

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
QUERÉTARO**

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS

**"CARACTERÍSTICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES OBRERAS Y USUARIAS
DE LOS SERVICIOS DE SALUD"**

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta :

Méd Gral. Martha Mónica Ramírez Navarro.

Dirigido por:

Méd. Esp. en Medicina Familiar Ma. del Rosario Ruelas Candelas.

Febrero 2004

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ
"ROBERTO RUIZ OBREGON"



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR**

**"CARACTERÍSTICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES
OBRERAS Y USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD"**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Martha Mónica Ramírez Navarro.

Dirigido por:

Médico Especialista Rosario Ruelas Candelas.

SINODALES

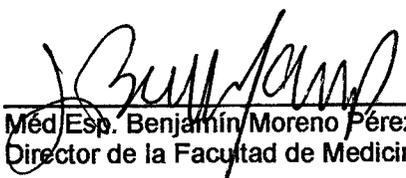
Méd. Esp. Ma. del Rosario Ruelas Candelas
Presidente

Méd. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Secretario

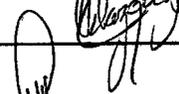
Méd. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Vocal

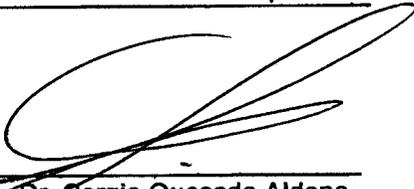
Méd. Esp. Genaro Vega Malagón
Suplente

M. en C. Enrique Villarreal Ríos
Suplente


Méd. Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina







Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Febrero 2004
Querétaro, Querétaro
México

No. Adq. H68912

No. Título _____

Clas. TS

613.94

R173C

EJ. 1

RESUMEN

El análisis de las características de anticoncepción en mujeres en edad fértil de cualquier población, permite efectuar planeación de recursos en esta materia; por lo que en la presente investigación el objetivo fue: comparar las características de la anticoncepción en mujeres obreras y usuarias de los servicios de salud. Se realizó un estudio transversal comparativo, incluyó mujeres en edad fértil de la empresa Applica y usuarias de los servicios de salud de la UMF 16, IMSS Querétaro, de Noviembre 2002 a Enero 2003. Muestra obtenida con fórmula para dos poblaciones, con un tamaño mínimo de muestra de 180 mujeres para cada grupo, muestreo probabilístico aleatorio simple; variables de estudio: edad, estado civil, vida sexual activa, usuaria de método de planificación familiar, tipo de método anticonceptivos, razón de no uso de método anticonceptivo y edad de inicio de vida sexual activa. Análisis efectuado con estadística descriptiva e inferencial, X^2 , t de Student y prueba exacta de Fisher. El total de población entrevistada fueron 360 mujeres, grupo I 180 mujeres de la UMF 16, grupo II 180 mujeres de la empresa Applica, con edades entre 15 – 49 años, agrupadas por quinquenios. Grupo I, edad media de 32 ± 3 años, 80% casadas, 7.2% viudas, divorciadas o separadas, y 12.8% solteras. Grupo II, edad media 28 ± 2 años, 45% casadas, 10% viudas, divorciadas o separadas y 45% solteras. En cuanto a la actividad sexual, se encontró diferencia entre ambos grupos 82.8% vs 48.9% X^2 4.95, $p < 0.05$. La proporción de usuarias de métodos anticonceptivos fue mayor en el grupo II (78.8% vs 64%) X^2 5.11, $p = 0.023$. No hubo diferencia entre la utilización de métodos anticonceptivos temporales y definitivos en ambos grupos X^2 1.29, $p = 0.25$. Dentro de las razones de no uso solo se encontró diferencia en una de ellas, ya que en el grupo I expresaron el embarazo actual como su principal razón 46.2% vs 21.1% X^2 3.67, $p = 0.05$. Acerca de la edad de inicio de vida sexual activa, la diferencia de medias fue 19.4 años vs 19.3. Prueba t de Student de 0.07, $p = 0.78$.

La proporción de mujeres con vida sexualmente activa fue mayor en las mujeres de la UMF 16, mientras que el uso de métodos anticonceptivos predominó en las mujeres de la empresa. Los métodos temporales fueron los más utilizados, predominando el uso del DIU.

Palabras clave: anticoncepción, mujeres en edad fértil, vida sexual activa.

SUMMARY

The analysis of the characteristics of contraception in women in any population's fertile age, allows to make planning of resources in this matter; for what in the present investigation the objective was: to compare the characteristics of the contraception in labor women and users of the services of health. Was realized out a comparative traverse study, it included women in fertile age of the company Applica and users of the services of health of the UMF 16, IMSS Querétaro, of November 2002 to January 2003. It shows obtained with formula for two populations, with a minimum size of 180 women's sample for each group, sampling simple aleatory probabilistic; study variables: age, civil state, active sexual life, user of method of family planning, type of method contraceptive, reason of don't use of birth-control method and age of beginning of active sexual life. Analysis made with descriptive statistic and inferencial, χ^2 , t of Student and exact test of Fisher. Interviewed population's total was 360 women, group I 180 women of the UMF 16, group II 180 women of the company Applica, with ages among 15-49 years, contained by five year period. Group I, half age of 32 + 3 years, 80 married%, 7.2% widows, divorced or separate, and 12.8 single%. Group II, age half 28 +2 years, 45 married%, 10% widows, divorced or separate and 45 single%. As for the sexual activity, was difference between both groups 82.8% vs 48.9% χ^2 4.95, $p < 0.05$. The proportion of users of birth-control methods was bigger in the group II (78.8% vs 64%) χ^2 5.11, $p = 0.023$. There was not difference among the use of temporary and definitive birth-control methods in both groups χ^2 1.29, $p = 0.25$. Inside the reasons of I don't use only net difference in one of them, since in the group I expressed the current pregnancy as its main reason 46.2% vs 21.1% χ^2 3.67, $p = 0.05$. About the age of beginning of active sexual life, the difference of stockings was 19.4 years vs 19.3. T of Student 0.07, proves $p = 0.78$. The proportion of women with sexually active life was bigger in the women of the UMF 16, while the use of birth-control methods prevailed in the women of the company. The temporary methods were those most used ones, prevailing the use of the DIU.

Words key: contraception, women in fertile age, active sexual life.

DEDICATORIAS

A mi madre, por estar siempre a mi lado apoyándome incondicionalmente.

En memoria de mi padre Juan Ramírez Martínez.

Con todo mi amor a Fernando, por ser parte de mi vida.

Con mucho cariño a mis hermanas Karla y Claudia.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Rosario Ruelas Candelas por su dedicación, tiempo y ejemplo a seguir.

Dr. Jorge Velázquez Tlapanco por todo su apoyo, tiempo y colaboración.

Dra. Lety Martínez, por su cariño, comprensión y enseñanza.

Dr. Enrique Villarreal, por su apoyo, dedicación y conocimientos.

INDICE**Página**

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
I. DISCUSIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 OBJETIVO GENERAL	5
1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.5 HIPÓTESIS	6
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
III. METODOLOGÍA	31
III.1 Diseño de estudio	31
III.2 Mediciones y análisis	32
III.3 Análisis estadístico	32
III.4 Aspectos éticos	32
IV. RESULTADOS	35
IV. 1 Presentación de tablas	37
V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES	50
VI.1 PROPUESTAS	51
LITERATURA CITADA.....	52
APÉNDICE	55
ANEXOS	56

INDICE DE TABLAS

IV.1 Total de mujeres por grupo de edad	37
IV.2 Mujeres en edad fértil según estado civil.....	38
IV.3 Mujeres sexualmente activas	39.
IV.4 Usuaras de métodos anticonceptivos	40.
IV.5 Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas, según estado civil	41
IV.6 Usuaras por tipo de método anticonceptivo	42
IV.7 Utilización de métodos anticonceptivos temporales y definitivos	43
IV.8 Razón de no uso de métodos anticonceptivos	44
IV.9 Edad de inicio de vida sexual activa	45

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva, se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio, y en el hombre, en la andropausia.

La salud reproductiva se integra con tres componentes: planificación familiar; salud perinatal y salud de la mujer.

La planificación familiar pone al alcance de toda la población, información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas, que respondan a las necesidades de cada individuo.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual, utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad y disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud.

La escolaridad es un factor clave del desarrollo de las personas y guarda estrecha relación con el cuidado de la salud y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social, y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos.

Durante los últimos 30 años, se han alcanzado avances importantes en materia de salud reproductiva en la Región de las Américas: la disminución de la mortalidad materna e infantil, la diseminación del concepto del desarrollo integral del adolescente; la incorporación al tema en los programas de estudios de pregrado y posgrado en las ciencias de la salud; la integración cada vez mayor de actividades pertinentes en los servicios de salud pública; y la recopilación de información que permite fundamentar mejor la planificación y la toma de decisiones.

El uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial está aumentando, y en más de 75% de los países el uso de métodos por parte de las parejas, es eficaz. Sin embargo no hay todavía el método anticonceptivo perfecto y la aceptabilidad de muchos métodos está limitada, por sus efectos colaterales; por lo que incluso en países desarrollados donde los métodos anticonceptivos están disponibles libremente ocurren embarazos no planeados.

En cuanto a la incorporación de la mujer a un trabajo remunerado, ésta ha mostrado una tendencia ascendente. En México, la población femenina económicamente activa, aumentó de 13.6% en 1950 a 34.7% en 1990, aunque se sabe que estas cifras son inferiores al número real de las mujeres que trabajan (INEGI 1991).

Las variables que intervienen en la relación entre el trabajo y la fecundidad son, entre otras, la edad en la que la mujer se une a su pareja, sea en matrimonio o por consenso, y el hecho de que la unión se realice antes o después de la experiencia laboral. Las mujeres casadas que desempeñan actividades extradomésticas o que ingresaron a la fuerza laboral después de casarse y se emplean en ocupaciones "modernas", tienen tasas de fecundidad más bajas que las empleadas en el sector agrícola o las que no están empleadas. La condición

laboral es, por lo tanto, otra variable importante: las empleadas asalariadas tienen más bajos niveles de fecundidad que las trabajadoras no asalariadas.

En cuanto a la incidencia de los métodos anticonceptivos, parece no existir un uso mayor de éstos entre las mujeres dedicadas a actividades "modernas", en comparación con las que desempeñan trabajos tradicionales o aquellas que no trabajan por un salario.

