



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de
Tabasco
México

Vázquez Jiménez, Alma Luz; Suárez Lugo, Nery
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área
urbana, Cunduacán. Tabasco 2005.
Horizonte Sanitario, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 8-25
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845047001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
en la población de 15 a 44 años del área urbana,
Cunduacán. Tabasco 2005.**

*Alma Luz Vázquez Jiménez Msc.**

*Nery Suárez Lugo***

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 20 de Febrero

Fecha de aceptación: 13 de Junio

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

Dra. Nery Suárez Lugo.
Escuela Nacional de Salud Pública.
Calle Línea e I. Vedado.
Cd. de La Habana, Cuba
almalv@hotmail.com
nerysl@infomed.sld.cu

* Médico Cirujano. Master en Salud Pública.
Coordinadora de Servicios de Salud, Jurisdicción
Sanitaria 06 Secretaría de Salud. Cunduacán.
Tabasco. México.

** Lic. Psicología. Doctor en Ciencias Económicas.
Profesora Titular e Investigadora Titular. Segundo Jefe
Cátedra Dirección en Sistemas y Servicios de Salud.
Escuela Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud
Pública. Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN.

En el municipio de Cunduacán, Tabasco, México, el Programa de Planificación Familiar no ha tenido el impacto esperado, la población continúa teniendo hijos en etapas tempranas de la vida reproductiva, con corto espaciamiento y la consiguiente afectación a la salud de la madre y el niño. A la vez, no estaba identificado el grado de conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos, en el grupo de población de 15 a 44 años del área urbana del municipio.

Objetivo: identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos

Material y método: estudio descriptivo transversal a una muestra aleatoria de 98 personas, con el. La información fue recolectada con una encuesta diseñada para tal propósito y el análisis se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados: es una población joven, 21.4% son adolescentes, predomina el sexo femenino, con el 53.1% y 68.3% tienen pareja estable. El 98% conocen algún método anticonceptivo, 66.3% los utilizan, el más usado fue la OTB, con el 35.4% y en último lugar los naturales con el 3.1%. Existe baja utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes en general, y población sin pareja estable; principalmente mujeres. Los factores identificados de mayor relación con el uso de los métodos anticonceptivos son edad y estado civil.

Conclusión: el diagnóstico permitirá implementar estrategias que contribuyan a lograr una mejor cobertura del Programa de Planificación Familiar en el territorio en beneficio de la salud materna e infantil.

PALABRAS CLAVES: Métodos anticonceptivos, planificación familiar.

SUMMARY.

In the municipality of Cunduacán, Tabasco, Mexico, the Program of Family Planning has not had the awaited impact, the population continues having children in early stages of the reproductive life, with short spacing and the consequent affectation to the health of the mother and the child. Simultaneously, there was not identified the degree of knowledge and the use of the contraceptive methods, in the group of population of 15 to 44 years of the urban area of the municipality.

Objective: to identify the factors that influence the use of the contraceptive methods contraceptive

Material and method: descriptive transverse study to a random sample of 98 persons, with. The information was gathered by a survey designed for such an

intention and the analysis was realized by the statistical program SPSS.

Results: she is a young population, 21.4 % is teenagers, it predominates over the feminine sex, with 53.1 % and 68.3 % they have stable couple. 98 % knows some contraceptive method, 66.3 % uses them, the most used was the OTB, with 35.4 % and in last place the natives with 3.1 %. There exists low utilization of contraceptive methods in teenagers in general, and population without stable couple; principally women. The factors identified of major relation with the use of the contraceptive methods are age and marital status.

Conclusion: the diagnosis will allow to implement strategies that help to achieve a better coverage of the Program of Family Planning in the territory in benefit of the mother and infantile health.

KEY WORDS: contraceptive Methods, familiar(family) planning.

INTRODUCCIÓN.

La planificación familiar es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población, entre las que se encuentran el contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y la limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por citar las más importantes.⁽¹⁾

Los constantes avances en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento de la biología de la reproducción, redujeron los efectos negativos de los métodos anticonceptivos. En el terreno individual y partiendo de una perspectiva de género, la planificación familiar se concibe como una vía para mejorar la presencia de la mujer en la sociedad, ya que con esto se favorece el desempeño de tareas distintas a la materna y la doméstica. También se considera como un medio para regular el crecimiento poblacional, que contribuye a una dinámica demográfica, acorde con el desarrollo general del país, y permite mejorar las condiciones de vida de la población.⁽²⁾

La población mundial continúa aumentando, aunque, la tasa de crecimiento, disminuye desde la década de los años 60 del pasado siglo XX, el incremento anual de la población mundial, en términos absolutos, es de aproximadamente 80 millones de personas, por lo que el último conteo reveló que la tierra está habitada por 6,477 millones de personas.⁽³⁾

Las estadísticas han permitido constatar, que la población mundial está distribuida con mucha desigualdad, existiendo seis países que son los más poblados; China, India, Estados Unidos, Indonesia, Brasil y Pakistán. Todos unidos alcanzan, un total de 3,300 millones de habitantes, lo que constituye, más de la mitad de la población mundial. Por tal razón se puede estimar, que de cada 100 personas; 61 viven en Asia, 14 en África, 11 en Europa, 9 en América Latina, 5 en América del Norte y menos de una en Oceanía.⁽⁴⁾

México no está considerado entre los países más poblados del mundo, aunque existen ciudades que comienzan a destacarse por tener un aumento más acelerado de su población que otras, presentándose en ellas los problemas sociales, económicos e individuales de las grandes ciudades, a consecuencia de la sobre población.

En los países en desarrollo como México, es necesaria la planificación familiar, ya que su población continúa aumentando, al parecer sin control efectivo. Un estimado de población en México para 1995 era de 91 millones de habitantes, actualmente, se reporta que existe una población de 106, 451,679 habitantes. En el Estado de Tabasco, al igual que México y el resto del

mundo, se presenta un aumento en la población, contando actualmente con un total de 2,069,522 habitantes, traducido a que el número de hogares en poco más de tres décadas se ha duplicado, implicando una serie de satisfactores a enfrentar que ocasionan riesgo para el bienestar personal y económico de toda la población. ⁽⁵⁾

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamientos adecuados (edad materna de 25 a 35 años y un intervalo inter genésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas. Todo esto contribuye a disminuir las presiones en las ciudades, evitando conflictos y conservando los recursos. ⁽⁶⁾

Desde una perspectiva sociodemográfica se conoce que cuando el crecimiento acelerado de una población rebasa la capacidad social para producir y distribuir satisfactores suficientes, se presentan diversos tipos de problemas sociales, económicos y de salud pública, como por ejemplo, el incremento de los índices de marginación y desempleo, así como el insuficiente abastecimiento de los servicios básicos y los relacionados con la atención de la salud. ⁽⁷⁾

Desde una perspectiva micro social, la planificación familiar ha permitido cambios en los patrones de las relaciones familiares, contribuyendo a una planeación adecuada del tamaño y la estructura de su descendencia. Actualmente, las políticas de población establecen entre sus prioridades, asegurar una mejor calidad de vida a todas las personas, de todos los grupos sociales y religiosos de los países. Internacionalmente el mejorar la calidad de la atención de planificación familiar, es una meta constante, ya que los beneficios que se logran, desde un punto de vista económico, la hacen ventajosa. En términos jurídicos, la planificación familiar es definida internacionalmente, como un derecho humano fundamental. ⁽⁸⁾

La planificación familiar, es por tanto, un derecho humano básico que beneficia a toda la población. El bienestar físico, mental y social de los hombres, mujeres y niños suelen mejorar, cuando las parejas tienen menos hijos. La anticoncepción se ha involucrado con la salud sexual, mucho se ha escrito sobre los compromisos de lograr determinadas tasas de crecimiento poblacional, supeditados al otorgamiento de créditos financieros internacionales. La práctica de la anticoncepción, suele estar motivada, en general, por los beneficios sociales y/o económicos de algunos países. ⁽⁹⁾

En México, las actividades de planificación familiar en un inicio, fueron realizadas por instituciones privadas. En 1958 se fundó la Asociación Pro Salud Maternal,

