

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“FRECUENCIA DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO SAN GABRIEL  
CHAPA DE MOTA, ISEM, 2013.”

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:  
M.P.S.S. GRANADOS SERRALDE LIZETT GEORGINA

DIRECTORES:  
DR. EN FIL. JAVIER JAÍMES GARCÍA  
M. EN I.C. HECTOR L. OCAÑA SERVIN

REVISORES  
M.EN I.C. JOAQUIN ROBERTO BELTRÁN SALGADO  
E. EN C.G. MARCO ANTONIO MONDRAGÓN CHIMAL

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2014

## **Dedicatoria**

“El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que sea quien quiera ser.”

En la vida triunfan aquellos que no se dejan abrumar por el fracaso, aquellos que se levantan cada vez que se caen, aquellos que no se cansan nunca de perseguir sus sueños.

A ti Dios, gracias por darme la fortaleza de continuar a pesar de todos los obstáculos.

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A ti mami por ser la gran mujer que eres, por inspirarme día a día y lograr ser la persona que hoy soy. A ustedes mis padres por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis profesores y amigos por los conocimientos compartidos y la ayuda brindada en este largo recorrido.

## Índice.

1. Resumen .....	1
1.Marco teórico conceptual .....	2
1.1 Planificación familiar.....	2
1.1.1 Definición .....	2
1.1.2 Planificación familiar como programa prioritario de salud en el sector publico para disminución del riesgo reproductivo .....	2
1.1.3 Antecedentes .....	3
1.1.4 Epidemiología .....	4
1.2 Salud Sexual y Reproductiva .....	5
1.3 Métodos anticonceptivos .....	5
1.3.1 Definición .....	5
1.3.2 Clasificación.....	5
1.3.3 Tipos y características .....	6
1.4 Factores socioculturales que influyen en la elección del método anticonceptivo .....	18
1.4.1 Criterios de elegibilidad. ....	20
2. Planteamiento del problema.....	22
3. Justificación.....	24
4. Hipótesis.....	25
5. Objetivos .....	26
6. Método .....	27
6.1 Operacionalización de variables .....	27
6.2 Universo de trabajo .....	30

6.3 Criterios de inclusión .....	30
6.4 Criterios de exclusión.....	30
6.5 Instrumento de la investigación .....	30
6.6 Desarrollo del proyecto .....	31
6.7 Limite de espacio .....	31
6.8 Límite de tiempo .....	31
7. Diseño de análisis .....	32
8. Implicaciones éticas .....	33
9. Resultados en cuadros y gráficas .....	34
10. Resultados .....	47
11. Discusión.....	50
12. Conclusiones.....	52
13. Recomendaciones.....	53
14. Bibliografía .....	54
15. Anexos .....	57

## Resumen

**Introducción:** Reducir los riesgos reproductivos en las mujeres en edad fértil, ha llevado a crear diferentes programas de salud enfocados a la planificación familiar. En México la frecuencia de embarazos no deseados ha aumentado a pesar de estas medidas.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en pacientes del Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota, ISEM, 2013.

**Materiales y método:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, que se realizó a través de la aplicación del anexo 1, diseñado para la recolección de estos datos. Se procedió al baseado de los datos para su tabulación, graficación y análisis de los mismos.

**Resultados:** Se incluyeron a 146 usuarios en control de planificación familiar, de los cuales el 1% corresponden al género masculino. El grupo de edad más frecuente es de los 22 a 26 años. El 42% de los usuarios cuenta con un grado básico de escolaridad. El 83% de los usuarios se dedican al hogar. El 35% planifica por paridad satisfecha. El método más utilizado es el implante subdermico con un 37%, seguido de la obstrucción tubárica bilateral con 19%, y el dispositivo intrauterino con 6%.

**Conclusiones:** Se encontró que en la población estudiada el método más utilizado es el implante subdermico, el grupo de edad que más utiliza algún método de planificación familiar es de los 22 a los 26 años, y la mayoría lo hace por paridad satisfecha.

**Palabras clave:** Planificación familiar, métodos anticonceptivos, riesgo reproductivo.

# **1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

## **1.1 Planificación familiar**

En el contexto del nuevo concepto de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar se convierte en uno de los elementos más importantes en esta área, ya que permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos; la planificación familiar bajo este enfoque favorece la libre decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo, incidiendo favorablemente sobre el bienestar y salud de las personas y de la familia.<sup>1</sup>

### **1.1.1 Definición**

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y parejas a regular su fertilidad, fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía.<sup>2</sup> La capacidad de la mujer para espaciar y limitar el número de embarazos es uno de sus derechos reproductivos que implica circunstancias sociales y económicas que benefician directamente su salud y bienestar.<sup>3</sup>

### **1.1.2 Planificación familiar como programa prioritario de salud en el sector público para disminución del riesgo reproductivo.**

Durante el último cuarto de siglo, México ha estado inmerso en un dinámico proceso de transición epidemiológica que se caracteriza por la disminución en las

tasas de mortalidad, el aumento en la esperanza de vida, la disminución en la tasa de fecundidad y el aumento de las enfermedades crónicas. En ese mismo contexto, se han generado iniciativas tendentes a incrementar la utilización de los servicios de salud, tanto desde el sector salud como desde el sector desarrollo social.<sup>4</sup>

Aún cuando no se ha podido establecer una definición concreta de riesgo reproductivo, utilizando sus bases conceptuales, es posible entenderlo como la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.<sup>5</sup>

La meta de la planificación familiar es capacitar a las parejas y a cada persona para que elijan libremente cuántos hijos van a tener y cuándo tenerlos. La mejor forma de hacer esto es poniendo a la disposición toda una variedad de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, y dando a los hombres y a las mujeres suficiente información para que puedan tomar decisiones informadas. La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas.<sup>6</sup> El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden proporcionar mejores cuidados. También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, al reducir el número de embarazos no deseados que, en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos.<sup>7</sup>

### **1.1.3 Antecedentes.**

En México los primeros programas de planificación familiar se iniciaron en 1960 y en 1973 se autorizó la propaganda y venta de métodos anticonceptivos.<sup>8</sup>

#### **1.1.4 Epidemiología.**

La utilización de métodos anticonceptivos ha reducido sustancialmente la población en todo el mundo, que se ha proyectado para el 2025 en 8,504 millones de habitantes. Sin embargo, en países en vías de desarrollo la tasa de utilización de métodos anticonceptivos aún es baja y siguen registrándose porcentajes altos de embarazos no planeados.<sup>9</sup> El número de hijos(as) por familia ha disminuido a nivel mundial, fenómeno que se hace evidente a partir de la década de los sesenta, al pasar de 4.9 hijos(as) por mujer en 1965 a 2.8 en 1995 aproximadamente. Los mayores descensos se han producido en Asia Oriental y América Latina con una disminución de 5,9 a 1,8 y de 6 a 3 hijos(as) respectivamente. Este descenso difiere entre países; por ejemplo, para el año 2003 la tasa global de fecundidad correspondiente a los países más desarrollados fue de 1,5, comparada con la de 3,1 en los países menos desarrollados.<sup>7</sup>

Más de la mitad de las parejas casadas en el mundo practican algún método de control natal, pero la proporción de uso varía entre menos de un 10% en países de África a más de un 70% para los países desarrollados. Igualmente, se estima que más de 150 millones de mujeres habitantes de los países en desarrollo quieren posponer el nacimiento de sus hijos(as) o dejar de tenerlos, más no todas lo logran debido a dificultades en el acceso a los métodos de planificación familiar.<sup>7</sup>

Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo para presentar embarazos no deseados por falta de uso de algún método de planificación familiar. En este sentido, es importante la información que los adolescentes tienen para el cuidado de su salud reproductiva y en especial de los métodos anticonceptivos. De acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de alguno de estos métodos, cifra superior a la reportada en la ENSANUT 2006 de 82% y en la ENSANUT 2000 de 69%. Con el fin de saber si los adolescentes poseen información correcta sobre métodos



anticonceptivos, se les preguntó cuántas veces se puede usar un condón masculino. Los resultados muestran que 84.5% del total de adolescentes respondió correctamente que una sola vez, con un porcentaje mayor entre hombres en relación con mujeres, 88.1 y 80.8%, respectivamente. <sup>4</sup>

Del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo que representa una reducción notable en relación con 2006, cuando 30% de los hombres y 57% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método en la primera relación, y en referencia con el reporte de la ENSA 2000, en la que 47.5% de los hombres y 79% de las mujeres reportaron no haber usado método alguno en su primera relación sexual. <sup>4</sup>

## **1.2 Salud Sexual y reproductiva.**

La reproducción, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. <sup>7</sup> La posibilidad que han tenido las mujeres de acceder a métodos anticonceptivos en los últimos 30 años, les ha brindado la oportunidad de cumplir roles diferentes al de madre y dedicarse a nuevas actividades fuera del hogar.

## **1.3 Métodos anticonceptivos**

### **1.3.1 Definición.**

Métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

### **1.3.2 Clasificación**

Los métodos anticonceptivos podemos clasificarlos según su grado de permitir restablecer la fertilidad, en métodos reversibles e irreversibles, o mejor conocidos como métodos temporales y definitivos respectivamente.

A si mismo los métodos temporales se pueden clasificar en métodos de barrera y métodos con acción hormonal que actúan inhibiendo la ovulación.

Esta clasificación nos permite informar de una manera más precisa a los usuarios sobre la existencia de estos métodos, y a ellos facilitarles la elección del método que desean utilizar.