I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se lleva a cabo la anticoncepción en mujeres obreras de la empresa Applica y en las usuarias de los servicios de salud de la U.M.F. 16, Querétaro, en el periodo de octubre a diciembre del 2002?

I.2 JUSTIFICACIÓN

Se conoce la prevalencia de usuarias de métodos anticonceptivos del IMSS a nivel de la Unidad de Medicina Familiar N° 16 en Querétaro, que fue de 58.9% para las mujeres unidas y de 17.4% para las no unidas durante el 2001, pero se desconoce la de la población obrera que no acuden a las UMF.

El análisis de las características de anticoncepción en mujeres en edad fértil en cualquier población, permite efectuar planeación de recursos en esa materia; así como la oportunidad para brindar atención adecuada en las Instituciones de Salud al grupo de mujeres que no utilizan algún método de Planificación Familiar.

Poco se ha estudiado el patrón anticonceptivo en las mujeres que se encuentran en el área laboral; y éste es un aspecto importante a considerar, ya que durante las últimas décadas, su incorporación al trabajo remunerado ha mostrado una tendencia ascendente, de 13.6% en 1950 a 37.4% en 1990 y del 51% para el año 2001.

El propósito del presente estudio fue comparar las características de la anticoncepción en mujeres obreras de la empresa Applica y usuarias de los servicios de salud UMF 16.

I.3 OBJETIVO GENERAL

Comparar las características de la anticoncepción en mujeres obreras y usuarias de los servicios de salud.

I.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comparar la prevalencia de:

- 1.- Mujeres en edad fértil sexualmente activas en obreras y usuarias de los servicios de salud.
- 2.- Usuarías de Métodos anticonceptivos.
- 3.- Usuarías de Métodos anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas unidas y no unidas.
- 4.- Utilización de métodos anticonceptivos temporales.
- 5.- Utilización de métodos anticonceptivos definitivos.
- 6.- Identificar las razones de no uso de métodos anticonceptivos.
- 7.- Conocer la edad de inicio de vida sexual activa

I.5 HIPÓTESIS

La prevalencia de mujeres:

Ha1 En edad fértil sexualmente activas, es menor en las obreras.

Ha2 Usuarías de métodos anticonceptivos, es menor al 73.3% en mujeres obreras.

Ha3 Usuarías de métodos anticonceptivos difiere de acuerdo a su estado civil, siendo mayor, en aquellas que se encuentran casadas; siendo menor al 65% en las obreras.

Ha4 Que utilizan métodos anticonceptivos temporales, es menor al 27.5% en las obreras.

Ha5 Que utilizan métodos anticonceptivos definitivos, es menor al 17.3% en las obreras.

Ha6 Que no utilizan métodos anticonceptivos, por no tener actividad sexual en el momento actual, es mayor al 17.4% en las obreras.

Ha7 La edad de inicio de vida sexual activa es menor en las mujeres de la empresa Aplica.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 Generalidades

Evitar el embarazo ha sido preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, chino y japonés, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, ya refieren el uso empírico de algunas pastas y gomas, cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que era espermicida. (Torres, 2000).

Existe una necesidad real para desarrollar nuevos métodos anticonceptivos, que sean mas eficaces, mas fáciles de usar, seguros y con menos efectos colaterales. (Baird, 1999).

Las actividades de planificación familiar en México se iniciaron durante la década de 60, cuando la tasa global de fecundidad alcanzó su máximo histórico de siete hijos por mujer, el crecimiento natural de la población era de 3.46% y la política de población existente era de tipo pronatalista. (Cravioto, 2000).

El estudio de las prácticas anticonceptivas en la población, desde la década de los setenta, ha sido de particular interés para los investigadores en el campo de la demografía y la salud pública en México. (Nazar, 1999).

En 1974 el cambio se inició con la modificación del artículo IV de la Constitución, en el que a partir de entonces se reconoce la igualdad del hombre y de la mujer ante la ley, así como el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, concepto que fue adoptado a nivel internacional en la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest ese mismo año.

Las acciones operativas de Planificación Familiar se iniciaron oficialmente en 1974 dentro del sector salud, primero en áreas urbanas y luego en las rurales, las cuales se consolidaron en 1977 en el Plan Nacional de Planificación Familiar. Este dependía de una Coordinación Nacional. (Cravioto, 2000).

Finalmente, y no por ello menos importantes, han sido los beneficios que los programas de planificación familiar han brindado a las mujeres en los aspectos sociales y económicos. (Gual, 2000).

En 1993 el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar se dio a la tarea de elaborar la primera Norma Oficial Mexicana para este programa, la cual entró en vigencia en el mes de mayo de 1994.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) El objetivo de esta norma es "uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México". Por tanto, sus instancias de ejecución son "todos los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado de la república". La principal tarea y obligación que determina esta norma es "la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar".(NOM-005-SSA2-1993).

En ese sentido se encuentran definidas, detalladas y reguladas las siguientes temáticas y acciones:

- Servicios de planificación familiar.
- Promoción y difusión
- Información y educación

- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad
- Métodos anticonceptivos
- Conducta a seguir (por parte de los y las prestadores/as de servicios de salud).

La Ley General de Salud y la Ley General de Población deben ser observadas en toda la república y determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar. La primera hace énfasis en el derecho a la salud y la segunda en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Ambas leyes se sustentan en el derecho constitucional emanado del art. 4º.

La puesta en práctica de la política de salud reproductiva y planificación familiar forma parte del Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000) y se desarrolla específicamente en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). Las acciones de dicho programa se basan en los lineamientos de las normas oficiales vigentes en la materia; en lo que a nuestro interés concierne: la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993).

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Población regula la aplicación de la política de población y, en lo que nos interesa en particular, los derechos reproductivos, en su Sección II "Planificación Familiar". El actual interés estatal por regular el volumen de la población nacional es el objetivo que da

sentido a que la planificación familiar y la atención de la salud reproductiva formen parte de las políticas de población. (NOM-005-SSA2-1993).

La salud reproductiva dentro de los asuntos de población y desarrollo, se entiende como tal "una condición en la que el proceso reproductivo se alcanza en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o desórdenes en el proceso reproductivo". Es decir, la Salud Reproductiva implica que las personas tengan la habilidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar las relaciones sexuales. También considera que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, que la regulación de la fertilidad pueda lograrse sin peligro para la salud y que las personas tengan seguridad al ejercer su sexualidad. (Cravioto, 2000).

Salud reproductiva, es el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. (Espinosa-De los Reyes, 2000).

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el gobierno de México define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos.

El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al derecho de toda persona a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad, y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

El enfoque de la salud reproductiva ha hecho evidente la existencia de complejos vínculos entre la reproducción, la salud y la sexualidad.

Hoy en día, la Salud Reproductiva, se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio, y en el hombre, en la andropausia.(Rev Panam Salud Pública 1998).

La salud reproductiva se integra con tres componentes: planificación familiar; salud perinatal y salud de la mujer.

La planificación familiar pone al alcance de toda la población, información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas, que respondan a las necesidades de cada individuo.

La salud perinatal, propicia la maternidad saludable y sin peligros, estableciendo estrategias; en atención prenatal y posnatal, contribuyendo así a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La salud de la mujer programa cuyo objetivo fundamental, es la prevención y control de enfermedades y alteraciones que afecten su aparato genital, salud sexual y reproductiva.

La disminución de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, está muy ligada con la prevención de embarazos no deseados, de riesgo y adecuado período intergenésico.(Espinosa-De los Reyes, 2000).

En el componente de planificación familiar se ha reforzado la información y la incorporación de un mayor número de métodos anticonceptivos. Se promueve más la participación del varón y la atención especial a los grupos de adolescentes y de población rural dispersa. (Cravioto, 2000).

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, las desigualdades sociales y de género determinan en gran medida las condiciones, el poder y los recursos de que disponen las personas para ejercer su libertad sexual, utilizar los medios que les permitan prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, tener acceso y demandar servicios de salud de calidad con oportunidad y disponer, comprender y utilizar la información relativa al cuidado de la salud.

La escolaridad es un factor clave del desarrollo de las personas y guarda estrecha relación con el cuidado de la salud y con la adopción de la práctica anticonceptiva y su uso efectivo. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social, y fomenta el afán de logro y superación personal, así como una alta valoración parental de los hijos.

La planificación familiar ha logrado prevenir, en una muy alta proporción, el embarazo no deseado; además, ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva para evitar el embarazo de alto riesgo.

Su práctica obliga a revisiones ginecológicas periódicas que favorecen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, así como el diagnóstico oportuno de las displasias cervicouterinas.(Torres,2000).

Durante los últimos 30 años, se han alcanzado avances importantes en materia de salud reproductiva en la Región de las Américas: la disminución de la mortalidad materna e infantil, la diseminación del concepto del desarrollo integral del adolescente; la incorporación al tema en los programas de estudios de

pregrado y posgrado en las ciencias de la salud; la integración cada vez mayor de actividades pertinentes en los servicios de salud pública; y la recopilación de información que permite fundamentar mejor la planificación y la toma de decisiones. (Rev Panam Salud Pública 1998).

La disponibilidad de métodos anticonceptivos y al gama de los mismos permite a la paciente elegir la opción más adecuada de acuerdo con sus expectativas reproductivas y características personales, siempre basados en su decisión libre e informada. (García, 2000).

El uso de métodos anticonceptivos a nivel mundial está aumentando, y en más de 75% de los países el uso de métodos por parte de las parejas, es eficaz. Sin embargo no hay todavía el método anticonceptivo perfecto y la aceptabilidad de muchos métodos está limitada, por sus efectos colaterales; por lo que incluso en países desarrollados donde los métodos anticonceptivos están disponibles libremente ocurren embarazos no planeados. (Baird, 1999).

A pesar de que es bien conocido que las pacientes en el post aborto tienen gran interés en adoptar un método anticoncepción. Un factor que limita la aceptabilidad de los programas de anticoncepción después de este evento, es la escasez de personal adecuadamente entrenando para proveer consejos en este periodo.

En segundo lugar, muchos médicos no se encuentran adecuadamente capacitados o son renuentes a prescribir el uso del Dispositivo Intrauterino (DIU), por la percepción del riesgo de contraer infecciones si se utiliza en este periodo. (Morales, 1998).

