (IC 95%)	p
	Frecuencia (946)	Porcentaje 100%	Frecuencia (490)	Porcentaje 100%	Frecuencia (456)	Porcentaje 100%		
Edad								
14 a 16 años	69	7.3	44	8.98	25	5.48	1.02 (0.79 - 1.32)	0.27
16 a 19 años	113	12.0	60	12.24	53	11.62	0.85 (0.66 - 1.1)	
20 a 35 años	699	74.0	346	70.61	353	77.41	0.79 (0.64 - 0.97)	
> de 35 años	64	6.8	40	8.16	24	5.26	Ref	
Nivel educativo								
Analfabeta	6	0.6	6	1.22	0	-	1 (1 - 1)	<0.000
Primaria incompleta	39	4.1	22	4.49	17	3.73	0.54 (0.43 - 0.74)	
Primaria completa	81	8.6	42	8.57	39	8.55	0.52 (0.42 - 0.64)	
Secundaria incompleta	233	24.6	99	20.20	134	29.39	0.42 (0.36 - 0.49)	
Secundaria completa	339	35.8	166	33.88	173	37.94	0.49 (0.44 - 0.54)	
Preparatoria incompleta	184	19.5	102	20.82	82	17.98	0.55 (0.49 - 0.63)	
Preparatoria completa	57	6.0	46	9.39	11	2.41	0.81 (0.71 - 0.92)	
Licenciatura	7	0.7	7	1.43	0	-	Ref	

Estado civil									
	Soltera	313	33.1	175	35.71	138	30.26	Ref	
	Casada	98	10.4	58	11.84	40	8.77	0.6 (0.47 - 0.76)	<0.000*
	Unión libre	535	56.6	257	52.45	278	60.96	1.57 (1.38 - 1.78)	
Número de embarazos									
	Uno	448	47.4	243	49.59	205	44.96	Ref	
	Dos	305	32.2	152	31.02	153	33.55	0.92 (0.8 - 1.06)	0.183
	Más de 2	193	20.4	95	19.39	98	21.49	0.91 (0.77 - 1.07)	
Estado socioeconómico									
	Alto	3	0.3	3	0.61	0	-	Ref	
	Medio	469	49.7	299	61.02	170	37.28	0.64 (0.6 - 0.69)	<0.000

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres posevento obstetrico en HGE "Las Americas"

De la totalidad de las pacientes al 51.8% (n= 490) se les realizó la colocación de un método anticonceptivo (MA). (Gráfica 1)

Gráfica 1. Distribución de pacientes a quienes se les realizó colocación de MA.



Fuente: Encuestas realizadas a mujeres poseventu obstetrico en HGE "Las Américas"

Al realizar esta distinción, pudimos observar que entre las pacientes a quienes se les colocó un MA, el 9.98% (n= 44) tenían entre 14 y 16 años, 12.24% (n= 60) entre 16 y 19 años, 70.61% (n= 346) entre 20 y 35 años y 8.16% (n= 40) fueron mayores de 35 años. Para aquellas a quienes no se les colocó MA, el 5.48% (n= 25 se encontraba entre 14 y 16 años, 11.62% (n=53) entre 16 y 19 años, 77.41% (n= 353) entre 20 y 35 años y 5.26% (n= 24) mayores de 35 años. Para esta categorización se calculó Razón de momios de prevalencia (OR) para el estrato de 14 a 16 años OR 1.02 (IC 95% 0.79 - 1.32) 16 a 19 años OR 0.85 (IC 95% 0.66 - 1.1), 20 a 35 años, OR 0.79 (IC 95% 0.64 - 0.97), con un valor de *p* de 0.27. (Tabla 1)

La solicitud de MA entre las pacientes a quienes se les colocó correspondió al 63.27% (n= 310) DIU de cobre, 2.65% (n= 13) DIU Mirena, 12.65% (n= 62) implante subdérmico, 20.61% (n= 101) OTB y 0.82% (n= 4) otro método. Aquellas a quienes no se les colocó MA solicitaron en 1.10% (n= 5) DIU de cobre, 10.75% (n= 49) DIU Mirena, 34.21% (n= 156) implante subdérmico, 17.32% (n= 79) OTB y 36.62% (n= 167) ningún método. (Tabla 2, Gráfica 2).

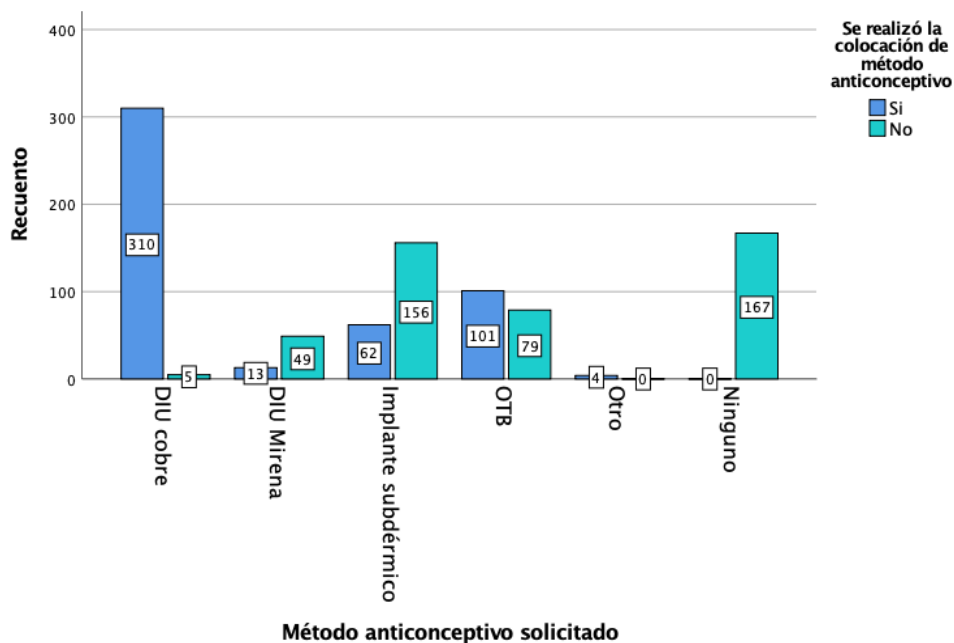
Tabla 2. Distribución, Riesgos y significancia general y por utilización de MA de MA solicitado