APROSAM, que fue la primera en proporcionar servicios organizados de este tipo. En 1965 se crea la Fundación para el Estudio de la Población A C (FEPAC), que integró un grupo multidisciplinario de profesionales, interesados en desarrollar un programa básico de investigación, educación y prestación de servicios médicos de planificación familiar, (PPF). En 1984, esta institución cambia de nombre a Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, (MEXFAM). ⁽¹⁾

En 1972 se inician actividades del PPF, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) y la Secretaría de Salud (SS). En 1976 se crea la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de las instituciones participantes, IMSS y Secretaría de Salud. En octubre de 1977, se termina el primer plan nacional de planificación familiar 1977-1982. Un aspecto importante de este plan, fue la programación de metas de cobertura de usuarias de anticonceptivos, nuevas y activas. ⁽¹⁾

En México, de acuerdo al artículo 4º Constitucional, "la planificación familiar es el derecho que toda persona tiene de decidir de manera libre, responsable e informada, el número y el espaciamiento de sus hijos". A raíz de la nueva promulgación de la Ley General de Población de 1974, se dio un acelerado proceso de difusión e incorporación de la planeación familiar entre las parejas. ⁽⁷⁾

El estado reconoció como una garantía individual, el derecho de toda persona de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, así como disponer de la información y de los medios para poder hacerlo. ⁽¹⁰⁾

Actualmente en la Secretaría de Salud, desde el nivel nacional, estatal y municipal, se viene implementado el Programa de Salud Reproductiva, el cual se divide en varios componentes, uno de los cuales es Planificación Familiar y se lleva a cabo un esquema operativo, integrado por siete subcomponentes esenciales:

- ✓ Salud sexual y reproductiva del hombre.
- ✓ Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- ✓ Salud sexual y reproductiva de la población discapacitada.
- ✓ Tecnología anticonceptiva.
- ✓ Salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas.
- ✓ Atención en el climaterio y la menopausia.
- ✓ Orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad.

El propósito principal del componente de planificación familiar, es contribuir a la disminución de los embarazos no planeados: contempla acciones de promoción, consejería, seguimiento de pacientes, así como el control de usuarias activas de algún método y anticoncepción post-evento obstétrico. ⁽¹¹⁾

Uno de los requisitos indispensables, para que las personas puedan ejercer sus derechos a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad, que dispongan de información suficiente de los métodos anticonceptivos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales y su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva. Los servicios de planificación familiar, realizan acciones netamente preventivas, por lo cual el impacto se observa a largo plazo y los costos se reducen significativamente. ⁽⁹⁾

Los métodos anticonceptivos, se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo, o una pareja en forma temporal o permanente. Se consideran métodos temporales, a los hormonales como son pastillas, inyectables e implantes subdérmicos; el dispositivo intrauterino (DIU), métodos de barrera como, el condón y los espermicidas; y los métodos naturales como el ritmo, el método de Billings, la abstinencia periódica, la temperatura basal, el sintotérmico, la lactancia materna y el coito interrumpido. Los considerados como métodos definitivos, son las cirugías masculina y femenina, es decir, vasectomía y salpingoclasia u obstrucción tubaria bilateral (OTB), respectivamente. ⁽⁹⁾

Una meta de todo programa de planificación familiar de éxito, es ofrecer una variedad de opciones de anticonceptivos, de ahí la importancia de su conocimiento, para emplearlos adecuadamente. Sin embargo, el término anticoncepción es relativamente reciente, ya que se empezó a utilizar sistemáticamente hacia el final del siglo XIX. ⁽⁶⁾

Desde los tiempos más remotos, se tiene información que en las tribus nómadas ya utilizaban algunas formas para evitar los embarazos, los que actualmente se conocen como métodos anticonceptivos naturales. Se ha reportado que en las momias, descubiertas en el alto Egipto, algunas tenían introducidas pequeñas piedras redondeadas, trozos de marfil o hueso dentro del útero. También se sabe que en los países Árabes y África blanca, en las grandes caravanas que atravesaban los desiertos, le colocaban piedras de río a las camellas en el interior del útero. ⁽¹²⁾

El primer movimiento organizado para el control de la natalidad surgió en el siglo XIX, como consecuencia de la disminución de la tasa de mortalidad, y de lo que se ha llamado explosión demográfica, pero tuvo que enfrentarse a una gran resistencia individual y religiosa. ⁽¹³⁾

Entre los primeros productos comerciales utilizados como espermicidas, se encuentran los supositorios de quinina, desarrollados por Walter Rendel en 1885. Es en el año de 1937 cuando se introduce el acetato de fenilmercurio, que resultó más efectivo. En 1950 se descubre el efecto de los surfactantes o agentes

activos de superficie, que hasta el momento, es el principal ingrediente activo de todos los productos espermicidas del mercado. ⁽¹²⁾

En relación al dispositivo intra uterino, es en el siglo IV a.c. que Hipócrates descubrió el efecto anticonceptivo, que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero; aunque por varios siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o hueso como dispositivos, es hasta 1928 que inicia la anticoncepción intrauterina moderna con la presentación, por Richter, de un dispositivo que consistía en un lazo de hilo de seda. Grafenberg en 1929 modificó el modelo, añadiéndole un hilo de una aleación de plata y cobre. Ota, en 1934 consiguió su dispositivo utilizando, sólo plástico en su elaboración. Pero no es sino hasta los años 50, que Openheimer (1959) muestra su experiencia, con el anillo de Grafenberg e Ishihama (1959) presentó la suya con el dispositivo de Ota; ambos confirmaron bajas cifras de embarazos. ⁽¹²⁾

En 1960 Margulies expuso su dispositivo, "safe-t-coll", que se caracterizaba por ser de polietileno cubierto con sulfato de bario, para su localización radiológica, después vino el Asa de Lippes, fabricada en diferentes tamaños con un hilo guía. Zipper en 1967 diseñó la conocida T de cobre. En 1970, Scomegna demostró que añadiendo esteroides y concretamente progesterona a la rama horizontal, se conseguía un efecto anticonceptivo similar y disminuyen los efectos secundarios más frecuentes como la dismenorrea y el aumento del sangrado menstrual. En los últimos años, los cambios que se han introducido a los referidos dispositivos son solo para duplicar el tiempo de acción. ⁽¹⁴⁾

En relación a los condones o preservativos, se tiene conocimiento que en la época del Imperio Romano, se utilizaban vejiga o intestino de animales. Pero es en 1872 cuando inicia la utilización de caucho para la fabricación de preservativos, que es el material utilizado hasta nuestros días. ⁽¹²⁾

Los métodos naturales, fueron los primeros en ser utilizados por la humanidad, como la abstinencia durante parte del ciclo menstrual, la cual ha sido practicada a través del tiempo como un acto religioso, tabú o intento fortuito de evitar los embarazos. Sin embargo, es hasta 1928 que el Dr. Knauss de Austria, obtuvo bases científicas. Observó que la ovulación tiene una relación fija con el siguiente periodo menstrual, que ocurre aproximadamente 14 días antes de su comienzo. En 1930 el Dr. Kyusaku Ogino en Japón, formuló una opinión similar. ⁽¹²⁾

El método de temperatura basal valora la diferencia de la temperatura corporal que se registra al momento de la ovulación, que es de 0.2 a 0.4 grados de diferencia con los demás días del ciclo. En cuanto al método del moco cervical o de Billings; en este se requiere

observación y capacidad de la mujer para diferenciar las características del moco cervical, durante todo el ciclo y la etapa de ovulación. El método de lactancia y amenorrea (MELA), sólo es posible llevarlo en los primeros meses de la lactancia (menos de 6 meses), debe ser lactancia exclusiva y a libre demanda siempre y cuando, no se haya presentado el sangrado menstrual.⁽¹⁰⁾