En la declaración del simposio internacional organizado por el gobierno mexicano y el Programa Especial de Enseñanza e Investigación en Reproducción

Humana de la Organización Mundial de la Salud, en 1993, destaca la propuesta de promover la investigación sobre nuevos métodos anticonceptivos y la de otorgar los servicios de planificación familiar, en conjunto con otros que contribuyan a preservar o restituir la Salud Sexual y Reproductiva. (Cravioto, 2000).

En 1951, en México se logra la síntesis química del primer esteroide anticonceptivo, uno de los inventos más relevantes de nuestra era y que junto con otros procedimientos vino a formar parte importante en los programas de planificación familiar que en nuestro país han logrado, no solo que al finalizar el presente siglo, se tenga menos población que la que se estimaba tener hace 25 años, antes del inicio del Programa Nacional de Planificación Familiar, sino también mejorar la salud de la mujer y la salud perinatal; objetivo que México persiguió desde un poco antes de la mitad del presente siglo. (Rosenfeld, 2001)

La tecnología anticonceptiva moderna ofrece la posibilidad de uso de los diferentes métodos para anticoncepción que puede ser utilizados inmediatamente después de un aborto. En México y de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, los métodos temporales para la regulación de la fertilidad que están indicados en el postaborto incluyen a los hormonales combinados orales, a los hormonales orales compuestos sólo por progestina, a los inyectables combinados y a los compuestos sólo por progestina, a los implantes subdérmicos anticonceptivos, y al dispositivo intrauterino. (Morales, 1998).

II.2 Comportamiento y actitudes sexuales en la sociedad actual

Nuestras actitudes y comportamientos sexuales están influidos de modo considerable por nuestras creencias, pensamientos y percepciones acerca del

sexo. Las exigencias y expectativas culturales, la igual que las enseñanzas y doctrinas religiosas, ayudan a moldear nuestra actitud con respecto al sexo.

Uno de los objetivos de crecer dentro de la sociedad es aprender a expresar adecuadamente nuestra sexualidad, sin la carga que representan las prohibiciones absurdas o la ansiedad y la culpa excesivas. (Díaz-Loving)

II.3 Ambiente de cambio y conflicto.

Ha habido una mayor frecuencia de coitos premaritales durante los últimos años entre hombres y mujeres, y en especial entre éstas últimas. Las actitudes sexuales premaritales y la conducta de las mujeres y hombres jóvenes en edad adulta han ido convergiendo, desde el decenio de 1960, aunque las mujeres todavía se encuentran rezagadas al respecto.

En las últimas décadas, ha habido una creciente liberación de las actitudes sexuales y un marcado desapego de aquel criterio moral que permitía más libertad en cuestiones sexuales al hombre que a la mujer. Por tanto, las actitudes sexuales maritales de mujeres y hombres adultos jóvenes coinciden ahora más que antes.

Difícilmente se puede haber dejado de percibir el cambio en las actitudes sexuales en los últimos años. Se es testigo de la libertad, casi insospechada hace 25 años, con la cual se analizan los tópicos sexuales en la actualidad en los medios de comunicación, las escuelas, las iglesias y los círculos gubernamentales.

Pero muchas personas no acostumbradas a la conversación casual sobre los tópicos sexuales, no entienden que el hablar de ello y las acciones respectivas no son necesariamente lo mismo. No deben confundirse las actitudes con el

comportamiento. La gente joven en la actualidad, se halla desconcertada y hechizada por la dicotomía entre las actitudes sexuales y la conducta sexual prevaleciente. (Díaz-Loving)

En 1970, una campaña de estudiantes preuniversitarios del sexo femenino enumeró los preceptos religiosos o morales como la razón principal para la restricción del coito antes del matrimonio (60.8%), mientras que los hombres enumeraron los principios morales como la tercera razón más importante (31.1%). Otras razones dadas fueron, la pérdida de autorrespeto, el temor de poner en peligro las relaciones maritales futuras, el miedo al embarazo de sí o del cónyuge y el temor a la pérdida del respeto por parte del cónyuge.

Uno de los cambios sociales más significativos que ha ocurrido en los últimos años ha sido la aparición de la igualdad de la mujer con el hombre dentro de la sociedad estadounidense. La libertad y la paridad que las mujeres están solicitando y gozando cada vez más en E. U. A. han tenido un profundo efecto sobre las actitudes sexuales.

La juventud actual ya no está convencida de lo equivocado del sexo premarital, ni de que el matrimonio constituya una meta deseable. (Mendoza, 1991).

II.4 Influencias religiosas en las actitudes sexuales.

En el pasado, casi todos los estudios mostraron que la intensidad de las creencias religiosas influyen grandemente en las actitudes sexuales y en la conducta de las personas.

Ogren (1974) y Primeau (1977) han demostrado que no es la religión per se la que influye sobre la conducta sexual, sino la culpa relacionada con el sexo, interiorizada en ciertos individuos como resultante de su entrenamiento y

educación con respecto a la religión, y por sus experiencias en el mismo ámbito. Algunos investigadores han sugerido que la ansiedad sexual, que puede relacionarse o no con la culpa, puede ser uno de los factores más importantes que influyen sobre el comportamiento. (Mc Cary, 1999).

II.5 Panorámica de la investigación psicosocial en sexualidad en México.

La investigación sobre sexualidad analiza, los conocimientos, actitudes y patrones de conducta relacionados con el ejercicio de la sexualidad, así como la influencia de contextos sociales, familiares e individuales al respecto.

El embarazo en la adolescencia, al ser considerado como un problema de salud pública, ha sido un tema de interés en el campo de la investigación psicosocial en los últimos años.

Bajo el rubro de *conocimientos sobre sexualidad*, se analizarán estudios llevados a cabo en relación con las creencias que las personas mantienen sobre la sexualidad. En lo que se refiere a *actitudes hacia la sexualidad*, se verá cuál es la posición de los grupos que han sido estudiados respecto a las relaciones sexuales pre, intra y extramaritales, así como en cuanto a educación sexual.

Al mencionar el patrón sexual, se abordará el tema de prácticas sexuales en diferentes tipos de relaciones y con respecto a diferentes preferencias sexuales.

II.6 Patrón sexual en la adolescencia

Un aspecto importante respecto a sexualidad es el contexto social y cultural dentro del cual se dan las relaciones sexuales en cualquier edad; pero de manera muy especial en la adolescencia, ya que es en esta etapa en la que la

mayoría de la población de ambos sexos empieza a tener relaciones sexuales. (Mendoza, 1991)

Los datos que se tienen en América Latina sobre la edad de la primera relación sexual son pocos precisos. Naciones Unidas (1989) reporta que entre 14% y 36% de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales en América Latina, la edad de inicio fue antes de los 16 años. Las tendencias reportadas son generalmente de tipo ascendente (Duarte, 1988) aunque la mayoría de los estudios muestra que dichas relaciones son esporádicas (Morris, 1988).

Con respecto a México, dic de Weiss, Díaz-Loving, Andrade-Palos y Taquín (1988), en una encuesta de hogares llevada a cabo en la ciudad de México, con adolescentes de sexo femenino entre 12 y 19 años de edad, encontraron que 16% de ellas había tenido relaciones sexuales.

En un análisis más exhaustivo sobre el inicio de la vida sexual por área de estudio, encuentra que estudiantes del área médica son los que con mayor frecuencia se inician sexualmente durante el primer año de ingreso a la universidad, seguidos por los estudiantes del tercero y cuarto años del área de Ciencias Sociales.

En cuanto a la edad de debut sexual, Villagrán halla diferencias por género, mientras que el promedio de edad del inicio sexual para los hombres es de 17 años, el de las mujeres es de 19 años; así mismo se encuentran diferencias por género en cuanto al número de parejas sexuales tenidas en la vida, mientras que los hombres presentan en promedio tres parejas, la mujeres, un promedio de dos parejas. En un análisis mas detallado se halló que pocos mas del 25% de los iniciados sexualmente indican haber tenido relaciones sexuales ocasionales, aun cuando tenían una pareja sexual regular. (Perrson, 1992)

II.7 Patrón sexual en Los adultos.

Díaz Loving y cols, en un estudio relazado sobre el patrón sexual en trabajadores de ambos sexos, cuyo nivel escolar era profesionistas en un 43.8%, técnico y preparatoria en un 38.1% y un 27% con estudios secundarios o menos. También informan, que la edad promedio de la población encuestada es de 30 años, con un rango de 15 a 73 años. Con respecto al inicio sexual, el 83.3% de los entrevistados reportó haberse iniciado sexualmente en una edad promedio de 19 años. La frecuencia del debut sexual por rangos de edad muestra que, en más de la mitad de los casos, la primera relación sexual fue en la adolescencia.

Se reporta que el 54% se inició sexualmente entre los 10 y 18 años de edad; un 30% lo hizo entre los 19 y 22 años, y finalmente un 16% se inició a los 23 años o más. En cuanto al número de parejas sexuales tenidas en toda la vida, el 29.5% indica haber tenido sólo una pareja, 29.8% señalan que dos o tres parejas y 40.7% indican que han tenido cuatro o más parejas sexuales en la vida. En relación con la orientación o preferencia sexual, la población estudiada presenta un patrón predominantemente heterosexual (97%). (Díaz-Loving)

II.8 Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva.

Durante las últimas décadas, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado ha mostrado una tendencia ascendente. En México, la población femenina económicamente activa, aumentó de 13.6% en 1950 a 34.7% en 1990, aunque se sabe que estas cifras son inferiores al número real de las mujeres que trabajan (INEGI 1991). La presencia femenina en el mundo laboral se caracteriza por la diversificación de las actividades y la motivación, básicamente económica, para buscar empleo.

Las condiciones a las que se ve expuesta la mujer, dentro del área laboral, son potencialmente adversas a la salud física y mental de ella, y constituye factores de riesgo importantes en el caso de embarazo, tanto para ella, como para su hijo: todo esto, por la subordinación de la mujer y el desprecio por los valores femeninos que prevalecen en las sociedades patriarcales y autoritarias.