Variable	General		Con método anticonceptivo		Sin método anticonceptivo		OR	p
	Frecuencia (946)	Porcentaje 100%	490	Porcentaje 100%	456	Porcentaje 100%		
Método anticonceptivo solicitado								
DIU cobre	315	33.3	310	63.27	5	1.10	Ref	
DIU Mirena	62	6.6	13	2.65	49	10.75	0.21 (0.13 - 0.34)	
Implante subdérmico	218	23.0	62	12.65	156	34.21	0.29 (0.23 - 0.36)	
OTB	180	19.0	101	20.61	79	17.32	0.57 (0.5 - 0.65)	<0.000
Otro	4	0.4	4	0.82	0	-	1.02 (1 - 1.03)	
Ninguno	167	17.7	0	-	167	36.62	-	

OR: razón de momios de prevalencia, IC95%: Intervalo de confianza al 95%, p: Chi cuadrada de Pearson

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres posevento obstetrico en HGE "Las Américas"

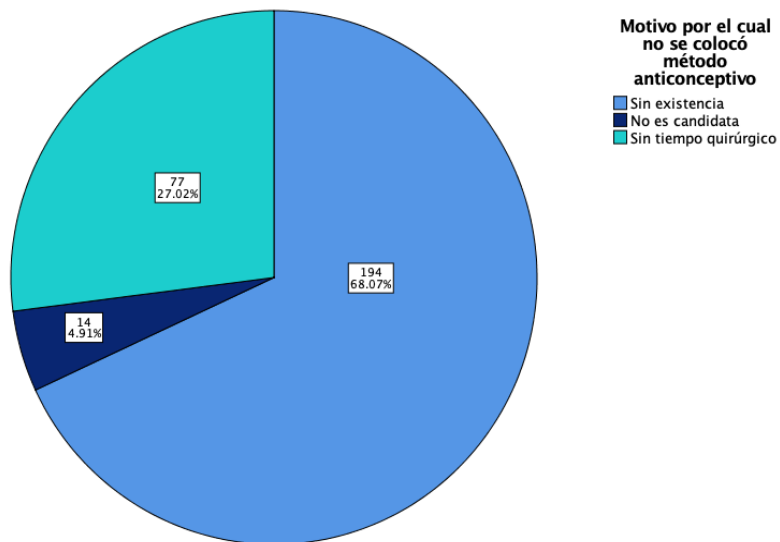
Gráfica 2. Distribución de solicitud de MA entre pacientes a quienes se les colocó MA y a quienes no se les colocó MA



Fuente: Encuestas realizadas a mujeres poseventu obstetrico en HGE "Las Américas"

De entre las pacientes que solicitaron pero no se les colocó método anticonceptivo el 42.54% (n= 194) fue por no tener existencia, 3.07% (n= 14) por no ser candidata a la colocación del método solicitado y 16.89% (n= 77) por falta de tiempo quirúrgico. (Gráfica 3)

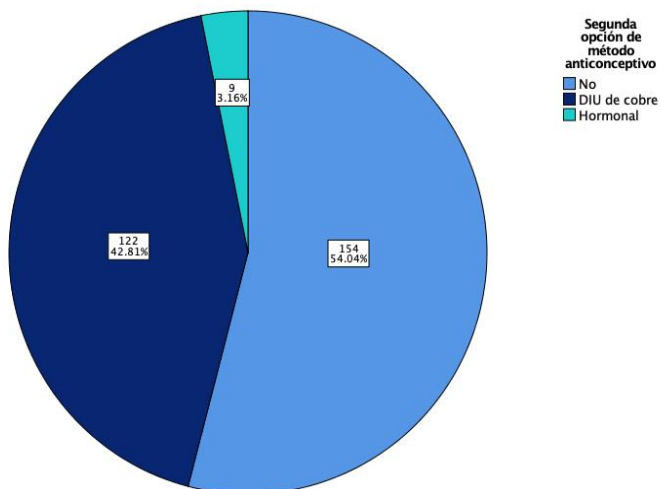
Gráfica 3. Distribución de motivo por el cual no se colocó MA a las pacientes.



Fuente: Encuestas realizadas a mujeres poseventu obstetrico en HGE "Las Americas"

Así también, dentro de las pacientes a quienes no se les colocó MA el 33.77% (n= 154) no contaba con una segunda opción, 26.75% (n= 122) optó por DIU de cobre y 1.97% (n= 9) método hormonal. (Gráfica 4)

Gráfica 4. Distribución de segunda opción de MA entre pacientes a quienes no se les colocó MA.



Fuente: Encuestas realizadas a mujeres poseventu obstetrico en HGE "Las Américas"

Así también, dentro del nivel educativo, aquellas con colocación de MA el 1.22% (n= 6) eran analfabetas, 4.49% (n= 22) tenían primaria incompleta, 8.56% (n= 42) primaria completa, 20.20% (n= 99) secundaria incompleta, 33.88% (n= 166) secundaria completa, 20.82% (n= 102) preparatoria incompleta, 9.39% (n= 46) preparatoria completa y 1.43% (n= 7) licenciatura. A diferencia de aquellas sin colocación de MA en las que el 0% eran analfabetas, 3.37% (n= 17) tenían primaria incompleta, 8.55% (n= 39) primaria completa, 29.39% (n= 134) secundaria incompleta, 37.94% (n= 173) secundaria completa, 17.98% (n= 82) preparatoria incompleta, 2.41% (n= 11) preparatoria completa y 0% licenciatura. Para esta asociación se calcularon OR de 1 para analfabetas, OR 0.54 (IC 95% 0.43 - 0.74) primaria incompleta, OR 0.52 (IC 95% 0.42 - 0.64) primaria completa, OR 0.42 (IC 95% 0.36 - 0.49) secundaria incompleta, OR 0.49 (IC 95% 0.44 - 0.54) secundaria completa, OR 0.55 (IC 95% 0.49 - 0.63) preparatoria incompleta y OR 0.81 (IC 95% 0.71 - 0.92) para preparatoria completa, con un valor de $p < 0.000$. (Tabla 1)

El estado civil de las pacientes con MA correspondió al 35.71% (n= 175) soltera, 11.85% (n= 58) casada y 52.45% (n= 257) unión libre. Para aquellas sin MA fue 30.26% (n= 138) soltera, 8.77% (n= 40) casada y 60.96% (n= 278) unión libre. Se calculó OR de 0.6 (IC 95% 0.47 - 0.76) para casadas y OR de 1.57 (IC 95% 1.38 - 1.78) para unión libre, con un valor de $p < 0.000$. (Tabla 1)