En los años 50 se desarrolló la primera progestina inyectable, pero es hasta la década de los 60 que inician los primeros ensayos clínicos, conocidos como inyectables de primera generación. Gran parte de la producción de anticonceptivos hormonales, se desarrolló en México gracias al biólogo R.E. Marker que utilizó una planta llamada *Dioscòrea barbasco*, la cual florecía en la cuenca de los ríos Orizaba y Córdoba, en el Estado de Veracruz, pero fue el biólogo Gregory Pincus quien coordinó los estudios clínicos, y la agencia de Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), otorgó la patente de agente anticonceptivo, haciendo oficial el nacimiento de la pastilla.⁽¹⁵⁾

Desde su creación, millones de mujeres alrededor del mundo, emplean a los hormonales como método anticonceptivo temporal ya que es muy eficaz, siempre que se use correctamente. Los hormonales que nacieron en los años 60, son muy diferentes a los que existen actualmente, ya que gracias a los avances científicos se ha logrado mejorarlos, al disminuir los efectos colaterales, benefician la salud de la mujer, y con esto mejoran su calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Con respecto a los anticonceptivos subdérmicos, fue en 1969 que inician las investigaciones que llevan a crear los reservorios de silástico que contienen un progestágeno, el cual se aprobó en Estados Unidos en el año 1984. Actualmente, existen diferentes implantes subdérmicos, el más recomendado es el de una cápsula de dimetilpolisiloxano, que contiene una progestina sintética de liberación continua y gradual.⁽¹⁴⁾

En cuanto a los métodos definitivos, la obstrucción tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia y la vasectomía, se inician en 1880 cuando Lungren realizó el primer procedimiento de esterilización tubaria. Desde entonces se han descrito más de 100 técnicas diferentes, para la esterilización definitiva de las mujeres. En cuanto a la vasectomía, se inicia en 1930 con Sharp, pero es en 1963 que Poffenberger publica resultados excelentes de 2,000 casos, intervenidos de 1955 a 1961.⁽¹²⁾

En la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1996, se trató el compromiso para mejorar la vida de las mujeres. Centró su atención en las políticas y los programas necesarios para establecer condiciones de igualdad para las mujeres en el mundo. Los puntos

claves respecto a la salud, y los derechos de la reproducción incluyen: garantizar el derecho de herencia, debe tener el poder de decidir libremente sobre su sexualidad y su procreación, y no debe ser discriminada por el hecho de ser madre.⁽¹⁷⁾

La selección de un método anticonceptivo para su uso, depende de diversos factores, entre los que se destacan las características socioculturales y demográficas de las parejas, así como la disponibilidad y la calidad de los servicios.⁽¹⁸⁾

La dinámica de uso de los anticonceptivos distingue dos fases: la adopción y la post-adopción. Para la adopción se identifican tres elementos; el primero, es la percepción de los usuarios de que es posible incidir sobre la reproducción, el segundo, es el conocimiento de los métodos y el tercero, es la existencia de una motivación para regular la fecundidad. La etapa de post adopción se refiere a los periodos de uso, interrupción y reinicio.⁽¹⁹⁾

Estudios realizados sobre el uso de los anticonceptivos por parte de los jóvenes Venezolanos, refleja un problema cultural, no lo adquieren ni usan por miedo al que dirán. Este es aún un tema tabú, mientras el uso de los anticonceptivos no se vea como natural, seguirán presentándose embarazos precoces, los cuales representan un mayor riesgo.⁽²⁰⁾

Varios estudios confirman el hecho que, el conocimiento acerca de la sexualidad y anticoncepción se asocia a una mayor frecuencia de uso de anticonceptivos, en adolescentes de ambos sexos.⁽²¹⁾

Una investigación realizada en Chile sobre factores personales asociados al uso de anticonceptivos, sugiere que varios factores están presentes en adolescentes mujeres sexualmente activas. Entre los más importantes están la edad, el conocimiento de reproducción y anticoncepción, desempeño escolar, aspiraciones académicas, afiliación religiosa y religiosidad.⁽²²⁾

Mundialmente, los condones y la vasectomía, se encuentran entre los menos usados, estos son los métodos masculinos más eficaces, pero se necesita mayor participación de los hombres, para que se incremente su utilización. Actualmente, se reporta que en algunos países como Japón, Europa Oriental y la ex-Unión Soviética, los condones son el método principal de planificación familiar.⁽²³⁾

Las encuestas de hombres y mujeres casados, realizadas en los países en desarrollo, también revelan el poco uso que se hace de los métodos orientados hacia los hombres; sin embargo, los hombres casados declaran niveles más altos de uso de anticonceptivos que las mujeres casadas. Un análisis de datos por Ezech y colegas realizado en Kenya presentó una discrepancia de 20 puntos porcentual, entre la

respuesta de los hombres y de las mujeres, algunos han propuesto que los hombres hacen notificaciones excesivas sobre el uso de métodos masculinos y femeninos, otros han sugerido que el uso extramarital de los condones por parte de los hombres, explica la diferencia entre las declaraciones.⁽²⁴⁾

En México, la mayoría de los métodos que están disponibles son para mujeres, sólo la vasectomía y el condón masculino, que se consideran de uso directo, para hombres. Sin embargo, se pueden utilizar otros donde el hombre participa directa o indirectamente, tales como el retiro, y en los indirectos está el ritmo y métodos locales, como jaleas u óvulos.⁽²⁵⁾

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial del programa oficial, el 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos, utilizaban las pastillas, el 23.3% utilizaban métodos naturales y el 18.7% empleaba el DIU. Actualmente la situación a cambiado en favor de los métodos de mayor continuidad: la operación femenina y el DIU, que alcanzaron el 44.7% la OTB y 20.8% el uso del dispositivo intrauterino (DIU).⁽²⁶⁾

En el Estado de Yucatán el porcentaje de mujeres unidas que usan algún método de acuerdo a la encuesta de población de 1997 se reporta en un 70.5%. En cuanto a el tipo de método que utilizan, se encuentra en primer lugar la OTB con un 44.9%, seguido de los métodos naturales con un 24.0% y en tercer lugar las pastillas con el 15.4%.⁽²⁷⁾

En el Estado de Durango en 1997, reporta que el método más utilizado es la OTB con el 43.4%, en segundo lugar se encontró el DIU con el 21.2% y en tercer lugar las pastillas con un 15.0%.⁽²⁸⁾

En Tabasco, en 1992, el tipo de método que utilizaban las mujeres usuarias de anticonceptivos, era la OTB alcanzando el 49.1%, en segundo lugar reportaron los métodos naturales con el 15.9% y en tercer lugar las pastillas con el 14%. En 1997, las usuarias del programa continuaron utilizando, en primer lugar la OTB, en segundo lugar están los inyectables mensuales, en tercer lugar las pastillas, en cuarto lugar está el DIU y en quinto lugar los condones, los hormonales inyectables bimensuales y los métodos naturales.⁽²⁶⁾

Un estudio de prevalencia realizado en otro estado del país, Veracruz, reporta que el método más utilizado en ese territorio es la OTB, seguido de las pastillas y en tercer lugar el DIU, reportando en último lugar los preservativos y los métodos naturales.⁽²⁹⁾

En relación al conocimiento, en una encuesta realizada en sesenta países durante el 1990 al 2001. se reporta que en treinta y seis de estos, el 95.0% de las mujeres

casadas conocen al menos un método anticonceptivo moderno, siendo el método hormonal oral (pastillas), el mundialmente conocido. Si bien es necesario conocer sobre al menos un método anticonceptivo para utilizarlo, el conocimiento de una gama de métodos eficaces es esencial para hacer elección informada, sobre planificación familiar y con esto, aumenta la probabilidad de usarlos.⁽²³⁾

El número promedio de métodos anticonceptivos que conocen las mujeres, difieren entre los países; en Chad es de 1.4 métodos, en contraste con Bangladesh, Colombia, República Dominicana, Jordania y Perú, donde las mujeres tienen conocimiento de un promedio de nueve métodos.⁽²⁴⁾

En la última encuesta realizada por el Consejo Nacional de Población (1997), se reporta en México, que el 96.6% de las mujeres en edad fértil conocían al menos un método para prevenir un embarazo no deseado, siendo las pastillas, desde el inicio de la difusión de planificación familiar en el país, el método anticonceptivo más conocido.⁽²⁶⁾ El nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en el Estado de Yucatán en forma general, reporta un 95.3%, y en el área urbana 97.2%.⁽²⁷⁾ En el Estado de Durango se registró uno de los mayores porcentajes, de mujeres en edad fértil que declararon conocer al menos un método anticonceptivo con el 98.5%.⁽²⁸⁾