A nivel mundial, la ocupación femenina está documentada en una abundante bibliografía. Sin embargo, en México son pocas las investigaciones que estudian las relaciones causales entre las condiciones de trabajo femenino y sus efectos directos sobre la salud física y emocional. Una limitación en el conocimiento en este campo proviene de las deficiencias en la captación y cobertura de los registros sobre mortalidad y morbilidad entre la población trabajadora.

En México el principal mercado de trabajo para las mujeres se encuentra en el sector terciario, que abarca actividades como la preparación y la venta de alimentos, la enseñanza preescolar y primaria, los servicios de aseo y limpieza y el trabajo doméstico en casas particulares. Dentro de la manufactura, el trabajo femenino se concentra en la industria tradicional o en las maquiladoras de exportación. Un factor que complica el trabajo femenino es la condición reproductiva de la mujer, que la hace enfrentar situaciones singulares relacionadas con el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia y el cuidado de los hijos. (Cardona-Pérez,2000)

II.9 Fecundidad y trabajo remunerado

La supuesta relación negativa entre la ocupación femenina y la fecundidad no siempre ha sido comprobada, ya que varía en función del tiempo y del lugar. El sentido de esta relación tampoco es muy claro: no hay certeza si la mujer modifica su fecundidad porque desea trabajar o si busca empleo porque lo considera

compatible con sus niveles de fecundidad. Pese a estas limitaciones en el conocimiento del fenómeno, es posible afirmar que los niveles de fecundidad menores, se observan entre las mujeres asalariadas y en los sectores no agrícolas dedicados a actividades "modernas" trabajos asalariados en la industria y los servicios, que viven en un sitio distinto a su lugar de trabajo.

Las variables que intervienen en la relación entre el trabajo y la fecundidad son, entre otras, la edad en la que la mujer se une a su pareja, sea en matrimonio o por consenso, y el hecho de que la unión se realice antes o después de la experiencia laboral. Las mujeres casadas que desempeñan actividades extradomésticas o que ingresaron a la fuerza laboral después de casarse y se emplean en ocupaciones "modernas", tienen tasas de fecundidad más bajas que las empleadas en el sector agrícola o las que no están empleadas. La condición laboral es, por lo tanto, otra variable importante: las empleadas asalariadas tienen más bajos niveles de fecundidad que las trabajadoras no asalariadas.

En cuanto a la incidencia de los métodos anticonceptivos, parece no existir un uso mayor de éstos entre las mujeres dedicadas a actividades "modernas", en comparación con las que desempeñan trabajos tradicionales o aquéllas que no trabajan por un salario. (Cardona-Pérez 2000).

II. 10 Panorama mundial de sexualidad

En los últimos 50 años la sexualidad y el control de la fecundidad han sufrido un cambio espectacular en la mayor parte de los países, pese a que algunos sectores sociales y comunidades, por motivos éticos, religiosos o políticos, mantienen una actitud de rechazo a estos conceptos. Sin embargo la evidencia demuestra que el empleo de anticonceptivos eficaces, acompañados de una educación apropiada, tiende a inducir una actitud más responsable ante la vida sexual.

En el mundo occidental en los últimos años, al tiempo que decaen las tasas de natalidad en general, se ha observado un aumento de los embarazos en adolescentes, en su mayoría no intencionados, debido probablemente a un aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales en este grupo de edad.

La actividad sexual de las adolescentes está en aumento. Se calcula que a los 18 años un 51% de las mujeres adolescentes son sexualmente activas. En Estados Unidos, donde la mitad de las adolescentes son sexualmente activas, tienen la tasa más alta de embarazos en adolescentes de todo el mundo occidental y la gran mayoría de los embarazos en mujeres de menos de 20 años no son deseados.

En 1997 se estimaron 6.19 millones de embarazos, y 3.88 millones de nacidos vivos; 1.33 millones terminaron en aborto inducido, y 0.98 millones en muerte fetal. En éste mismo año el índice de embarazos fue de 13.7 por 1,000 mujeres entre 15 y 44 años de edad y de 94.3 por 1,000 adolescentes entre 15 a 19 años.

Se calcula que en éste país la cuarta parte de las adolescentes de 15 años, la mitad de las de 17 años y las tres cuartas partes de las de 19 años son sexualmente activas. Hasta la iniciación del uso de un método anticonceptivo dejaron transcurrir un intervalo medio de seis meses a un año en un 46.2% y no lo iniciaron antes principalmente por temor al rechazo 44.1%.

Los motivos por los que no utilizaron métodos de barrera son fundamentalmente por considerarlos poco seguros 41.07%, un obstáculo para la relación en 32.2% o por creer que se pierde la espontaneidad en la relación 26.7%. (Mc Cary, 1999)

Respecto al método anticonceptivo, los anticonceptivos orales son los utilizados con mayor frecuencia en un 92.5%, con una tolerancia muy buena 98.8% de los casos.

En los casos en que hubo embarazo, éste fue no deseado y fue mal aceptado por la propia paciente, por su pareja y por su familia, un 50% de los embarazos no deseados, terminaron en aborto provocado. (Ventura, 2001)

Weissman y cols. manifiestan que de 308 adolescentes que tomaban anticonceptivos orales, sólo el 16% usaba preservativos con regularidad, mientras que un 30% tenían un riesgo elevado de contraer una ETS debido a múltiples relaciones sexuales.

En otro estudio de Traven y cols. realizado en 3000 mujeres de entre 17 y 19 años, observan que sólo el 51% usó preservativo en su primera relación sexual y éste uso disminuyó al 31% según aumentaba el uso de anticonceptivos orales.

Abma y cols, en un estudio realizado de 1988 a 1995, reportan un incremento en la proporción de adolescentes femeninas con vida sexual activa antes de los 15 años de edad, una cuarta parte de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual, y se reporta el uso del condón como el método anticonceptivo más popular en esta población. De 1988 a 1995 el uso de anticonceptivos orales ha disminuido, y se ha incrementado el uso de hormonales inyectables e implantes. (Abma, 2001).

En Canadá el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres de 15-49 años de edad ha disminuido de 69% a 60% entre 1984 y 1995, el uso de anticonceptivos orales ha descendido de 19% a 17%, el Dispositivo intrauterino de 6% a 3% y la oclusión tubaria bilateral disminuyó de 24% a 17%. Sin embargo

durante este mismo período se observó un incremento en el uso de preservativo de 6% a 10%. (Martín, 2000).

Zheng Z y cols. Exploraron la salud sexual y reproductiva de mujeres jóvenes no unidas, inmigrantes de áreas rurales a la ciudad en busca de trabajo, así como su acceso a los servicios de planificación familiar, en Beijing, Guangzhou, Shangai, Guiyang y Taiyuan, China. Las edades fluctuaron entre 16 y 25 años. La mayoría contaba con información básica acerca de reproducción y anticoncepción, pero ignoraban donde podían obtener métodos anticonceptivos. Solo una pequeña proporción de las no unidas utilizaban algún método de planificación familiar. (Zheng, 2001).

En España el índice de fecundidad (estimado en 1.23 en 1997) está por debajo del nivel de reemplazo de la población. El control de la fecundidad supone una respuesta racional a los cambios en las circunstancias socioeconómicas externas. Los patrones familiares están cambiando, y se observa un retraso en la nupcialidad y aumento de la edad de la mujer al tener su primer hijo 28.8 años.

En un estudio realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Doce de Octubre en Madrid, se encontró: una media de edad en la muestra de 18 años \pm 1.04, mujeres sanas en su mayoría. Su procedencia era urbana en un 99.1%. La mayoría eran solteras 92.5% y convivían con los padres, de los que dependían económicamente 72.5%. Su nivel de estudios era primario 52.5% o medio 26.6%, y se dedicaban a estudiar 45.8%, o trabajos no calificados 19.1%. La relación con sus padres era escasa 67.5%. Su primera relación sexual ocurre a los dieciséis años 60%, es escogida libremente en un 90.8% de los casos; sobre todo lo hacen por probar nuevas experiencias 62.5%. La mayor parte sólo tienen un compañero sexual 92.5%, y la frecuencia de relaciones varía entre esporádica 37.8% y 2 – 3 veces por semana en un 52.1%. (Mendoza, 1991).

Lete I, y cols, encontraron que solo el 60.6% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, utilizaban algún método anticonceptivo, y el más común fue el preservativo. La razón principal para no utilizar algún método, fue la ausencia de relaciones sexuales. Un 25% de las mujeres en España, de 15 a 49 años de edad, refieren no tener relaciones sexuales. (Lete, 2001).

En un estudio realizado en Sao Paulo Brasil, se observó que el 86% de las mujeres de 10 a 49 años de edad cuentan con conocimientos acerca de métodos de planificación familiar, los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales en un 95.3%, seguido del preservativo 92.6%. De las mujeres sexualmente activas (66.4%) un 34.9% refieren nunca haber utilizado algún método de planificación familiar. Y de las que los han utilizado, un 35.3% utilizan los anticonceptivos orales, y un 42.9% cuentan con oclusión tubaria bilateral. Solo un 5.2% refieren utilizar preservativos. (Schor, 2000).

En México con 21 años de acción ininterrumpida desde el establecimiento del Plan Nacional de planificación familiar, se han obtenido logros muy importantes que se extienden a las esferas demográfica, de salud y social. En el aspecto demográfico se ha reducido la tasa global de fecundidad en más de 50%, de 5.64 hijos por mujer en 1976 a 2.55 en 1998 (la meta para el año 2000 fue de 2.4). Paralelamente el crecimiento total de la población disminuyó de 2.87 a 1.57% en el mismo período (meta para el año 2000 de 1.45%), y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos aumentó de 30.2 en 1976 a 68.7% en 1998 se estimó de 70.2% para el año 2000. (Cuadernos de salud reproductiva, 1998).

Sin embargo se debe mencionar que los datos generados por las encuestas nacionales, en su conjunto, muestran una desaceleración en la adopción de prácticas anticonceptivas en México, así como elevadas tasas de fecundidad de algunos sectores de la población. Información proporcionada por la

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1992), reveló que Chiapas, Oaxaca y Guerrero tienen las tasas globales de fecundidad más elevadas del país (4.60, 4.56 y 4.47, respectivamente) y que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es la más baja. Las recomendaciones de intensificar el Programa de Planificación Familiar en estas áreas derivadas de las encuestas nacionales, conllevan implícita la noción de que la disminución de la tasa de fecundidad se alcanzará como consecuencia del programa. Más aún, el nuevo Plan Nacional de Desarrollo considera entre sus prioridades, respecto a las políticas de población, familia y mujer, la intensificación de la planificación familiar en los medios rural y marginal urbano. (Nazar, 1999)

Durante los últimos años, el Programa Nacional de Planificación Familiar ha fortalecido los servicios tanto en el área urbana, como en la rural. Los logros alcanzados se han reflejado en un incremento significativo de la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres unidas en edad fértil, la cual hacia fines de 1995 era mayor al 66%.

