



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL USO DE  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE UNA  
UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el título  
de Licenciada en Enfermería

Presenta

PSS. Blanca Flor Mendoza Zea

Querétaro, Qro. Febrero 2013



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Enfermería  
Licenciatura de Enfermería



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL USO DE  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE SERVICIOS EN UNA  
UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el título  
de Licenciada en Enfermería

Presenta

PSS. Blanca Flor Mendoza Zea

Dirigido por

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Presidenta

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres

Secretaria

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha

Vocal

MSP. Nephtys López Sánchez

Suplente

MCE. Mercedes Sánchez Perales

Suplente

MCE. Gabriela Palomé Vega  
Directora de la Facultad

MCE. Guadalupe Perea Ortiz  
Sria. Académica

Centro Universitario  
Querétaro, Qro. México  
Febrero 2013



## Resumen

En México se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva de la población como una de las estrategias sustantivas de reducir los rezagos en planificación familiar que afectan a la población. Se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, sin embargo, en la población de área rural no se han alcanzado las metas previstas. **Objetivo:** Describir factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de servicios en una unidad rural de primer nivel de atención. **Metodología:** Es estudio descriptivo transversal, se encuestaron 124 mujeres con edad entre 15 a 45 años de edad, con una vida sexual activa y que pertenecen al Centro de Salud de Los Cues, Huimilpan, Querétaro. Se utilizó el instrumento denominado encuesta sobre factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos Noriega, (2004). Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentaje y medidas de tendencia central como, media, moda, mediana, desviación típica, mínimo y máximo. **Resultados:** Edad promedio fue de 33 años, 71% estaban casadas y 15% en unión libre. Predominó la religión católica (91.9%). El ingreso referido fue entre 1500.00 y 1800.00 pesos mensuales. Las entrevistadas tienen en promedio dos hijos y planea tener un hijo más, de tal suerte que el 43% no utiliza ningún método, sin embargo, entre quienes utilizan, el 17% tiene salpingoclasia. En relación con los métodos anticonceptivos, 60% no los conoce. Entre los aspectos culturales se destaca el hecho de que 29.8% considera que el uso de métodos es pecado y el 84.3% considera que el marido tiene derecho a prohibir su uso. Un 43.5% comenta que el número de hijos es por la voluntad de Dios, lo que es contradictorio cuando el 94.4% de las entrevistadas mencionan que el uso de métodos es decisión de la pareja. **Conclusión:** Menos de la mitad de las entrevistadas no utilizan métodos anticonceptivos, derivado de la falta de conocimiento, pero más importante aún por aspectos culturales que prevalecen en esta zona, de ahí que los servicios de salud deben de considerar esta condición intercultural.

**Palabras Clave:** Métodos anticonceptivos, mujeres, cultura.

## Summary

Mexico has made a great efforts to improve the reproductive health of the population as a sustantive strategies in reducing health retardation affecting the population. Have been achieved big advances in the accessibility and service quality of the families planification, however, the population the population in the rural area have not achieved the goals. **Objective:** we need to describe the factors what are in the uses of the methods that can prevent you on those areas of the first attention level. **Methodology:** is cross-sectional study, we ask 124 women with age between 15 and 45 years old, a life with sexual activity that is part of the health center of the cues. Huimilpan, Queretaro. We use instrument that we called survey on socio cultural factors that limit the use of contraceptuve methods Noriega (2004). We use this descriptive statistic with a frecueny of percentage and measures of central tendency like measures, fashion, median, deviation, minimum and maximum. **Results:** average age was 33 years old, 77 %was married and 15 % cohabitation. Average the catholic religion(91.9%). The entry referred was between 1500.00 and 1800.00 money monthly. The enteriveews have on average two childrens and want to have more one, in such a was of 43% no use any method, however, between those one who uses the 17 % have sanpingoclasia. The relation of the contraception methods, 60 % dont know those. Between the cultural aspects highlights the fact that the 29.8% considers that the use of contraception is a sin and the 84.3% considers that the husband have the rights to ban the use. The 43.5% comment that the number for have childrens comes from God, that is contradictory when the 94.4% interviewees say that the use of the mothods is choose of the partners. **Conclusion:** less than a half of the interviewees dont us the contraception resulting from the lack of knowledge, but is more important now cultural aspects that prevail in this area, from there that the health services need be considered this cultural condition.

Keywords: contraception methods, women, cultural.

## **DEDICATORIAS**

**A Dios y la virgen de Guadalupe: por darme fuerzas para concluir esta etapa en mi vida.**

**A mis padres:**

**Sra. Eustolia Zea García  
Sr. Héctor Mendoza Olguín  
Por su apoyo incondicional para mi superación personal.**

**A mis hermanos (as):**

**Patricia Mendoza Zea  
Gerardo Mendoza Zea  
Cecilia Mendoza Zea  
Dagoberto Mendoza Zea  
José Guadalupe Mendoza Zea  
Por su cariño, amor, paciencia y por animarme a seguir adelante.**

**A mi familia:**

**Tíos (as), primos (as).  
Por la alegría que me brindaban en cada momento de mi carrera.**

**A mi asesor de tesis:**

**Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón  
Por su tiempo y dedicación a seguir con este proyecto.**

**A mis amigas:**

**Daniela, Claudia, Erika, Sandra, Escarlett  
Por el apoyo que me brindaron a no darme por vencida.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Universidad Autónoma de Querétaro,  
a la Facultad de Enfermería, por darme la oportunidad  
de superarme en realizar y concluir mis estudios.**

**Con mucho respeto y cariño a Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón  
Por apoyo, paciencia y dedicación en mi trabajo.**

**A la comunidad de los Cues, Huimilpan por brindarme su apoyo.**

**A las enfermeras y el médico del Centro de Salud de la localidad por  
ayudarme en cada encuesta.**

## INDICE

	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
índice de cuadro	VI
I. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	
1.3.1 General	8
1.3.2 Específicos	
1.4 Hipótesis o supuesto	8
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Planificación Familiar	10
2.3 Métodos anticonceptivos	12
2.4 Factores socioculturales	
2.4.1 Educación	18
2.4.2 Religión	20
2.4.3 Socioeconómicos	22
2.4.4 Familia	23
2.4.5 Mitos y creencias	24
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de estudio	25
3.2 Universo	25
3.2.1 Población en estudio	25
3.2.2 Muestreo	25
3.3 Criterios de selección	25
3.4 Descripción de los instrumentos	26
3.6 Prueba piloto	27
3.7 Procedimiento	27
3.8 Plan de análisis	28
3.9 Ética de estudio	28
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	39
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	46

## INDICE DE CUADROS

No de cuadros		Pag.
2.1	Planificación Familiar	9
2.4	Opciones anticonceptivos de tipo hormonal	14
2.5	Opciones anticonceptivos de barrera	15
2.6	Métodos anticonceptivos definitivos	16
2.7	Métodos naturales	17
4.1	Descripción variables socio-demográficas continuas	29
4.2	Características socio-demográficas de las Participantes en el estudio	30
4.3	Uso de métodos anticonceptivos en mujeres Participantes en el estudio	31
4.4	Tipo de método anticonceptivo utilizado por las mujeres entrevistadas	32
4.5	Conocimiento de Métodos anticonceptivos en mujeres de atendidas en un centro de Salud rural, Los Cues Huimilpan	34
4.6	Aspectos socioculturales y uso de Métodos anticonceptivos	35
4.7	Conocimiento de Métodos anticonceptivos en mujeres usuarias en un Centro de Salud rural, Los Cues Huimilpan	36
4.8	Mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos	38-39

## I. INTRODUCCION

Durante el siglo XX la dinámica demográfica en México vivió importantes transformaciones. Desde los años treinta, los programas de salud y la mayor cobertura de estos servicios dieron lugar al descenso continuo de la mortalidad, que se reflejó en un incremento significativo de la esperanza de vida (INEGI, 2008).

Distintas instituciones se ocuparon de estudiar la situación demográfica de los países del tercer mundo y propiciar medidas tendientes a controlar un crecimiento poblacional considerado negativo en términos económicos, sociales y políticos. De esta manera la implementación de programas de planificación familiar en las poblaciones de bajos recursos en los países desarrollados y en zonas subdesarrolladas del mundo fue pensada como la solución más efectiva y económica para evitar las consecuencias de la explosión demográfica (Felitti, 2008).

La Organización de las Naciones Unidas puso la cuestión demográfica en un lugar destacado, creó comisiones de estudio y patrocinó dos primeras conferencias de población, una en Roma en el año 1954 y otra en Belgrado en 1965, en estas conferencias identificaron factores y patrones del fenómeno demográfico. En 1930 la falta de población había derivado en la sanción de leyes poblacionistas y pronatalistas con resultados notables: el crecimiento acelerado de sus habitantes entre 1940 y 1970 y un nivel de fecundidad de 7 hijos por mujer a nivel nacional. En ese momento, el gobierno mexicano coincidió con el diagnóstico que relacionaba la explosión demográfica con la falta de oportunidades para alcanzar el desarrollo, mientras que la corporación médica vio en la planificación familiar una buena forma para evitar los abortos provocados (Felitti, 2009)

En este contexto, para México, el 60% de las mujeres en edad fértil son madres, el 41.2% de la población femenina ocupada del país tiene hijos, y el 46% tiene menos de 40 años de edad. El promedio de hijos que una mujer tiene ha disminuido de manera notable, al pasar de 6.7 en 1970 a 2.1 en 2009. En 1976 el

30% de las mujeres de 15 años ya tenían hijos, en el 2006 se redujo a 5.5%, lo que indica que en México existe una tendencia lenta pero importante en cuanto a planificación familiar. Cerca del 40% tiene a su segundo hijo antes de que pasen dos años del nacimiento del primero, mientras que la cuarta parte espera de tres a cinco años (SEGOB, 2009).

El tema de las familias mexicanas ha ido en aumento con el paso de los años, ya que el número de hogares se incrementó de 9.8 millones en 1970 a 16.2 millones en 1990 y 24.8 millones en el 2005. Se espera que esta cifra crezca en los próximos años. Asimismo se ha incrementado en un 33% la proporción de hogares encabezados por mujeres, mientras que los hogares encabezados por hombres han disminuido en un 7%. Se sabe que la población mexicana es predominante urbana, con un 77.8 millones de residentes en ciudades (INEGI, 2011).

La tasa global de fecundidad es otro indicador que muestra claramente la relación recíproca y de mutua determinación entre el comportamiento demográfico de una sociedad y las acciones de política pública que buscan orientar dicho comportamiento hacia el desarrollo de la población. En México como en otros países del mundo, el uso de anticonceptivos es el componente que más ha contribuido a la reducción de los niveles globales de fecundidad (CONAPO, 2010).

La planificación familiar como guía de indicador de la salud reproductiva ha reducido el comportamiento sobre este tema ya que en diferentes regiones del país y sobre todo en áreas rurales en donde no se abarca mucho acerca del tema. Los factores principales que intervienen en el uso inadecuado de métodos anticonceptivos son la falta de información y educación en parejas que deciden comenzar su actividad sexual, aumento en el índice de reproducción y enfermedades por vía de transmisión sexual, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población, entre otros (CONAPO, 2006).