### **1.3.3 Tipos y características.**

Durante los últimos 35 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluidas las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a los de bajas dosis y de los DIU (Dispositivo Intrauterino) inertes a los con cobre y a los liberadores de levonorgestrel. Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, así como los de administración subdérmica como el parche y el implante, el anillo vaginal hormonal combinados, y los anticonceptivos inyectables de progestina sola.<sup>10</sup>

Entre la gama de métodos de planificación familiar existe un grupo, antes llamados métodos naturales de planificación familiar que hoy se conocen como “métodos basados en el conocimiento de la fertilidad”. Todos estos se fundamentan en la detección del inicio y el final de la ventana fértil del ciclo menstrual, observando los signos y síntomas propios de la ovulación, como los cambios en las secreciones cérvico-vaginales, curva de temperatura basal, monitorización hormonal (estrógenos y hormona luteinizante o LH), los cambios de impedancia en la saliva y secreción vaginal por la variación de electrolitos a través del ciclo menstrual. Las principales motivaciones de las mujeres para la utilización de estos métodos son los efectos secundarios y las consecuencias para la salud de los métodos anticonceptivos hormonales y quirúrgicos, aunque los motivos de índole moral o religiosa continúan siendo importantes.<sup>2</sup>

## **Abstinencia periódica**

La abstinencia periódica es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición y a diferencia de otros métodos, no cuesta nada. La eficacia de la abstinencia periódica se basa en saber cuándo ocurre el período de fertilidad. La mujer se vale de diferentes signos para saber cuándo está fértil y durante ese tiempo, no tiene relaciones sexuales. La abstinencia periódica usa las técnicas siguientes para que las mujeres identifiquen la fase fértil del ciclo menstrual:

- El método del calendario o del ritmo: las mujeres usan los ciclos menstruales anteriores para calcular el período en que estarán fértiles.
- El método de la temperatura corporal basal: las mujeres saben cuándo están fértiles cuando observan el ligero aumento de la temperatura corporal que ocurre justo después de la ovulación.
- El método del moco cervical: las mujeres saben cuándo están fértiles al observar cambios en el aspecto y la textura del moco cervical.
- El método sintotérmico: se combinan varias técnicas para predecir cuándo estará fértil la mujer. Generalmente, este método incluye el monitoreo de los cambios de temperatura y del moco cervical, y puede incluir otros signos de ovulación, por ejemplo sensibilidad anormal mamaria, dolor de espalda, dolor o “pesadez” abdominal, o sangrado intermenstrual leve.

## **Método de amenorrea de la lactancia (mela)**

El método de amenorrea de la lactancia, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que este sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorréica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que este método ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones.

## **Coito interrumpido**

El coito interrumpido, como la abstinencia periódica, es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición, no cuesta nada y no tiene ningún efecto secundario. También conocido como “coitus interruptus”, requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el óvulo. La eficacia anticonceptiva es similar a la de los métodos de barrera, con tasas de embarazo de aproximadamente 4 por ciento con el uso perfecto y de por lo menos 19 por ciento con el uso típico durante el primer año.

## **Métodos definitivos no reversibles.**

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Tanto la esterilización femenina como la masculina tienen pocas complicaciones cuando la realizan en entornos apropiados y con personal de salud debidamente capacitados.

## **Oclusión tubárica bilateral.**

La esterilización femenina voluntaria es el método de planificación familiar moderno que más se usa en el mundo. Consiste en cerrar y cortar o atar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan con los espermatozoides y sean fertilizados. La operación tarda más o menos 20 minutos.

La tasa acumulativa de fallo es de 0.8 embarazos por 100 mujeres a 10 años en la esterilización quirúrgica del post parto y de 2 en la cirugía de intervalo. Tiene una eficacia inmediata y elevada, permanente y no interfiere en el coito. <sup>11</sup>

## **Vasectomía.**

La esterilización masculina voluntaria o vasectomía, es un procedimiento quirúrgico menor en el que los conductos deferentes, se atan y se cortan para

impedir que los espermatozoides se mezclen con el semen. El semen eyaculado que no contiene espermatozoides no puede fecundar el óvulo. Desde el punto de vista técnico, la vasectomía es más segura y más sencilla de realizar que la esterilización femenina y se está utilizando cada vez más en muchos países en desarrollo.

Entre las ventajas de la esterilización figuran las siguientes: Es muy segura y sumamente eficaz. La eficacia de la esterilización femenina es del 99,5 por ciento en la prevención del embarazo en un año de uso, y el riesgo de fracaso es de 1,9 por ciento en 10 años de uso. La esterilización masculina también es sumamente eficaz, pero un poco menos que la esterilización femenina. No hay que confiar en que la vasectomía proteja contra la concepción antes de que hayan transcurrido 12 semanas o haya habido 20 eyaculaciones después del procedimiento. Entretanto, se debe usar otro método anticonceptivo.

## **Métodos temporales**

### **Métodos de barrera**

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción.

Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas infecciones de transmisión sexual (ITS). Para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.

### **Preservativo masculino.**

El condón masculino de látex, cuando se usa en forma correcta y sistemática, es eficaz contra el embarazo, aunque es menos eficaz en el uso típico. El condón masculino de látex está disponible ampliamente en casi todo el mundo, pero debe ser accesible en el momento del coito. Se ha demostrado que el condón masculino de látex es el único método anticonceptivo que protege

contra la transmisión de casi todos los tipos de ITS. Esto incluye un alto grado de protección contra la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, la transmisión de ITS sigue siendo posible si hay lesiones genitales fuera del área que cubre el condón. El uso del condón masculino requiere la cooperación del compañero.

### **Preservativo femenino**

Se ha elaborado un condón femenino en respuesta a la necesidad de más métodos iniciados por la mujer que protejan contra el embarazo y la transmisión de las ITS. El condón femenino, hecho de poliuretano, se puede usar sin peligro y no tiene efectos secundarios. El condón femenino es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y cuando se inserta, sirve de soporte en el cuello uterino. El anillo exterior forma el borde externo del dispositivo y se mantiene fuera de la vagina después de ser insertado, lo cual protege los labios y la base del pene durante el acto sexual.

Ambos tipos de dispositivos se usan con crema o gelatina espermicida para proteger mejor contra el embarazo. Después del acto sexual, se deben dejar colocados por lo menos durante seis horas. Los diafragmas y los capuchones cervicouterinos son los únicos métodos de barrera que requieren la intervención de un proveedor capacitado para que determine el tamaño adecuado para la usuaria. Este proceso requiere un examen pélvico. Las ventajas de estos métodos son que pueden ser iniciados por la mujer y pueden insertarse hasta seis horas antes del acto sexual. Sin embargo, el diafragma tiene la desventaja de que a veces causa efectos secundarios como escozor e irritación.

La mayoría de los espermicidas surten efecto al inactivar los espermatozoides. Cuando se usan solos, los espermicidas son notablemente menos eficaces que la mayoría de otros métodos modernos en la prevención del embarazo. No obstante, los espermicidas usados con otros métodos de barrera (como diafragmas o capuchones cervicouterinos) pueden aumentar la eficacia

anticonceptiva de esos métodos. Los agentes químicos espermicidas que con más frecuencia se usan actualmente son los siguientes: nonoxinol-9, o N-9, menfegol y cloruro de benzalkonio, o BZK. N-9 es el espermicida más común en el mundo y el que más se ha estudiado.

La medida en que los espermicidas reducen el riesgo de ITS no se entiende bien. Al parecer, el N-9 protege levemente contra las ITS bacterianas, pero no se ha demostrado que protejan contra las ITS virales. Por lo tanto, no se recomienda el uso de espermicidas solos como medio de protección contra la infección por el VIH.

### **Dispositivo intrauterino**

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles. El DIU que se usa frecuentemente es la TCU380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años. A pesar de su probada seguridad de mujeres y adolescentes de todas las edades, y es utilizado por sólo el 5,5% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos en los Estados Unidos.<sup>12</sup>

Los mecanismos posibles de acción del DIU incluyen los siguientes: la inhibición de la esperma migración y la viabilidad a nivel del cuello del útero, endometrio, y el tubo; ralentizar o acelerar el transporte del óvulo a través de la trompa de Falopio, y daño o la destrucción del óvulo antes de la fertilización. La evidencia indica que el DIU no suele inhibir la ovulación en seres humanos. Los posibles mecanismos de acción postfertilización de los DIU incluyen los siguientes: ralentizar o acelerar el transporte del embrión temprano a través de la trompa de Falopio, el daño o la destrucción de los el embrión temprano antes de que alcance el útero, y la prevención de implantación debido a la respuesta inflamatoria del endometrio en presencia de DIU de cobre.<sup>13</sup>

## **Métodos hormonales**

La anticoncepción con hormonales es uno de los métodos de planificación más eficaces y usados. Durante la última década hemos presenciado múltiples avances, como la disponibilidad de dosis bajas, nuevas vías de administración y alta efectividad. Esto ha hecho posible que las pacientes individualicen sus deseos y necesidades, a fin de disminuir la tasa de embarazos no deseados.<sup>14</sup>

### **Hormonales orales.**

El método anticonceptivo más utilizado a nivel mundial son las píldoras anticonceptivas. Debido a que este método exige el cumplimiento de todos los días, las tasas de fracaso con el uso típico de las píldoras anticonceptivas orales se estiman en 9% para la población general, el 13% de los adolescentes y el 30% o más alto para algunos grupos de alto riesgo<sup>12</sup>. Los ciclos extendidos con hormonales combinados disminuyen la menstruación con pocos efectos adversos y adecuada tolerancia.<sup>14</sup> Los efectos secundarios que los anticonceptivos orales pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso. Esos efectos secundarios ocurren casi siempre entre las usuarias de píldoras de alta dosis. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso.

Los anticonceptivos orales también pueden causar sangrado intermenstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado intermenstrual es más común entre las usuarias de anticonceptivos orales de baja dosis que entre las usuarias de píldoras de alta dosis, y es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que los usan llegan a padecer de amenorrea.



### **Anticonceptivos orales de solo progestina.**

Los anticonceptivos orales de sólo progestina, por estar libres de estrógenos tienen un papel importante y un definido sitio en la anticoncepción hormonal contemporánea. A las primeras progestinas: etinodiol, linestrenol y noretisterona, se agregó el norgestrel, luego el levonorgestrel y posteriormente el desogestrel.

Desde siempre la mini píldora de levonorgestrel tiene su asiento único dentro de la anticoncepción oral hormonal en la lactancia, mientras que la minipíldora de desogestrel, sin perder dicho espacio, puede también ser recomendada más allá de la lactancia, por su capacidad inhibitoria de la ovulación. Las píldoras anticonceptivas de sólo progestina no son muy conocidas y su uso no es tan generalizado como lo son los anticonceptivos orales combinados. Suelen conllevar una mayor tasa de alteraciones que los anticonceptivos orales combinados en los episodios de sangrado mensual, incluyendo períodos de amenorrea. Recientes estudios señalan que una de las progestinas disponibles puede llegar a ser utilizada en mujeres que deseen planificación hormonal oral y presenten patología que contraindique la administración de estrógenos, estén o no en lactancia.<sup>15</sup>

El uso continuo de progestina a lo largo del ciclo menstrual se asocia a una mala conformación biológica y funcional del cuerpo lúteo, afectándose adversamente la morfología del endometrio y los mecanismos intracrininos y endocrinos relacionados con el proceso de implantación. También, la administración de píldoras de sólo progestina puede disminuir la motilidad de las ciliadas de las trompas de Falopio, así como la fuerza contráctil muscular de las trompas, con lo cual se retarda el desplazamiento del óvulo desde el ovario hasta la cavidad uterina.<sup>16</sup>

## **Inyectables.**

Es un método hormonal para prevenir el embarazo su mecanismo de acción es prevenir la ovulación y hacer que el moco cervical se espese. De cada 100 mujeres que usa la inyección por un año, 99.7 están protegidas de embarazos. <sup>11</sup>

Los inyectables contienen hormonas femeninas que se inyectan profundamente en el músculo y se liberan gradualmente en el torrente sanguíneo; de este modo, anticoncepción por largo tiempo. El tiempo que cada tipo de inyectable surte efecto después de la inyección depende principalmente de los tipos y las cantidades de hormonas que contiene. Los inyectables son seguros y se encuentran entre los métodos anticonceptivos más eficaces. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos.