La nueva visión holística de salud reproductiva considera el acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva que deberán ser accesibles, asequibles y aceptables para toda la población. (Pérez-Palacios, 2000)

Una de las principales variables que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos es el lugar de residencia. Los datos señalan que la prevalencia de uso ha aumentado tanto en áreas urbanas como en áreas rurales, aunque a un ritmo superior en éstas últimas, por lo que la diferencia entre cada vez es menor. La prevalencia de uso de anticonceptivos varía significativamente según la escolaridad de las mujeres, aunque las diferencias han tendido a disminuir a través de los años. (Pérez-Palacios 2000).

Los hallazgos de una investigación amplia, realizada en la región fronteriza de Chiapas, que abarcó un universo de 64 mil mujeres en edad reproductiva, hablan de una realidad compleja para las mujeres de dicha región. Las diferencias interregionales en Chiapas no permiten extrapolar estos resultados a la entidad, pero pueden ser un indicador de lo que está sucediendo entre la población mestiza. Actualmente se desconoce la magnitud y características de las prácticas anticonceptivas y la fecundidad entre la población indígena, que constituye cerca de un tercio de la población total en el estado. Es muy probable que el indicador de fecundidad en la entidad (4.60) que es el más elevado en el país, se encuentre influido por este grupo poblacional.

Un hecho relevante es que en las áreas rurales la cifra de mujeres usuarias de anticonceptivos (48.4%) es similar al de áreas urbanas (53.0%), lo que estaría sugiriendo un efecto muy importante de la intensificación del programa de planificación familiar en áreas rurales.

Otro aspecto a considerar es que los métodos anticonceptivos son utilizados para concluir el periodo de vida reproductiva una vez que se ha alcanzado el número de hijos deseado que es similar al de la población femenina nunca usuaria, y no para retrasar el primer embarazo o espaciar los subsecuentes, lo que conlleva un escaso efecto en la fecundidad y en la disminución de los riesgos inherentes al embarazo, parto y puerperio. (Nazar, 1999).

En una investigación mexicana realizada en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, se encontró que la no aceptación o rechazo al uso de algún método, depende principalmente de que el anticonceptivo no se ofrece en forma sistemática (20.68%) y que no se brinda información sobre los métodos anticonceptivos en los servicios de labor, expulsión y recuperación (26.72%) y que la información que se da, no es adecuada ni suficiente para aclarar las dudas y temores que tienen las pacientes.

Por ello concuerdan con otros autores, que refieren que una información de calidad es esencial para la aceptación de un método de planificación familiar. Se ha comprobado, que la consejería es una herramienta eficaz para promover la aceptación de los métodos anticonceptivos, con garantía que la información es completa, la elección libre, voluntaria y responsables. (García, 2000).

El porcentaje de uso de anticonceptivos se ha incrementado en todos los grupos de edad. Sin embargo, entre las adolescentes unidas únicamente el 45% está regulando su fertilidad con el uso de algún anticonceptivo, por lo que continuarán reforzando las acciones dirigidas a este grupo de población.

El uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes es una preocupación importante. "Un adolescente sexualmente activo que no utiliza método anticonceptivo tiene un 90% de posibilidad de un embarazo dentro del período de un año". 20% de los adolescentes sexualmente activos se embarazan anualmente y 78% de éstos son embarazos no planeados. Una tercera parte de los embarazos no planeados en los adolescentes, acaban en aborto.

Actualmente los adolescentes utilizan métodos anticonceptivos a más temprana edad, mas a menudo y en una proporción más alta que en los años 80's. Esto se ha debido al aumento casi al doble en el uso de condones, de 48% en 1980 a 65% en 1990. Hay múltiples factores que influyen en la opción de usar o no, métodos anticonceptivos, y cual utilizar. Tres factores importantes, son: la disponibilidad, el costo y el miedo de enfermedad sexualmente transmitida. (Rosenfeld, 2001).

En la década 80, se iniciaron los programas de anticoncepción postevento obstétrico, con prioridad a grupos específicos de población identificados como vulnerables y de mayor riesgo, y las acciones y estrategias encaminadas a brindar

información a la población adolescente y a promover la mayor participación del varón. (Cravioto, 2000).

Lograda la infraestructura de los servicios de planificación familiar del país, durante el segundo quinquenio de la década de los setenta, hubo necesidad de evaluar los resultados obtenidos; los resultados mostraron el rápido impacto que los programas de planificación familiar habían tenido sobre las tasas de crecimiento natural del país, mismos en los que se basó el Consejo Nacional de Población para proyectar el incremento que tendría la población para el año 2000 de acuerdo a tres hipótesis alternativas demuestran.

Dentro de los impactos demográficos que los programas de planificación familiar han tenido apenas en 30 años, hay que destacar el obtenido sobre la tasa de crecimiento natural, que en 1980 era de 2.7% anual y se redujo a 2.3% en 1990, para seguirse reduciendo a 1.8% el año pasado. Asimismo, la tasa global de fecundidad, es decir, el número de hijos que en promedio tiene una mujer durante su vida reproductiva, se redujo de 4.4 en 1980, a 3.3 en 1990 y a 2.5 en 1998.

En los primeros años de la transición de la fecundidad, el descenso fue más rápido en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años de edad, que en los grupos jóvenes. Entre 1982 y 1992 la fecundidad del grupo de 20 a 24 años era la más elevada. Entre 1992 y 1997, continuó el descenso de la fecundidad en todos los grupos de edades, aunque en el de 20 a 24 fue mas acentuado.

Los logros no han sido menos significativos en cuanto a indicadores de salud materno-infantil se refiere. La tasa de mortalidad infantil que era superior a 100 decesos por cada mil nacidos vivos en 24 estados de la República en 1950-1955, disminuyó a menos de 50 por mil en todas las entidades federativas en 1990-1995. (Cravioto, 2000).

A nivel nacional la cobertura anticonceptiva fue de 38.3% en el total de mujeres, y de un 65.7% en mujeres unidas. La cobertura de Usuarías Activas de la población derechohabiente a nivel Región Siglo XXI en total fue de un 38.3% y en mujeres unidas fue de 65.8%.

Las estadísticas en la Coordinación de Salud reproductivas y Materno infantil de la Delegación Querétaro en el año 2001 hasta el mes de septiembre señalan lo siguiente: La cobertura de usuarias activas de métodos anticonceptivos de la población derechohabiente en relación con mujeres en edad fértil unidas, tuvo una media de 65%. Siendo la Unidad de Medicina Familiar N° 11 la que alcanzó la mayor cobertura durante estos nueve meses, llegando a un 95%, en el mes de enero.

La prevalencia de usuarias de métodos anticonceptivos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N° 16, Querétaro, Unidas: 58.9% y No unidas 17.4%. La cobertura de protección anticonceptiva posparto (incluyendo cesárea) fue en promedio 63%. La cobertura de protección anticonceptiva postaborto fue de 80% en promedio.

En relación a la proporción por tipo de método en aceptantes en Consulta externa y Hospitalización en la Delegación Querétaro en el mes de septiembre del año 2001, el método que alcanzó los niveles de aceptación más altos fue el DIU con un 53.45%, seguido de los Hormonales orales con un 20.3%, los métodos quirúrgicos un 17.38% y los Hormonales inyectables un 8.95%. (Indicadores de prevención 2001).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio transversal comparativo, con mujeres en edad fértil de la empresa Aplica de Querétaro, y usuarias de la Unidad de Medicina Familiar N°16 IMSS Querétaro, en el período comprendido de octubre a diciembre 2002, previo consentimiento informado.

Se obtuvo un tamaño mínimo de muestra de 180 mujeres para cada grupo y se calculó con fórmula para dos poblaciones, con un valor de $Z = 1.64$, $P_1 = 0.65$, $P_2 = 0.50$, $q_1 = 1 - p_1 = 0.35$, $q_2 = 0.50$, Alfa 1.64, Beta 1.20.

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, se incluyeron 360 mujeres, 180 de la empresa Aplica, de los tres turnos y 180 de la UMF N° 16 de ambos turnos y de los 16 consultorios que la conforman.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres en edad fértil (15 – 49 años), usuarias de los servicios de salud (Unidad de Medicina Familiar N°16), y obreras de la empresa Aplica. Se excluyeron aquellas mujeres que no aceptaran participar en el proyecto.

III.2 Mediciones y análisis

Las variables estudiadas incluyeron, edad, estado civil, vida sexual activa, uso de método anticonceptivos, tipo de método y razón de no uso del mismo.

Se aplicó entrevista estructurada, la cual fue validada con anterioridad a nivel nacional por ENSARE en el año 2000. (Anexo 1) Y un cuestionario precodificado, con preguntas cerradas. La persona responsable de recabar la información fue directamente el investigador. (Anexo 2).