La planificación familiar, además del fuerte impacto en la disminución de los niveles de fecundidad, ha permitido, alcanzar una vida sexual y reproductiva más sana y placentera. También ha favorecido una mayor participación de la mujer en

los procesos de desarrollo económico, social, político y cultural del país, en condiciones de igualdad con el varón. A mediados de la década de los setenta, la difusión, oferta y otorgamiento de servicios de planificación familiar en las instituciones de salud y asistencia social en México han propiciado un mayor conocimiento y uso de métodos que permiten espaciar o limitar el tamaño de la descendencia de la población. En Guerrero, Chiapas, Oaxaca y Guanajuato menos del 60% de las mujeres en edad fértil hace uso de métodos anticonceptivos, cabe mencionar que Querétaro también se encuentra por abajo con un porcentaje de 64.3% (INEGI, 2008).

Chiapas, Durango y Guerrero presentan mayor fecundidad con tasa de 3.1, 3.0 y 2.9 hijos por mujer respectivamente, el estado de Querétaro con 2.3, mientras que el distrito federal destaca como la entidad de menor fecundidad con una TGF de 1.7 hijos por mujer. Existen diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir, sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. En el 2006, el país registró una demanda insatisfecha de 12% las entidades con mayores niveles en este rubro son: Hidalgo, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla, Chiapas, Oaxaca y Guerrero. Por lo anterior la finalidad de describir los factores que intervienen en el uso de métodos anticonceptivos. (Programa de Acción: Planificación familiar y Anticoncepción, 2007-2012)

## **1.1 Planteamiento del problema**

El Consejo Nacional de Población estima que el umbral del siglo XXI la población del país se habría acercado a los 154 millones de personas si las parejas no hubieran controlado el tamaño de su descendencia desde los finales de los setenta. En cambio, la tasa del crecimiento anual promedio de 2% observada en el periodo 1980-1990, que llegó a 1% entre 2000 y 2008, evidencia el éxito en este aspecto de la política de población. Hoy, a pesar de la reducción en su ritmo de crecimiento, la población continúa aumentando (INEGI. 2008).

La falta de información, el interés de conocimientos de anticonceptivos, ausencia de la asesoría, consejería deficiente, la postura de algunas religiones, barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales, lingüísticas y la inequidad de género representa factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos (Estrada F. 2008)

Solo el 12% de las mujeres a nivel nacional en el periodo del año 1997 al 2006, solicitó alguna vez algún método anticonceptivo, pero fue rechazado en los lugares que los solicitaran como en centros de salud. La población que se encuentra en edad reproductiva, en especial las y los jóvenes no tienen acceso a métodos de anticoncepción y no tienen ninguna garantía de recibir algún método de anticoncepción gratuito a través de los organismos del sector público de salud (CONAPO, 2006).

En la actualidad, la disponibilidad masiva de los métodos anticonceptivos modernos es uno de los elementos contemplados en los programas de salud sexual y reproductiva. En base a esta disponibilidad las mujeres de 15 a 49 años un 14% de la población declara haber utilizado un método anticonceptivo, en cambio el 34% de las mujeres que conocen los métodos no los utilizan. Y solo un 2.0% dicen que no los conocen y no los han utilizado. Se puede decir que el conocimiento de la existencia de los métodos ha tenido grandes avances en los últimos tiempos. Se observa que en 1992 el 63.1% utilizaban un método y ahora en el 2009 aumentó con un porcentaje de 72.5%. (INEGI, 2011)

Según datos del CONAPO 2006, en México ha disminuido la fecundidad en adolescentes, no el número de nacimientos en mujeres menores de 18 años, por lo que el número de embarazos en la adolescencia continúa siendo alto, lo que obedece a la baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en este grupo de la población, que es menor al 50 por ciento, y se encuentra también que entre el 50 y 60 por ciento de los embarazos en el país no son planeados. Entre 1997 y

el 2006 la proporción de adolescentes que utilizaban anticonceptivos paso de 45 a 49%, en tanto que la demanda insatisfecha se elevo de 25 a 36%; sólo el 39% de las mujeres entre 15 y 19 años usó algún método anticonceptivo y la edad promedio en el que las mujeres comenzaron su vida sexual disminuyo de 17 a 16 años.

Querétaro es una de las entidades federativas del país que más rezagada se encuentra en el proceso de adopción de la planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que en 1992 hacía uso de alguna forma de regulación de su fecundidad fue de 50.3 por ciento, ascendió a 61.1 por ciento en 1997 y se estima que en el 2000 fue de 64.3 por ciento, lo que ubica a Querétaro, junto con Michoacán, en el sexto nivel más bajo de prevalencia anticonceptiva del país. Las condiciones sociales más desventajosas se asocian a bajos niveles de regulación de la fecundidad. Así, la planeación del número y espaciamiento de los nacimientos es una práctica que sólo ha sido incorporada por cerca de dos quintas partes de las mujeres sin escolaridad (39.5%) y por poco más de cuatro de cada diez mujeres del medio rural (44.1%) (INEGI, 2007).

Por lo anterior, se elabora la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué factores intervienen en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de servicios de salud en un primer nivel de atención?

## 1.2 Justificación

El programa de planificación familiar de México tiene una de las gamas más amplias de métodos anticonceptivos que se ofertan en los servicios públicos de salud, sin embargo, se reconoce que existe un rezago en el manejo y utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados, (SS, 2007). Una de las estrategias de la Secretaría de Salud para empezar a acercarse a las adolescentes es incorporar en las Semanas Nacionales de Salud, además de la vacunación, servicios de información y el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos (Secretaría de Salud, 2008).

La planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos. Es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades. El hecho de asistir a los servicios de planificación familiar le permite a las parejas elegir de manera informada el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos. (Felitti, 2009)

Los beneficios que se obtienen con la planificación familiar es proteger la vida de las mujeres y de los niños y aumentar la sobrevivencia infantil, evitar abortos practicados, favorecer mayores opciones a la mujer, fomentar las prácticas sexuales de menor riesgo, permitir un crecimiento poblacional organizado (Secretaría de Salud, 2002).

Con esto se mejoraran los indicadores del Centro de Salud y se posicionará al personal de enfermería como un elemento clave en el manejo y control de la Planificación Familiar.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 GENERAL**

Describir factores que Intervienen en el Uso de Métodos Anticonceptivos en Usuarías de Servicios en una Unidad Rural de Primer Nivel de atención.

### **1.3.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a la población según las variables sociodemográficas y culturales
- Identificar el grado de conocimiento en la población sobre métodos anticonceptivos.
- Describir la utilización de los métodos anticonceptivos de la población, según características sociodemográficas y culturales.

## **1.4 HIPÓTESIS**

Los factores culturales son determinantes en el uso de métodos anticonceptivos en usuarias de servicios en una unidad rural de primer nivel de atención.

## **II. REVISION DE LA LITERATURA**

La Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, redefinió la planificación familiar como un elemento de servicios de salud reproductiva integral en el que se contempla la salud en un contexto social más amplio y reconoce la importancia de la equidad y del respeto y ejercicio de los derechos reproductivos. En México se reconoce el derecho de las personas a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos, por lo que su promoción y garantía han sido parte de los objetivos (Secretaría de Salud 2007-2012).

La salud sexual y reproductiva se ocupa de los procesos, funciones y sistemas reproductivos durante todas las etapas del ser humano. El objetivo es que las mujeres tanto los hombres disfruten de su vida sexual, segura, responsable y satisfactoria, que tengan la capacidad para decidir cuantos hijos tener, contribuyendo así a la prevención de embarazos no planeados o de alto riesgo, a la reducción de mortalidad materna y perinatal, abortos e infecciones de transmisión sexual (Fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas, 2009).

### **2.1 Antecedentes**

En los tiempos más primitivos se comenzaron a utilizar métodos para evitar la procreación siendo los primeros utilizados el coitus interruptus, el aborto y los lavados vaginales tras el coito. También las mujeres colocaban dentro de la vagina cuerpos extraños y multitud de sustancias. Los primeros preservativos fueron utilizados por los egipcios como preventivos de enfermedades sexuales (Torrens, 2001).

En 1971 Torrens (2001) refiere que la OMS definió la planificación familiar como “una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con

sentidos de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad”.

**Cuadro 2.1 Planificación Familiar**

Objetivos de la planificación familiar	Recomendaciones para la planificación familia	Actividades de la planificación familiar
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respetar los derechos humanos.</li> <li>✓ Regular el conocimiento demográfico de la población.</li> <li>✓ Mejorar la salud de la familia y de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Iniciar los embarazos después de los 18 años.</li> <li>✓ Evitar embarazos después de los 35-38 años.</li> <li>✓ No sobrepasar más de cuatro gestaciones por mujer.</li> <li>✓ Ofrecer la posibilidad de esterilización de las parejas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Responsabilizar a los individuos sobre la vida sexual y reproductiva.</li> <li>✓ Ofrecer información completa sobre sexualidad y contracepción.</li> <li>✓ Acceso a servicios sanitarios.</li> <li>✓ Prevención del riesgo reproductivo.</li> <li>✓ Atención a grupos de riesgo, adolescentes, multíparas o mayores de 38 años.</li> </ul>

Secretaría de Salud 2002.

En el mismo documento se hace mención en Pekín donde se reconoció los derechos de las mujeres en cuanto a salud, planificación familiar, atención sexual y reproductiva y procreación. Con el fin de erradicar enfermedades de transmisión sexual y SIDA, embarazos no deseados y abortos de forma ilegal.

Se ha registrado una disminución de la fecundidad de en el 2000 fue de 2.9 para 2004 a 2.4 a nivel nacional, a expensas de la población rural, que ha disminuido de 4.3 a 3.6 hijos por mujer, mientras que en área urbana solo ha descendido de 2.2 a 2 hijos por mujer (Norma Técnica de la Planificación Familiar, 2005).

En el caso de México, el impacto del Programa de Planificación Familiar ha sido aceptado en la población. En las últimas tres décadas se ha notado un marcado descenso de los niveles de fecundidad asociado al incremento en el uso

de métodos anticonceptivos. A principios de la década de los setenta el promedio de hijos por mujer era superior a seis, para el año 2006 se estima una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer. En el año 1977 se inició un proceso de evolución que permitió ampliar la cobertura del programa de planificación familiar y la calidad en la prestación de los servicios. Inicio en el área urbana y se expandió rápidamente al área rural a través de diversas estrategias operativas, se amplió la oferta de métodos anticonceptivos de gran efectividad y seguridad para la población usuaria (SS, 2002).

## **2.2 Planificación familiar**

La planificación familiar permite que las parejas y personas decidan cuántos hijos tendrán y cuáles serán los intervalos entre los nacimientos. La planificación se logra a través del uso de métodos anticonceptivos. La capacidad de una mujer para proyectar y limitar sus embarazos influye directamente en su salud y bienestar y en el resultado de cada embarazo. (Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, 2010).

Todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes; lo primordial es que para elegir, la mujer debe tener información. Por lo que para elegir un método, se requiere considerar algunos aspectos:

- **Aceptabilidad:** que vendrá determinada por los condicionamientos socioculturales como: nivel de educación, educación, religión, posición socioeconómica, número de hijos deseados, relación con la pareja, etc.
- **Motivación:** es imprescindible en los métodos naturales pero en general en todos los métodos.
- **Reversibilidad:** la capacidad para que un método sea reversible.
- **Inocuidad:** la ausencia de defectos colaterales derivados de los métodos anticonceptivos usados. Pero tenemos que considerar que a veces los

riesgos derivados en cualquier método son menores que los riesgos derivados de un embarazo no deseado.

- Comodidad: en el momento de usarlo, si resulta incomodo no se usara correctamente (Higashida, 2008).

En cuanto al respeto a los derechos humanos en actividades de planificación familiar, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dice: “realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias”.

Por otra parte en un estudio de Álvarez (2004) se indico que las características socioeconómicas de las mujeres estudiadas y el uso de anticonceptivos fue la siguiente:

- Mujeres de colonias de estrato bajo que no cuentan con servicios de salud, no viven en pareja, sin escolaridad, no usan anticonceptivos. En este estrato es importante señalar que la edad de las mujeres no presentó asociación alguna.
- Mujeres de estrato medio-bajo, que cuentan con servicios de salud, viven en pareja, menores de 25 años de edad, con 0 a 1 hijos, con estudios de primaria, sí usan un anticonceptivo.

Durante el periodo 2000-2006 se registró una reducción de la tasa en la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años en un 20 por ciento, al pasar de 78 a 63 nacimientos por cada mil mujeres, se refiere únicamente a las que se encuentran unidas (CONAPO, 2006).

Por lo que la necesidad de incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes se apoya básicamente en los elevados

niveles de demanda insatisfecha que registran las mujeres menores de 25 años. En Querétaro, 35.8 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas de 15 a 19 años, y 32.6 por ciento de las de 20 a 24 años de edad desea espaciar o limitar sus embarazos y no hace uso de métodos anticonceptivos. Lo que indica que los esfuerzos del Gobierno por mejorar las estrategias mencionadas en el Plan Nacional de Salud no se han cumplido y que es necesario de su estudio para comprender las causas por las cuales no se están realizando e implementando éstas (CONAPO, 2003).

### **2.3 Métodos anticonceptivos**

Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente. En la medida en que cada individuo tome conciencia de que la salud constituye un derecho y un deber para todos, por lo que debe contar con información adecuada que incluya elementos diversos como: eficacia del método, uso adecuado y efectos colaterales y algunas complicaciones de cada uno de ellos. (NOM 005-SSA2-1993).

De acuerdo con la NOM-005-SSA2-1993 referente a los servicios de planificación familiar, los mecanismos y modos de uso, así como efectividad y efectos colaterales, son determinantes para la elección del método de acuerdo con la edad y características de los usuarios. Los métodos anticonceptivos, se describen en el cuadro 2.4, 2.5, 2.6 y 2.7.

El uso de métodos anticonceptivos ha aumentado notablemente, para 1976 la prevalencia fue cercana a 30% de las mujeres unidas en edad fértil, para 1997 ésta se incrementó a más de dos terceras partes (68.4%), una característica sobresaliente de la práctica anticonceptiva es el constante aumento del uso de métodos modernos, en la actualidad tres cuartas partes de las usuarias unidas emplean métodos definitivos, dispositivo intrauterino o pastillas para controlar su natalidad. (Hombres y Mujeres en México, 2007).

### Cuadro 2.4 Anticonceptivos Hormonales

TIPO DE MÉTODO	CARACTERÍSTICAS	MECANISMO	MODO DE USO	EFFECTIVIDAD	EFFECTOS COLATERALES
Hormonales Orales que contiene estrógeno y progestina.	Nortestosterona Hidroxiprogesterona	Contienen hormonas que detienen la ovulación.	Se toma una tableta diaria a la misma hora todos los días. Las tabletas vienen en presentación de 21 (7 días de descanso) y 28 tabletas (uso continuo).	Del 99% o puede disminuir hasta un 92%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea.</li> <li>• Náuseas.</li> <li>• Vómito.</li> <li>• Mareo.</li> <li>• Mastalgia.</li> <li>• Cloasma.</li> </ul>
Hormonales orales que contiene progestina.	progestina sintética, linestrenol 0.5mg y levonorgestrel 30mg.	Contiene dosis bajas de progestina. Detiene la ovulación.	La caja tiene 35 tabletas se deben tomar diario. No exceder a más o dejar de tomar una.	Del 90% al 97%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irregularidades menstruales.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Mastalgia.</li> </ul>
Hormonales Inyectables que contiene estrógeno y progestina.	Cipionato de estradiol Valerinato de estradiol Enanto de estradiol	Contiene hormonas que previenen la ovulación.	Se extiende por 33 días después de la aplicación. Se aplica vía intramuscular profunda.	Brinda protección del 99%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irregularidades menstruales.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Náuseas.</li> <li>• Vómito.</li> <li>• Mareo.</li> <li>• Mastalgia.</li> <li>• Incremento de peso corporal.</li> </ul>
Hormonales Inyectables que contienen progestina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enantato de noretisterona 200 mg.</li> <li>• Acetato de medroxiprogesterona 150 mg.</li> </ul>	Previene la ovulación.	Se extiende hasta 60 días después de la aplicación. Se aplica vía intramuscular profunda.	Brinda protección mayor al 99%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irregularidades menstruales.</li> <li>• Amenorrea.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Mastalgia.</li> <li>• Aumento de peso.</li> </ul>
Anticoncepción hormonal postcoital.	Combinados estrógeno más progestina. Progestina sola.	Contiene hormonas como las pastillas está concentrada en dosis diferentes. Detiene la ovulación.	Tomar la primera tableta dentro de las primeras 72 horas. (3 días después de la relación no protegida). Tomar la segunda tableta 12 horas después de la primera.	99% de efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas</li> <li>• Vómito.</li> <li>• Sangrado intermenstrual.</li> <li>• Mastalgia.</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Sensación de fatiga.</li> </ul>
Métodos hormonales subdérmicos	Norplant Implanón	Evita la ovulación ya que libera lentamente hormonas.	La varilla se inserta debajo de la piel del brazo de la mujer. Puede utilizarse como método de larga duración de 3 a 5 años.	99% de efectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematoma en el área de aplicación.</li> <li>• Infección local.</li> <li>• Dermatitis.</li> <li>• Irregularidades menstruales.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Mastalgia.</li> <li>• Expulsión del implante.</li> </ul>

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar 1994 (modificada)

## Cuadro 2.5 Anticonceptivos de Barrera

Dispositivo Intrauterino DIU	Almacén de plástico, flexible, con un alambre o manguitas de cobre.	Impide que el espermatozoide alcance al ovulo y lo fecunde.	Se inserta en el útero de la mujer, generalmente durante la menstruación.  También puede insertarse después de un parto, cesárea o un aborto.	De 95% al 99% de efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor pélvico durante el periodo menstrual.</li> <li>• Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.</li> </ul>
Condón Masculino	Es una funda o cubierta de látex.	Contiene un receptáculo para almacenar el semen eyaculado.	Se coloca sobre el pene desarrollándolo sobre el pene erecto antes del coito. Viene lubricado. Se usa un condón nuevo en cada relación sexual.	85% al 97% de efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intolerancia al látex o al espermicida.</li> </ul>
Condón Femenino	Funda transparente de poliuretano, con dos anillos, el extremo cerrado es para mantener el condón pegado al cuello uterino y el extremo abierto y más ancho permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer.	Impide que el espermatozoide fecunde al ovulo.	Se coloca antes de tener una relación sexual. Es desechable y se utiliza uno por cada relación sexual.	79% al 98% con uso correcto y frecuente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen.</li> </ul>
Espermicidas.	Cremas Óvulos Espumas de aerosol		Aplicación del espermicida en la vagina	Del 75% al 90%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritación local.</li> </ul>
Diafragma	El diafragma vaginal es un dispositivo semiesférico de forma abombada, provisto de un aro de metal flexible y recubrimiento de la misma goma.			82% de efectividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritación o reacciones alérgicas.</li> </ul>

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar 1994 (modificada)

**Cuadro 2.6 Anticonceptivos Definitivos**

TIPO DE MÉTODO	CARACTERÍSTICAS	MECANISMO	MODO DE USO	EFFECTIVIDAD	EFFECTOS COLATERALES
Oclusión tubaria bilateral	Es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas.		Obstrucción bilateral de las trompas uterinas.	Brida protección mayor al 99%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se conocen efectos colaterales.</li> </ul>
Vasectomía	Es un método anticonceptivo permanente, para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes.	Evita el paso de los espermatozoides.	Se ligan los conductos deferentes o en procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan o seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.	99% de efectividad.	<p>No se conocen efectos colaterales.</p> <p>Quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equimosis</li> <li>Infección de la herida quirúrgica.</li> <li>Granuloma</li> <li>Hematoma.</li> </ul>

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar 1994 (modificada)

**Cuadro 2.7 Métodos Naturales**

Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus	Método de la temperatura	Método sintotérmico	Método del moco cervical o de Billings
<p>Periodo fértil a cinco días del ciclo desde el 11 al 15, ambos incluidos, es decir 5 días.</p> <p>Se calcula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El ciclo más cortó menos 19 días: 1er día fértil.</li> <li>El ciclo largo menos 11 días: último día fértil.</li> </ul> <p>Este método lo que define es el periodo fértil.</p>	<p>Consiste en tomarse la temperatura basal todos los días desde el quinto día de la regla, siempre en el mismo sitio (ano, vagina, boca, etc.) y más o menos a la misma hora, un mínimo de tres minutos.</p> <p>Valora el incremento de 0'2-0'5°C por efecto lúteo, dos días del aumento de la temperatura y dos días después formarían el periodo fértil de la mujer.</p>	<p>Es el método que se basa en la determinación de la ovulación a partir de la información obtenida mediante los síntomas de la ovulación (sinto) y de la temperatura basal (térmico).</p>	<p>Está basado en la ovulación y consiste en la demostración de la filancia del moco cervical que se produce en dicha ovulación.</p> <p>Para la determinación e este método la mujer, puede ella misma, a diario, hacerse tomas de la secreción vaginal entre los dedos índice y pulgar. Cuando al hacerlo se producen hilos o filamentos que quiere decir que el tapón mucoso que normalmente cierra al cuello uterino se ha vuelto más líquido y filamentos, lo cual indica que esta cerca de la ovulación.</p>

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar 1994 (modificada)

Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente dentro de una gama más amplia de servicios de salud, bajo el enfoque de la salud reproductiva, han sido un disparador, junto con otros progresos económicos y sociales, del proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva en el medio rural. En 1976, sólo 13.7 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil de las áreas rurales practicaba la anticoncepción; en los siguientes diez años, este grupo representaba ya una tercera parte del total y, en 1997, poco más de una de cada dos empleaba un método de regulación de la fecundidad (53.6%). Esto implicó que, entre 1976 y 1997, la demanda efectiva de anticonceptivos se cuadruplicara en el medio rural (CONAPO, 2003).