Tabasco es uno de los Estados con los más altos porcentaje de mujeres en edad fértil que declararon conocer, al menos un método de planificación familiar con un 98.1%. Sin embargo, se reportan los porcentajes más bajos en las mujeres que hablan alguna lengua indígena con el 89.3% y las mujeres sin escolaridad con el 90.5%.⁽²⁶⁾

Existe la hipótesis de que una mejor calidad en la interacción, cliente- proveedor incrementa el uso y el conocimiento de métodos anticonceptivos. Conocer qué saben y cuáles son las prácticas de los jóvenes, sobre planificación familiar, constituye una fuente valiosa de información, para el diseño de estrategias de educación y comunicación, tendientes a promover, en esta etapa de la vida, comportamientos saludables, que son marcadores para el futuro.⁽³⁰⁾

La experiencia adquirida en todo el mundo, indica que es posible mejorar la salud y reducir la fecundidad mediante programas de planificación familiar de alta calidad y centrados en la clientela potencial. Importa sobre todo, que ésta pueda elegir el método anticonceptivo, con conocimiento de causa y que sea tratado con respeto.⁽³¹⁾

El Programa de Planificación Familiar que se ejecuta en México, no ha tenido el impacto esperado en el municipio Cunduacán ya que continúan presentándose embarazos en los extremos de la vida reproductiva y

principalmente en menores de 20 años. Este estudio pretende identificar el conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos de la población de 15 a 44 años en el área urbana del referido municipio. Los resultados obtenidos permitirán implementar estrategias que contribuyan a lograr una mejor cobertura del Programa de Planificación Familiar en beneficio de la salud materna e infantil.

El Municipio de Cunduacán en el Estado de Tabasco, México, está organizado en dos micro-redes, una con 16 unidades y la otra con 18, haciendo un total de 34 Centros de salud con 46 equipos básicos. Sólo una de las unidades de salud está ubicada en la zona urbana, todos ellos brindan atención primaria, incluyendo los servicios de planificación familiar, lo cual corresponde a las políticas del sistema de la Secretaría de Salud en cuanto a cobertura.

Existe un hospital general con 30 camas ubicado en la cabecera Municipal, (Hospital ANCLA), que atiende la demanda de referencia a especialidad, en las cuatro disciplinas básicas: cirugía, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría. Realiza acciones de anticoncepción post eventos obstétricos.

La población de responsabilidad del municipio es de 89,993 habitantes, que es atendida por 46 médicos, 46 enfermeras y 9 promotores en salud, que conforman los 46 equipos básicos. El área urbana representa el 11.3% de la población total y cuenta con 6 equipos básicos de salud.

En el Municipio de Cunduacán, con base en el censo de población realizado en el 2004, se calculó la tasa de fecundidad general, la cual fue de 72.7 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, que es considerada alta. Esto lleva a pensar que es necesario incrementar la promoción a las parejas para que inicien su procreación en edades ideales recomendadas, para disminuir los riesgos reproductivos y con ello sus consecuencias, como sería la morbilidad y la mortalidad infantil y materna.

Otro aspecto importante, es también la concientización sobre los recursos económicos, sociales y del medio ambiente, ya que éstos son mayores en poblaciones grandes, por lo que es mejor tener pocos hijos y con un espaciamiento adecuado, para que la población aumente en menor proporción y más organizadamente. Sin embargo, los avances no reflejan el impacto esperado ya que continúan presentándose embarazos en los extremos de las edades reproductivas ideales, que serían menores de 20 años y en mayores de 35 años.

Las encuestas que se han realizado en el País, Estado y Municipio, sólo son a mujeres en edad fértil unidas, sin tomar en cuenta a la población masculina, la cual probablemente aportaría algún otro factor para determinar el conocimiento y el uso de los

anticonceptivos. Resulta importante incrementar el conocimiento y concientizar el uso de los anticonceptivos en la población joven, principalmente en el grupo de 15 a 19 años, para tratar de disminuir los embarazos en este grupo de edad, para lo que se requiere disponer de un diagnóstico que suministre la información necesaria para la proyección de una adecuada estrategia de planificación familiar. Todo lo expresado anteriormente identifica el problema de investigación y la pregunta a que debe responder el presente estudio es la siguiente:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana de Cunduacán, en el año 2005?

OBJETIVOS.

General: *Identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos de la población de 15 a 44 años, en el área urbana del Municipio de Cunduacán en el año 2005.*

Específicos:

- 1.- Caracterizar a la población de 15 a 44 años del área urbana de Cunduacán, según variables socio-demográficas y culturales.
- 2.- Identificar el grado de conocimiento en la población sobre los métodos anticonceptivos.
- 3.- Describir la utilización de los métodos anticonceptivos en la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Universo y muestra. Se estudió a la población urbana de 15 a 44 años del municipio de Cunduacán, siendo ésta de 2,087 hombres y 2,328 mujeres. Con un total de 4,415 personas. Se tomó una muestra 98 personas estratificados por grupos quinquenales y sexo. La selección de los sujetos se realizó de forma aleatoria, en los seis consultorios existentes en la unidad de salud. Se encuestaron al 100% de las personas seleccionadas.

Este estudio se realizó en los meses de septiembre y octubre del 2005.

Variables:

Las variables que se estudiaron para dar respuesta a los objetivos específicos son las siguientes:

Objetivo N° 1: Se seleccionaron las variables siguientes: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y barrera religiosa.

Objetivo N° 2: Se seleccionó la variable conocimiento de los métodos anticonceptivos, con la colaboración de un grupo de expertos, con los cuales se llegó a la determinación de clasificarlos en grados, los cuales se dividieron en:

- ✓ bajo: si no conoce ningún método anticonceptivo.
- ✓ medio: si conoce de 1 a 3 métodos.
- ✓ alto: cuando conoce de 4 a más métodos anticonceptivos.

Objetivo N° 3: Se seleccionó la variable tipo de método utilizado.

Para dar respuesta al objetivo general: Se relacionaron las variables sociodemográficas y culturales con el uso de los métodos anticonceptivos.

A continuación se presenta la operacionalización de dichas variables:

Nombre	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa discreta	Grupos quinquenales	Años cumplidos	Pob. X grupo de edad/pob. total. X100
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino femenino	Según sexo biológico	Pob. Masculina y femenina/ pob. Total x 100.
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato/ técnico. profesional.	Ultimo grado terminado.	Pob.según escolaridad/pob. total x 100
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Casado(a), Soltero(a), unión libre.	Situación al momento de la encuesta.	Pob.según estado civil/pob.Total x100
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Labores del hogar, Agricultor, Profesionista, Empleado, comerciante, Otros.	A la que se dedique actualmente	Pob. según ocupación /pob.total x100
Religión	Cualitativa nominal politómica.	Católica, presbiteriano, Pentecostés, adventista, Ninguna, otros.	La que practique actualmente.	Pob.por religión / pob. Total x100
Barrera religiosa	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si la religión le impide usar método	Pob. según religión que impide uso de anticonceptivo/ total de pob. x100
Tipo de método utilizado	Cualitativa nominal politómica	Pastillas, condón, DIU cirugía, inyectable, otros.	La que utilice actualmente	Tipo de método utilizado/ total de pob.x100.
Conocimiento de los métodos anticonceptivos	Cualitativa ordinal.	Grado Bajo. Grado medio, Grado alto.	Bajo:(no conoce ningún método anticonceptivo Medio:(conoce de 1 a 3 métodos anticonceptivos) Alto: (conoce de 4 o' más métodos anticonceptivos).	Grado de conocimiento de la pob./total de pob. X100.

Aspectos éticos.

Se presentó al jefe de la jurisdicción el proyecto de investigación con el fin de solicitar su permiso, y se dio

a conocer que los resultados permitirían ser analizados, para implementar estrategias y acciones en Cunduacán. Al personal que apoyó la aplicación de las encuestas y a los expertos seleccionados se les

solicitó su colaboración y consentimiento de participar en el estudio.