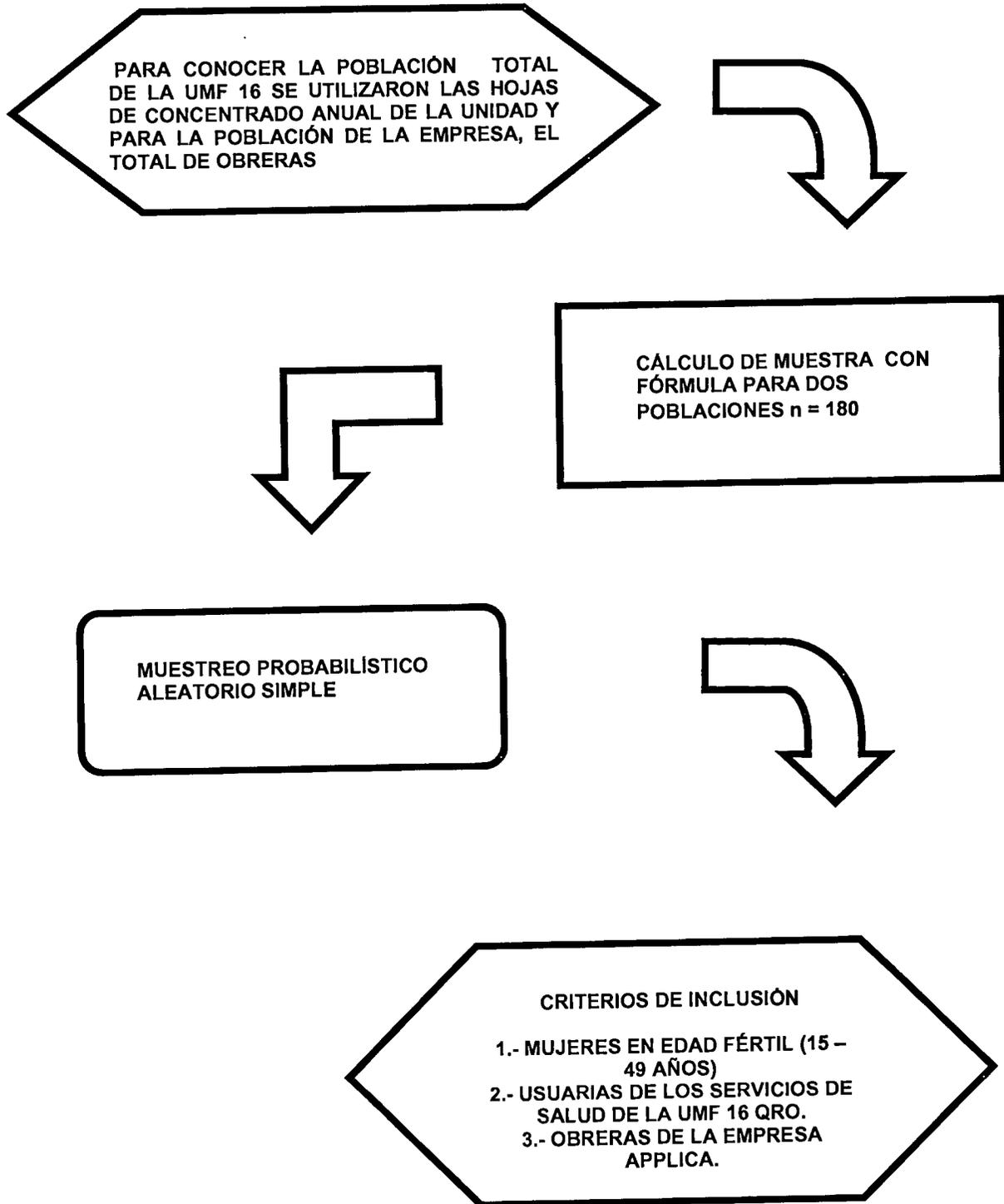
III.3 Análisis estadístico.

El análisis incluyó estadística descriptiva, con frecuencias simples y medias. Además estadística inferencial, diferencia de proporciones para dos poblaciones con X^2 y t de Student.

III.4 Aspectos éticos.

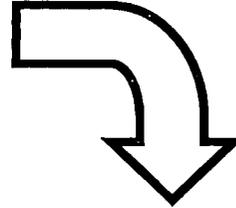
El presente estudio se apega a los principios enunciados en la declaración de Helsinki de 1964 y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos; ya que de acuerdo a la norma oficial de investigación se sujeta a su reglamentación ética, por lo que solo se requiere el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos, solo para el cumplimiento de los objetivos de estudio.

FLUJOGRAMA

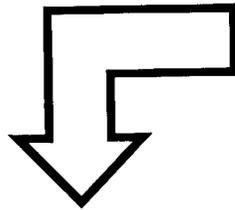


**APLICACIÓN DE ENTREVISTA CON
LAS SIGUIENTES VARIABLES**

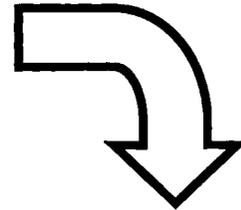
- Edad
- Estado civil
- Vida sexual activa
- Usuario de método de planificación familiar



**RECOLECCIÓN Y
ORGANIZACIÓN
DE DATOS.**



**PARA EL ANÁLISIS SE UTILIZÓ
ESTADÍSTICA
DESCRIPTIVA E INFERENCIAL,
CON DIFERENCIA
DE PROPORCIONES PARA DOS
POBLACIONES, χ^2 , t DE STUDENT
Y PRUEBA EXACTA DE FISHER**



**LOS RESULTADOS SE
PRESENTAN EN
TABLAS Y GRÁFICOS**

IV. RESULTADOS

Se encuestaron 360 mujeres en total, 180 de la Unidad de Medicina Familiar 16 que conformaron el grupo I, y 180 de la empresa Applica que conformaron el grupo II, en edad fértil 15 a 49 años, agrupadas en quinquenios. (tabla IV.1)

En cuanto a las características sociodemográficas:

Grupo I, la edad media fue 32 ± 3 años, 80% casadas, 7.2% viudas, divorciadas o separadas y 12.8% solteras.

Grupo II, edad media 28 ± 2 años, 45% casadas, 10% viudas, divorciadas o separadas y 45% solteras. (tabla IV.2)

En el grupo I predominaron las mujeres de 15 a 24 años de edad, que manifestaron ser sexualmente activas, mientras que en el grupo II se encontraban entre los 25 a 34 años. Comparando la actividad sexual en el total de ambos grupos hubo diferencia estadísticamente significativa, 82.8% vs 48.9% X^2 4.95 $p < 0.05$. (tabla IV.3)

La proporción de usuarias de métodos anticonceptivos fue mayor entre las mujeres casadas que en las solteras. Grupo I (66.2% vs 21.7%) Grupo II (80.8% vs 16%). Y de manera generalizada, predominando en el grupo II (78.8% vs 64%) X^2 5.11, $p = 0.023$. (tablas IV.4 y IV.5).

En ambos grupos el método anticonceptivos que se utiliza con mayor frecuencia es la OTB (46.2% y 38.6%) seguido del DIU (22.6% y 29.5%). (tabla IV.6). Englobando los métodos en temporales y definitivos, no hubo diferencia entre los grupos X^2 1.29, $p = 0.25$. (tabla IV.7)

Dentro de las razones de no uso de métodos anticonceptivos; en el grupo I las principales fueron: embarazo actual 46.2%, deseo de embarazo 11.5%, porque

presentaron efectos colaterales 5.8%, por infertilidad 5.8% y desidia 5.8%; la oposición de la pareja, el desconocimiento del uso de los métodos y la religión ocuparon porcentajes bajos como razón de no uso (1.9% para cada uno).

En el grupo II fueron: Deseo de embarazo 26.3%, embarazo actual 21.1%, desidia 15.8%, temor a efectos colaterales 10.5% por infertilidad y enfermedad 5.3%; en éste grupo la oposición de la pareja, el desconocimiento del uso de los métodos y la religión no se presentaron en ningún caso. (tabla IV.8)

Acerca de la edad de inicio de vida sexual activa, la diferencia de medias fue 19.4 años vs 19.3. Prueba t de Student de 0.07, $p=0.78$. (tabla IV.9)

Tabla IV.1 Total de mujeres por grupo de edad.

Grupos de edad	UMF 16		Empresa Applica	
	n1	Porcentaje	n2	Porcentaje
15 a 19	16	8.9	11	6.1
20 a 24	29	16.1	52	28.9
25 a 29	33	18.3	38	21.1
30 a 34	33	18.3	37	20.6
35 a 39	19	10.6	28	15.6
40 a 44	24	13.3	11	6.1
45 a 49	26	14.4	3	1.7
TOTAL	180	100	180	100

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV.2 Mujeres en edad fértil según estado civil.

Estado civil	UMF 16		Empresa Applica		X ²	p
	n1	%	n2	%		
Casada o unida	144	80	81	45	47.04	0.0000
Viuda, divorciada o separada	13	7.2	18	10	0.88	0.34
Soltera	23	12.8	81	45	45.49	0.000
Total	180	100	180	100		

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV3. Mujeres sexualmente activas.

GRUPOS	n	%	X ²	p
UMF 16	149	82.8		
Empresa Applica	88	48.9		
			4.95	p0.05

Grupo 1 n = 149
 Grupo 2 n = 88

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV.4 Usuaris de métodos anticonceptivos.

Grupo	n	%	X ²	P
UMF 16	115	64		
Empresa Aplica	88	78.8		
			5.11	0.023

Grupo 1 n = 115

Grupo 2 n = 88

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Aplica Querétaro 2002

Tabla IV5. Uso de método anticonceptivo entre las mujeres sexualmente activas, según estado civil.

POBLACIÓN	UMF 16		Empresa Applica		X ²	p
	n1	%	n2	%		
Casada o unida	90	66.2	63	80	0.36	0.55
Viuda, divorciada o separada	2	100	1	100		0.63*
Soltera	4	36.4	5	55.6		0.49*

*Prueba exacta de Fisher.

Grupo 1 n = 96

Grupo 2 n = 69

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV6. Usuarías por tipo de método anticonceptivo.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	UMF 16		Empresa Applica	
	n1	%	n2	%
OTB	68	46.2	33	38.6
Vasectomía	4	2.8	2	2.3
DIU	34	22.6	25	29.5
Hormonales	8	5.7	8	9.1
Condón	25	17	13	14.8
Locales	1	0.9	0	0
Ritmo	7	4.7	5	5.7
Total	147	100	86	100

Grupo 1 n = 147

Grupo 2 n = 86

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV.7 Utilización de métodos anticonceptivos temporales y definitivos.

		UMF 16		Empresa Applica		X ²	p
Tipo de método	n1	%	n2	%			
Métodos definitivos	72	49	35	40.9			
Métodos temporales	75	51	51	59.1			
						1.29	0.25

Grupo 1 n = 147

Grupo 2 n = 86

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV8. Razón de no uso de métodos anticonceptivos.
UMF 16 Empresa Applica

Razón de no uso	N	%	n	%	X2	p
Embarazo actual	13	46.2	20	21.1	3.67	0.05
Desea embarazarse	4	11.5	24	26.3	2.56	0.10
Temor a efectos colaterales	1	1.9	10	10.5		0.16*
Tuvo efectos colaterales	2	5.8	0	0		0.65*
Su pareja se opone	1	1.9	0	0		0.25*
No sabe como se utilizan los métodos	1	1.9	0	0		0.25*
Está lactando	1	3.8	0	0		0.25*
Por menopausia	1	1.9	0	0		0.25*
Por infertilidad	2	5.8	5	5.3	0.25	0.617
Su religión no se lo permite	1	1.9	0	0		0.25*
Por enfermedad	1	3.8	5	5.3		0.50*
Desidia	2	5.8	15	15.8	0.74	0.38
Otras	3	7.7	15	15.8	0.32	0.57
Total	33	100	94	100		

*Prueba exacta de Fisher.