## **2.4 Factores socio culturales**

### **2.4.1 Educación**

La palabra educación, proviene del latín educere: sacar hacia afuera. La acción de educar, en realidad no es otra cosa que ayudar a salir al ser necesitado de ello. La vida es un proceso de exclaustación. Nunca dejará el hombre de estar de alguna manera en el ámbito de sus propias limitaciones. Educar consiste en ayudar al ser humano en ese proceso de salida, en esa búsqueda y necesidad de saber (Fermoso, 1997).

La educación se ha constituido en el medio por excelencia para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; ya que es un catalizador del desarrollo del individuo y elemento que genera una transformación de la sociedad que se traduce en referente para el progreso de nuestro país. La educación comprende todas las actividades deliberadas y sistemáticas diseñadas para satisfacer necesidades de aprendizaje e implica la comunicación, en cuanto involucra la relación entre dos o más personas (Mujeres y Hombres en México, 2007).

La educación para la salud es un proceso social que se alimenta del conjunto de teorías y métodos que ofrecen las ciencias médicas y las de la

educación. El propósito de la misma es informar y motivar a la población y adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios en la sociedad. La educación para la salud se instrumenta a partir de la reflexión-acción. La promoción de la salud y la medicina preventiva incorporan factores culturales y comunicativos (Cabrera, 2001).

Este factor es una de las primeras causas por las cuales las mujeres no utilizan los métodos. En un estudio realizado en Pachuca, Hidalgo, menciona que el 80% de mujeres con nivel educativo alto desde el primer evento obstétrico utilizan algún método, en tanto que el 50% de las mujeres con menor nivel educativo no aceptan anticonceptivos, incluso en el tercer nivel obstétrico (Romero, 2009).

En lo que se refiere a la educación sexual, la Organización Mundial de la Salud publico una conceptualización de la salud sexual en la que se le considera como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que sean positivamente enriquecedoras y que realcen la personalidad, lo comunicación y el amor. Toda persona tiene derecho a recibir información y a considerar el aceptar la relación sexual como fuente de placer así como un medio de reproducción. Ya nadie discute sobre la importancia de iniciar en el hijo desde pequeño aspectos de sexualidad en su propio hogar, sin embargo hay quienes piensan que es mejor la educación profesional de la sexualidad, para evitar mitos, prejuicios, y posibles riesgos y estereotipos (Álvarez, 2005).

La educación es un derecho humano fundamental importante para poder ejercitar todos los demás derechos. La educación para las mujeres aún tiene un camino largo por recorrer, pues aunque las estadísticas muestran avances, aún persisten las desigualdades en el acceso a la educación que influyen en definitiva en importantes decisiones que las mujeres toman a lo largo de su vida, como el ejercicio de la sexualidad y la regulación del número y espaciamiento de los hijos. La educación de la mujer está significativamente asociada a su fecundidad, en cuanto a que las mujeres que tiene mayor nivel educativo tienen un menor número

de hijos que aquellas con menos educación (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009).

El rezago educativo de la población es muy bajo, ya que de cada 100 mujeres de 15 y más, 46 no han logrado concluir la educación básica, y de cada 100 hombres están en rezago educativo. En las localidades con menos de 2500 habitantes el rezago de la educación es crítico (INEGI, 2008).

#### **2.4.2 Religión**

Religión: conjunto de creencias y prácticas que relacionan al hombre con lo que este considera sagrado o divino, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. (De latín, religare o re-legare). (Diccionario enciclopédico, 2003).

Desde siempre el género humano ha tratado de explicarse su origen, los fenómenos de la naturaleza y el misterio de la muerte, creando un conjunto de creencias y divinidades para dar significado al medio que lo rodea. Esto nos lleva al surgimiento de las religiones que son un complejo sistema de ideas, enseñanzas, principios básicos, prácticas y ritos específicos, que definen las relaciones entre el ser humano y la divinidad. Las instituciones religiosas emiten códigos morales y desarrollan símbolos de comunicación de gran influencia e integración de los pueblos. En México se ve el predominio de la religión católica como consecuencia de la evangelización española iniciada en el siglo XVI. Ahora bien desde 1970 surgió un crecimiento con relación a otras religiones en el país (INEGI, 2007).

En 1970, el 96.2% de la población total se declaró como católica y, para el año 2000, este porcentaje disminuyó a 87.8%. Mientras que las religiones protestantes o evangélicas, multiplicaron por cuatro su presencia relativa al pasar de 1.8 a 7.3% en el mismo periodo. La población femenina tiene una mayor participación en la práctica religiosa que los hombres (Hombres y Mujeres en México, 2008)

Las prácticas religiosas impregnan las relaciones sociales de los adeptos de las diferentes religiones. Las personas que consideran la religión como parte importante de la vida tienden adoptar actitudes más conservadoras en la esfera sexual. En una investigación desarrollada en adultos jóvenes de Norteamérica esta premisa fue comprobada (Akiko, 2010).

La población mexicana por tradición es mayoritariamente católica; sin embargo durante el siglo XX, la composición religiosa de nuestra población muestra cambios significativos. Durante los últimos 100 años se han gestado cambios importantes en la composición religiosa del país. De la presencia casi absoluta de la población católica registrada en 1895, los censos de población dan testimonio de una disminución relativa en el número de sus adeptos y de un crecimiento paulatino, tanto de población con nuevos credos, particularmente de propuestas cristianas diferentes a la tradición católica. En el centro-occidente, lugar de fuerte tradición católica, se ubica 23.4% de los creyentes de esta fe. La religión cumple una función social integradora, al proporcionar a la sociedad una determinada cosmovisión, expectativas comunes y normas éticas y morales (INEGI, 2005).

El vaticano siempre ha desempeñado un papel importante en las discusiones sobre la sexualidad y la reproducción. En lo que respecta a América Latina, la enseñanza de la iglesia católica se ha caracterizado por tener un peso enorme en términos de normatividad en el comportamiento sexual debido a la importancia de la afiliación religiosa, la cual se caracteriza por ser un fenómeno que da forma a la vida de la mayoría de las personas. Sin embargo con la liberación sexualidad en términos políticos, incluido el derecho a la anticoncepción, la sociedad mexicana ha sido del cambio histórico alejada del dogma católico (González, 2011).

### **2.4.3 Socioeconómicos**

La población que reside en las áreas rurales del país presenta menores niveles de desarrollo y de bienestar; forma unos de los principales grupos

marginados, no solo por vivir en localidades dispersas en el territorio, y lo que no les da la oportunidad para desarrollarse en la falta de recursos educativos y deficiente atención de la salud y dificultad para la equidad de género y sociedad. Ahora bien las familias tiene que buscar y adoptar diversas estrategias para tratar de asegurar su sobrevivencia: los hombres han tenido que emigrar en busca de un trabajo que tenga mejores remuneraciones, mientras que las mujeres están asumen la responsabilidad de la agricultura, la cual no es pagada muy bien, ya que solo se tiene lo elemental para la canasta básica e incluso ni eso se dan las personas el gusto (INEGI, 2007).

México es una sociedad que reconoce su composición multicultural, ya que existen múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura, que generan diferentes miradas acerca de la realidad. Los pueblos originarios forman parte de los grupos sociales que más han sufrido los procesos de marginación, pobreza y discriminación. Para que la población pueda tomar en manos la salud, se requiere fortalecer las capacidades de autogestión de la población (SS, 2008).

El impacto negativo de la integración del país a la globalización, ha propiciado la ampliación de la brecha de la pobreza en el campo mexicano, lo que ha reforzado el desplazamiento de millones de mexicanos provenientes de los sectores rurales e indígenas hacía los Estados Unidos o a otros estados dentro del territorio nacional en busca de mayor certidumbre en el empleo y más oportunidades para mejorar su calidad de vida. Este es un fenómeno económico y social, causado por las desigualdades económicas, sociales, étnicas y de género que se han constituido históricamente a nuestra sociedad mexicana (Rojas, 2009)

El territorio mexicano y su población enfrentan actualmente retos y procesos de cambio de gran relevancia para la vida urbana y rural. Frente a dichos retos, el desafío se centra en las capacidades locales para absorber también de manera positiva los cambios impulsados a lo largo del tiempo por factores internos. Se insiste en que la reducción de la pobreza y la búsqueda de una mayor equidad en las zonas rurales son responsabilidades que deben ser asumidas por

las instituciones públicas orientadas al fortalecimiento de la actividad agrícola, pero es evidente que la agricultura no es la única ni la más importante para mejorar el nivel de vida de las personas que habitan en territorios rurales (Torres, 2009).

En México, el 80% del territorio es rural y el 25% de la población reside en localidades rurales. Sin embargo estas contribuyen poco a la economía nacional, esta situación está cercanamente vinculada con el desempeño del sector agropecuario. El déficit comercial en el sector aumentó debido a la facilitación de importaciones de Estados Unidos de productos con precios subsidiados (Larralde, 2010).

#### **2.4.4 Familia**

Es el grupo social básico donde la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades, al interior de ella se proyectan las decisiones en torno a hechos primordiales para la subsistencia y desarrollo del grupo, que inciden en su entorno social, como adquirir o producir bienes y servicios, tener hijos, ingresar al mercado de trabajo, migrar, brindar educación a los hijos, así como cuidados de salud a los integrantes de la familia (INEGI, 2008).

La familia es la unidad básica en la estructura de la sociedad y se caracteriza por ser un producto de la naturaleza, debido a que por medio de ella se continúa la especie. Un producto de la sociedad, y un paso de lo animal a lo humano. La familia es el grupo social básico donde la mayoría de la población se organiza para satisfacer sus necesidades esenciales. Al interior de la familia se proyectan las decisiones en torno a hechos primordiales para la subsistencia y desarrollo del grupo, que inciden en su entorno social, como adquirir o producir bienes y servicios, tener hijos, etc. (Higashida, 2008).

La naturalidad de las identidades y papales sexuales, diferenciales, complementarios y jerárquicamente definidos, el vitalicio matrimonio heterosexual como exclusiva legitimación de la pareja, la virginidad y la abstinencia sexual prematrimonial, la sexualidad orientada hacia la reproducción, la noción de la autoridad como garantía de estabilidad y seguridad y la subordinación de las

mujeres y los niños como dispositivo de armonía familiar se funcionan en la relectura de las indicaciones bíblicas para el bienestar de las relaciones intergenéricas e intergeneracionales (Maier, 2008)

#### **2.4.5. Mitos y creencias**

Los mitos y creencias proceden desde la historia y se ha venido difundiendo por la sociedad en la que vivimos, desde las religiones, ideologías, filosofías y políticas, se han creado para que se tenga un control de la humanidad. Estas normas basadas en una creencia falsa comienzan a divulgarse como algo comprobado y real es por ello que se convierten en un mito (Colchón J. 2008).