A las personas que participaron en la encuesta, se les informó sobre el propósito fundamental de este estudio y que su aportación sería muy importante para obtener mejores resultados, solicitando a la vez su aceptación de participar y que el uso de los resultados sería estrictamente confidencial.

Técnicas y procedimientos.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario para ser aplicado por entrevistadores previamente entrenados, el cual fue confeccionado con base en la consulta a expertos y revisión de bibliografía.

Se seleccionó un grupo de cinco expertos, tomando como criterios de inclusión, los siguientes: médico o profesional de salud, más de diez años vinculado al programa de planificación familiar, experiencia en investigaciones de salud sexual y reproductiva. Se les solicitó a los expertos que mencionaran los temas que se debían explorar para obtener información sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en una encuesta a población abierta.

Una vez obtenida la información y revisada en la literatura otros instrumentos empleados en investigaciones con propósitos similares, se confeccionó el instrumento, que fue sometido a consideración de los mismos y posteriormente reformulado.

Se realizó una prueba piloto con la participación de dos promotores en salud, a los cuales se les capacitó sobre el llenado de dicha encuesta. En la capacitación se orientó sobre la presentación al iniciar la entrevista para el llenado del cuestionario, se revisó el instructivo analizando cada una de las preguntas y al final se realizó un ejercicio práctico.

El pilotaje del instrumento se realizó en una localidad rural, San Eligio. Se verificó la utilización y comprensión en el encuestado, la cual resultó adecuada. Sin embargo, la encuesta fue valorada además en consulta a expertos y se modificó agregando cinco preguntas para obtener mayor información, las cuáles fueron sujetas a comprobación posterior, para valorar la comprensión por la población y también fue adecuada.

El instrumento quedó conformado con trece preguntas, las primeras siete corresponden a variables sociodemográficas y culturales: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión y barrera religiosa. Las preguntas de la ocho a la diez se refieren al conocimiento de los métodos anticonceptivos; la pregunta número ocho evalúa en general si conoce al menos un método anticonceptivo, la pregunta nueve

valora el grado de conocimiento, ya que de acuerdo con la clasificación que se describió se divide en grado bajo si no conoce ningún método, grado medio si conoce de 1 a 3 métodos, y grado alto si conoce cuatro o más tipos de métodos. La pregunta diez informa sobre quien le dio el conocimiento. De la pregunta once a la trece se solicita el uso de los métodos anticonceptivos.

La captura de la información se realizó en los meses de septiembre y octubre del 2005. El total de las encuestas se levantó con dos supervisores médicos a los cuales se les capacitó sobre su aplicación con el mismo procedimiento seguido a los que realizaron el pilotaje, insistiendo en aquellos aspectos que resultaron de mayor dificultad.

Para el análisis de la información, se diseñó una base de datos, utilizando el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.5.1 para windows. Se obtuvo la frecuencia de todas las variables y se cruzaron las variables socio-demográficas y culturales con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS.

Como ya fue señalado, la encuesta se aplicó al total de la muestra seleccionada obteniendo los resultados que a continuación se relacionan.

En cuanto a la caracterización de la población según variables socio-demográficas y culturales, se encontró que la distribución según grupos de edades es la siguiente: de 15 a 19 años representa el 21.4%, 20 a 24 años alcanzó el 19.4%, 25 a 29 años corresponde al 17.3%, 30 a 34 años es el 15.3%, 35 a 39 años representa el 13.3% y de 40 a 44 años es el 13.3% del total de la población estudiada. En cuanto al sexo, el 46.9% correspondió al masculino, y el 53.1% al sexo femenino. (Tabla I)

Según el estado civil, 46.9% son casados, 31.6% son solteros y en unión libre el 21.4%. (Tabla II) Referente a la escolaridad, 2.0% son analfabetos, 19.4% tienen terminada la primaria, el 31.6% de las personas han estudiado la secundaria, el 33.7% alcanzaron el nivel técnico o equivalente (bachillerato) y los profesionistas representan el 13.3% del total. (Tabla III)

En la ocupación se encontró que las labores del hogar representan la mayor frecuencia con el 36.7% del total, le sigue por orden los empleados, con 32.7%, sólo se dedican a estudiar 13.3%, los profesionistas constituyen el 10.2%, los agricultores el 4.1% y por último los comerciantes con 3.1%. Las mujeres se ocupan con mayor frecuencia a labores del hogar 69.2% y los hombres son mayormente empleados con el 45.7%. Llama la atención que en los estudiantes existe un porcentaje mucho mayor entre los hombres, 23.9%, que entre las mujeres, 3.9%. La no

coincidencia entre el número de profesionistas en la escolaridad y la ocupación, es debido a que tres de ellos se dedican a otras labores. (Tabla IV)

En relación a la religión, la católica es la más frecuente, representando el 69.4%, le sigue Presbiteriana con 11.2%, Adventista con 9.2%, Pentecostés con 3.1% y por último en otras, testigos de Jehová con 2.0%. Refieren no tener ninguna religión 5.1 % del total de la población estudiada. (Tabla V)

En relación al conocimiento de los métodos anticonceptivos, los resultados revelan que 98.0% del total sí los conoce, y sólo el 2.0% respondió no conocerlos. De acuerdo a la clasificación del grado de conocimiento definida en este estudio, se encontró que 62.2% reportan grado alto, 35.8% grado medio y sólo el 2.0% presentó grado bajo, lo cual implica que el 98.0% al menos conoce un método anticonceptivo. (Tabla VI)

En cuanto al sexo, se encontró que el masculino refirió un nivel de conocimiento alto con el 71.8% en relación al femenino que sólo reportó el 53.9%. (Tabla VII)

En relación al estado civil se encontró que los casados tienen un nivel de conocimiento alto con un 69.6%, y el nivel más bajo se encontró en los solteros con el 6.5% de la población estudiada. (Tabla VIII)

Analizando la escolaridad y el grado de conocimiento, se encontró que el 100.0% de los profesionistas tienen un nivel de conocimiento alto y el porcentaje más bajo de este mismo nivel de conocimiento lo representan los de primaria con 42.1%, se destaca que es en éste mismo grupo de personas, donde se reporta el nivel bajo de conocimiento con 10.5%. (Tabla IX)

En cuanto a la ocupación, los profesionistas y los agricultores representan el porcentaje mayor en el nivel más alto de conocimiento con el 100.0% respectivamente, y el más bajo se refleja en el grupo de labores del hogar con 38.9%, también es el grupo donde se presenta el nivel más bajo con el 5.5%. Sin embargo, es necesario resaltar, que por ser el grupo más numeroso de la población, se encontró los tres niveles de la clasificación. (Tabla X)

En relación al grado de conocimiento por religión, la católica es la que tiene el nivel más alto con 69.1%, sin embargo es en ésta que se presenta el nivel más bajo con el 3.0% ya que es el grupo más numeroso de los estudiados. (Tabla XI)

En relación con el empleo de métodos anticonceptivos, sólo el 66.3% estaban utilizando algún método anticonceptivo y 33.7% refirieron no estarlos usando, al momento de realizar la encuesta. El aspecto más significativo obtenido de este estudio sobre el empleo de los métodos anticonceptivos, es la preponderancia

de los métodos permanentes y particularmente de la OTB sobre los demás. (Tabla XII)

Desde el punto de vista de la relación entre el empleo del método (OTB) y la edad de los encuestados, éstos se concentran en el rango que va desde 35 a 44 años, éste grupo representa el 65.2% del total que usan éste método, lo cual es congruente con la edad adecuada para la reproducción. Se acumulan en las posiciones principales, la ya mencionada OTB con 35.4% y los hormonales inyectables con 24.6%. La utilización del segundo método se puede entender por el factor de comodidad por su manera de aplicación. (Tabla XIII)

El grupo de edad que menos usa los métodos anticonceptivos, es el de 15 a 19 años con 57.1%, lo cual una vez más, resulta contraproducente por la influencia que tiene en el embarazo precoz y sus consecuencias personales, sociales y económicas. Esto permite sugerir enfocar las acciones hacia este grupo de edad. (Tabla XIV)