Respecto al número de embarazos entre las pacientes con MA el 49.59% (n= 243) tuvieron un embarazo, 31.02% (n= 152) dos embarazos y 19.39% (n= 95) más de dos embarazos. Para las pacientes sin método anticonceptivo 44.96% (n= 205) tuvieron un embarazo, 33.55% (n= 153) dos embarazos y 21.49% (n= 98) más de dos embarazos. La OR para dos embarazos fue de 0.92 (IC 95% 0.8 - 1.06) y para OR 0.91 (IC 95% 0.77 - 1.07), con un valor de p de 0.183. (Tabla 1)

El nivel socioeconómico de las pacientes con MA correspondió al 0.61% (n= 3) alto, 61.02% (n= 299) medio y 37.96% (n= 186) bajo. Para aquellas sin MA ninguna tuvo nivel socioeconómico alto, 37.28% (n= 170) nivel medio y 62.72% (n= 286) bajo.

La OR para nivel medio fue de 0.64 (IC 95% 0.6 – 0.69) y para bajo OR 0.4 (IC 95% 0.35 – 0.44), valor de p <0.000. (Tabla 1)

En cuanto a la persona que toma la decisión con respecto a la colocación del MA entre las pacientes a quienes si se les colocó el MA el 72.24% (n= 354) fue decisión propia, 1.84% (n= 9) decisión de la pareja y 25.51% (n= 125) de ambos. Para aquellas a quien no se les colocó MA la decisión propia fue en el 63.38% (n= 289), de la pareja en 10.53% (n= 48) y de ambos en 25.88% (n= 118). La OR para la toma de decisión de la pareja fue de 0.29 (IC 95% 0.16 – 0.52) y la OR para la decisión entre ambos fue de 0.93 (IC 95% 0.81 – 1.07), con un valor de p <0.000. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución, Riesgos y significancia general y por utilización de MA de persona que tomo la decisión de MA, religión, influencia de religión en toma de decisión, influencia de decisión por efectos adversos referidos por amigos/familiares y fuente de información

Variable	General		Con método anticonceptivo		Sin método anticonceptivo		OR (IC 95%)	p
	Frecuencia (946)	Porcentaje 100%	490	Porcentaje 100%	456	Porcentaje 100%		
Decisión								
Propia	643	68.2	354	72.24	289	63.38	Ref	
Pareja	57	6.0	9	1.84	48	10.53		<0.000
Ambos	243	25.8	125	25.51	118	25.88	0.93 (0.81 - 1.07)	
Religión								
Católica	702	74.2	359	73.27	343	75.22	0.78 (0.75 - 1)	0.001

Cristiana	59	6.2	32	6.53	27	5.92	0.92 (0.7 - 1.2)	
Testigo de Jehová	17	1.8	0	-	17	3.73	-	
Ninguna	168	17.8	99	20.20	69	15.13	Ref	
Sus creencias religiosas influyen								
Si	41	4.3	8	1.63	33	7.24	0.213 (0.097 - 0.466)	<0.000
No	905	95.7	482	98.37	423	92.76		
Influencia en la decisión de por efectos adversos reportados por amigos y/o familiares								
Si	223	23.6	103	21.02	120	26.32	0.743 (0.55 - 1)	0.053
No	722	76.4	387	78.98	335	73.46		
Fuente de información								
Médico ginecólogo	448	47.4	266	54.29	182	39.91	Ref	
Médico general	94	9.9	44	8.98	50	10.96	0.79 (0.63 - 0.99)	
Otro personal sanitario	77	8.1	37	7.55	40	8.77	0.81 (0.63 - 1.03)	
Familiar y/o amigos	79	8.4	38	7.76	41	8.99	0.81 (0.64 - 1.03)	
Centro educativo	120	12.7	61	12.45	59	12.94	0.86 (0.71 - 1.04)	<0.000
Televisión	37	3.9	13	2.65	24	5.26	0.59 (0.38 - 0.92)	
Internet	62	6.6	30	6.12	32	7.02	0.81 (0.62 - 1.06)	
Otros	29	3.1	1	0.20	28	6.14	0.06 (0.008 - 0.4)	

OR: razón de momios, IC95%: Intervalo de confianza al 95%, p: Chi cuadrada de Pearson, *Razón de momios de prevalencia

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres posevento obstetrico en HGE "Las Américas"

La religión predominante entre las pacientes con colocación de MA fue la católica con 73.27% (n= 359), seguida de ninguna con 20.20% (n= 99), cristiana 6.53% (n= 32).

Para quienes no se les colocó MA 75.22% (n= 343) fueron católicas, 15.13% (n= 69) no tenían religión, 5.92% (n= 27) cristianas y 3.73% (n= 17) testigos de Jehová. La OR para la religión católica fue de 0.78 (IC 95% 0.75 - 1) y para Cristianismo OR 0.92 (IC 95% 0.7 - 1.2), valor de p 0.001. (Tabla 3)

Influencia en la decisión de utilización de un método anticonceptivo por efectos adversos reportados por amigos y/o familiares se presentó en el 21.02% (n= 103) de las pacientes a quienes se les colocó MA y 26.32% (n= 120) de aquellas a quienes no se les colocó MA, la razón de momios OR calculada para esta asociación fue de 0.74 (IC 95% 0.55 – 1) con un valor de p de 0.053. (Tabla 3)

Las fuentes de información utilizadas en la población con MA fueron 54.29% (n= 266) médico ginecólogo, 8.98% (n= 44) médico general, 7.55% (n= 37) otro personal sanitario, 7.76% (n= 38) familiar y/o amigos, 12.45% (n= 61) centro educativo, 2.65% (n= 13) televisión, 6.12% (n= 30) internet y 0.2% (n= 1) otros. Para aquellas sin MA 39.9% (n= 182) médico ginecólogo, 10.96% (n= 50) médico general, 8.77% (n= 40) otro personal sanitario, 8.99% (n= 41) familiar y/o amigos, 12.94% (n= 59) centro educativo, 5.26% (n= 24) televisión, 7.02% (n= 32) internet y 6.14% (n= 28) otros.