En un estudio realizado en Bogotá, muchas mujeres cambian o abandonan el método, por que las píldoras producen alteraciones hormonales, como mareo, dolor de cabeza y aumento de peso. El dispositivo creen que produce dolor en el momento de la relación sexual, en cuanto a inyectables comentaron que estos producen desordenes en el periodo menstrual, aumento de peso y manchas en la cara, todas estas razones se constituyen como elementos esenciales para que una mujer abandone estos métodos y decidan cambiarlos (Gómez, 2009).

### **III. Metodología**

#### **3.1 Tipo de estudio**

El estudio descriptivo transversal, está diseñado para el periodo según el tiempo de ocurrencia de los hechos, identifica los problemas en la actualidad. Usualmente caracteriza el fenómeno de estudio para un determinado tiempo y se utiliza cuando se tiene conocimiento del problema en particular. Y explica la relación entre una y más variables que serán utilizadas en la investigación.

#### **3.2 Universo**

La población estudiada estuvo conformada por mujeres, de 15 a 45 años de edad, con una vida sexual activa, y que pertenecen al Centro de Salud de Los Cues, Huimilpan, Querétaro.

##### **3.2.1 Población en estudio**

Mujeres que acudieron al Centro de Salud de los Cues, Huimilpan y que recibieron atención médica por parte del personal de salud de la institución, y las mujeres que asistieron a la plática de oportunidades del 6 al 10 de junio del 2011 y que cubran los criterios de selección.

##### **3.2.3 Muestreo**

No probabilístico por conveniencia, se entrevistó a las mujeres que acudieron a solicitar el servicio médico o a la plática de “Oportunidades”, constituyéndose el estudio con un total de 124 mujeres.

##### **3.2.4 Criterios de Selección**

De Inclusión:

- Mujeres
- Rango de edad; de 15 a 45 años.

- Que acepten cooperar con la investigación.
- Que pertenezcan al Centro de Salud de los Cues, Huimilpan.
- Con una vida sexual activa.
- Mujeres que confíen en la seguridad de la investigación.

De Exclusión:

- Hombres
- Que no entren en el rango de edad.
- Que no acepten cooperar en la investigación.
- Sin vida sexual activa.
- Mujeres que no confíen en la seguridad de la investigación.

De eliminación:

- No contesto el cuestionario en un 10%.
- Abandono de la investigación.
- Respuestas no claras.

### **3.4 Descripción de los instrumentos**

Se utilizó una cédula de identificación que constó de 9 preguntas cerradas sobre características socio-demográficas (Anexo 1) y el instrumento denominado Encuesta Sobre Factores Socioculturales que Limitan el Uso de Métodos anticonceptivos (Noriega, 2004) el cual consta de 64 preguntas abiertas y cerradas, está constituido por cuatro secciones, la primera sección corresponde a los datos generales (1-9 ítems), La segunda sobre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (8-18 ítems), la tercera culturales (19-43 ítems), y la cuarta sección sobre mitos y creencias (44-64 ítems), la última pregunta fue abierta.

## **Prueba Piloto**

Se realizó en el Centro de Salud de Miranda con mujeres que asistieron a su plática del programa de Oportunidades. Aplicando el instrumento modificado de Dr. Víctor Noguera Nava y revisado por tres especialistas en el área, con preguntas dicotómicas y de opción múltiple. El objetivo de la prueba piloto fue identificar la comprensión de la estructura y semántica de las preguntas, además que permitió conocer tiempos de aplicación y posibles contratiempos en la fase de campo. Con los resultados obtenidos, se realizaron, las modificaciones pertinentes.

## **Procedimiento**

Se realizó una encuesta el día que las mujeres tuvieron su plática del Programa Oportunidades. Antes se espero a que terminara su plática, la encuesta se aplico al aire libre a fuera del Centro de Salud, posteriormente se les explico que si podían contestar un cuestionario, pero se les comento que solo a las personas que contaron con algunos requerimientos, se les dio a leer el consentimiento informado a todo el grupo de mujeres el cual firmaron estando de acuerdo y fue así como se llevo a cabo la encuesta tomando en cuenta la comodidad de las mujeres para contestar de manera eficiente, algunas optaron por sentarse dentro de la sala de espera del Centro de Salud. Cabe mencionar que fueron 4 días en los cuales se aplico la encuesta ya que las mujeres de esta comunidad están divididas en cuatro grupos para recibir su plática a las 10:00 am y terminando la plática se les dieron las indicaciones, el personal de salud ahí presente también se apoyó a algunas dudas que surgieran de cómo contestar dicha encuesta.

### **3.8 Plan de análisis**

Se elaboró base de datos en el programa SPSS Statistics v.17, para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentaje y medidas de tendencia central como, media, moda, mediana, desviación típica, mínimo y máximo. El cual se presenta en cuadros y porcentajes.

### **3.9 Ética de Estudio**

La persona tiene derecho a la salud e información con calidad, al servicio de planificación familiar y a la equidad de género y está garantizado en el marco legal y jurídico (constitución política de los estados unidos mexicanos, 2009)

Se contara con el consentimiento informado de manera escrita, explicando el objetivo del estudio. Según el reglamento de la Ley General de Salud 2008.

Artículo 13, que refiere que todo ser humano que sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16, que considera que en las investigaciones en seres humanos, se protegerá la privacidad del individuo sujeto a investigación.

Artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad del sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía para el estudio.

Artículo 21

Capítulo VII la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio.

#### IV. Resultados y Discusión

Como se puede observar en la cuadro 4.1 la edad que prevaleció más en las encuestas fue de 33 años, pero también cabe destacar que hay mujeres entre los 40 a 45 que aun planean tener un hijo. También el número promedio de hijos que ahora tienen estas mujeres son de 2 lo cual es algo muy relevante. Como se puede observar, la falta de la economía no permite mas procreación, ya que su ingreso al mes es muy poco, ya que varía entre \$1800.00 - \$1500.00 pesos mensuales.

**Cuadro 4.1 Descripción variables socio-demográficas continuas**

	Edad	No de hijos	Ingreso mensual
<b>Media</b>	33.4274	2.5645	1828.6290
<b>Mediana</b>	34.5000	2.0000	1550.0000
<b>Moda</b>	39.00	2.00	1000.00
<b>Desv. típ.</b>	7.70300	1.64412	1263.30598
<b>Mínimo</b>	16.00	.00	.00
<b>Máximo</b>	48.00	9.00	5000.00

**Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>o</sup> y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).**

En la tabla 4.2 la escolaridad con la que ya cuentan las mujeres es de primaria completa con un 34.7%, secundaria 29% y nivel técnico un 4.0%, es una estadística muy aceptable, ahora las mujeres no solo se han quedado en el rezago de lo que ya aprendieron sino eso influye al conocer un poco más acerca de la educación sexual.

Se observa, que la religión que mas predomina es católica con un 91.9% y solo el 5.6% es cristiana. En relación al estado civil el 71% es casada, cabe mencionar que un menor porcentaje de 15.3%, están viviendo en unión libre.

**Cuadro 4.2 Características socio-demográficas de las Participantes en el estudio**

	Variable	FA N 124	%
<b>Escolaridad</b>	Primaria completa	43	34.7
	Secundaria	36	29.0
	Primaria incompleta	35	28.2
	Analfabeta	5	4.0
	Técnico	5	4.0
<b>Religión</b>	Católica	114	91.9
	Cristiana	7	5.6
	Creyente	2	1.6
	Testigos de Jehová	1	.8
<b>Estado civil</b>	Casada	88	71.0
	Unión libre	19	15.3
	Soltera	8	6.5
	Viuda	4	3.2
	Divorciada	4	3.2
	Otra	1	.8
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	97	78.2
	Obrera	21	16.9
	Estudiante	3	2.4
	Comerciante	2	1.6
	Otra	1	.8

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V" y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

En cuestión al método que utilizan hay un dato muy importante el cual nos arroja que un 56.5% utiliza método anticonceptivo y 43.5% no. Entre diferentes quienes utilizan un dato muy importante fue que el 34% se realizó la salpingoclasia y 31.4% DIU, sin embargo, no se da cuenta que nadie menciona el método de vasectomía, de ahí que en un artículo publicado por Vega (2010) se mencione que los varones no tienen conocimiento acerca de este método y también se menciona que para ello, lo mejor sería que las mujeres utilizaran los métodos que ellos, y en esta comunidad las mujeres se sienten reconocidas por que son ellas quienes utilizan los métodos. (Cuadro 4.3 y 4.4)

En una literatura revisada, comentan que los métodos anticonceptivos más utilizados son los dispositivos intrauterinos en menores de 18 años y les siguen el orden los hormonales, el anticonceptivos más utilizado en menores de 20 años son los orales con un 60.7% y le siguen el DIU con un 32.1%. Los adolescentes utilizan poco el condón ya que no es gratificante y segura la protección. (González, 2011).

**Cuadro 4.3 Uso de métodos anticonceptivos en mujeres Participantes en el estudio**

Uso método	FA	%
Si	70	56.5
No	54	43.5

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>m</sup> y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

**Cuadro 4.4 Tipo de método anticonceptivo utilizado por las mujeres entrevistadas**

Tipo de método	FA	%
Salpingoclasia	24	34
DIU	22	31.4
Condón	14	20.0
Anticonceptivos Orales	3	4.3
Inyectables	3	4.3
Método del Ritmo	2	2.9
Parches	1	1.4
Coito Interrumpido	1	1.4

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>m</sup> y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

Lo que se puede resaltar en la cuadro 4.5 que mayoría de las mujeres no tienen muchos conocimientos acerca de las siguientes cuestiones ya que el 40% y hasta un 60% no saben de lo que se les habla, es muy importante también destacar que ellas si consideran que el conocimiento de métodos es insuficiente. Como también resalta un artículo publicado en Chiapas que las mujeres no planifican ya que la lejanía de los centros de salud y no había módulos de planificación, cabe mencionar que en nuestro país no hay en si módulos de planificación. Otro dato importante que menciona este artículo es que en los últimos años se da más información sobre planificación y ya más mujeres comienzan a utilizarlos. (Ramirez D, 2005).