En relación a la utilización por sexo, se encontró que el masculino refirió el más alto porcentaje con 67.4%. (Tabla XV) En lo referente al estado civil y el uso de métodos anticonceptivos, son los casados, los que representan el más alto porcentaje de los que usan algún método con 84.8% y los que menos lo usan son los solteros con 32.3%. (Tabla XVI)

En cuanto a la escolaridad y uso de anticonceptivo, para todos los niveles, es más alta la proporción de los que usan algún método al igual que para toda la población estudiada, donde asciende al 63.3% de los individuos. Casi 80% de los profesionistas los emplean, y son los de nivel secundaria los que presentaron el más bajo porcentaje de uso, con el 61.3%. Los resultados de los analfabetos no se tienen en cuenta, dado la ínfima cantidad de ellos que formaron parte en la muestra. (Tabla XVII)

En relación a la ocupación, se encontró que los agricultores y los profesionistas son los que representan los más altos porcentajes con 100.0% y 90.0% respectivamente. (Tabla XVIII)

Referente a la religión, se encontró que los testigos de Jehová y los de ninguna religión representan los más altos porcentaje con el 100.0% y el 80.0% respectivamente, es importante mencionar que en la católica disminuye el porcentaje por ser el grupo más numeroso. (Tabla XIX)

La exploración acerca de la barrera religiosa refiere que 96.9% de la población responde que no influye la religión para el uso de los métodos anticonceptivos, quedando sólo 3.1% de los estudiados donde si le prohíbe su religión, el uso de anticonceptivos. Sin embargo, el uso no se ve afectado, ya que a pesar de referir que por su religión no debe usarlo ellos si lo utilizan. Si se analiza además que no aparece la

barrera religiosa como una limitante para el empleo de los métodos anticonceptivos, resulta interesante que están operando otros elementos de tipo cultural, o derivados de exigencia de la parte masculina de la pareja. (Tabla XX)

En cuanto a la relación del grado de conocimiento y su uso, se encontró que éste sí influye, ya que a mayor grado de conocimiento mayor es el uso que se reporta con 45.9%. (Tabla XXI)

DISCUSIÓN.

En Cuauacàn existe una población joven propia de países en vías de desarrollo, en la cual predomina el grupo de 15 a 19 años. Este estudio se realizó en el área urbana del municipio, donde se encontró que el mayor porcentaje de la población encuestada lo constituyen los adolescentes, con mayor participación del sexo femenino, con una pareja estable y nivel de estudio de bachillerato o equivalente (técnico) y donde la ocupación primordial son las labores del hogar.

En relación con el conocimiento en el grupo de los adolescentes, la mayoría refirió conocer al menos un método, pero esto al parecer no influye en su uso, ya que este grupo de edad es el que menos lo emplea. Al compararlos con un estudio realizado en Venezuela, éste reporta que los jóvenes conocen los anticonceptivos pero su uso disminuye “por miedo al que dirán”, ya que hablar sobre las relaciones sexuales extramaritales es un tema tabú, al igual que en el territorio analizado, a pesar de que en este estudio no se valoró mediante la encuesta, es criterio de la autora dada la experiencia en el trabajo. ⁽¹⁹⁾

Al analizar la relación del uso con el conocimiento; en este estudio no se encontró un aumento al tener conocimiento, lo cual difiere con el estudio realizado en países en vías de desarrollo, el cual reporta que es necesario saber de por lo menos un método anticonceptivo para poder utilizarlo. ⁽²³⁾

Con respecto al conocimiento en general de la población estudiada, la cifra obtenida en Cuauacàn es mayor al reportado en países en vías de desarrollo tales como, Colombia y Bangla Desh, también supera las cifras de nivel nacional.⁽²³⁾ Sin embargo el Estado de Yucatán reporta menor porcentaje en relación a éste estudio.⁽²⁶⁾ Si se comparan estos resultados con los obtenidos en el Estado Durango, éste reporta un mayor conocimiento sólo en cinco décimas. ⁽²⁷⁾

El porcentaje de conocimiento que se reportó en el área urbana del Municipio de Cuauacàn, es menor al que reporta la encuesta Nacional realizada en 1997 de forma global en el Estado de Tabasco. ⁽²⁵⁾

En el uso de los anticonceptivos, se encontró que la población estudiada utiliza en un mayor porcentaje los anticonceptivos a diferencia de lo que reportan en un

estudio realizado en países en vías de desarrollo. Sin embargo, en la población con pareja estable, el porcentaje de uso es igual al reportado en este mismo estudio ⁽²³⁾.

En relación al sexo, en este estudio se encontró que el masculino refirió el mayor porcentaje de uso y conocimiento, igual que lo que reportan otras investigaciones en varios países en vías de desarrollo, sin embargo en este estudio, se difiere un poco, ya que el mayor porcentaje lo ocupan los métodos femeninos. ⁽²⁵⁾

En cuanto a la escolaridad, se encontró que a mayor grado de estudio, mayor es el conocimiento y el uso de algún método anticonceptivo, resultado igual al encontrado en un estudio realizado en Chile, donde reportan que las mujeres adolescentes que tienen perspectiva de alcanzar un grado académico mayor, se preocupan por utilizar algún método por mayor tiempo. ⁽²¹⁾

La religión no influye considerablemente en el uso, ni en el conocimiento. Sería interesante investigar si se debe a que no se encuentran tan arraigadas las ideas contra la anticoncepción en los religiosos del lugar.

En lo referente a cuales métodos utilizan, se encontró que el primer lugar lo ocupa, la OTB, en segundo lugar, los hormonales inyectables y en tercer lugar las pastillas. Si se compara con el estudio que realiza el Consejo Nacional de Población de México, hay coincidencia en el primer lugar y el tercero, ya que éste reporta como segunda opción a los métodos naturales, que en este estudio se encontró en el último lugar. ⁽²⁵⁾

Si se comparan los resultados obtenidos, en cuanto al tipo de método utilizado, con lo que reporta la Encuesta Nacional de 1997 realizada en el Estado de Durango, éstos coinciden en el método de primera elección que es la OTB, sin embargo existe diferencia en el método de segunda elección ya que en éste estudio se reportó el hormonal inyectable mensual y en el Estado de Durango es el DIU. ⁽²⁷⁾ Un estudio hecho en la Universidad de Veracruz, para el período marzo 2000 a febrero 2003, presenta resultados similares a este caso. ⁽²⁸⁾

Un punto extremo, relacionado con el empleo del método permanente femenino aparece en un estudio realizado a nivel mundial (1990-1997) donde Brasil muestra un porcentaje mayor. ⁽²³⁾

En lo relacionado con la no utilización de los métodos anticonceptivos, se encontró que la edad y el estado civil afecta, ya que a menor edad aumenta el porcentaje de no utilización, esto por ser el grupo de 15 a 19 años el que en mayor porcentaje se encuentran solteros o sin pareja estable, por lo que probablemente, no consideran importante la utilización

de algún método anticonceptivo, y principalmente el sexo femenino.

Sin embargo, continúan presentándose embarazos no deseados en menores de 20 años, lo cual indica que es necesario el conocimiento, uso y cambio de actitud de los adolescentes. Por lo que se considera relevante dar mayor conocimiento sobre las relaciones sexuales (educación sexual) y enfermedades de transmisión sexual, así como trabajar con los padres de familias sobre la importancia de hablar con sus hijos sobre sexualidad y lo beneficioso que sería crear conciencia sobre la responsabilidad de sus actos y las consecuencias de una relación sexual.

Es importante dedicar un espacio a la reflexión acerca del instrumento diseñado y empleado en el estudio, ya que como es obvio está relacionado con los resultados obtenidos y su posible comparación con otros estudios realizados. En las preguntas seis y siete se evalúan las variables culturales que en este estudio sólo se determinó la religión, y ésta como barrera para el uso de los anticonceptivos. Las preguntas ocho, nueve y diez, evalúan conocimiento; la primera en forma muy general siendo dicotómica, la nueve sirvió para clasificar el grado de conocimiento de acuerdo a lo establecido en este estudio y, por último la diez a través de quien obtuvo este conocimiento.