La OR para médico general fue de 0.79 (IC 95% 0.63 - 0.99), para otro personal sanitario OR 0.81 (IC 95% 0.63 - 1.03), familiar y/o amigos OR 0.81 (IC 95% 0.64 - 1.03), centro educativo OR 0.86 (IR 95% 0.71 - 1.04), televisión OR 0.59 (IC 95% 0.38 - 0.92), internet OR 0.81 (IC 95% 0.62 - 1.06) y otros OR 0.06 (IC 95% 0.008 - 0.4), con un valor de p <0.000. (Tabla 3)

El 15.1% (n= 74) de las pacientes con MA ha interrumpido el uso de métodos anticonceptivos por presencia de efectos secundarios, y el 15.79% (n= 72) de aquellas sin MA ha interrumpido el uso de métodos anticonceptivos por presencia de efectos secundarios, OR 0.95 (IC 95% 0.67 – 1.35), valor de p 0.077. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución, Riesgos y significancia general y por utilización de MA de presencia y tipo de efectos secundarios y retiro de MA por efectos secundarios

Variable	General		Con método anticonceptivo		Sin método anticonceptivo		OR	p
	Frecuencia (946)	Porcentaje 100%	490	Porcentaje 100%	456	Porcentaje 100%		
Presencia de efectos secundarios								
Si	146	15.4	74	15.10	72	15.79	0.949 (0.667 - 1.35)	0.077
No	800	84.6	416	84.90	384	84.21		
Tipo de efectos secundarios								
Sangrado irregular	49	5.2	32	6.53	17	3.73	1.26* (1.01 - 1.56)	0.8056
Cefalea	28	3.0	8	1.63	20	4.39	0.55* (0.3 - 0.99)	
Dolor abdominal	65	6.9	32	6.53	33	7.24	0.85* (0.73 - 1.22)	
Mareo	1	0.1	1	0.20	0	-	1.92* (1.8 - 2.06)	
Ninguno	803	84.9	417	85.10	386	84.65	Ref	
Retiro de método anticonceptivo a consecuencia de efectos secundarios								
Si	83	8.8	48	9.80	35	7.68	1.31 (0.83 - 2.1)	0.249
No	863	91.2	442	90.20	421	92.32		

OR: razón de momios, IC95%: Intervalo de confianza al 95%, p: Chi cuadrada de Pearson,
*Razón de momios de prevalencia

Fuente: Encuestas realizadas a mujeres posevento obstetrico en HGE "Las Américas"

Los tipos de efectos secundarios presentados entre las mujeres con MA fueron 6.53% (n= 32) sangrado irregular, 1.63% (n= 8) cefalea, 6.53% (n= 32) dolor abdominal, 0.2% (n= 1) mareo y 85.1% (n= 417) ninguno. Para aquellas sin colocación de MA 3.73% (n= 17) sangrado irregular, 4.39% (n= 20) cefalea, 7.24% (n= 33) dolor abdominal y 84.65% (n= 386) ninguno. La *OR* para sangrado irregular fue de 1.26 (IC 95% 1.01 - 1.56), cefalea *OR* 0.55 (IC 95% 0.3 – 0.99), dolor abdominal *OR* 0.85 (IC 95% 0.73 – 1.22), mareo *OR* 1.92 (IC 95% 1.8 – 2.1), valor de *p* 0.8056. (Tabla 4)

El retiro de MA a consecuencia de efectos secundarios se presentó en el 9.8% (n= 48) de las mujeres con MA y 7.68% (n= 35) de las mujeres sin MA, *OR* 1.31 (IC 95% 0.83 – 2.1), valor de *p* 0.249. (Tabla 4)

Discusión

Aunque la anticoncepción en México se ha generalizado, múltiples factores se han detectado en la influencia tanto de la elección de la portación, como del tipo de MA a utilizar.

En los países en desarrollo, aproximadamente 225 millones de mujeres quieren posponer o evitar el embarazo, sin embargo, no optan por utilizar un método anticonceptivo eficaz; Sámano, en 2019 realizó un estudio realizado en el INPer, (México) en el cual el 69.2% de las mujeres de 15 a 49 años han usado alguna vez un método anticonceptivo, además en este estudio se detectó que 53.4% de las mujeres en edad fértil, usaban anticoncepción. [37] Entre nuestros hallazgos, se detectó que el 51.8% de la población estudiada era portadora de MA al momento de la medición, lo cual resulta menor que lo reportado en la literatura y resulta consistente con los resultados de Sámano con respecto a la edad.

Por su parte, la edad es una de las características que influyen directamente en la tasa de fecundidad. Datos de las últimas dos ENADID muestra que el 74% de la población se encuentra entre los 20 a 35 años, lo cual corresponde a la edad fértil de la mujer.

Darney *et. al* (2016), reportó que en general, el 43% de las mujeres que tuvieron un parto, abandonó el lugar sin un método anticonceptivo, una proporción mayor pero no significativa de mujeres de 12 a 19 años dejó el lugar de parto sin un método anticonceptivo 47%, frente a 43% de mujeres de 20 a 29 años y 41% de mujeres de 30 a 39 años. [10] Coincidente con los datos de la ENADID, el 74% de nuestra muestra se encontró en este rango de edad en el momento de la medición. Así mismo, al categorizar por aquellas con y sin MA, en este rango de edad, la proporción resultó similar (70.6% y 77.84% correspondientemente) con una proporción ligeramente mayor en aquellas que no resultaron portadoras de algún método. A pesar de que se encontraron diferencias considerables entre las proporciones de los estratos, no se encontraron riesgos significativos respecto a la edad ($p= 0.27$).

Según la última ENADID 2018, de la población de 15 años y más, 39.9% está casada, 28.8% es soltera, 18.1% vive con su pareja en unión libre y 13.2% es ex unida (separada, divorciada o viuda). [12] De acuerdo a Allen-Leigh, *et.al.*, se sabe que la cobertura anticonceptiva de las mujeres unidas o casadas aumentó (de 15.0% en 1973 a 74.5% en 2003) para posteriormente disminuir 72.5% en 2009. [1]

Otras observaciones han referido un mayor uso de anticonceptivos entre la población unida o casada y de mayor escolaridad [1]. Con respecto a nuestro datos y en correspondencia con ello mujeres en unión libre y casadas, un total de 67% (10.4% y 56.6 % respectivamente), sin embargo el estatus de casada no fue aquel con mayor frecuencia. Nosotros encontramos que estado civil más prevalente correspondió a la unión libre (56.6%), siendo este mismo estrato aquel que presenta mayor probabilidad de utilización de un MA (*OR* 1.57) de forma estadísticamente significativa ($p < 0.000$), a diferencia de estar casada (*OR* 0.6).