**Cuadro 4.5 Conocimiento de Métodos anticonceptivos en mujeres de atendidas en un centro de Salud rural, Los Cues Huimilpan**

	Variable	FA N124	%
<b>Cuando ocurre la ovulación en la mujer</b>	No se	60	48.4
	aproximadamente en la mitad del ciclo menstrual	31	25.0
	el día que inicia el sangrado menstrual durante el ciclo menstrual	28	22.6
		5	4.0
<b>La vida media de un óvulo</b>	No se	84	67.7
	24 a 48 horas	21	16.9
	72-96 horas	18	14.5
	más de 96 horas	1	.8
<b>La vida media de un Espermatozoide</b>	No se	78	62.9
	3 a 4 días	27	21.8
	6 a 8 días	13	10.5
	más de 8	6	4.8
<b>En la ovulación, la secreción de la mujer es:</b>	no se	52	41.9
	transparente, elástica como clara de huevo	49	39.5
	cremosa, grumosa como leche cortada	16	12.9
	No se presenta secreción	7	5.6
<b>El condón debe colocarse:</b>	antes de que ocurra contacto pene vagina	74	59.7
	no se	38	30.6
	1 y 2 son correctas	7	5.6
	cuando el pene este flácido	5	4.0
<b>Cuando se toman las píldoras anticonceptivas por primera vez</b>	no se	58	46.8
	cuando se termina la menstruación	30	24.2
	el primer día de la menstruación	22	17.7
	no importa la fecha	14	11.3
<b>Las píldoras se deben</b>	no se	60	48.4

<b>tomar:</b>			
	72 horas antes de la relación sexual	34	27.4
	después de la relación sexual y antes de las 72 horas	25	20.2
	el primer día de retraso menstrual	5	4.0
<b>Los conocimientos que tiene sobre métodos son:</b>	Insuficientes	71	57.3
	Suficientes	53	42.7
<b>Ha utilizado algún método anticonceptivo en los últimos 6 meses:</b>	Si	69	55.60
	No	55	56.5
<b>Frecuencia con que utiliza métodos anticonceptivos en los últimos 6 meses:</b>	Nunca	59	47.6
	Siempre	44	35.5
	casi siempre	15	12.1
	Ocasionalmente	6	4.8

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>m</sup> y Arteaga Correa Milka Sidney, Daza Arias Sandra Marcela (2004)

En cuestión con los aspectos socioculturales en el Cuadro 4.6 se destaca que; el 54.8% dan un papel importante a la iglesia para el uso de métodos anticonceptivos en tanto que el 45.2% contesta que no tiene ingerencia y el resto no respondió. Y también un 86.3% de las mujeres contestan que es una buena opción que el estado promueva el uso de métodos anticonceptivos mientras que el 13.7% comenta que no es bueno. Con un 92.7% contestan que tanto el hombre como la mujer son responsables de usar métodos anticonceptivos en cuanto un 7.3% contesta negativamente. Un porcentaje importante también es el de que sea muy bueno que desde la primaria se hable sobre métodos anticonceptivos con un 86.3% y un 13.7% contesta que no. El 70.2% de las mujeres de esta comunidad consideran que la información en su comunidad es muy buena sobre métodos anticonceptivos, pero no hay que dejar de lado que un 27.8% no lo considera de esa forma. En un artículo publicado nos comenta que las decisiones de la esfera sexual y de anticoncepción estuvieron centradas en valores masculinos y las mujeres quedaban sujetas a ellas por la decisión de los varones. (Akiko L, 2009)

**Cuadro 4.6 Aspectos socioculturales y uso de Métodos anticonceptivos**

Variable		FA N124	%
La iglesia juega un papel importante en el uso de métodos anticonceptivos	Si	68	54.8
	No	56	45.2
Las personas que utilizan anticonceptivos actúan responsablemente:	Si	105	84.7
	No	19	15.3
La educación influye en la decisión de usar anticonceptivos:	Si	104	83.9
	No	20	16.1
Es correcto que el estado promueva el uso de anticonceptivos:	Si	107	86.3
	No	17	13.7
Considera que los matrimonios deben utilizar métodos	Si	109	87.9
	No	15	12.1
Se afecta su decisión por los conocimientos de familiares y amigos:	No	95	76.6
	Si	29	23.4
El personal de salud es confiable y discreto	Si	115	92.7
	No	9	7.3
Es correcto usar anticonceptivos aunque no esté casada:	Si	104	83.9
	No	20	16.1
La mujer es responsable de que se produzca un embarazo:	No	75	60.5
	Si	49	39.5
El hombre y la mujer son responsables de usar métodos anticonceptivos:	Si	115	92.7
	No	9	7.3
El hombre es responsable de que se produzca un embarazo:	No	76	61.3
	Si	48	38.7
En su familia se habla de métodos anticonceptivos:	Si	78	62.9
	No	46	37.1
Es bueno que se hable de métodos anticonceptivos desde la primaria:	Si	107	86.3
	No	17	13.7
La información de métodos anticonceptivos en su comunidad es buena:	Si	87	70.2
	No	37	29.8

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>m</sup> y Arteaga Correa Milka Sidney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

En la cuadro 4.7 se relacionan algunos aspectos culturales que influyen en las personas para utilizar métodos anticonceptivos: el 70.2% respondió que el uso de métodos anticonceptivos no es pecado, pero el 84.3% contesta que el marido tiene derecho a prohibir el uso de métodos anticonceptivos, a pesar de que el 94.4% manifestó que el usar métodos anticonceptivos es una decisión de pareja y que el 81.5% refiere que su marido no la induce al uso de métodos anticonceptivos. Cabe destacar que un 79.8% respondió que están de acuerdo en sus hijos utilicen métodos anticonceptivos.

Por otra parte 56.5% de las mujeres respondieron que el número de hijos no es por la voluntad de Dios. En la región del centro del país hay otras barreras por las cuales no usan los métodos anticonceptivos, la mayoría no los utilizaba ya que su pareja o ellas mismas se oponían a utilizarlos o debido a las creencias religiosas, vale la pena reconocer que los valores culturales cambian de manera más lenta que los socioeconómicos, lo cual significa que la practica anticonceptiva no se extienda de manera importante en muchos estados del centro del país, donde persisten comportamientos tradicionales vinculados con los aspectos de orden religioso (Palma Y, 2009).

**Cuadro 4.7 Conocimiento de Métodos anticonceptivos en mujeres usuarias en un Centro de Salud rural, Los Cues Huimilpan**

Variable		FA N124	%
<b>Cree que la utilización de métodos anticonceptivos es pecado:</b>	No	87	70.2
	Si	37	29.8
<b>Su marido tiene derecho a prohibir que use anticonceptivos</b>	No	111	89.5
	Si	13	10.5
<b>Usted cree que la mujer no debe planificar porque su deber es darle hijos a su marido</b>	No	105	84.7
	Si	19	15.3
<b>Piensa que se debe tener muchos hijos para que ayuden en las labores domesticas</b>	No	116	93.5
	Si	8	6.5
<b>¿Estaría de acuerdo con que su hijo/a utilice anticonceptivos?</b>	Si	99	79.8
	No	25	20.2

<b>Piensa que el número de hijos es voluntad de Dios</b>	No	70	56.5
	Si	54	43.5
<b>Usted le da vergüenza que sus amigos sepan que utiliza métodos anticonceptivos</b>	No	106	85.5
	Si	18	14.5
<b>Usted considera que el hombre induce a la mujer al uso de métodos anticonceptivos</b>	No	101	81.5
	Si	23	18.5
<b>¿Usted considera que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la mujer?</b>	Si	74	59.7
	No	50	40.3
<b>¿Usted considera que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de hombre?</b>	No	72	58.1
	Si	52	41.9
<b>¿Cree que la decisión de usar anticonceptivos es de la pareja?</b>	Si	117	94.4
	No	7	5.6

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V<sup>m</sup> y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

En relación con los mitos y las creencias cuadro 4.8, en esta comunidad las encuestas arrojaron los siguientes datos, el 39.5% contestan que las pastillas producen cáncer en la matriz mientras que el 60.5% contestan lo contrario. También un dato importante es el 57.3% contesta que las pastillas engordan a las mujeres y un 42.7% dicen que no. El 40.3% dice que las mujeres que se operan se les descontrola la menstruación y el 59.7% dicen que lo contrario. El 45.2% dicen que los métodos no funcionan y el 54.8% dicen que no. El dispositivo intrauterino se encarna en la matriz de la mujer, 64.5% contestan que si, y un 35.5% que no. El 48.4% contestan que planifican porque el marido lo permite mientras que el 51.6% contesta negativamente.

Del Valle (2009) muestra lo siguiente, las usuarias carecen de información necesaria, acorde con su edad y la situación de su salud en la que se encuentran, lo que lleva a la persistencia de mitos y creencias que interfieren con el uso de los diferentes métodos que existen actualmente disponibles, sus resultados documentan que no hay una correcta utilización de métodos anticonceptivos y que persisten aun mitos y creencias como la ausencia de riesgo de embarazo en la primera relación sexual, la fantasía de que los anticonceptivos orales te protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

**Cuadro 4.8 Mitos y creencias sobre métodos anticonceptivos**

Variable		FA N124	%
Usted cree que las pastillas anticonceptivas producen cáncer en la matriz	Si	49	39.5
	No	75	60.5
Cree que las pastillas engordan a las mujeres	Si	71	57.3
	No	53	42.7
Cree que las pastillas adelgazan a las mujeres	Si	23	18.5
	No	101	81.5
Usted cree que las pastillas producen paño en la cara	Si	56	45.2
	No	68	54.8
Usted cree que las mujeres que se operan se les descontrola la regla	Si	50	40.3
	No	74	59.7
Piensa que el condón reduce el placer en las relaciones	Si	36	29.0
	No	88	71.0
Usted piensa que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres	Si	36	29.0
	No	88	71.0
Usted cree que los anticonceptivos no funcionan	Si	56	45.2
	No	68	54.8
Piensa que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer	Si	49	39.5
	No	75	60.5
Cree que los anticonceptivos eliminen el amor entre la pareja	Si	11	8.9
	No	113	91.1
Usted cree que las mujeres salen embarazadas por error en el cálculo de los médicos	Si	24	19.4
	No	100	80.6
Usted cree que los anticonceptivos provocan los abortos	Si	47	37.9
	No	77	62.1
Usted cree que las inyecciones producen alteraciones en la regla	Si	75	60.5
	No	49	39.5
Usted cree que todo el mundo se da cuenta de las mujeres que planifican	Si	38	30.6
	No	86	69.4
Usted piensa que el DIU se encarna en la matriz de la mujer	Si	80	64.5
	No	44	35.5

Continúa.....

Variable		FA N124	%
<b>Usted cree que el niño nace con las pastillas en el cuerpo</b>	Si	19	15.3
	No	105	84.7
<b>Usted piensa que las inyecciones la sangre se acumula en el cuerpo de la mujer</b>	Si	29	23.4
	No	95	76.6
<b>Usted piensa que la mujer que planifica es porque el marido lo permite</b>	Si	60	48.4
	No	64	51.6
<b>Usted piensa que si el hombre se opera pierde la potencia sexual</b>	Si	20	16.1
	No	104	83.9
<b>Usted cree que el condón se le puede quedar adentro a la mujer</b>	Si	25	20.2
	No	99	79.8

Fuente: Cuestionario modificado de Noguera Navas V" y Arteaga Correa Milka Sidney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).