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Applica Querétaro 2002

Tabla IV.9 Edad de inicio de vida sexual activa.

Grupo	Edad media	t Student	P
UMF 16	19.4		
Empresa Aplica	19.3		
		0.07	0.78

Grupo 1 n = 180

Grupo 2 n = 180

Fuente: Encuestas realizadas en la UMF 16 y empresa Aplica Querétaro 2002

V. DISCUSIÓN

La salud reproductiva en los albores del siglo veintiuno, debe ser considerada con un enfoque integral, constituyente de la vida misma y parte esencial del individuo, la familia y su comunidad.

La nueva visión holística de salud reproductiva considera el acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva que deberán ser accesibles, asequibles, y aceptables para toda la población. La ampliación de la gama de métodos anticonceptivos, efectivos, seguros y con menos efectos secundarios, tiene el propósito de garantizar la satisfacción de las expectativas personales y reproductivas de la población.

En cuanto a la investigación en materia de planificación familiar se contempla como una contribución que aporta respuestas para la planeación estratégica de su programa, que permite cubrir las demandas y necesidades de la población.

De las líneas de investigación destacan: impactos globales de la planificación familiar, calidad y efectividad de la metodología anticonceptiva, satisfacción de usuarios y prestadores de servicios y, factores determinantes en la aceptación y uso de los métodos.

En este estudio se comparan las características anticonceptivas en mujeres usuarias de los servicios de la UMF16 y obreras de la empresa Aplica. Las características sociodemográficas de ambos grupos fueron: en su mayoría pertenecían a la tercera década de la vida; en el grupo I predominaron las mujeres casadas, mientras que en el grupo II se encontró el mismo porcentaje de mujeres casadas y solteras.

Hubo diferencia estadística significativa entre ambos grupos en el número de mujeres sexualmente activas, siendo mayor en el Grupo I con un 82.8%, de igual manera dicho porcentaje varió con respecto a lo reportado por Schor y cols, 2000, en donde 66.4% de las mujeres encuestadas eran sexualmente activas.

El predominio de mujeres sexualmente activas en la clínica puede deberse a que, en su mayoría eran casadas.

En Estados Unidos, la cuarta parte de las adolescentes de 15 años, la mitad de las de 17 años y las tres cuartas partes de las de 19 años son sexualmente activas, en la UMF 16 el 93% de mujeres sexualmente activas se encuentran entre los 15 y 24 años de edad, mientras que en la empresa Aplica casi la mitad de las mujeres sexualmente activas se encuentran en estos mismos rangos de edad (47.6%).

En lo que se refiere a la regulación de la fertilidad, el Programa de Planificación Familiar en México muestra un avance muy importante. En 1976 únicamente el 30.2% de las mujeres en edad fértil usaban algún método anticonceptivo, porcentaje que ascendió a 66.5% en 1995, lo que indica que durante los primeros 20 años del Programa, la prevalencia total de uso de anticonceptivos se superó en más del doble.

La proporción de usuarias de métodos anticonceptivos en los grupos de ésta investigación fue superior a lo reportado en Latinoamérica (52%), España y Canadá (60%). Esto como reflejo del avance antes mencionado.

La mezcla de uso de anticonceptivos en México se ha modificado significativamente en los últimos años. En 1976 los hormonales orales, eran los anticonceptivos de mayor uso. En segundo lugar se encontraba el dispositivo intrauterino (DIU), y en tercer lugar, la oclusión tubaria bilateral (OTB). El método

que actualmente ocupa el primer lugar es la OTB y en segundo lugar se encuentra el dispositivo intrauterino; de igual manera a lo reportado en la presente investigación.

Los métodos anticonceptivos temporales se utilizaron con mayor frecuencia en ambos grupos de éste estudio, siendo el DIU el que ocupa los porcentajes más altos (22.6% y 29.5%). Mientras que en Brasil el 13.7% de las mujeres planifican su familia gracias a la píldora, en Colombia un 7.84%, Argentina 11.35%, Venezuela 13.8% y Uruguay 17.8%.

Los preservativos son el método principal de planificación familiar en Japón, donde 46% de todas las parejas casadas lo usan; dicho método también está muy difundido en Europa Oriental, la ex Unión Soviética, al igual que en Canadá donde se ha incrementado su uso de 6% a 10%, mientras que en este país el uso de anticonceptivos orales ha descendido de 19% a 17%, el dispositivo intrauterino de 6% a 3% y la oclusión tubaria bilateral de 24% a 17%; esto debido al gran auge que se le ha dado a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, mas que a la anticoncepción por sí sola.

Una de las principales variables que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos es el lugar de residencia. Los datos señalan que la prevalencia de uso ha aumentado tanto en áreas urbanas como en áreas rurales, aunque a un ritmo superior en éstas últimas, por lo que la diferencia entre ambas es cada vez menor.

La prevalencia de uso de anticonceptivos varía significativamente según la escolaridad de las mujeres, aunque las diferencias han tendido a disminuir a través de los años. Por lo tanto las razones de no uso de métodos anticonceptivos, siempre dependerán de la escolaridad, nivel socioeconómico y cultural de cada región.

Las principales razones de no uso de métodos anticonceptivos en el grupo I fueron: embarazo actual, deseo de embarazo, y por que presentaron efectos colaterales, mientras que en la empresa Applica fueron, deseo de embarazo, embarazo actual, y temor a efectos colaterales. Solo se encontró diferencia entre ambos grupos en una de las razones (embarazo actual).

Dichas razones difieren con respecto a otros países, ya que en España la razón principal de no uso, fue la ausencia de relaciones sexuales en un 25% de las mujeres. En Estados Unidos las mujeres sexualmente activas que iniciaron el uso de un método anticonceptivo dejaron transcurrir un intervalo medio de seis meses a un año desde su primera relación sexual en un 46.2% y no lo iniciaron antes principalmente por temor al rechazo.

Monroy Anameli y cols, 1994, mencionan que la edad media a la primera relación sexual en los hombres es de 16 años y 17 en las mujeres; 9.44% de las mujeres inician sus relaciones sexuales antes de los 14 años, 53% de los 15 a 19 años y 27% de los 20 a 24 años. En el presente estudio la edad media de inicio de vida sexual activa fue de 19 años en ambos grupos.

Con esto se confirma que en nuestro medio, la edad de inicio de vida sexual activa, también se encuentra entre los adolescentes, que son la fibra más sensible de la sociedad y, sin lugar a duda, una de las áreas de oportunidad más patentes para los prestadores de servicios de salud, pero muy particularmente en materia de planificación familiar.

V. CONCLUSIONES.

Conocer las características de anticoncepción de cualquier población, nos permite planear recursos en esta materia. Dichas características difieren de un país a otro, ya que influyen varios aspectos, como el lugar de residencia, la educación, moral, religión, el nivel socioeconómico y cultural, de cada persona.

En la presente investigación las diferencias encontradas entre los grupos estudiados fueron: en el estado civil, ya que predominaron las mujeres casadas en el grupo I, mientras que en el grupo II fueron las solteras. La proporción de mujeres sexualmente activas también fue diferente en cada grupo, siendo mayor en las mujeres de la UMF 16, influyendo en mucho, el estado civil.

Sin embargo el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de la empresa Aplica fue mayor; esto a que su situación, como proveedor dentro de su núcleo familiar, influye en la regulación de su fecundidad.

Los métodos temporales fueron los más utilizados, predominando el uso del DIU.

Las razones de no uso de métodos anticonceptivos expresadas por las mujeres entrevistadas fueron similares, únicamente hubo diferencia en una de ellas, el embarazo actual referido por las mujeres de la UMF 16.

La edad de inicio de vida sexual activa fue 19 años en ambos grupos.

VI. PROPUESTAS

1. El médico de primer nivel de atención es el encargado de difundir la utilización de métodos anticonceptivos, así como de proveer la información necesaria de los mismos.
2. Involucrar a todo el personal de salud en la educación de mujeres y hombres, en esta materia.
3. Incrementar la difusión en adolescentes, creando estrategias para llegar a este grupo de edad.
4. Promover la planificación familiar en todas las áreas laborales.

VIII. LITERATURA CITADA

Torres RA. La Planificación Familiar en el ocaso del siglo XX. *Perinatol Reprod Hum* 2000;14(2):108-114.

Cravioto GMC. De la Planificación familiar a la salud reproductiva. *Gac Med Mex* 2000;136(1):32-36.

Nazar BA, Halperin FD, Salvatierra IB. Efecto de las prácticas anticonceptivas sobre la fecundidad en la región fronteriza de Chiapas, México. *Salud Pub Mex* 1999;38(1):13-19.

Gual CC. El derecho a la libre decisión. XV años de planificación familiar en México. *Gac Med Mex* 2000;136(1)31-32.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993)

Espinosa-De los Reyes VM. Vinculación de la planificación familiar con la salud de la mujer y la salud perinatal. *Gac Med Mex* 2000;136(1)39-42.

La salud reproductiva parte integrante del desarrollo humano. *Rev Panam Salud Pública* 1998;4(3):211-217.

García HME, Montoya MS, Manterola AD. Causas de aceptación y no aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto mediado. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68(6):254-258.

Rosenfeld JA, Everett K. Teenage women's use of contraceptives in two populations. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(1)1-6.

Baird DT, Glasier AF. Science, medicine, and the future: Contraception. *BMJ* 1999;319(7215):969-972.

Morales DOA, Vega SA, Fuentes SG, Pérez PG. Anticoncepción postaborto. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66(2)65-68.

Lozano BA. La contracepción hormonal. Rev Med Integr 1999;33(4).

Santana PF, Gómez AM, Real CRM. Sistema de implantes subdérmico: Norplant. Rev Cub Edocrinol 2000;11(1):41-50.