Como ya se ha mencionado, existen múltiples riesgos para la no adquisición de un MA, entre estos destacan el bajo nivel educativo; falta de variedad en métodos anticonceptivos; acceso limitado a métodos anticonceptivos, especialmente para las adolescentes más jóvenes, para mujeres de bajo nivel socioeconómico y para mujeres solteras; miedo a los efectos adversos; creencias religiosas o culturales con respecto a la anticoncepción; barreras de género; y de baja calidad servicios médicos [27].

Tomando en cuenta lo anterior, cabe mencionar la importancia de la medición de estas variables en nuestro estudio, respecto al nivel educativo, pudimos observar diferencias significativas respecto al uso o no de MA sin importar la edad de las pacientes.

Wulifan, *et. al* (2016), en su análisis de estudios, reportó que la evidencia cualitativa con respecto al papel de la educación femenina en la necesidad insatisfecha de anticoncepción es relativamente escasa y en sus resultados de entrevistas cualitativas en la India, además, describe cómo las actitudes positivas hacia las formas modernas de anticoncepción y una comprensión clara de los efectos secundarios reales

relacionados con ciertos métodos de PF son más comunes entre mujeres con mayor nivel educativo [34]. En relación a nuestros hallazgos se evidencia que las pacientes analfabetas tuvieron una aceptación de MA del 100%; a su vez, los demás niveles educativos no mostraron grandes diferencias entre las aceptantes y no aceptantes, sin embargo se muestra una diferencia significativa en las pacientes con preparatoria completa, con un 80% de aceptación en este estrato con *OR* 0.81 (IC 95% 0.71 - 0.92), con un valor de $p < 0.000$. En el nivel de licenciatura, de igual forma se evidencia un 100% de aceptación, al igual que las pacientes analfabetas, sin embargo en estas últimas asociado a multiparidad.

Pasha, *et. al.* 2015 reporta que la necesidad de anticoncepción insatisfecha es ligeramente mayor entre las mujeres con una paridad de dos o menos (*OR* = 1.05; IC del 95%: 1.02-1.08). [24] Respecto a la paridad de las pacientes, en nuestro estudio, estas no presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la utilización de MA ($p = 0.183$). Lo anterior pudiera deberse a que la paridad se encontrara satisfecha o no de forma equitativa entre los grupos, ya que en la literatura médica Wilopo, *et.al.* (2017), ha reportado que las mujeres con 2–3 niños tienen 1.3–1.4 veces más probabilidades de usar anticonceptivos que las mujeres con un hijo, mientras que las mujeres con cuatro o más hijos no tenían más probabilidades de adoptar anticonceptivos en el período posparto extendido que las mujeres con un hijo [33].

El nivel socioeconómico mostró una diferencia significativa entre los grupos, con aumento de la probabilidad del uso de MA cuanto más alto fuera este ($p < 0.000$), estos resultados son consistentes con el estudio realizado por Kahramanoglu, *et.al.*, en 2017 en los países subdesarrollados, el ingreso familiar demostraba tener un efecto sobre el uso y la elección de la anticoncepción método. [17] Tanto la prevalencia del uso regular de los anticonceptivos y la elección de los anticonceptivos modernos fueron mayor entre las mujeres con mayores ingresos.

Thobani, *et.al.* en 2018 nos reporta además, que el 7–27% deja de usar un método anticonceptivo por razones relacionadas con la calidad del servicio, la falta de

disponibilidad del método de su elección, el desabastecimiento y el sistema de derivación ineficaz [31]. Lo cual pudimos ver reflejado en este estudio, ya que una proporción no despreciable de pacientes no se colocó MA por diversas fallas en el sistema de salud.

En múltiples de los casos, la decisión de la paciente se ve influida por numerosos factores externos, como puede ser la intervención del cónyuge, creencias religiosas, mala información, experiencias de amigos y/o familiares.

Husain, *et.al* en 2019 reporta que estudios muestran un impacto significativo de la intención de la pareja masculina sobre el uso final de un método anticonceptivo por su pareja [16]; por lo tanto, dentro de las barreras a la necesidad insatisfecha de anticoncepción de las mujeres se incluye la oposición de sus maridos y la falta de comunicación entre cónyuges [22]. A su vez, Radhika, *et. al.* 2019, describe cómo los roles de género conducen entrar en conflicto entre pareja porque a pesar de que el dominio de la planificación familiar se considera "un asunto de mujeres", los hombres todavía se consideran tomadores de decisiones en el nivel del hogar (incluido el uso de la planificación familiar). En este estudio, a pesar de que la mayor proporción de las pacientes tomaron la decisión de forma independiente, pudimos observar que en el 25.8% de los casos la decisión se realiza en pareja, y que el 6% de las decisiones fue tomada de forma exclusiva por la pareja. Con esto pudimos deducir que el que la pareja tenga la exclusividad de la toma de decisión respecto a la anticoncepción disminuye la probabilidad de que la paciente utilice un método anticonceptivo (*OR* 0.29), sucediendo lo mismo con aquellas decisiones que se toman en pareja (*OR* 0.93) con valores estadísticamente significativos ($p < 0.000$). Se apoya además con los resultados de Wulifan, *et.al.* 2016, donde reporta que el papel de la decisión en pareja y demostró que la comunicación entre el esposo y la esposa determina activamente las decisiones sobre el uso de anticonceptivos, especialmente en relación con el número total de hijos deseados y, por lo tanto, afecta la percepción de una necesidad insatisfecha. [34]

La relación entre la fe religiosa y la planificación familiar es compleja y variable, de acuerdo a Sundararajan, *et. al*, 2019, mientras el uso de anticoncepción está prohibido por la Iglesia Católica Romana, muchas tradiciones protestantes permiten el uso de métodos de planificación familiar) [25]. Respecto a lo anterior, nuestras pacientes tuvieron una influencia negativa respecto al uso de MA, ya que el tener religión católica o cristinana disminuyó la utilización de algún tipo de anticoncepción (*OR* 0.78 y 0.92, correspondientemente, $p= 0.0001$), esto a pesar de que las pacientes refieren que sus creencias no tienen una influencia directa en dicha decisión, $p<0.000.$, lo cual corresponde con los hallazgos de Wulifan, *et. al* 2016 donde reporta que en Ghana, el catolicismo se asoció fuertemente con una disminución de la necesidad de anticoncepción en comparación con otras creencias religiosas.[34]