Hay dos tipos de anticonceptivos inyectables. El primer tipo son los inyectables sólo de progestina, que contienen una forma sintética de la hormona femenina progesterona.

Los dos inyectables sólo de progestina que están disponibles en el mercado son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (o DMPA), que se administra en una dosis de 150 mg cada tres meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Depo Provera.
- Enantato de noretisterona (o NET-EN), que se administra en una dosis de 200 mg cada dos meses, y comúnmente se conoce con el nombre comercial de Noristerat o Norigest.

El segundo tipo se conoce como inyectables combinados (o AIC), que contienen progestina y estrógeno. Se administran una vez al mes. Dos inyectables combinados, relativamente nuevos y que la OMS ha estudiado ampliamente, se conocen comúnmente con el nombre comercial de Cyclofem (que contiene 25 mg de DMPA y 5 mg de cipionato de estradiol) y Mesigyna (que contiene 50 mg de

NET-EN y 5 mg de valerato de estradiol). Hay otros AIC que se han usado por muchos años. Entre ellos están el feladroxato (combinación de 150 mg de acetofenida de dihidroxiprogesterona), que se usa ampliamente en algunos países latinoamericanos, donde se vende con los nombres comerciales de Perlutal, Perlutan y Topasel.

El DMPA es el inyectable que más se usa y se estudia en todo el mundo. La mayoría de las mujeres pueden usar el DMPA sin peligro. Este anticonceptivo figura entre los anticonceptivos disponibles más eficaces. Es fácil de usar correcta y sistemáticamente porque no requiere una rutina diaria. Produce efectos secundarios comunes, especialmente cambios en el sangrado, el efecto del DMPA es prolongado, pero reversible. En general, una mujer puede quedar embarazada a los 9-10 meses después de recibir la última inyección de DMPA. Para discontinuar el uso, la mujer simplemente deja de recibir las inyecciones, y el nivel de DMPA en la sangre y sus efectos anticonceptivos disminuyen gradualmente.

El DMPA no tiene ningún efecto en la lactancia, por lo tanto lo pueden usar las mujeres que están amamantando. Entre los efectos secundarios que se notifican con más frecuencia es el cambio de las características del sangrado menstrual, incluidos el sangrado irregular o manchado, el sangrado abundante o prolongado y la amenorrea.

### **Implante subdermico.**

Son métodos anticonceptivos hormonales, de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brindan protección hasta por cinco años. Actúan inhibiendo la ovulación. Tiene una falla de un embarazo por 1000 usuarias en el primer año de uso, y su tasa acumulativa a 5 años es de un embarazo por 62 usuarias.<sup>11</sup> Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente una progestina en el torrente sanguíneo. De todos los implantes subdérmicos, el más estudiado y utilizado es el Norplant. Este método consiste en seis cápsulas del mismo tamaño que se implantan y que durante cinco años liberan continuamente en el torrente

sanguíneo dosis bajas de la progestina levonorgestrel. También se han elaborado sistemas de implantes que usan una o dos cápsulas. Norplant II o Jadelle, que consiste en dos cápsulas que liberan levonorgestrel, también es eficaz por lo menos durante cinco años. Implanon, que consiste en una cápsula que libera la progestina 3-ketodesogestrel, se recomienda para tres años de uso.

Es seguro y su eficacia es de por lo menos 99 por ciento en la prevención del embarazo. Durante los primeros tres años de uso, Norplant es tan eficaz como la esterilización femenina, aunque puede que sea levemente menos eficaz en las mujeres que pesan más de 70 kilogramos. Su efecto es prolongado, pero reversible. La eficacia del Norplant comienza a las pocas horas después de la inserción y dura por lo menos cinco años. Después de quitar la primera serie, se puede insertar inmediatamente otra serie de implantes por el tiempo que se necesite o se requiera protección. Sin embargo, este anticonceptivo es reversible en cualquier momento; basta con extraer las cápsulas para que se restablezca rápidamente la fertilidad. No contiene estrógeno; por lo tanto, pueden usarlo las mujeres que están amamantando o las que tienen condiciones de salud que puedan impedirles el uso de anticonceptivos que contienen estrógeno. Además, ofrece beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción; por ejemplo, disminuye la pérdida de sangre menstrual. Suele producir efectos secundarios, especialmente cambios en el sangrado

### **Dispositivo intrauterino medicado**

El Levonorgestrel-20 DIU (Mirena, Schering AG Farmacéutica, Alemania), desarrollado en 1980, ha utilizado ampliamente en Europa y en otros lugares. Los sistemas intrauterinos (o SIU) liberadores de hormonas constituyen un nuevo método de anticoncepción hormonal. Así como los DIU de uso más generalizado, tienen forma de T y se insertan en el útero. Sin embargo, a diferencia de los DIU, los SIU contienen progestina que se libera lentamente en el útero.

El DIU levonorgestrel tiene un efecto mínimo en el eje de ovario pituitaria, y hasta un 85% de las mujeres son ovulatorias durante su uso. La tasa de ovulación

puede aumentar con la longitud de tiempo que el dispositivo se lleva. El mayor efecto biológico de este DIU es la supresión de receptores de estrógeno y progesterona. Además, la inflamación en el endometrio ha sido demostrado ser similar a la de los DIU inertes. Estos efectos resultan en disminución del sangrado endometrial con el tiempo, y algunas mujeres que utilizan el levonorgestrel DIU tienen amenorrea. Sin embargo, la amenorrea no implica necesariamente que la ovulación no se está produciendo pero que es principalmente debido a los efectos endometriales. La dosis liberada diaria es de 20 microgramos.

Los métodos anticonceptivos hormonales de acción prolongada incluidos los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes subdérmicos, no son dependientes del usuario y tienen tasas de fracaso muy bajas (menos del 1%)<sup>15</sup>. A pesar de su probada seguridad de mujeres y adolescentes de todas las edades, el DIU es utilizado por sólo el 5,5% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos en los Estados Unidos.

### **Anticoncepción de emergencia.**

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección<sup>17-18</sup>. La anticoncepción de emergencia no ha sido diseñada como un método regular de anticoncepción, por lo que después de usarla, se debe empezar a usar o seguir usando un método regular si no se desea un embarazo. Este tipo de anticoncepción se puede utilizar en cualquier momento del ciclo menstrual y si es necesario, más de una vez durante un mismo ciclo. Se debe insistir siempre en que la anticoncepción de emergencia no protege contra las ITS.<sup>17</sup>

Varios estudios clínicos han demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia combinadas que contiene el estrógeno etinil estradiol y progestina la levonorgestrel pueden inhibir o retrasar la ovulación, lo que puede explicar la eficacia del mismo cuando se utiliza durante la primera la mitad del ciclo menstrual. Algunos estudios han demostrado alteraciones histológicas o bioquímicas en el endometrio después de tratamiento con el régimen, llegando a la conclusión de

que la anticoncepción de emergencia pueden actuar alterando la receptividad del endometrio a la implantación de un huevo fertilizado. Otros posibles mecanismos incluyen la interferencia con función del cuerpo lúteo, el engrosamiento del moco cervical que resulta en la captura de espermatozoides, alteraciones en el transporte tubárico del espermatozoides, óvulo o embrión y la inhibición directa de la fertilización.<sup>19</sup>

Deben tomarse 2 dosis de las píldoras: la primera dosis dentro de las primeras 72 horas después de un acto sexual sin protección y la segunda al cabo de 12 horas. Cada dosis debe contener por lo menos 0,1 mg de etinil estradiol y 0,5 mg de levonorgestrel. Es importante asesorar a las mujeres en cuanto a los posibles efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Los principales efectos colaterales son náuseas (que ocurren en aproximadamente la mitad de las mujeres) y vómitos (que ocurren en la quinta parte de las mujeres después de la primera o la segunda dosis). Por lo general los efectos secundarios desaparecen entre las 24 a 48 h posteriores a la ingestión del medicamento.<sup>17</sup>

Existen las píldoras comunes de baja dosis contienen 30 microgramos de etinil estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel. Las píldoras comunes de alta dosis contienen 50 microgramos de etinil estradiol y 250 microgramos de levonorgestrel.<sup>17</sup>

#### **1.4 Factores socioculturales que influyen en la elección del método anticonceptivo.**

El conocimiento de la eficacia de un método anticonceptivo puede ser un factor importante en la elección del mismo. El conocimiento general varía ampliamente entre las poblaciones, con disparidades notables entre las minorías y poblaciones más jóvenes que tienen menos conciencia y la comprensión de los diversos métodos anticonceptivos.<sup>20</sup>

En un estudio realizado a un grupo de universitarios, se obtuvieron estos resultados un 82,1% de los estudiantes está utilizando algún método de anticoncepción, siendo el más utilizado el preservativo, seguido por los anticonceptivos orales. La decisión en la elección del método, el 75,5% manifiesta haberla tomado por iniciativa propia, el 62,3% no recibe control del método anticonceptivo. La razón más frecuente por la que se elige el método de anticoncepción es por la facilidad de uso y consecución. El preservativo es considerado como el mejor método seguido de los anticonceptivos inyectables.<sup>21</sup>

Por otra parte en un estudio realizado a 30 parejas sobre los factores de rechazo de métodos temporales de planificación familiar, 25 de estas rechazaron los métodos por las siguientes condiciones:

- Menor efectividad que los otros métodos anticonceptivos, 13 pacientes 43.3%
- El esposo las rechaza por inhibir el libido a la hora del acto sexual 14 pacientes 13.3%.
- La paciente en casos de óvulos y espumas es rechazada por exceso de estos materiales y del contenido seminal en la región vulvo perianal, 2 pacientes 6.6%.
- Por producir infecciones (cervicovaginitis) en caso de óvulos y espumas, 1 paciente 3.3 %.
- Falta de información, 1 paciente 3.3%.
- Oposición religiosa, 2 pacientes 6.6%
- Factor educacional y cultural, 2 pacientes 6.6%<sup>5</sup>

Según la encuesta nacional de salud, entre los métodos más utilizados por los adolescentes se ubica el condón, con 80.6%, y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales. En las mujeres, la utilización reportada es menor: 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% usó hormonales.<sup>4</sup>

Los resultados de la ENSANUT 2012 señalan que del total de adultos entrevistados 91.0% ha tenido vida sexual activa, de los cuales 51.0% de los hombres y 66.3% de las mujeres reportaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. De los que señalaron haber utilizado algún método, los hombres mencionaron un porcentaje de uso mayor que las mujeres. Entre los métodos más utilizados por los hombres se ubica el condón masculino con 45.1% y los hormonales con un porcentaje de 2.0%. De parte de las mujeres, 27.4% dijo que su pareja usó condón y 4.2% informó haber usado hormonales.<sup>4</sup>

#### **1.4.1 Criterios de elegibilidad.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la última década ha definido los criterios de elegibilidad para el uso de todos y cada uno de los métodos de planificación familiar. Recientemente ha publicado la edición correspondiente al año 2004.<sup>15</sup> En dicho documento las condiciones o factores que podrían afectar la elegibilidad para el uso de los métodos están incluidas en una de las siguientes cuatro categorías.