Vasconcelos AM, Unda UJM. Implantes anticonceptivos de Levonorgestrel. Realidades y controversias de un método anticonceptivo actual. Ginecol Obstet Mex 1996;64(11):498-502.

Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana. Consejo Nacional de población.

Indicadores de prevención 2001, Salud Reproductiva y materno infantil. Coordinación delegacional de informática médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación estatal Querétaro, Jefatura Delegacional, Prestaciones médicas.

Muñoz GE, Mattos GI, Peramo MB. Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toko – Ginecología Práctica 1999;58(635):81-87.

Carazo TE, Blanco MJN. Principios de la anticoncepción. Semergen 2001;27(1):27-37.

Mc Coy NL, Matyas JR. Oral contraception and sexuality in university women. Arch Sex Behav 1996;25:73-90.

Roleiman, et al. Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. Am J Obstet Gynecol 1992;166(2):578-83.

Mc Coy NL, Matyas JR. Oral contraception and sexuality in university women. Arch Sex Behav 1996;25:73-90.

Perrson, et al. Sources of information, experiences and opinion in sexuality, contraception and STD protection among young swedish students. Contraception 1992;8(1):41-9.

Polaneczky, et al. The use of levonorgestrel implants (Norplant) for contraception in adolescent mothers. N Eng J Med 1994;331(18):1201-6.

Creatsas GK. Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5(6):774-83.

Beneficios de los servicios de planificación familiar *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996; 225-230.

Planificación Familiar En: Guía de Actuación en Atención Primaria de SEMFYC. Barcelona, 1998.

El efecto de la calidad de la atención sobre la eficacia anticonceptiva IPPF 1994; 28: 2-3.

Mendoza D, Rábago A, Hinojosa A. Salud reproductiva en adolescentes. *Demos*, 1991:34.

Abma JC, Sonenstein FL. Sexual activity and contraceptive practices among teenagers in the United States, 1988 y 1995. *Contraception* 2001;(21):79.

Martin K, Wu Z. Contraceptive use in Canada. *Family Planning Perspectives* 2000;32(2):65-73.

Zheng Z, Zhou Y, Zheng L, Yang Y, Zhao D, Lou C, et.al. Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers in five cities in China. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):118-127.

Ventura SJ, Mosher WD, Curtin SC, Abma JC, Henshaw S. Trends in pregnancy rates for the United States. *National Vital Statistics Reports* 2001;49(4):1-9.

Lete I, Bermejo R, Coll C, Duenas JL, Doval JL, Martínez-Salmean, et al. Use of contraceptive methods in Spain: results of a national survey. *Contraception* 2001;63(4):235-238.

Schor N, Ferreira AF, Machado VL, Franca AP, Pirotta KC, Alvarenga AT. et al. Women and contraception: knowledge and use of contraceptive methods. *Cuadernos de Salud Publica* 2000;16(2):377-384.

Mc Cary JL, Mc Cary SP, Alvarez-Gayou JL, Del Río C, Suárez JL. Sexualidad humana de Mc Cary. *Manual Moderno*. 5ª edición. Pag 232-245.

Díaz-Loving R. Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En J Piña (Ed): *Hermosillo Sonora*. Universidad de Sonora.

Pérez-Palacios G, Morales A, Varela Y. El programa de salud reproductiva en México. Alcances y desafíos. Gac Méd Mex 2000;136(3):S3-S7.

Cardona-Pérez JA. Los nuevos espacios y oportunidades de la planificación familiar. Gac Méd Mex 2000;136(3):S29-S33.

Monroy A, Velasco L, Velasco M. Perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos. Gac Méd Mex 2000;136(3):S35-S41.

Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes varones en América Latina. Washington, DC. Rev Panam Salud 2000.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
 COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA
 DIVISIÓN DE SOCIODEMOGRAFÍA

NÚM. DE FOLIO

ENCUESTA SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DEMANDANTES DE
 CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

Delegación _____

Unidad Médica _____

Fecha: _____
 Día Mes Año

INTRODUCCIÓN:

Buenos días (tardes). El IMSS está realizando una encuesta sobre algunos aspectos de salud de las mujeres. La entrevista es anónima y su información servirá para que el Seguro Social pueda mejorar los programas de salud reproductiva. Los datos que usted me proporcione son confidenciales y se usarán exclusivamente con fines estadísticos.

INSTRUCCIONES:

EN CADA PREGUNTA ANOTE LA RESPUESTA O CIRCULE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA. PASE A PREGUNTA NO DEBE LEERLE A LA ENTREVISTADA LAS OPCIONES DE RESPUESTA, EXCEPTO EN LA PREG.14 PREGUNTA

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Edad [][]	
2. ¿Ha estado embarazada alguna vez?	Sí 1 No, nunca ha estado embarazada 2	→ 9
3. En total ¿cuántas hijas e hijos nacidos vivos ha tenido usted?	Número [][] NINGUNO, ANOTE 00	
4. ¿Y cuántas hijas e hijos nacidos muertos?	Número [][] NINGUNO, ANOTE 00	
5. ¿Cuántos abortos?	Número [][] NINGUNO, ANOTE 00	
6. En los últimos 40 días ¿ha tenido usted un parto, una cesárea o un aborto?	Parto..... 1 Cesárea 2 Aborto 3 No 4	→ 8
7. ¿En qué fecha fue?	[][] [][] [][] Día Mes Año	→ 9
8. ¿Está usted embarazada actualmente?	Sí 1 No sabe o no está segura 2 No 3	→ 11
9. Actualmente ¿qué hacen o qué método usan usted o su pareja para no embarazarse?	Operación femenina, OTB 01 Le quitaron la matriz 02 Operación masculina, vasectomía 03 Dispositivo, DIU 04 Pastillas, inyecciones, implante subdérmico.....05 Condón, preservativo 06 Ovulos, jaleas, espumas o diafragma 07 Ritmo o retiro 08 NO USAN NINGÚN MÉTODO 97	→ 11

<p>10. ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está usando un método?</p> <p>(CIRCULE SÓLO UNA OPCIÓN DE RESPUESTA)</p>	<p>Desea embarazarse 01</p> <p>No tiene relaciones sexuales 02</p> <p>Temor a efectos colaterales 03</p> <p>Tuvo efectos colaterales 04</p> <p>Su pareja se opone 05</p> <p>No sabe cómo se usan los métodos 06</p> <p>Está lactando 07</p> <p>Por menopausia 08</p> <p>Por infertilidad 09</p> <p>Su religión no se lo permite 10</p> <p>Está en la cuarentena 11</p> <p>Por enfermedad de ella o su pareja 12</p> <p>Por desidia 13</p> <p>Otra razón 14</p> <p>(Especifique)</p>	
<p>11. ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?</p>	<p>Edad [] [] []</p> <p>Nunca ha tenido relaciones sexuales 97</p>	<p>→ TERMINE</p>
<p>12. En los últimos 12 meses ¿cada cuándo ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>(CIRCULE SÓLO UNA OPCIÓN DE RESPUESTA)</p> <p>ENTREVISTADOR(A): DEBE CAPTAR LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES QUE LA ENTREVISTADA TUVO REGULARMENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE HASTA OBTENER EL DATO MÁS APROXIMADO</p>	<p>De 1 a 7 veces a la semana 1</p> <p>Cada quincena 2</p> <p>Cada mes 3</p> <p>Ocasionalmente 4</p> <p>Otro 5</p> <p>(Especifique)</p> <p>No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses 7</p>	<p>→ 14</p>
<p>13. En los últimos 30 días ¿ha tenido relaciones sexuales?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	
<p>14. ¿Actualmente usted (LEA CADA OPCIÓN)</p>	<p>vive en unión libre? 1</p> <p>es casada? 2</p> <p>es viuda? 3</p> <p>es divorciada? 4</p> <p>es separada? 5</p> <p>es soltera? 6</p>	

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR(A) _____

CATEGORÍA: Trabajador(a) Social 1
 Enfermera(o) 57 2

Médica(o) 3
 Otro 4
 (Especifique)

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN QUERETARO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 16
 JEFATURA DE EDUCACIÓN MEDICA E INVESTIGACION

CARACTERÍSTICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES
 OBRERAS Y USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

FOLIO:	FECHA						
_ _ _	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>	_	_	_	Día	Mes	Año
_	_	_					
Día	Mes	Año					

1.- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	Edad..... _ _
2.- ¿Ha estado embarazada alguna vez?	1. Si 2.No, nunca ha estado embarazada. _ _
3.- ¿Cuántas veces se ha embarazado?	Número..... _ _
4.- Actualmente, ¿Qué hace o qué método usan usted o su pareja para no embarazarse?	Operación femenina OTB.....01 Le quitaron la matriz.....02 Operación masculina, vasectomía.....03 Dispositivo, DIU.....04 Pastillas inyecciones implante05 Condón o preservativo.....06 Óvulos, jaleas, espumas.....07 Ritmo o retiro.....08 NO USA NINGUN METODO.....09 _ _

<p>5.- Si no utiliza ningún método de planificación familiar, ¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no lo usa?</p>	<p>Desea embarazarse.....01 No tiene relaciones sexuales.....02 Temor a efectos colaterales.....03 Tuvo efectos colaterales.....04 Su pareja se opone.....05 No sabe cómo se usan los métodos.....06 Está lactando.....07 Por menopausia.....08 Por infertilidad.....09 Su religión no se lo permite.....10 Está en cuarentena.....11 Por enfermedad de ella o su pareja.....12 Por desidia.....13 Otra razón _____ 14</p> <p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>6.- ¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual?</p>	<p>Antes de los 20 años01 Después de los 20 años.....02</p> <p style="text-align: right;"> _ _ </p>
<p>7.- Actualmente usted.....</p>	<p>Vive en unión libre..... 01 Es casada.....02 Es viuda.....03 Es divorciada.....04 Es separada.....05 Es soltera.....06</p> <p style="text-align: right;"> _ _ </p>

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio del presente documento reconozco que se me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre la entrevista que se me va a realizar, estando enterada de que son datos confidenciales los que proporcionaré y de que se respetará el anonimato total de mi persona. Que no se me someterá a ninguna coerción de tipo psicológico y que los datos que aportaré son dado por mi entera voluntad.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión para hacerlo.

Lugar y fecha.

Aceptante.