De acuerdo a Nimbi, *et.al.*, Los profesionales de la salud requieren el conocimiento y la comprensión de las culturas y religiones para proporcionar asesoramiento anticonceptivo adecuado y adaptado a todas las mujeres.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos sigue siendo limitado para muchas mujeres. No se brinda educación sexual adecuada en muchos países de América Latina y el Caribe, incluido México, donde a pesar de recibir información de la escuela y los medios de comunicación sobre lo negativo consecuencias del embarazo; los niveles de conocimiento con respecto a su sexualidad y la salud reproductiva siguen siendo claramente deficientes [23]. Contrariamente a lo reportado en la literatura, nosotros observamos entre nuestras pacientes que la consejería respecto a la utilización de MA se había dado en su mayoría, no solo por personal del área médica, si no por médicos especialistas, estos datos discordantes pueden deberse a que la recolección de la muestra se realizó en un centro hospitalario donde la atención médica fue brindada por médicos ginecólogos y esto pudiera justificar también la baja prevalencia de colocación de MA en las demás categorías ($p<0.000$).

Ríos- Zertuche *et.al.* 2017, en sus hallazgos subraya que el asesoramiento en los establecimientos de salud es una intervención clave para satisfacer necesidades insatisfechas, especialmente en países con bajas tasas de prevalencia. [28] Estos hallazgos son consistentes con la literatura que destaca el papel crítico de la información en la promoción del uso de anticonceptivos.

La evidencia indica que la aprobación o desaprobación femenina de los métodos anticonceptivos modernos está influenciado principalmente por los conceptos erróneos de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos y / o comprensión limitada del potencial efectos secundarios. El miedo a los efectos secundarios, a menudo se basan en una sobreestimación de complicaciones raras indicaciones, o basados en rumores no validados. [34].

Cohen, *et. al.* 2017 reporta varios estudios muestran que las mujeres consideran la opinión de sus contactos sociales en su propia toma de decisión anticonceptiva [9]. Anderson. *et al.* descubrió que al seleccionar un método, las mujeres ponían gran importancia en las experiencias anticonceptivas personales de sus contactos sociales. [2] Lo anterior resulta contradictorio con los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que la influencia de amigos y/o familiares respecto al reporte de eventos adversos para la utilización de un método anticonceptivo no resultó significativa ($p= 0.053$).

Thobani, *et.al*, en 2019 reporta que en Pakistan, casi el 20-50% de los usuarios de métodos modernos reversibles dejan de usar un método durante los primeros 12 meses de iniciarlo, y el 22% de las mujeres dejaron de usar anticonceptivos debido a sus efectos secundarios; 16% de las mujeres quedaron embarazadas mientras usaban anticonceptivos; el 2% fue discontinuado debido a la falta de acceso a anticonceptivos y 3% debido a la desaprobación de la pareja. [31] En nuestro caso, la tasa de interrupción previa del uso de MA a pesar de la presencia de efectos secundarios fue baja (15.4%), y no representó un riesgo para el uso en el momento de la medición (OR 0.95, p 0.077).

Thobani, *et.al.*, mencionan además, que experimentar los efectos secundarios de un método ha sido bien documentado en la literatura como una de las principales causas de la interrupción de un método anticonceptivo moderno. Se cuentan con reportes que más del 80% de los usuarias, en llegan a discontinuar el método al experimentar efectos secundarios. [31]. Se informa además en su estudio, los principales efectos secundarios experimentados por las mujeres son sangrado irregular, dolor de cabeza, ausencia de menstruación, aumento de peso y depresión, lo que resulta en la interrupción del método seleccionado.

La tasa de interrupción debido a los efectos secundarios varía del 2% en Armenia al 37% en Egipto. En nuestro estudio, el tipo de efecto secundario más frecuente fue el dolor abdominal (6.9%), seguido de sangrado irregular (5.2%); de la misma manera, los diferentes tipos de efectos secundarios previos presentados no influyeron en la decisión de la colocación o no de MA en el momento del estudio, y tampoco influyó de forma significativa para su retiro OR 0.95 (IC 95% 0.67 – 1.35), valor de p 0.077.

Cohen, *et.al.* en 2017 demostró que las características demográficas y el previo conocimiento e influencias están asociadas, pero no son determinantes en la elección de anticonceptivos. Mientras que actitudes y creencias adquiridas de experiencias y contactos sociales son muy significativas para una mujer que contempla un método anticonceptivo; por lo que la información obtenida en la visita clínica es una importante contribución al proceso de toma de decisiones. [9].

Como se menciona anteriormente, la disponibilidad de los métodos juega un papel importante en la elección de las pacientes para la anticoncepción, en nuestro estudio observamos que de aquellas pacientes a quienes no se les colocó MA, el 42.54% fue por no tener existencia, 3.07% por no ser candidata a la colocación del método solicitado y 16.89% por falta de tiempo quirúrgico, esto nos habla de que la disponibilidad de los métodos resulta crucial, ya que el de estas pacientes el 54.4% de ellas no contaba con una segunda opción para la anticoncepción, lo cual se puede ver reflejado en la baja proporción de utilización de un método; correspondiente con esto

Wulifan, *et. al* en 2016 reporta que el desabastecimiento ocasional de anticonceptivos y la insuficiencia del método de FP preferido por una paciente, se mencionaron como razones comunes para la necesidad insatisfecha planificación familiar.

Conclusión

A pesar de las múltiples estrategias que se han propuesto para el control de la natalidad en México, aún contamos con múltiples factores que intervienen en la toma de decisión de la paciente respecto a la utilización o no de un método anticonceptivo.

Dentro de los factores identificados en este estudio, podemos mencionar factores sociales como: el nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, fuente de información, religión y persona que toma la decisión respecto a la anticoncepción (personal, pareja y en conjunto); aquellos que dependen del sistema proveedor como es la disponibilidad de los métodos y tiempo quirúrgico y aquellos que se relacionan con estado de la paciente (idoneidad de las condiciones de la paciente) para la colocación de algún método (comorbilidades, infecciones, etc.).

Los factores estudiados en este protocolo son de suma importancia, y algunos de estos vale la pena replantear para la mejora en la aceptación y en la dotación de métodos a las pacientes en edad fértil. No se debe menospreciar la importancia de la planificación familiar posparto, se debe enfatizar en que las estrategias para lograrla deben tener más en cuenta el comportamiento y las creencias predominantes de las pacientes, siendo esencial un asesoramiento individualizado para garantizar que las opciones anticonceptivas propuestas se adapten a las preferencias personales, el estilo de vida y las prácticas de cada mujer; aunado a ello es importante que se aborde previamente cualquier problema asociado a una baja aceptación de la planificación familiar; esto dentro de la consulta prenatal, orientando, informando y empoderando a las pacientes sobre su propia salud reproductiva, garantizando además el acceso a los métodos de planificación, de forma que las pacientes no abandonen el hospital sin alguno debido a que no se encuentra disponibilidad del mismo.