#### **4.1. Conclusiones**

Los resultados de la investigación arrojaron datos importantes como el hecho de que la mayoría de las entrevistadas tienen un nivel de educación de primaria y secundaria, donde nueve de cada diez profesan la religión católica y un 71% son casadas y el 78.2 % son amas de casa, lo que nos brinda un perfil de estudios realizados como favorecedor para la no utilización de métodos anticonceptivos, sin embargo, poco más de la mitad los utilizan.

Al analizar el tipo de anticonceptivo que se utiliza, el 34% refirió la salpingoclasia y 31.4% dispositivo, el uso se concentra en métodos definitivos o de larga protección, lo que nos puede indicar que se observa un uso mayor en mujeres que 35 años y más, posiblemente derivado del número de hijos que ya se tiene. Número promedio de hijos que ahora tienen estas mujeres son de 2 (ver cuadro 4.1)

Se tiene que considerar que las entrevistadas son usuarias de un Centro de Salud muy cercano, de área rural, en los cuales no siempre se cuenta con un fondo fijo de métodos anticonceptivos suficientes para satisfacer la demanda de las(os) usuarios. Se destaca que los métodos anticonceptivos no siempre los hay, que solo les proporcionan en las campañas, o jornadas, y cuando se da el desabasto, se crea un conflicto al ser solicitados los métodos y no contar con ellos, perdiendo la oportunidad de mantener o elevar la cobertura de este servicio.

Muchas mujeres toman decisiones sobre su cuerpo y sobre qué es lo mejor para ellas pero aun así sigue siendo una minoría que se resiste al cambio. Los mitos se destacan aun muchos y es importante que la mujer y los hombres tengan más conocimientos sobre este tipo de problemas y que conozcan más acerca de su cuerpo y acerca de lo que usan. Es importante mencionar que no hay que truncar las decisiones de las mujeres, que el personal de salud los niega los métodos anticonceptivos.

## **4.2 Sugerencias:**

- 1.** Realizar promoción a métodos anticonceptivos, y dar información personal a cada persona acerca del método que le convendría de una manera que no le perjudicara en su salud.
- 2.** Tener los suficientes métodos anticonceptivos en los Centros de salud para que las mujeres no tengan problemas con que no los hay.
- 3.** Hacer campañas mes con mes acerca de los métodos anticonceptivos.
- 4.** Hacer un programa específico para métodos anticonceptivos en el cual se comprometan mes con mes y realizar un visita domiciliaria a quien no asista su platica.
- 5.** Explicar cada uno de ellos por medio de temas y de manera sencilla en la cual comprendan.

## I. Referencias bibliográficas

- Akiko L, Magnoni L, Vivencias de la paternidad en la adolescencia en una comunidad brasileña de baja renta. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009. Pág. 114.
- Akiko L., Alves C., Campos E., Chávez R., Orientaciones sobre el Comportamiento Sexual y Reproductivo: Principios y Prácticas de los Sacerdotes Católicos. Rev. Latino-Am.enfermagem. Nov-Dic, 2010.
- Álvarez R. Educación para la Salud. Manual Moderno, 2005
- Cabrera A., Tascon G., Lucumi C., Creencias en Salud: Historia Constructos y Aportes al Modelo, Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica, vol. 19 núm. 001 enero-jun 2001. Universidad de Antioquia, Colombia. Pág. 93, 94.
- Colchón J. (2008) Mitos y creencias Sexuales de una Población Adolescente de Almendralejo. Matronas Profesión. Pág., 7.
- CONAPO (2003). Cuadernos de salud reproductiva: Querétaro. México, DF.
- CONAPO (2006). Población y Crecimiento Demográfico, México, DF.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), Situación Demográfica de México 2010, Consejo Nacional de Población, de México, 2010.
- Del Valle Agüero M, Gonzales M, Mitos y creencias sobre anticoncepción en mujeres que acuden a un Centro de Salud en San Juan, Archivos de Medicina Familiar y General, volumen 6 numero 2. 2009 pág. 12,13.
- Diccionario Enciclopédico. REYMO para el Siglo XXI. Editorial REYMO, 2003.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Panorama Sociodemográfico de México Principales Resultados. Pág., 34, 35. INEGI 2011.
- Estrada F., Hernández C., Walker D., Campero L., Hernández B., Maternowska C. Uso de Servicios de Planificación Familiar de la Secretaria de Salud,

- Poder de Decisión de la Mujer y Apoya de la Pareja, Salud Publica Mex, 2008. Pág. 473, 474.
- Felitti K. (2008) Natalidad Soberanía y Desarrollo: Las Medidas Restrictivas a la Planificación Familiar en el Tercer Gobierno Peronista (Argentina, 1973-1976) Estudios Feministas, Florianópolis. Pág. 518.
- Felitti K. (2009) Derechos Reproductivos y Políticas Demográficas en América Latina. Íconos, Revista de Ciencias Sociales. Núm. 35, quinto, septiembre. Pág. 58.
- Fermoso P., Educación Manual de la Economía de la Educación. NARCEA S.A. DE EDICIONES 1997. Pág. 20.
- García E. Montoya S. Manterola D. (2005). Causas de Aceptación y No Aceptación de Métodos Anticonceptivos en el Posparto.
- Género y Salud en cifras Vol.1 no. 3
- Género y Salud en cifras Vol.3 no. 1
- Gómez P. Pardo Y., Percepciones del Uso de Anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudió cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 1. 2010 pág., 38.
- Gonzales M., Hernández L., Maldonado C., Caracterización de Algunas Variables en las Adolescentes Atendidas en la Consulta de Planificación Familiar de Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". Mediciego 2011. Pág. 17.
- González G., Las Practicas Contraceptivas de las Mujeres Católicas en Xalapa, Veracruz (México). Rev. Sociedad & Equidad No. 2, julio del 2011. Pág. 2, 3.
- Higashida B., Ciencias de la Salud, Sexta Edición, McGraw-Hill, México, D.F. 2008, Pág. 194,195 y 302.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Mujeres y Hombres de México, decimo segunda edición. Pág. 1,20 México, DF, INEGI, 2008.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Mujeres y Hombres en México 2011, av., Héroe de Nacozari sur Núm. 2301, frac, jardines del parque, cp. 20276, Aguascalientes, Ags. Pág. 1, 2,9.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales; Vitales. México, DF: INEGI; 2003.

Instituto Nacional de las Mujeres, fecundidad y preferencias reproductivas en las mujeres indígenas mexicanas, panorama actual con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica, 2006, pág., 2 agosto 2009.

Intervención Educativa para la Salud. Cabrera Pivaral Carlos Enrique y Colaboradores. Salud Publica de México/ vol. 43, No 6. Noviembre/diciembre, 2001.

La Diversidad Religiosa en México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes, Ags. Pág. 26, 27. 2005.

Larralde A., Aglomeraciones Productivas y Espacio Rural en la Ciudad-Región del Centro de México, Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Quivera, Vol. 12, núm. 2, 2010, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca México.

Maier E., La Disputa por el Cuerpo de la Mujer, la/s Sexualidad/es y la/s Familia/s en Estados Unidos México, Frontera Norte., Vol., 20, núm. 40, Julio-Diciembre del 2008. Pág.25.

Manual de Anticoncepción para el Personal de Salud. Porter, Waife, Holtrop. Edición Internacional, 1984.

Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, pág. 99. 2010.

Mendoza M., Tapia G., Situación Demográfica de México 1910-2010. Consejo Nacional de Población, México 2010. Pag 15.

- México Hoy. INEGI. Edición, 2003.
- Mujeres y Hombres en México. INEGI, Instituto Nacional de las Mujeres. Decimo primera edición, 2007.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 (2004) de los Servicios de Planificación Familiar (modificada). Secretaria de Salud, publicación, Diario Oficial de la Federación.
- Norma Técnica de Planificación Familiar, Ministerio de Salud. Dirección General de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima. 2005., Pág. 13.
- Palma Y, Suarez J, Diferencias regionales en la práctica anticonceptiva, Demos 2009. Pág. 2.
- Ramírez D, Nazar A, Género y negociación reproductiva: en un estudio en una comunidad rural de Chiapas. Revista mexicana de sociología 67. Núm. 4 (octubre-diciembre, 2005) pág. 11, 12.
- Rojas T., La Crisis del Sector Rural y el Coste Migratorio en México, Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Iberoforum, vol. IV, núm. 8, julio-diciembre, 2009, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México. Pág. 41.
- Romero G., Soria S., Ponce A., Aceptación de Anticonceptivos Durante el Puerperio en Embarazos no Planeados. Ginecología y Obstetricia de México 2009. Pág. 501-502.
- Ros C., Miret M., Estudio Descriptivo Sobre el Uso de la Anticoncepción de Emergencia en Cataluña. Comparación entre una Zona Rural y una Urbana., Departament de Ciències Experimentals i de la salut, Laboratori de Neurobiologia del Comportament, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. Pág., 499. 2008.
- Schwarcz R., Castro R., García O., Lomuto C., Etcheverry M., Queiruga. (2002). Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional de

- Salud Materno Infantil. Equipo de Salud Reproductiva Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Pág. 12-13.
- Secretaria de Salud, Interculturalidad en Salud, Experiencias y Aportes para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud., México D.F. Pág. 9, 24, 25. 2008.
- Sector Salud de acción: planificación familiar y anticoncepción, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, “La Salud Responsabilidad de Todos” 2007-2012.
- SEGOB. (2009) En México, 41 por ciento de la Población Femenina Ocupada tiene Hijos. Dirección General de Comunicación Social Boletín de Prensa. México, D.F., pág. 1.
- Sígales T. Martínez C. Enfermería de la Mujer. Edición 2001
- SS. (2002) Derecho a la libre decisión de salud reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. Primera Edición. México, DF. pág. 11-13
- SS. (2002) Anticoncepción posparto, transcesarea, poscesarea y posaborto. Dirección General de Salud Reproductiva. Primera Edición. México, DF; pág., 9.
- Torres F., Delgadillo J., Hacia una Política Territorial del Desarrollo Rural de México. Convergencia, Revista de Ciencias Sociales, núm. 50, 2009, Universidad Autónoma de México.
- Vega G., Jaramillo M., Percepción y actitudes de los hombres de lo Frontera Norte de México en Relación con el Uso de Condones, Práctica de la Vasectomía y chequeos de próstata. Pág. 66.