##### **Primera categoría.**

Se puede utilizar libremente por no existir restricción alguna. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. La edad desde la menarquia hasta la menopausia. En estados de nuliparidad, primiparidad o multiparidad. Más de seis semanas de posparto y lactancia. Inmediatamente en el posparto sin lactancia. Inmediatamente luego del aborto del primer o segundo trimestre, exista o no exista cuadro séptico. En mujeres fumadoras sin distinciones de edad o magnitud del hábito. En hipertensas adecuadamente controladas. En mujeres con antecedente de hipertensión en el embarazo. En historia familiar de trombosis venosa o embolismo pulmonar. Con venas várices o tromboflebitis superficial. Cefaleas no migrañosas. Epilepsia. Desórdenes depresivos. Ectopia cervical. Cervicitis. Vaginitis. Vaginositis. Endometriosis. Dismenorrea. Enfermedad trofoblástica benigna o maligna. Neoplasia intracervical (NIC). Cáncer de cuello



uterino. Hipotiroidismo e hipertiroidismo. Anemia ferropénica, de células falciformes o talasemia. Enfermedad mamaria benigna. Miomatosis uterina.

### **Segunda categoría.**

Generalmente se pueden usar. Las ventajas exceden los riesgos comprobados o teóricos. Se puede ameritar más que un seguimiento rutinario. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. Antecedente de embarazo ectópico. La presencia concomitante de múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Hipertensión arterial pobremente controlada. Historia de trombosis venosa profunda. Cefaleas migrañosas. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en terapia con retrovirales. Diabetes. Colestasis hepática. Masas en mama no diagnosticadas.

### **Tercera categoría.**

Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptados por la usuaria. Los riesgos teóricos o comprobados generalmente exceden las ventajas del método. Usualmente es el método de última elección. De seleccionarlo, siempre se ameritará un cercano seguimiento. Menos de seis semanas de posparto. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. Tumores hepáticos benignos y malignos. Trombosis venosa profunda actual. Embolismo pulmonar actual. Accidente cerebrovascular. Enfermedad coronaria.

### **Cuarta categoría.**

No se debe utilizar el método. La afección o la condición representan un riesgo inaceptable para la salud de la mujer si el método es aplicado. Pertenece a esta categoría el cáncer de mama.<sup>15</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La planificación familiar representa un problema de salud pública a nivel mundial, tanto que forma parte de programas prioritarios de salud a nivel institucional, en la mayor parte del mundo y sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Representa un punto importante en cualquier gestión debido a los beneficios que representa para prevenir la morbi mortalidad materna y perinatal.

En la mayoría de los países del mundo y el nuestro no es una excepción la planificación familiar se ha convertido en un tema central en todo gobierno. Llevando a cabo estrategias que permiten la difusión de información y la distribución de distintos métodos anticonceptivos, para cubrir a la mayoría e incluso a la totalidad de la población femenina en edades fértiles. El gobierno federal y el gobierno del Estado de México a través de la Secretaria de Salud lleva a cabo estrategias encaminadas a lograr la salud de las mujeres, y disminución de las muertes maternas asociadas a situaciones de alto riesgo, a través de programas prioritarios uno de ellos y el que nos concierne sobre planificación familiar, lo que se supone permitiría llevar a todas las comunidades los beneficios de dicho programa, sin embargo las estadísticas muestran lo contrario pues se continua observando un alto porcentaje de embarazos de no deseados, debido a la realización de prácticas sexuales sin protección.

A pesar de los grandes avances tecnológicos y nuevos descubrimientos en áreas de la salud, la planificación familiar continúa representando un tema poco solicitado por las poblaciones, y en países de Latinoamérica continua existiendo limitaciones para el acceso a los mismos, debido a la falta de información, difusión, o a la escases de los mismos métodos. Representando grandes riesgos para cierta población quien continúa ejerciendo prácticas sexuales poco seguras sin protección y aumentando el número de embarazos no deseados. Y al mismo tiempo acercándose a conductas riesgosas para terminar con estos embarazos no deseados.

Diversos estudios realizados en países de América Latina y el Caribe coinciden en advertir que en la región uno de los factores detrás de la falla en el uso de métodos anticonceptivos es la falta de conocimiento sobre su uso adecuado, que resulta en gran medida de la ausencia o de la deficiencia en el asesoramiento médico de la mujer y de la pareja.

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales, las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos métodos.

En los últimos años se ha observado que los programas de Planificación Familiar no han tenido el impacto esperado, la población continúa teniendo hijos en etapas tempranas de la vida reproductiva, con corto espaciamiento y la consiguiente afectación a la salud de la madre y el niño.

En varios estudios se reportan que hasta 40% de las mujeres que han tenido un embarazo no planeado, fue porque no utilizaron algún método anticonceptivo a sabiendas de no quererse embarazar; no existe congruencia entre el deseo de embarazo y el uso de anticonceptivos. Existe baja percepción del riesgo, manifestada en la incapacidad de las mujeres de asumir el control de su vida sexual y reproductiva.

En relación a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del uso de métodos de planificación familiar en pacientes del Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota?

### **3. JUSTIFICACION**

En México el control de la natalidad continúa siendo un problema de salud pública, encontrándose un mayor número de embarazos no deseados en la población en edades reproductivas muy tempranas. El presente estudio nos permitirá conocer cuál es el impacto que tienen los métodos de planificación familiar en la población estudiada y así determinar cuál es la frecuencia de uso de estos métodos.

Debido a que la planificación familiar continúa siendo un tema en donde se encuentra múltiples limitantes para que se lleve a cabo, y dado que representa un rol importante en la prevención de situaciones de riesgo como embarazos no deseados que podrían culminar con mujeres jóvenes realizándose abortos en situación de riesgo.

Determinar la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil nos permitirá conocer las limitaciones de los programas de salud sobre planificación familiar, conocer las causas por las que las mujeres no utilizan estos métodos, identificar factores de riesgo sociales asociados al abandono del método ya utilizado.

A pesar de la existencia de modernos métodos de planificación familiar y de la amplia información acerca de su uso, los embarazos no deseados siguen siendo uno de los problemas médicos más comunes que enfrentan las mujeres sexualmente activas menores de 45 años.

Los resultados obtenidos nos permitirán realizar nuevas estrategias para que se realice la adecuada difusión de información sobre la planificación familiar, así como obtener un mayor número de mujeres en control de planificación familiar, a fin de disminuir las conductas riesgosas relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

#### **4. HIPOTESIS**

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo por lo que no se plantea hipótesis.

## 5. Objetivos

### General

1.- Determinar la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en pacientes del centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota, ISEM.

### Específicos

1. Clasificar a los usuarios según su género
2. Enlistar a los usuarios según su edad.
3. Agrupar a los usuarios según su escolaridad
4. Identificar a los usuarios según su ocupación
5. Catalogar a las usuarias según el número de embarazos
6. Numerar a las usuarias según el número de partos
7. Clasificar a las usuarias según el número de abortos
8. Ordenar a los usuarios según el número de hijos vivos
9. Especificar a los usuarios según la edad del hijo menor
10. Numerar a los usuarios según el número de hijos que desea tener
11. Determinar el motivo por el cual se desea planificar la familia
12. Establecer la frecuencia de método utilizado
13. Identificar el tiempo de utilización del método.

## 6. METODO

El presente trabajo es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### 6.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recabación de los datos	Se medirá en años vividos desde el nacimiento	Cuantitativa	Años vividos
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio, independientemente de la actividad	Actividad que desarrolla un ser humano independientemente, sin que necesariamente reciba remuneración económica	Cualitativa	Hogar Estudiante Profesora Empleada Comerciante profesionista
Escolaridad	Conjunto de estudios de una persona	Años de escolaridad del usuario de planificación familiar	Cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria

				Preparatoria Carrera comercial Licenciatura
Número de embarazos	Cantidad de embarazos logrados y no logrados de la usuaria de planificación familiar	Se medirá el número de embarazos	Cuantitativa	Escala numérica
Número de partos	Cantidad de embarazos concluidos por parto eutócico	Número de embarazos terminados por parto eutócico	Cuantitativa	Escala numérica
Número de abortos	Número de embarazos que concluyeron en la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación	Se medirá número de embarazos que terminaron antes de las 20 semanas de gestación.	Cuantitativa	Escala numérica
Número de hijos vivos	Número de hijos nacidos vivos y que continúan vivos hasta la	Se medirá número de hijos vivos en los usuarios en	Cuantitativa	Escala numérica



	recabación de datos	planificación familiar		
Edad del hijo menor	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la recabación de datos del hijo menor	Se medirá en años la edad del hijo menor	Cuantitativa	Años
Cantidad de hijos más que desea tener	Número de hijos más que desea tener el usuario de planificación familiar	Cantidad de hijos más que desea tener	Cuantitativa	Escala numérica
Motivo por el cual desea planificar su familia	Razones por las que inicio el control de planificación familiar	Se medirá por las razones que exponga el usuario de planificación familiar	Cualitativa	Paridad satisfecha Razones económicas Sociales
Método utilizado	Se refiere al tipo de método de planificación familiar utilizado.	Se definirá por el tipo de método que utilice el usuario de control de planificación familiar.	Cualitativa	Preservativo Inyecciones Implante subdermico OTB, etc

Tiempo de uso del método	Tiempo transcurrido desde el inicio del método hasta la fecha de recabación de datos	Se medirá en años	Cuantitativa	Años
--------------------------	--	-------------------	--------------	------

## 6.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Son las tarjetas de planificación familiar de las usuarias en control de planificación familiar del Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota.

## 6.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Usuarios independientes de edad y género que acuden a planificación familiar en el Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota.

## 6.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

Usuarios que acuden por otro motivo de consulta al Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota.