Algunas ventajas con que cuenta este protocolo corresponde al tamaño de muestra y a que se contaba con población interna, lo que facilitaba la recolección de la información.

Así también cuenta con la desventaja de haberse realizado en un centro hospitalario, lo cual pudiera limitar la extrapolación de los datos a niveles de atención más bajos.

Recomendaciones

Existen planes nacionales y programas de planificación familiar, sin embargo, existen vicisitudes en las cuales no se pueden implementar de la forma en que están planeados. Por lo que se debe trabajar en ellas, de forma que se permita abordar las necesidades anticonceptivas después del parto, para que el sistema de salud sea más receptivo a las necesidades e intenciones reproductivas de las mujeres y sus familias, los programas de salud reproductiva deben adaptarse para abordar las preocupaciones culturales o tradicionales específicas que impiden que las mujeres adopten la PF.

Los mismos planes nacionales están en su mayoría a cargo del personal de primer contacto de salud con los pacientes, en centros de salud, con médicos generales y en su mayoría personal de enfermería, por lo que especialmente los profesionales de la salud requieren el conocimiento y la comprensión de que las mujeres tienen consideraciones diferentes y personales con respecto a su salud reproductiva y sexual que deben respetarse y de esta forma poder reducir las barreras culturales en cierta medida para abordar adecuadamente las preocupaciones de las mujeres y considerar la perspectiva que tienen sobre los métodos de PF, brindando un asesoramiento sin prejuicios ni valores personales., sino informar, educar y empoderar a las mujeres y las parejas para elegir el más adecuado.

Llenar estas brechas de conocimiento requerirá inversiones continuas en campañas de sensibilización de diversas formas, como la difusión continua en la consulta prenatal o los enfoques educativos dirigidos a la participación masculina en la planificación familiar y su apoyo en el uso del método anticonceptivo, por lo que se debe promover el asesoramiento en pareja, así como el seguimiento postparto, para reducir la interrupción.

La investigación futura debería explorar si estos temas se abordan en la consulta y cómo, así como proporcionar datos sobre programas de capacitación adecuados y favorables para el asesoramiento anticonceptivo.

Se recomienda continuar esta línea de investigación, ampliar el muestreo a otros centros que incluyan diferentes niveles de atención para lograr la validez externa de la información, así como realizar un modelo multivariado para la limitación de confusión en los datos.

Referencias

1. Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, M., Hernández-Serrato, M., Suárez, L., Vara, E., Castro, F. & Schiavon-Ermani, R.. (2013, Enero 21). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55, 235-240.
2. Anderson, D.. (2019, Agosto 1). Population and the Environment — Time for Another Contraception Revolution. *The New England Journal of Medicine*, 381, 397-399.
3. Atkin, L. & Alatorre-Rico J.. (1992, Diciembre). Pregnant Again? Psychosocial Predictors of Short-Interval Repeat Pregnancy Among Adolescent Mothers in Mexico City. *Journal of Adolescent Health*, 13, 700-706.
4. Blanquet-García, J., Montoya-Cázarez, A. & Carranza-Lira, S.. (2016, Agosto 17). Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 54 , 238-241.
5. Brunson. M., Klein, D. Olsen, C, Weir, L., & Roberts, A. (2017, Febrero 21). Postpartum Contraception: Initiation and Effectiveness in a Large Universal Healthcare System. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, e, 1-30.
6. Campero, L., Atienzo, E., Suarez, L., Hernandez, B. & Villalobos, A.. (2013, Febrero 6). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
7. Claringbold,L., Sanci, L. & Temple-Smith, M.. (2019, Junio). Factors influencing young women's contraceptive choices. *Australian Journal of General Practice*, 48, 389-394.
8. Cleland, J., Shah, I. & Benova, L.. (2015, September). A Fresh Look at the Level of Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period, Its Causes And Program Implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41, 155-162.

9. Cohen, R., Sheeder, J., Kane, M. & Teal, S.. (2017, April 14). Factors Associated With Contraceptive Method Choice and Initiation in Adolescents and Young Women. *Journal of Adolescent Health*, ELSEVIER, XXX, 1-7.
10. Darney, B., Sosa-Rubi, S., Servan-Mori, E., Rodriguez, M., Walker, D. & Lozano, R.. (2016, January 26). The relationship of age and place of delivery with postpartum contraception prior to discharge in Mexico: A retrospective cohort study. *Contraception*, ELSEVIER, XX, 1-7.
11. DePiñeres, T., Blumenthal, P., & Diener-West, M.. (2005, May 27). Postpartum contraception: the New Mexico Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Contraception*, ELSEVIER, 72, 422-425.
12. ENADID, 2018, Principales resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018
13. Gonçalves, T., Marquardt, H., Souza, F., Anselmo, M., Tregnano, N., & Soares, J.. (2018, July 4). Social inequalities in the use of contraceptives in adult women from Southern Brazil. *Revista Saúde Pública* , 53:28, 1-12.
14. Holt, K., Zavala, I. Quintero, X., Mendoza, D., McCormick, M., Dehlendorf, C., Lieberman, E. & Langer, A.. (2018). Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study. *Reproductive Health*, 15:128, 1-11.
15. Hoopes, A., Gilmore, K., Cady, J., Akers, A. & Ahrens, K.. (2015, September 24). A qualitative study of factors influencing contraceptive choice among adolescent school-based health center patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, e, 1-21.
16. Husain, S., Husain, S. & Rubina, I.. (2019). Women's decision versus couples' decision on using postpartum intra-uterine contraceptives. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25:5, 322-330.
17. Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Turan, H., Kahramanoglu, O., Verit, F. & Yucel, O.. (2017). What influences women's contraceptive choice? A cross-sectional study from Turkey. *Via Medica* , 88:12, 639-646.