# APENDICE

## ANEXO I

### 3.5. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMESIÓN	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN Y ESTADÍSTICA
Conocimiento sobre métodos Anticonceptivos	Conocer algunas técnicas para prevenir un embarazo no deseado o evitar contagiarse de alguna infección de transmisión sexual. Es prepararte para que puedas tomar una elección correcta al iniciar tu vida sexual. (Alvares, 2005).	Conocen lo que los promotores de salud les hablan en las pláticas.	Conocimiento, preguntas de 8 a 18	Acierto = 1 Error= 0  11 aciertos = 100%	Cuantitativa  Porcentaje
Culturales	Conjunto de elementos de índole material, o espiritual, organizados lógicamente y coherentemente, que incluye los conocimientos, las creencias, la moral, el derecho, los usos y costumbres, y todos los hábitos y aptitudes adquiridos por los hombres. (Diccionario enciclopédico, 2006).	Conocimientos, las creencias, la moral, el derecho, los usos y costumbres, y todos los hábitos y aptitudes adquiridos en relación a los métodos anticonceptivos.	Preguntas de la 19 a 43	aciertos	Cuantitativa  Porcentaje
Mitos y creencias	Narraciones tradicionales fantásticos, contados por humanos.	Son contados misma sociedad en la que se vive.	Preguntas 44 a 63	Creencia en ____	Cuantitativa discreta

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN Y ESTADÍSTICA
Uso métodos	Practica sobre un procedimiento para alcanzar un fin determinado. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.).	Expresado en si los utiliza.	Si No	Dicotómica
Tipo de métodos	Modelo de un objeto con el cual se realiza un procedimiento. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.).	Formulado en qué tipo de método es utilizado.		Cuantitativa discreta
Edad	Cantidad de años en las que un ser ha vivido. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.).	Edad en años expresada por la entrevistada	• Años cumplidos	Cuantitativa discreta
Número de Hijo	Conjunto de individuos de una familia o grupo. (Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.).	Expresada en cantidades.	• cantidad	Cuantitativa discreta
Estado civil	Conjunto de cualidades que distinguen a un individuo de la sociedad en la familia, las cuales dependen de hechos o situaciones.	Unión o no unión de acuerdo a las leyes.	• Casada • Soltera • Divorciada • Juntada • Viuda • Otro	Nominales
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un tiempo determinado. (Larousse, 2007.)	Actividad económicamente remunerada	• Ama de casa • Maestra • Comerciante • Otro	Nominales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN Y ESTADÍSTICA
Religión	Conjunto de creencias y prácticas que relacionan al hombre con lo que este considera sagrado o divino, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. (De latín, religare o re-legare). (Diccionario enciclopédico, 2003).	Un complejo sistema de ideas, enseñanzas y principios básicos, prácticas y ritos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Testigos de Jehová</li> <li>• Creyente</li> <li>• Cristiana</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	Nominales
Ingreso Económico	Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas para producir que sea costoso algo que se desea comprar.	Ingreso familiar mensual expresado por la entrevistada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En pesos</li> </ul>	Cuantitativa

ANEXO II.



**Apéndice I**  
**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Facultad de Enfermería**



Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: inicio \_\_\_\_:\_\_\_\_ final \_\_\_\_:\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_

**Objetivo:** Identificar el nivel de conocimiento y principales motivos para la aceptación y uso de métodos anticonceptivos en mujeres de una comunidad rural.

**Instrucciones:** La información que usted nos proporcione es confidencial, de uso exclusivo para un Diagnóstico de Salud., por lo que le solicitamos, escriba o marque con **x** lo que se le pide de acuerdo a sus criterios.

**I. Datos Generales:**

Variables	Indicador	Codificar
1. Edad	_____ en años	
2. Escolaridad	Analfabeta	1
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	3
	Secundaria	4
	Técnico	5
	Otra	6
3. Religión	Católica	1
	Testigo de Jehová	2
	Cristiana	3
	Creyente	4
	Otra_____	5
4. Estado Civil	Casada	1
	Soltera	2
	Divorciada	3
	Juntada	4
	Viuda	5
	Otra_____	6
5. Número de hijos	_____	
6. A qué se dedica	Ama de casa	1
	Estudiante	2
	Comerciante	3
	Otra_____	4
7. Cuál es su ingreso promedio mensual	_____ peso	

8. Usa algún tipo de método anticonceptivo	Si No	
9. Qué método utiliza		

<u>2. Conocimientos sobre</u>	<u>métodos</u>	<u>anticonceptivos</u>	
Variables	Indicadores		Codificar
8.Cuando ocurre la ovulación en la mujer:	El día que inicia el sangrado menstrual.		1
	Aproximadamente en la mitad del ciclo menstrual.		2
	Durante todo el ciclo menstrual.		3
	No sé		4
9.La vida media de un óvulo:	24-48 horas.		1
	72-96 horas.		2
	Más de 96 horas.		3
	No sé.		4
10.La vida media de un espermatozoide	3 a 4 días.		1
	6 a 8 días.		2
	Más de 8.		3
	No sé		4
11.En la etapa de ovulación, la secreción vaginal en la mujer es:	Cremosa, grumosa como leche cortada.		1
	Transparente, elástica como clara de huevo.		2
	No presenta secreción.		3
	No sé.		4
12.El condón debe colocarse:	Antes de que ocurra contacto pene vagina.		1
	Cuando el pene este flácido.		2
	A y b son correctas.		3
	No sé.		4
13. ¿Cuándo se deben empezar a tomar las píldoras anticonceptivas por primera vez?	El primer día de la menstruación.		1
	Cuando se termina la menstruación.		2
	No importa la fecha.		3
	No sé.		4
14.Las píldoras anticonceptivas se deben tomar:	72 horas antes de la relación sexual.		1
	Después de la relación sexual y antes de las 72 horas.		2
	El primer día de retraso menstrual.		3
	No sé.		4
15.Considera usted que los conocimientos que tiene sobre los métodos anticonceptivos son:	Suficientes.		1
	Insuficientes.		2
16. ¿Ha utilizado usted algún método anticonceptivo en los últimos 6 meses?	Si		1
	No		2
	¿Cuál es?_____.		
17. ¿Con que frecuencia ha utilizado usted métodos anticonceptivos en los últimos 6 meses?	Siempre.		1
	Casi siempre.		2
	Ocasionalmente.		3
	Nunca.		4

Variables	Indicadores	Codificar
18. Califique del 0 al 5, el grado de conocimiento que tiene sobre los siguientes métodos anticonceptivos (responda con numero entero).	Método del ritmo.	1
	Temperatura basal.	2
	Coito interrumpido.	3
	Espermicidas.	4
	Condón.	5
	Implantes subdérmico.	6
	Anticonceptivos orales.	7
	Anticonceptivos inyectables.	8
	Dispositivo intrauterino.	9
	Píldoras anticonceptivas de emergencia.	10
	Vasectomía.	11
	Ligadura de trompas.	12

### **3. Aspectos socio-culturales**

Tache en **SI O NO**, según sea la respuesta que usted considere.

	Si	NO
19. Usted considera que la iglesia juega un papel importante en el uso de métodos anticonceptivos:		
20. Usted piensa que las personas que utilizan anticonceptivos actúan responsablemente:		
21. Usted cree que la educación influye en la decisión de usar anticonceptivos		
22. Usted cree que es correcto que el estado promueva el uso de anticonceptivos:		
23. Usted considera que los matrimonios deben utilizar métodos anticonceptivos:		
24. ¿Se siente afectada su decisión por los conocimientos que le han transmitido sus amigos o familiares?		
25. Considera que el personal de salud es discreto y confiable		
26. Cree que es correcto usar anticonceptivos aunque no esté casada		
27. ¿Usted piensa que la mujer es la responsable de que se produzca un embarazo?		
28. ¿Considera usted que tanto el hombre como la mujer tienen responsabilidad de usar métodos anticonceptivos?		
29. ¿Usted considera que el hombre es el responsable de que se produzca un embarazo?		
30. ¿En su familia se habla de métodos anticonceptivos?		
31. ¿Usted considera que es bueno que se hable desde la primaria sobre métodos anticonceptivos?		
32. ¿Piensa que la información de métodos anticonceptivos en su comunidad es buena?		

#### **Culturales**

33. Cree que la utilización de métodos anticonceptivos es pecado		
34. Su marido tiene derecho a prohibir que use anticonceptivos		

35. Usted cree que la mujer no debe planificar porque su deber es darle hijos a su marido		
36. Piensa que se debe tener muchos hijos para que ayuden en las labores domesticas		
37. ¿Estaría de acuerdo con que su hijo/a utilice anticonceptivos?		
38. Piensa que el número de hijos es voluntad de Dios		
39. Usted le da vergüenza que sus amigos sepan que utiliza métodos anticonceptivos		
40. Usted considera que el hombre induce a la mujer al uso de métodos anticonceptivos		
41. ¿Usted considera que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de la mujer?		
42. ¿Usted considera que el uso de métodos anticonceptivos es decisión de hombre?		
43. ¿Cree que la decisión de usar anticonceptivos es de la pareja?		

### Mitos y creencias

44. Usted cree que las pastillas anticonceptivas producen cáncer en la matriz		
45. Cree que las pastillas engordan a las mujeres		
46. Cree que las pastillas adelgazan a las mujeres		
47. Usted cree que las pastillas producen paño en la cara		
48. Usted cree que las mujeres que se operan se les descontrola la regla		
49. Piensa que el condón reduce el placer en las relaciones		
50. Usted piensa que los anticonceptivos dejan estériles a las mujeres		
51. Usted cree que los anticonceptivos no funcionan		
52. Piensa que los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer		
53. Cree que los anticonceptivos eliminan el amor entre la pareja		
54. Usted cree que las mujeres salen embarazadas por error en el cálculo de los médicos		
55. Usted cree que los anticonceptivos provocan los abortos		
56. Usted cree que las inyecciones producen alteraciones en la regla		
57. Usted cree que todo el mundo se da cuenta de las mujeres que planifican		
58. Usted piensa que el DIU se encarna en la matriz de la mujer		
59. Usted cree que el niño nace con las pastillas en el cuerpo		
60. Usted piensa que las inyecciones la sangre se acumula en el cuerpo de la mujer		
61. Usted piensa que la mujer que planifica es porque se las pega al marido		
62. Usted piensa que si el hombre se opera pierde la potencia sexual		
63. Usted cree que el condón se le puede quedar adentro a la mujer		
64. mencione el motivo por el cual usted rechaza los métodos anticonceptivos, o porque razón los abandono si alguna vez lo utilizo.		

Cuestionario modificado de Noguera Navas V” y Arteaga Correa Milka Sídney, Daza Arias Sandra Marcela (2004).



**Apéndice 2**  
**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Facultad de Enfermería**



**Consentimiento informado**

Por este medio se le está invitando a participar en una investigación con el objetivo de Identificar los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en una comunidad rural. Si tiene alguna duda, puede preguntar con toda confianza, así mismo, le comento que su participación es voluntaria, si no acepta la invitación no habrá algún rechazo hacia su persona, que el investigador le dará los elementos necesarios para que usted conteste el cuestionario, no tiene ningún costo. Si decide participar y usted desea retirarse lo puede hacer en plena confianza será respetada su decisión, así como toda la información es confidencial. Si está de acuerdo con la anterior información, le solicitamos que firme este documento previa lectura del siguiente párrafo.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis dudas que tuve fueron respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y con fecha de esta forma de consentimiento.

Firma del participante	Fecha
Testigo	Fecha
Investigador	Fecha