## 6.5 INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La información para este trabajo fue recabada de la tarjeta de planificación familiar, la cual constituye el instrumento empleado con aquellos pacientes, independientemente de su edad y género que acuden al Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel a consulta de planificación familiar. El instrumento fue validado por el Instituto de Salud del Estado de México.

La información que se recabo incluye: la edad de los usuarios, su escolaridad, ocupación y en el caso de las usuarias el número de embarazos, partos y abortos. Para los usuarios en general los hijos vivos, la edad del hijo menor, si se desea

tener más hijos, motivo por el cual se desea planificar a la familia, el método utilizado y la fecha de inicio del método.

## **6.6 DESARROLLO DEL PROYECTO**

Previa autorización de la Coordinadora Municipal, coordinación a la que pertenece el Centro de Salud Rural Disperso de la comunidad de San Gabriel, del municipio de Chapa de Mota, Estado de México, se procedió a recabar la información para determinar la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar, a través de .las tarjetas de planificación familiar. Una vez recabada la información se procedió a su tratamiento estadístico para la redacción del documento final en el formato de tesis.

## **6.7 LIMITE DE ESPACIO**

Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, Chapa de Mota, Instituto de Salud del Estado de México en donde se recabara la información y la Biblioteca de la facultad de Medicina en donde se hará el procesamiento estadístico.

## **6.8 LIMITE DE TIEMPO**

Fue de doce semanas a partir de la aceptación del protocolo de investigación.

## **7. DISEÑO DE ANÁLISIS.**

El análisis comprende medidas de resumen estadístico: media aritmética, desviación estándar, valor mínimo, valor máximo, rango, error estándar, para su obtención se empleara el programa estadístico STATS <sup>TM</sup>. Las variables cualitativas serán presentadas en números absolutos y en porcentajes. Los resultados finales se presentan en cuadros y graficas.

## **8. IMPLICACIONES ETICAS**

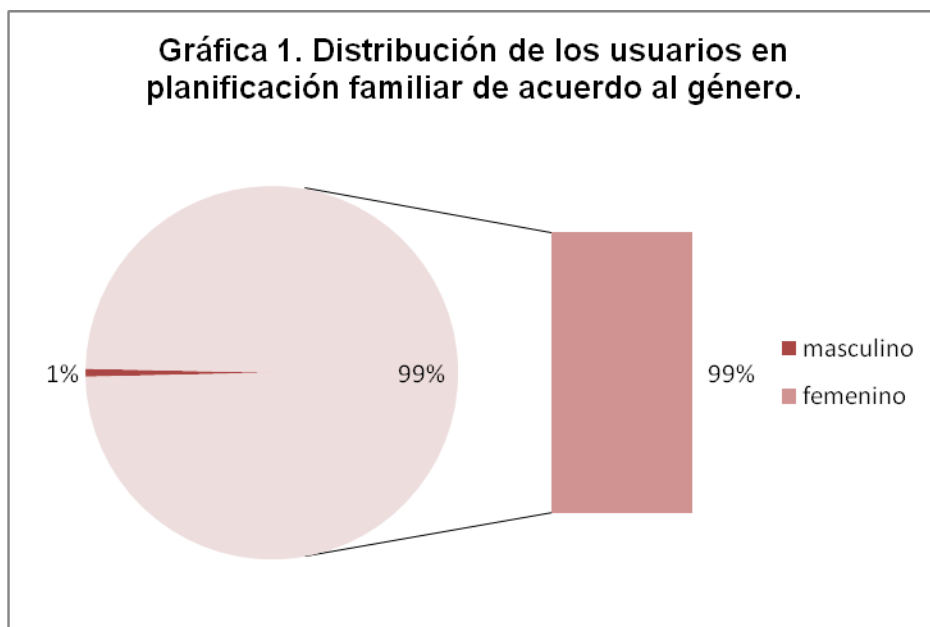
El presente trabajo es de tipo retrospectivo y la información será obtenida de las tarjetas de planificación familiar de los usuarios que acudieron al Centro de Salud Rural Disperso San Gabriel, por lo que las implicaciones éticas son mínimas, así mismo los datos obtenidos, serán empleados únicamente con fines estadísticos y se respetara la confidencialidad.

## 9. Resultados en cuadros y gráficas.

Cuadro 1. Género de los usuarios en control de planificación familiar.

Género	Número	Porcentaje
Masculino	1	1
Femenino	145	99
	146	100

Fuente: instrumento de recolección.



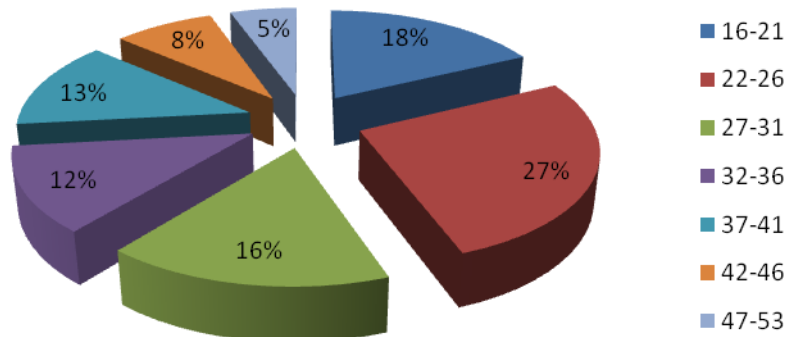
Fuente: cuadro 1

Cuadro 2. Edad de los usuarios en control de planificación familiar.

Edad	Número	Porcentaje
16-21	26	18
22-26	39	27
27-31	24	16
32-36	18	12
37-41	19	13
42-46	12	8
47-53	8	5
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

**Gráfica 2. Distribución de usuarios en control de planificación familiar según su edad**

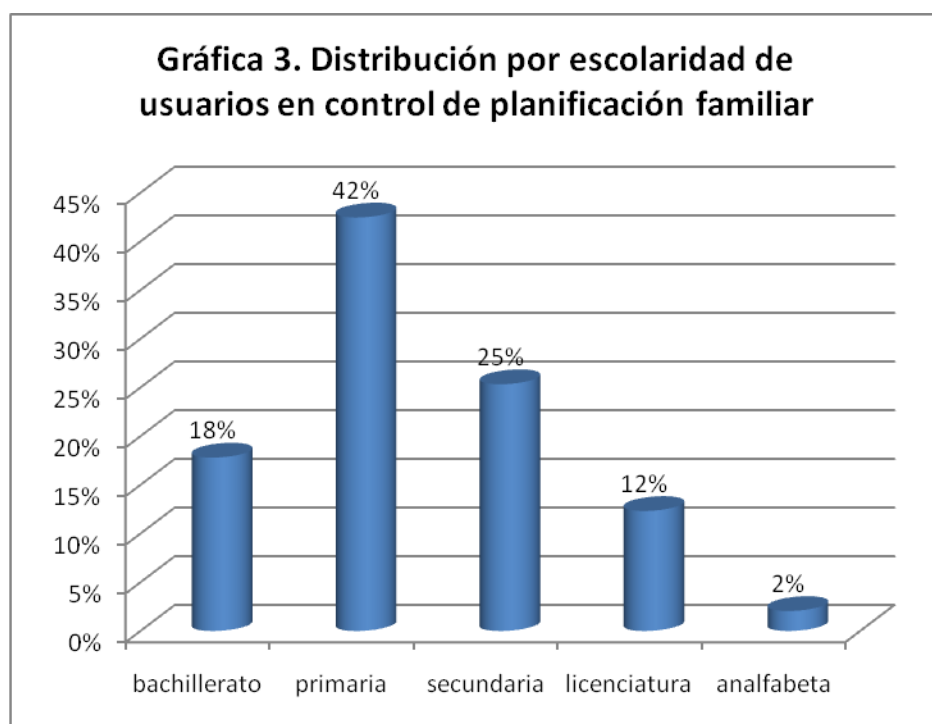


Fuente: cuadro 2.

Cuadro 3. Escolaridad de los usuarios en control de planificación familiar.

Escolaridad	Número	Porcentaje
Bachillerato	26	18
Primaria	62	42
Secundaria	37	25
Licenciatura	18	12
Analfabeta	3	2
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.



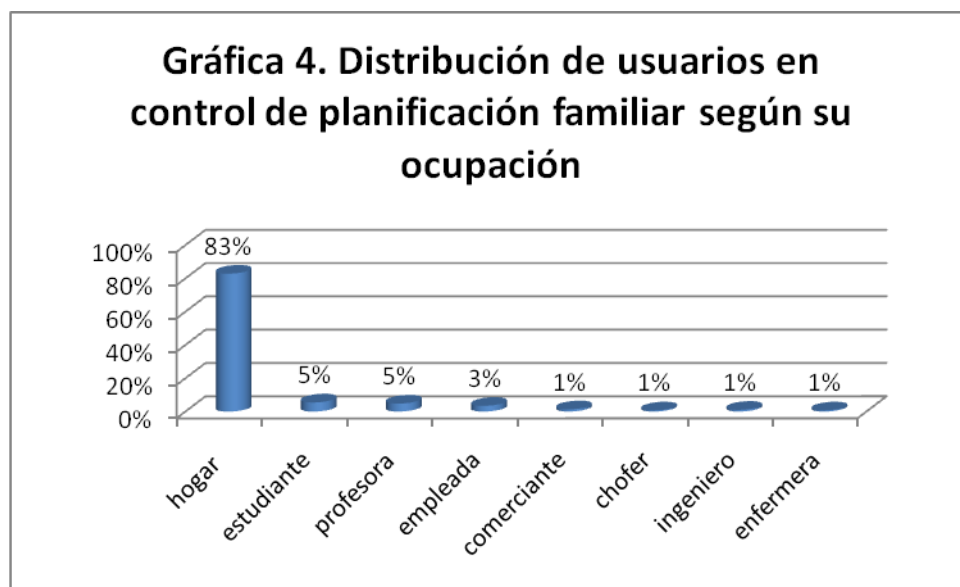
Fuente: cuadro 3.



Cuadro 4. Ocupación de los usuarios en control de planificación familiar.

Ocupación	Número	Porcentaje
Hogar	121	83
Estudiante	8	5
Profesora	7	5
Empleada	5	3
Comerciante	2	1
Chofer	1	1
Ingeniero	1	1
Enfermera	1	1
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.