Las preguntas, once, doce y trece se enfocan a medir el uso: la primera en forma general quienes lo utilizan, la doce que tipo de métodos utilizan y la trece quién se lo recomendó. En estudios de investigación encontrados que evalúan conocimiento, éstos se enfocan al número de métodos que dijeron conocer y los informes sólo especifican si los conoce o no.

Quizás una insuficiencia del estudio sea no haber valorado las costumbres culturales, como serían las opiniones sobre el tema en el grupo de población estudiado. Sería interesante también realizar preguntas a población masculina en relación a cuántos hijos desearían tener e investigar los factores que influyen.

Los conocimientos que tienen sobre métodos anticonceptivos, los adquieren en la escuela, con sus amigos, y por los medios de comunicación, por lo que se evidencia la existencia de un vacío que las instituciones de educación y salud deben asumir de manera conjunta, para lograr involucrar también a la familia, por la gran importancia que tiene en el bienestar de la sociedad.

CONCLUSIONES.

- ❖ La población de 15 a 19 años resultó mayoritaria, y debe ser el principal grupo meta de las estrategias sobre educación sexual y riesgos de un embarazo, ya que son los más vulnerables por estar en la etapa de la adolescencia.

- ❖ Más de la mitad de las personas estudiadas tienen un alto grado de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, a pesar de que no existe un comportamiento consecuente con ello, por lo que es necesario trabajar en función de lograr que la información que se ofrece tenga una respuesta favorable en el uso.

- ❖ Al momento de la investigación, casi tres cuartas partes de los estudiados refirieron estar usando algún método anticonceptivo para regular su fecundidad mostrando preferencia por los métodos permanentes, fundamentalmente por la OTB. Ello requiere que las instituciones sanitarias ofrezcan los servicios necesarios para garantizar la adecuada relación entre la oferta y la demanda

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Palma Y, Rivera G. La Planificación Familiar en México. Sexualidad y Salud Reproductiva en México. 2000; (Mujer):153-77.
- 2.- Abing J, Bater I, Zarate A. Comunicación sobre planificación familiar. Family Planning 2002. Disponible en <http://www.int/reproductive-health/publications/sp>, fecha de acceso, 08 / 12 / 2005
- 3.- Da Vanzo J, Adanson DM, Castro Martín T. La planificación familiar en los países en desarrollo. Population Matters 2000; Documento Temático (1): 1-7.
- 4.- Pinson G. Grupo de trabajo del Instituto Nacional de Estudios Demográficos Francés. La Tierra esta habitada por casi 6,500 millones de personas. Población y Sociedad. 2005; Edición especial (julio-agosto):1-3
- 5.- Grupo de trabajo del Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática de México. Información estadística: del conteo de población y vivienda 2005. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/est/default>, fecha de acceso 04/ 12 /2005
- 6.- Valenzuela S. Aspectos Antropológicos y Bioéticos a considerar en la planificación familiar. Fa. Medicina U. de Chile 2004; mayo(1):1-15.
- 7.- Quintanilla R. M, Díaz S, Ruiz M. El derecho a la libre decisión en salud reproductiva. Primera edición. México: Dirección General de Salud Reproductiva; 2002.
- 8.- Vega AM. Los derechos reproductivos y sus interpretaciones. Disponible en, <http://www.aceprensa.com>, fecha de acceso 17 /12/ 2004,
- 9.- Quintanilla R. M.D.L.Díaz S. V.Ruiz M. C. Introducción a los métodos Anticonceptivos. Segunda edición. México: Edamex population; 2002.
- 10.- Pérez Palacios G. Norma Oficial Mexicana 005 – SSA – 2 – 1993, De los servicios de Planificación Familiar. Diario Oficial de la Federación 2004; (enero).
- 11.- Quintanilla Rodríguez M, Santos Preciado JI, Tokunaga Bravo M, Vázquez Gutiérrez M, Villa González M. Programa de acción de salud reproductiva. 1ª. Ed. México, D.F: ISBN 970-721047-8; 2002.
- 12.- Sanyo S. Molina R. Historia de la Anticoncepción. Manual en línea del Centro Latinoamericano de salud y mujer. 2005. Disponible en, <http://www.celsam.org/home/manual.asp?cve-manual=7>, fecha de acceso, 09/12/2005.
- 13.- Licea de Arenas J, Arenas M, Valles J. La píldora anticonceptiva en América latina y el Caribe. Estudio bibliométrico. Anales de documentación. 2002;214(5):21.
- 14.- Castro W, Kirshbaum J, Dahquist K. Análisis sobre métodos anticonceptivos: DIU, implantes y anticonceptivos orales. Outlook 2004;21(1):37-42.
- 15.- Ross J, Hardee K, Mumford E. Opciones de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo. Perspectivas internacionales en planificación familiar. 2002;especial(1):20-28.
- 16.- Suthipongse W, Taneepanichskul S. Estudio abierto, aleatorizado y comparativo de anticonceptivos orales entre medicamentos que contienen 3mg de drospirenona/30ug de etinilestradiol y 150ug de levonorgestrel/30ug de etinilestradiol en mujeres Tailandesas. Sociedad iberoamericana de información científica. 2004;(69):23-26.
- 17.- Hardee K. Observaciones acerca de la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer. Network en español. 1996;(16):2.
- 18.- León F, Roca S, Ríos A. La Consejería Balanceada aumenta la calidad de la atención y el conocimiento de las mujeres sobre anticonceptivos. Population Council 2000. Disponible en, <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR.final> Reports/Perú CPIpdf, fecha de acceso 2 /12/ 2005.
- 19.- Santin Vilariño C, TorricoLinares E, López López Mª. J, Revilla Delgado C. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. Anales de psicología. 2003;19(1):81-90.
- 20.- Burgos L. El uso adecuado de métodos anticonceptivos favorece la fertilidad. Génesis 2005. Disponible en, [http://www. Genesisfertilidad.com](http://www.Genesisfertilidad.com), fecha de acceso 4/09/2005.
- 21.- Mosqueira J, Matus J. Conocimiento, actitudes y practicas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Universidad del Valle, Cali 2003;34(4): 2-5.
- 22.- González E, Caba F, Molina T, Sandoval J, Meneses R. factores personales asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres solteras sexualmente activas. CEMERA. 2003. Disponible en, <http://www.cemera.uchile.cl/sogia> / docs /2003/x2factores. doc, fecha de acceso 25/07/2005.
- 23.- Vera M, Gardner R, Rutstern D. El Uso de anticonceptivos por los hombres. Population Reports. 2003;XXXI(2): 17.
- 24.- Vera M, Gardner R, Rutstern D. Conocimiento y disponibilidad de la anticoncepción. Population Reports Home. 2003;XXXI(2)17.
- 25.- Prendes Labrada M, Aparicio Arias Z, Guilbert Reyes W, Lescay Megret O. Participación de los hombres en la planificación familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001;17(3):216-21.
- 26.- Zúñiga E Zubieta B. Cuadernos de la salud Reproductiva Tabasco. 1ª. Ed. México: ISBN; 2001.
- 27.- Zúñiga E, Zubieta B, Araya C, Delgado D. Cuadernos de salud reproductiva Yucatán. 1ª Ed. México: ISBN;2001.
- 28.- Zúñiga E, Zubieta B, Araya C, Delgado D. Cuadernos de salud reproductiva Durango. 1ª Ed. México: ISBN;2001.
- 29.- Coronel Pérez P, Coronel Brizio P, Mendoza Camacho L. Prevalencia del uso de anticonceptivos en Xalapa. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2003;3(2):3-8.
- 30.- Timothy Williams TW, Sehutt- Aine J, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de

planificación familiar a través de encuesta de satisfacción del cliente. family planning perspectivas 2001; (Numero especial): 1-21.

31.- Sujo M. Estudio de métodos de planificación familiar en el distrito Mkushi. Zambia. Revista

Científica EEEVLKZAUHOXSMI 1999. Disponible en

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEVlkZpIzauhOxSmi.php>, fecha de acceso 06/01 / 2006.