18. Lopez, L., Grey, T., Hiller, J. & Chen, ;.. (2015). Education for contraceptive use by women after childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-69.
19. Lopez, L., Grey, T., Chen, M. & Hiller, J.. (2014). Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-58.
20. Maravilla, J., Betts, K., Couto, C, & Alati, R.. (2017, April 11). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, ELSEVIER, e, 1-50.
21. Harvey, M., Oakley, L., Washburn, I. & Agnew, C.. (2018, January 26). Contraceptive Method Choice Among Young Adults: Influence of Individual and Relationship Factors. *The Journal of Sex Research*, 00, 1-10.
22. Moore, Z., Pfitzer, A., Gubin, R., Charurat, E., Elliott, L. & Croft, T.. (2015). Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. *Contraception*, ELSEVIER, 92, 31-39.
23. Nimbi, F., Rossi, R., Tripodi, F., Wylie, K. & Simonelli, C.. (2019, June 19). A Biopsychosocial Model for the Counseling of Hormonal Contraceptives: A Review of the Psychological, Relational, Sexual, and Cultural Elements Involved in the Choice of Contraceptive Method. *Sexual Medicina Reviews*, e, 1-10.
24. Pasha, O. et. al, . (2015). Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. *Reproductive Health*, 12:2, 1-7.
25. Sundararajan, R. & Mica, L, et.al. (2019). How gender and religion impact uptake of family planning: results from a qualitative study in Northwestern Tanzania. *BMC Women's Health*, 19:99, 1-10.
26. Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Robichaux, D., Rodriguez-Ventura, A., Sanchez-Jimenez, B., Hoyuela, M., Godinez, E. & Segovia, S.. (2017). Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:382, 1-16.

27. Sámano, R. et. al. . (2019, March 20). Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16:1022, 1-15.
28. Rios-Zertuche, D., Blanco, L., Zuñiga.Brenes, P., Palmisano, E., Colombara, D., Mokdad, A. & Iriarte, E.. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*, ELSEVIER, 95, 549-557.
29. Singh,R. . (2014, June). Postpartum Contraceptive Choices Among Ethnically Diverse Women in New Mexico. *Contraception*, PMC, 89:6, 512-515.
30. Thapa, K. et.al. (2019). Factors affecting the behavior outcomes on post-partum intrauterine contraceptive device uptake and continuation in Nepal: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:148, 1-9.
31. Thobani, R., Jessani, S., Azam, I., Reza, S., Sami, N., Rozi, S., Abrejo, F. & Saleem, S.. (2019, July 3). Factors associated with the discontinuation of modern methods of contraception in the low income areas of Sukh Initiative Karachi: A community-based case control study. *PLOS ONE*, 14:7, 1-12.
32. Villalobos, A., Castro, F., Rojas, R & Allen, B.. (2017, May 15). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59:5, 566-576.
33. Wilopo, S., Setyawan, A., Wahyu, A., Prihyugiarto, T., Juliaan, F., Magnani, R.. (2017). Levels, trends and correlates of unmet need for family planning among postpartum women in Indonesia: 2007–2015. *BMC Women´s Health*, 17:120, 1-14.
34. Wulifan, J., Brenner, S., Jahn, A. & De Allegri, M.. (2016). A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Women´s Health*, 16:2, 1-15.
35. Yamamoto Y. &,. Matsumoto, K. (2017, April 24). Choice of contraceptive methods by women's status: evidence from large-scale microdata in Nepal. *Sexual & Reproductive Healthcare*, X, 1-13.



Nombre: _____

PROTOCOLO DE INVESTIGACION: CORRELACIÓN OFERTA/ DEMANDA Y FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA ADQUISICION DE ANTICONCEPCIÓN EN HGE LAS AMERICAS

1. ¿Cuál es su rango de edad?

14-16 años	16-19 años	20-35 años	+ 35 años
------------	------------	------------	-----------

2. ¿Cuál es el método anticonceptivo que usted solicitó como método de planificación familiar ?

DIU de cobre SIU Mirena Implante subdérmico Oclusión tubaria bilateral Otro

3. ¿El método que usted solicitó, le fue colocado/realizado?

Sí (Pase a pregunta 6) No

4. ¿Cuál fue el motivo por el que no se aplicó/colocó?

No hay en existencia No es candidata No hay tiempo quirurgico

5. ¿Acepto un método como segunda opción?

No DIU de cobre Hormonal oral o inyectable Otro

6. La decisión sobre el método anticonceptivo que usted eligió fue tomada por:

Decisión propia Decisión de tu pareja Ambos

7. ¿Cuál es su nivel educativo concluido?

Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Preparatoria incompleta	Preparatoria completa	Licenciatura
------------	---------------------	-------------------	-----------------------	---------------------	-------------------------	-----------------------	--------------

8. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada
---------	--------	-------------	------------

9. ¿Cuántos embarazos ha tenido en total? (incluye partos, cesáreas, abortos)

Uno Dos Más de dos

10. ¿Qué tipo de religión profesa usted?

Católica Cristiana Testigo de Jehová Ninguna Otra: _____

11. La religión que profesas, ¿influye en tu elección para planificar tu familia?

Sí No

12. ¿Ha presentado efectos secundarios con el uso de algún método anticonceptivo?

Sí No

12. En caso de que la pregunta anterior sea sí, ¿Qué tipo de efecto secundario ha tenido?

a) Sangrado irregular b) Dolor de cabeza c) Dolor de pechos d) Dolor abdominal
e) Nausea/Vomito f) Acné g) Mareo h) Otro:

13. ¿Ha dejado de usar algún método anticonceptivo por los efectos secundarios que le ha producido?

Sí No

14. De acuerdo a los efectos secundarios o adversos que has escuchado de tus familiares o amigos, ¿tienes miedo o influye en tu decisión para usar algún método anticonceptivo?

Sí No

15. ¿Cuál es tu principal fuente de información para conocer acerca de métodos anticonceptivos?

a. Médico ginecólogo b. Médico general c. Otro personal sanitario d. Familia /amigos e.
Centro educativo f. Televisión g. Internet h. Otro: _____

16. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue su grado máximo de estudios?

a) Sin instrucción b) Preescolar c) Primaria incompleta d). Primaria completa e). Secundaria incompleta
f) Secundaria completa g) Preparatoria incompleta h). Preparatoria completa
i) Licenciatura incompleta j) Licenciatura completa k) Posgrado

17. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

Ninguno Uno Dos o más

18. ¿Cuántos automóviles hay en su hogar?

Ninguno Uno Dos o mas

19. ¿ Cuenta con servicio de internet en su hogar?

No Si

21. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

Ninguna Una Dos Tres Cuatro o más

22. En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Ninguno Uno Dos Tres Cuatro o más