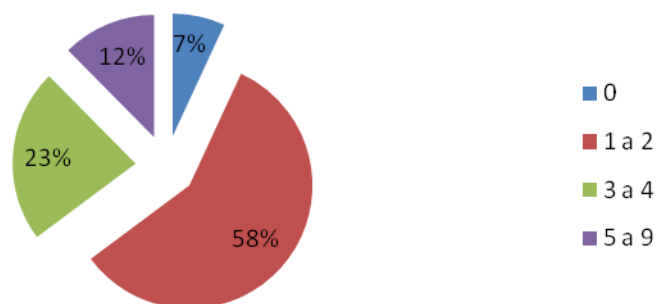
Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Número de embarazos en las usuarias en control de planificación familiar.

# embarazos	Número	Porcentaje
0	10	7
1 a 2	84	58
3 a 4	33	23
5 a 9	18	12
	<b>145</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección.

**Gráfica 5. Distribución de las usuarias en control de planificación familiar de acuerdo al número de embarazos**

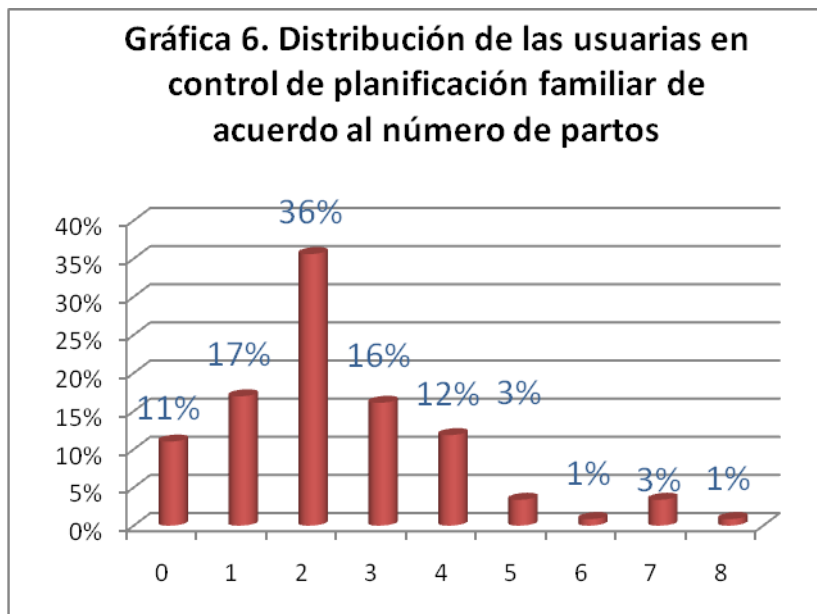


Fuente: cuadro 5.

Cuadro 6. Número de partos en las usuarias en control de planificación familiar.

# partos	Número	Porcentaje
0	13	11
1	20	17
2	42	36
3	19	16
4	14	12
5	4	3
6	1	1
7	4	3
8	1	1
	<b>118</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

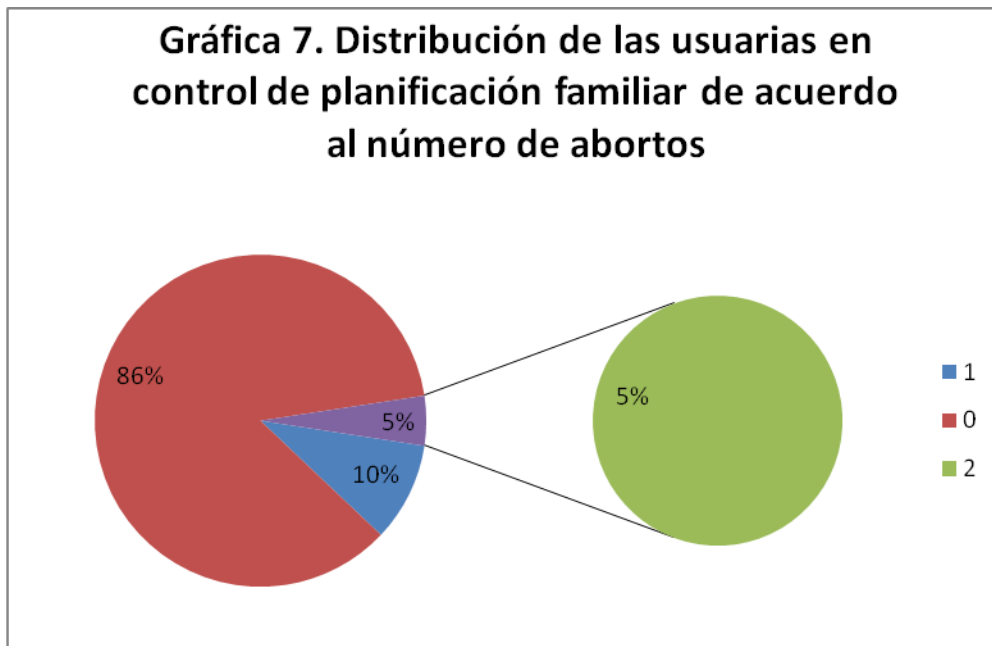


Fuente: cuadro 6.

Cuadro 7. Número de abortos en las usuarias en control de planificación familiar.

# abortos	Número	Porcentaje
1	14	10
0	124	86
2	7	5
	<b>145</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

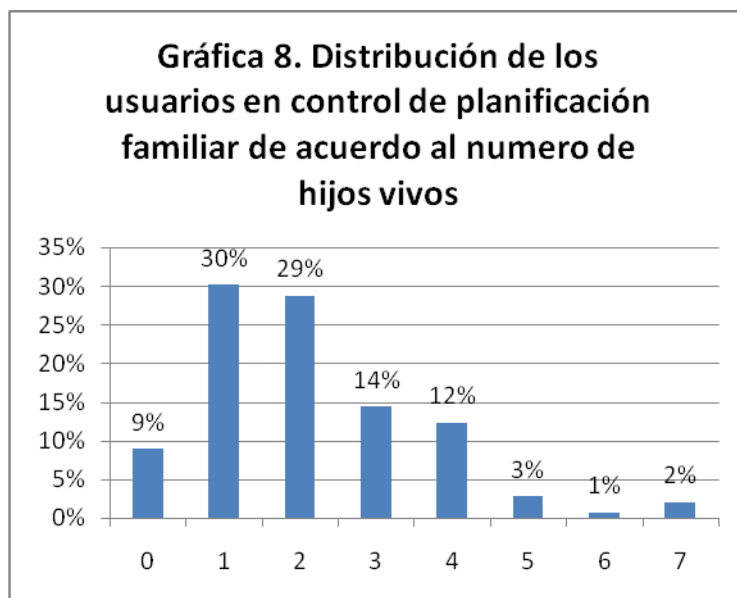


Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Número de hijos vivos en los usuarios en control de planificación familiar

# hijos vivos	Número	Porcentaje
0	13	9
1	44	30
2	42	29
3	21	14
4	18	12
5	4	3
6	1	1
7	3	2
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección

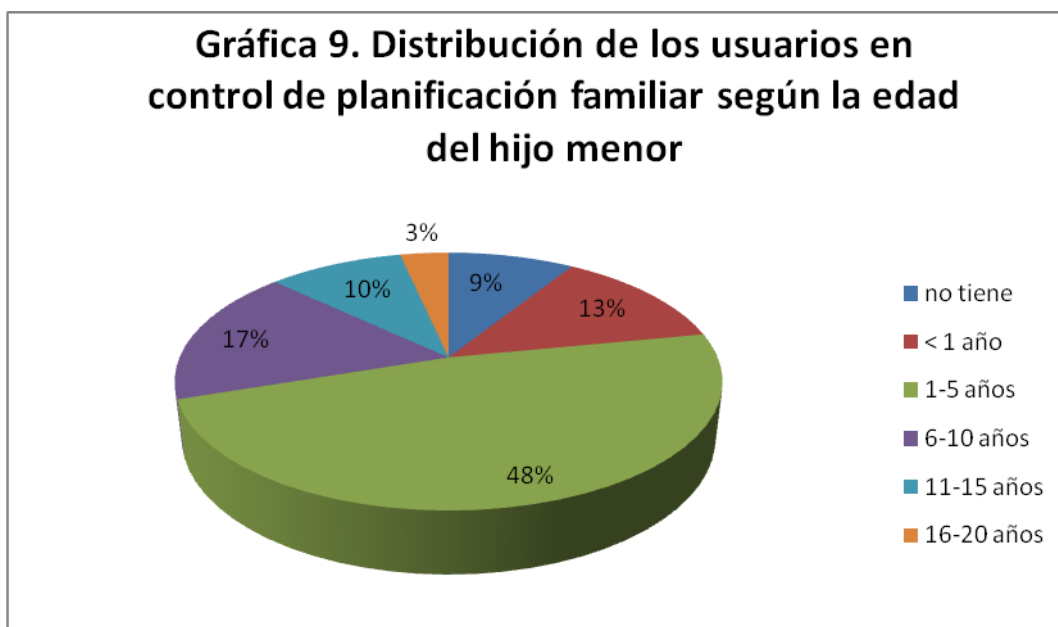


Fuente: cuadro 8.

Cuadro 9. Edad del hijo menor en los usuarios en control de planificación familiar

Edad	Número	Porcentaje
no tiene	13	9
< 1 año	19	13
1-5 años	70	48
6-10 años	25	17
11-15 años	14	10
16-20 años	5	3
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

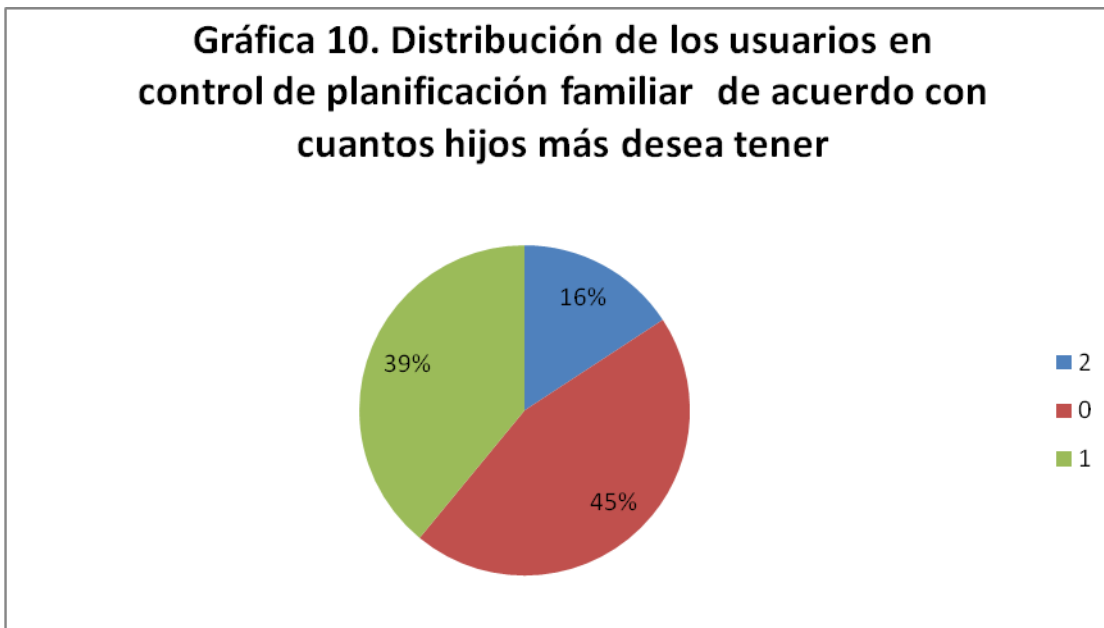


Fuente: Cuadro 9.