TABLAS

Tabla I
Distribución de la población según grupos de edad y sexo.

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 19	10	21.7	11	21.2	21	21.4
20 – 24	9	19.6	10	19.2	19	19.4
25 – 29	8	17.4	9	17.3	17	17.3
30 – 34	7	15.2	8	15.4	15	15.3
35 – 39	6	13.0	7	13.5	13	13.3
40 – 44	6	13.0	7	13.5	13	13.3
Total	46	100.0	52	100.0	98	100.0

Tabla II
Distribución de la población según estado civil.

Estado civil	No.	%
Casado(a)	46	46.9
Soltero(a)	31	31.6
Unión libre	21	21.4
Total	98	100.0

Tabla III
Distribución de la población según escolaridad.

Escolaridad	No.	%
Analfabeta	2	2.0
Primaria	19	19.4
Secundaria	31	31.6
Técnico o bachillerato	33	33.7
Profesionista	13	13.3
Total	98	100.0

Tabla IV
Distribución de la población según ocupación y sexo.

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Labores del hogar.	0	0.0	36	69.2	36	36.7
Empleado.	21	45.7	11	21.2	32	32.7
Estudiante.	11	23.9	2	3.8	13	13.3
Profesionista.	7	15.2	3	5.8	10	10.2
Agricultura.	4	8.7	0	0.0	4	4.1
Comerciante.	3	6.5	0	0.0	3	3.1
Total.	46	100.0	52	100.0	98	100.0

Tabla V
Distribución de la población según religión.

Religión	No.	%
Católica	68	69.4
Presbiteriana	11	11.2
Adventista	9	9.2
Pentecostés	3	3.1
Testigo de Jehová	2	2.0
Ninguna	5	5.1
Total	98	100.0

Tabla VI
Distribución de la población según edad
y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Grupos de edades (años)	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
15 - 19	1	4.8	8	38.1	12	57.1	21
20 - 24	0	0.0	7	36.8	12	63.2	19
25 - 29	0	0.0	7	41.2	10	58.8	17
30 - 34	1	6.6	5	35.6	9	57.8	15
35 - 39	0	0.0	5	38.5	8	61.5	13
40 - 44	0	0.0	3	23.0	10	77.0	13
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla VII
Distribución de la población según sexo y nivel de conocimiento.

Sexo	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Masculino	0	0.0	13	28.2	33	71.8	46
Femenino	2	3.8	22	42.3	28	53.9	52
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla VIII
Distribución de la población según estado civil y nivel de conocimiento.

Estado civil	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Casado(a)	0	0.0	14	30.4	32	69.6	46
Soltero(a)	2	6.5	12	38.7	17	54.8	31
Unión libre	0	0.0	9	42.9	12	57.1	21
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla IX
Distribución de la población según escolaridad y nivel de conocimiento.

Escolaridad	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Analfabeta	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2
Primaria	2	10.5	9	47.4	8	42.1	19
Secundaria	0	0.0	17	54.8	14	45.2	31
Técnico o bachillerato	0	0.0	7	21.2	26	78.8	33
Profesionista	0	0.0	0	0.0	13	100.0	13
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla X
Distribución de la población según ocupación y nivel de conocimiento.

Ocupación	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Labores del hogar	2	5.5	20	55.6	14	38.9	36
Empleado	0	0.0	9	28.1	23	71.9	32
Estudiante	0	0.0	4	30.8	9	69.2	13
Profesionista	0	0.0	0	0.0	10	100.0	10
Agricultor	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4
Comerciante	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla XI
Distribución de la población según tipo de religión y nivel de conocimiento.

Religión	Nivel de conocimiento						Total
	Bajo		Medio		Alto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Católica	2	3.0	19	27.9	47	69.1	68
Presbiteriana	0	0.0	5	45.5	6	54.5	11
Adventista	0	0.0	6	66.7	3	33.3	9
Ninguna	0	0.0	3	60.0	2	40.0	5
Pentecostés	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3
Testigo de Jehová	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2
Total	2	2.0	35	35.8	61	62.2	98

Tabla XII
Distribución de la población según tipo de métodos anticonceptivos que usan.

Método anticonceptivo	No.	%
Ninguno	33	33.7
Obstrucción tubaria bilateral	23	23.5
Hormonales combinados mensuales (inyectables)	17	17.3
Hormonales orales (tabletas)	9	9.2
Condón	8	8.2
Dispositivo intrauterino	6	6.1
Naturales	2	2.0
Total	98	100.0

Tabla XIII
Distribución de la población que usa anticonceptivos según edad
y tipo de método.

Grupos de edades (años)	Tipo de método												Total
	OTB		Inyectables		Tabletas		Condón		DIU		Naturales		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
15 - 19	0	0.0	4	44.4	2	22.2	3	33.3	0	0.0	0	0.0	9
20 - 24	1	7.7	3	23.1	5	38.5	2	15.4	1	7.7	1	7.7	13
25 - 29	2	20.0	2	20.0	1	10.0	2	20.0	2	20.0	1	10.0	10
30 - 34	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8
35 - 39	6	50.0	2	16.7	2	16.7	1	8.3	1	8.3	0	0.0	12
40 - 44	9	69.2	2	15.4	0	0.0	0	0.0	2	15.4	0	0.0	13
Total	23	35.4	16	24.6	10	15.4	8	12.3	6	9.2	2	3.1	65

Tabla XIV
Distribución, de la población según grupo de edad y uso de anticonceptivo.

Grupos de edades (años)	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
15 - 19	9	42.9	12	57.1	21
20 - 24	13	68.4	6	31.6	19
25 - 29	10	58.8	7	41.2	17
30 - 34	8	53.3	7	46.7	15
35 - 39	12	92.3	1	7.7	13
40 - 44	13	100.0	0	0.0	13
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XV
Distribución de la población según sexo y uso de anticonceptivos.

Sexo	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Masculino	31	67.4	15	32.6	46
Femenino	34	65.4	18	34.6	52
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XVI
Distribución de la población según estado civil y uso de anticonceptivos.

Estado civil	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Casado(a)	39	84.8	7	15.2	46
Soltero(a)	10	32.3	21	67.7	31
Unión libre	16	76.2	5	23.8	21
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XVII
Distribución de la población según escolaridad y uso de anticonceptivos.

Escolaridad	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Técnico o bachillerato	21	63.6	12	36.4	33
Secundaria	19	61.3	12	38.7	31
Primaria	13	68.4	6	31.6	19
Profesionista	10	76.9	3	23.1	13
Analfabeta	2	100.0	0	0.0	2
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XVIII
Distribución de la población según ocupación y uso de anticonceptivos.

Ocupación	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Labores del hogar	27	75.0	9	25.0	36
Empleado	19	59.4	13	40.6	32
Estudiante	5	38.5	8	61.5	13
Profesionista	9	90.0	1	10.0	10
Agricultor	4	100.0	0	0.0	4
Comerciante	1	33.3	2	66.7	3
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XIX
Distribución de la población según religión y uso de anticonceptivos.

Religión	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Católica	45	66.2	23	33.8	68
Presbiteriano	8	72.7	3	27.3	11
Adventista	5	55.6	4	44.4	9
Ninguna	4	80.0	1	20.0	5
Pentecostés	1	33.3	2	66.7	3
Testigo de Jehová	2	100.0	0	0.0	2
Total	65	66.3	33	33.7	98

Tabla XX
Distribución de la población según barrera religiosa y uso de anticonceptivos.

Barrera religiosa	Uso de anticonceptivo				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	2	66.7	1	33.3	3	3.1
No	63	66.3	32	33.7	95	96.9
Total	65	66.3	33	33.7	98	100.0

Tabla XXI
Distribución de la población según nivel de conocimiento y uso de anticonceptivo.

Nivel de conocimiento	Uso de anticonceptivo				Total
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
Bajo	0	0	2	2.0	2
Medio	20	20.4	15	15.3	35
Alto	45	45.9	16	16.4	61
Total	65	66.3	33	33.7	98