Cuadro 10. Número de hijos que más desea tener los usuarios en control de planificación familiar.

Número	Número	Porcentaje
2	23	16
0	66	45
1	57	39
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

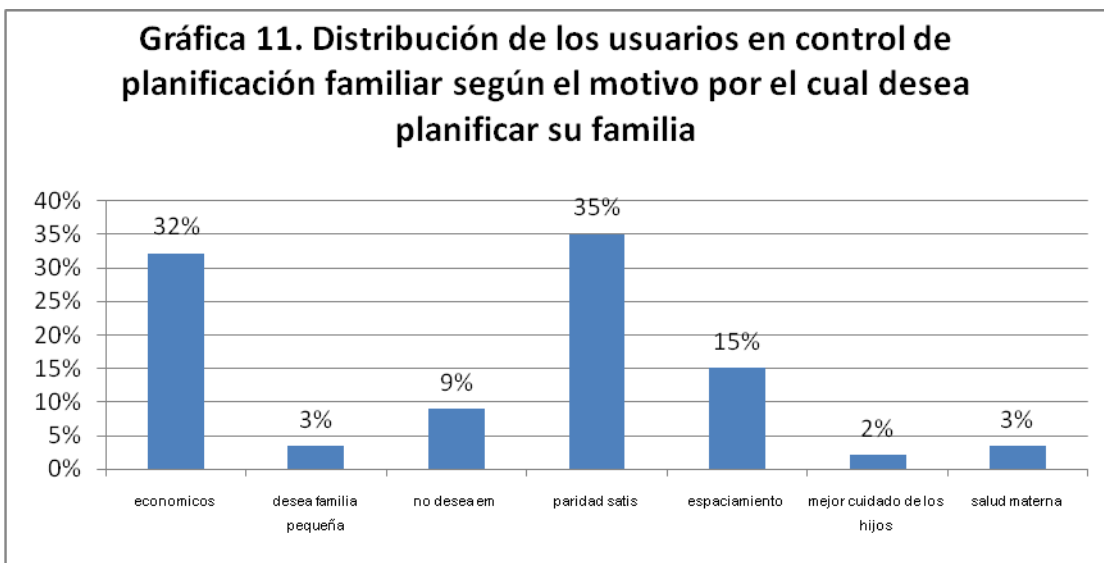


Fuente: Cuadro 10.

Cuadro 11. Motivo que llevo al usuario a planificar su familia.

Motivo	Número	Porcentaje
Económicos	47	32
Desea familia pequeña	5	3
No desea embarazo ahora	13	9
Paridad satisfecha	51	35
Espaciamiento entre embarazos	22	15
Mejor cuidado de los hijos	3	2
Salud materna	5	3
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.



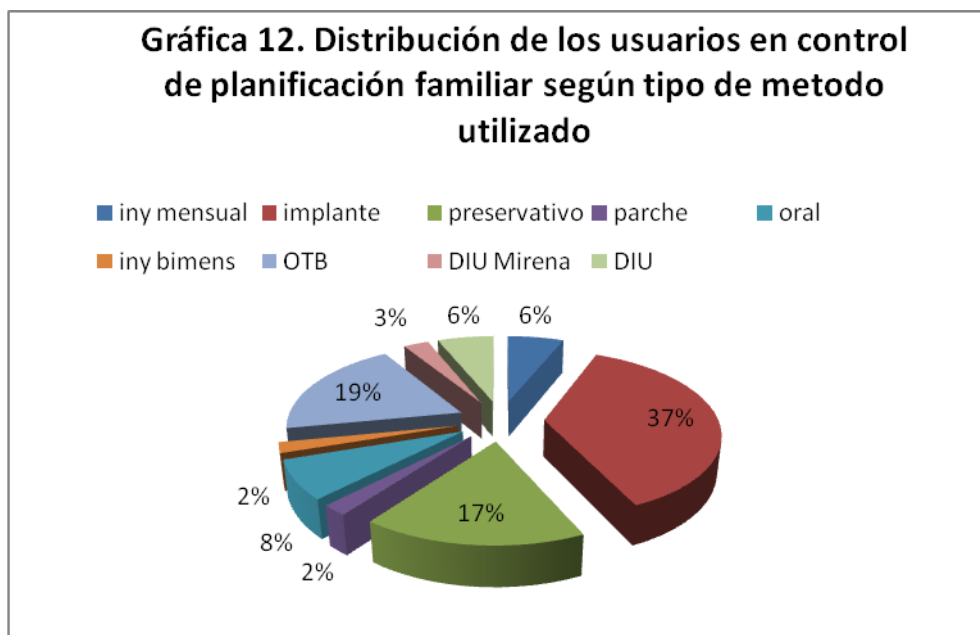
Fuente: cuadro 11.



Cuadro 12. Tipo de método utilizado por los usuarios en control de planificación familiar.

Método	Número	Porcentaje
Inyección mensual	9	6
implante	54	37
preservativo	25	17
parche	3	2
oral	11	8
Inyección bimensual	3	2
OTB	28	19
DIU Mirena	4	3
DIU	9	6
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.

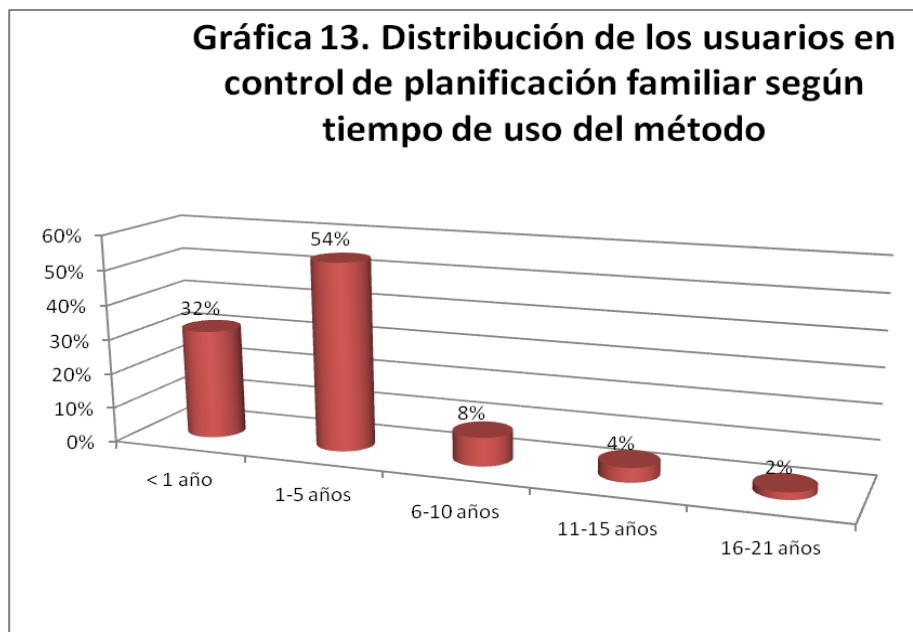


Fuente: Cuadro 12

Cuadro 13. Distribución de los usuarios en control de planificación familiar según tiempo de uso del método.

Tiempo	Número	Porcentaje
< 1 año	46	32
1-5 años	79	54
6-10 años	12	8
11-15 años	6	4
16-21 años	3	2
	<b>146</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumento de recolección.



Fuente: Cuadro 13

## 10. Resultados.

Se incluyeron a 146 usuarios en control de planificación familiar que acudieron a consulta en el Centro de Salud Rural Disperso de San Gabriel, Chapa de Mota, en el periodo comprendido del 01 enero a mayo de 2013.

Los datos se obtuvieron a través del instrumento de recolección de la información del trabajo, posteriormente se ingresaron a una planilla de cálculo Excel y se utilizó el programa computacional STATS <sup>TM</sup> para los datos estadísticos.

En cuanto al género de los usuarios en control de planificación familiar se obtuvo que el 99% de la muestra son representados por el género femenino y el 1% del género masculino (Cuadro 1, Gráfica 1)

En relación a la edad de los usuarios en control de planificación familiar estudiados, se obtuvo una media aritmética de  $33.4 \pm 10.3$ , un valor mínimo de 16 y un valor máximo de 53, con un rango de 37, siendo el grupo de edad más frecuente de 22 a 26 años (Cuadro 2, Gráfica 2)

De acuerdo a la escolaridad de los usuarios en control de planificación familiar se encontró que el 42% contaba con primaria completa o incompleta, el 25 % secundaria, el 18 % con bachillerato completo e incompleto, el 12% con licenciatura, y el 2% con ningún grado de escolaridad. (Cuadro 3, Gráfica 3).

En cuanto a la ocupación tenemos que el 83 % de los usuarios se dedican al hogar, 5% son estudiantes, 5% son profesores, 3 % empleadas, 1% comerciantes, 1% chofer, 1% ingeniero, 1 % enfermera. (Cuadro 4, Gráfica 4)

Respecto al número de embarazos en las usuarias en control de planificación familiar tenemos que la media aritmética es de  $4.1 \pm 2.9$ , con un mínimo de 0, y un máximo de 9, con un rango de 9. Observamos que 7% de ellas no han cursado ningún embarazo y el 12 % con 5 embarazos y más. (Cuadro 5, Gráfica 5)

En cuanto al número de partos en las usuarias que acudieron a control de planificación familiar, encontramos que la media aritmética es de  $4 \pm 2.7$ , un valor mínimo de 0 y máximo de 8, rango de 8, desviación estándar de 2.7, del cual 11% no ha tenido partos y solo el 1% ha tenido 8 partos (Cuadro 6, Gráfica 6)

Respecto al número de abortos de las usuarias en control de planificación familiar, se obtuvo una media aritmética de  $1 \pm 1$ , un valor mínimo de 0 y un máximo de 2, rango de 2. La mayoría el 86% no ha tenido abortos. (Cuadro 7, Gráfica 7).

En relación al número de hijos vivos en los usuarios en control de planificación familiar se obtuvo una media de 3.5, un valor mínimo de 0 y un máximo de 7, observando que un 30% tiene solo un hijo, y el 2% tiene 7 hijos vivos. (Cuadro 8, Gráfica 8)

En cuanto a la edad del hijo menor el 13 % es menor de un año, el 48% de 1 a 5 años, y solo el 3% de 16 a 20 años. (Cuadro 9, Gráfica 9)

Sobre la cantidad de hijos mas que desea tener, la media fue de 1, un valor mínimo de 0, y un máximo de 2, rango de 2, el 45% de los usuarios en control de planificación familiar no desea tener más hijos, el 39 % desea un hijo más y el 16% dos hijos más. (Cuadro 10, Gráfica 10)

De acuerdo al motivo que llevo al usuario a planificar, tenemos que un 35% es por paridad satisfecha, siguiéndole los económicos con un 32%, el 15 % el espaciamiento entre embarazos, 9% no desea embarazos en este momento, 3% desea una familia pequeña y por salud materna y 2% por mejor cuidados a los hijos. (Cuadro 11, Gráfica 11)

En cuanto al método utilizado el de mayor frecuencia es el implante subdermico con un 37%, seguido de la obstrucción tubárica bilateral con 19%, y el dispositivo intrauterino con 6%. (Cuadro 12, Gráfica 12).

En cuanto al tiempo de utilización del método de planificación familiar, encontramos que el 54% tiene de 1 a 5 años con el, 32% menos de un año, 8%

de 6 a 10 años 4% de 11 a 15 años, y solo el 2% de 16 a 21 años. (Cuadro 13, Gráfica 13).

## 11. Discusión

Más de la mitad de las parejas casadas en el mundo practican algún método de control natal, pero la proporción de uso varía entre menos de un 10% en países de África a más de un 70% para los países desarrollados. Igualmente, se estima que más de 150 millones de mujeres habitantes de los países en desarrollo quieren posponer el nacimiento de sus hijos(as) o dejar de tenerlos, más no todas lo logran debido a dificultades en el acceso a los métodos de planificación familiar.<sup>7</sup>

En la actualidad seguimos observando que en lo que respecta a la planificación familiar, el género masculino tiene poca participación, o poco interés en el mismo tema, esto probablemente derivado de situaciones sociales y culturales, o simplemente por falta de información o accesibilidad a los métodos de planificación familiar, lo cual lo podemos comprobar en el presente estudio al observar que solo el 1% de los usuarios en control de planificación familiar son representados por el género masculino. Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo para presentar embarazos no deseados por falta de uso de algún método de planificación familiar. En este sentido, es importante la información que los adolescentes tienen para el cuidado de su salud reproductiva y en especial de los métodos anticonceptivos. De acuerdo con las cifras de la ENSANUT 2012, 90% de la población de 12 a 19 años de edad a nivel nacional reportó conocer o haber escuchado hablar de alguno de estos métodos, cifra superior a la reportada en la ENSANUT 2006 de 82% y en la ENSA 2000 de 69%.<sup>4</sup> Es importante resaltar que la edad más frecuente de uso de algún método de planificación familiar en nuestro estudio, se encuentra en usuarios jóvenes en un rango de 22 a 26 años, lo cual no resulta tan satisfactorio ya que el número de embarazos no deseados en mujeres adolescentes va en incremento, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna.

La posibilidad que han tenido las mujeres de acceder a métodos anticonceptivos en los últimos 30 años, les ha brindado la oportunidad de cumplir roles diferentes al de madre y dedicarse a nuevas actividades fuera del hogar. En

el presente estudio se evidencia mayor interés y responsabilidad en cuanto a planificación familiar se refiere, por mujeres que se dedican al hogar, y con un grado de escolaridad básico, esto tal vez debido a que existe mayor demanda de consulta de estas personas a nivel de sector salud, por mayor disponibilidad de tiempo.

Los resultados encontrados en relación a los antecedentes ginecobstétricos de las usuarias de algún método de planificación familiar, nos informa que la mayoría son multigestas, e incluso la mayoría acepta pocos meses después del evento obstétrico, y que un número pequeño de estas usuarias lo hace posterior al inicio de vida sexual para prolongar la aparición del primer embarazo, tal vez por razones de tipo social y familiar.

En un estudio realizado a un grupo de universitarios, se obtuvieron estos resultados un 82,1% de los estudiantes está utilizando algún método de anticoncepción, siendo el más utilizado el preservativo, seguido por los anticonceptivos orales.<sup>21</sup>

Y finalmente muy contrario a lo encontrado en la literatura observamos que el método más utilizado en la población en estudio es el implante subdermico, seguido de la obstrucción tubarica bilateral y en menor frecuencia el dispositivo intrauterino, tal vez porque las usuarias acuden a solicitarlo días posteriores a la recuperación del evento obstétrico.

Los principales motivos que llevan a la elección de uso de algún método de planificación familiar continúan siendo la paridad satisfecha y los problemas de tipo económico.

## **12. Conclusiones**

1. De los usuarios en control de planificación familiar, el grupo de edad más frecuente es de 22 a 26 años.
2. En el presente estudio el 1% de los usuarios en control de planificación familiar en el CSRD-San Gabriel, Chapa de Mota, lo representa el genero masculino.
3. 83% de la población estudiada son amas de casa
4. La mayoría de los usuarios de algún método de planificación familiar, lo hacen por paridad satisfecha.
5. El método de planificación utilizado de mayor frecuencia es el implante subdermico con un 37%, seguido de la obstrucción tubárica bilateral con 19%, y el dispositivo intrauterino con 6%.



### **13. RECOMENDACIONES**

El programa de la planificación familiar es una fortaleza para el sector salud, dado su importancia para disminuir los riesgos en salud reproductiva, como la incidencia en las muertes maternas así como mejorar la calidad de vida de las familias, por eso deben enfocarse acciones dirigidas a fortalecer los avances logrados hasta el momento y alcanzar un mayor número de aceptantes.

A través de la difusión de los métodos actuales se debe orientar a las mujeres adolescentes en situaciones de riesgo para prevenir los embarazos no deseados que pudieran culminar en abortos mal realizados que pongan en riesgo su vida y salud, y persuadir a las mujeres embarazadas desde su primer consulta para la aceptación de un método de planificación posterior a la resolución del evento obstétrico conveniente a sus factores de riesgo.

Se debe de realizar prevención dirigida hacia los grupos en riesgo reproductivo, informando las ventajas al usar algún método de planificación familiar, a través de la difusión por los medios de comunicación de interés para estos grupos, talleres impartidos en escuelas de nivel secundaria y bachillerato, talleres a padres de familia en todos los niveles educativos, realizar gestiones para el abastecimiento suficiente de los diferentes métodos.

Así como aumentar el número de usuarios del género masculino y realizar talleres que fomenten la paternidad responsable.

Todas estas acciones deben ir dirigidas para lograr los fines de la planificación familiar.

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Planificación familiar: Conocimiento y uso de métodos [http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf\\_2005/capitulo\\_VI.pdf](http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_VI.pdf)
- 2.- Hagenbeck AF, Ayala YR, Herrera MH, Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):276-284.
- 3.- Villanueva EL, Pichardo CM. Adelantos en anticoncepción hormonal. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:35-42-
- 4.- Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica (MX), 2012.
- 5.- Villaseñor MJ. Factores de rechazo a los métodos temporales de planificación familiar. Departamento de atención de salud. DCBS. Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco.
- 6.- 2002 Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general
- 7.- Arzuaga MA, Palacio. ML, Jaramillo DE, Uribe TM. El control de la reproducción como resultado de decisiones seguras o riesgosas. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 40-47.
- 8.- Córdoba BD El control demográfico en México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(1):1-2
- 9.- Romero GG, Soria VSO, Ponce PLAL. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):499-503.

10. – Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición, 2009. Disponible en : [www.icmer.org](http://www.icmer.org)
11. Salazar de Bac ML, Cabrera GJ. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las Mujeres en edad reproductiva de la Comunidad de nuevo horizonte Santa Ana, Peten. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas, Escuela nacional de enfermeras de Guatemala, Julio 2008.
12. Winner B, Peipert FJ, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth EJ, Secura MG. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med* 2012; 366:1998-2007.
13. Stanford BJ, Mikolajczyk TR. Mechanisms of action of intrauterine devices: Update and estimation of postfertilization effects. *Am J Obstet Gynecol* Volume 187, Number 6 Stanford and Mikolajczyk 1701.
14. Bustillos-Alamilla E, Zepeda-Zaragoza J, Hernández-Ruiz MA, Briones-Landa CH. Anticoncepción con hormonales combinados en ciclos extendidos artificialmente. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(1):37-45.
15. Monterrosa A, Anticonceptivos orales de sólo progestina. *Rev Colomb Obstet Ginecol* vol.57 no.1 Bogotá Mar. 2006
16. McCann MF, Potter LS. Progestin only contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994;50: S1–195.
17. Mendoza PJ. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(3):399-408.
18. Álvarez González JD. Nuestra experiencia con los adolescentes y la (A.E.). *Adolescencia y Anticoncepción de Emergencia*. *Rev Iberoamericana de Fertilidad*.

2002; Marzo:94-6.

19. Trussell J. Jordan B. Mechanism of action of emergency contraceptive pills.

Editorial / Contraception 74 (2006) 87– 89.

20. Eisenberg DL, Secura GM, Madden TE, et al. Knowledge of contraceptive effectiveness. El conocimiento de la efectividad anticonceptiva. Am J Obstet Gynecol 2012;206:479.e1-9.

21. Acosta S, Ibáñez E, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Mojica C, Vargas V, Patiño E. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. NOVA Publicación Científica en ciencias biomédicas - ISSN:1794-2470 Vol.8 No. 13 / enero - junio DE 2010 - 1-120.

## **15. ANEXOS**

### **Anexo 1.**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**LICENCIATURA DE MEDICO CIRUJANO**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL TRABAJO:**

**“FRECUENCIA DE USO DE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN  
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD RURAL DISPERSO SAN GABRIEL,  
CHAPA DE MOTA, ISEM, 2013”**

**No. De caso \_\_\_\_\_**

**Edad \_\_\_\_\_**

**Escolaridad \_\_\_\_\_**

**Ocupación \_\_\_\_\_**

**Número de embarazos \_\_\_\_\_**

**Número de partos** \_\_\_\_\_

**Número de abortos** \_\_\_\_\_

**Número de hijos vivos** \_\_\_\_\_

**Edad del hijo menor** \_\_\_\_\_

**Cuántos hijos más desea tener** \_\_\_\_\_

**Motivo por el cual desea planificar su familia**

---

---

**Método utilizado** \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio de método** \_\_\_\_\_