



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS.

“FRANCISCO GARCÍA SALINAS”

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD.  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ESPECIALIDAD EN SALUD  
PÚBLICA.

FACTORES QUE DETERMINAN EL RECHAZO A LA ANTICONCEPCIÓN  
POSTEVENTO OBSTÉTRICO EN MUJERES DEL HOSPITAL DE LA MUJER  
ZACATECANA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

ROSBEL VÁZQUEZ CASTRO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. DELLANIRA RUÍZ DE CHÁVEZ RAMÍREZ.

ASESORES:

M. EN C. PASCUAL GERARDO GARCÍA ZAMORA.

M. EN C. CRISTINA ALMEIDA PERALES

ZACATECAS, ZAC., FEBRERO 2016.

## TABLA DE CONTENIDOS

I.- Introducción	4
II.- Antecedentes	6
Internacionales	6
Nacionales	11
Locales	13
III.- Marco Teórico	15
Salud sexual reproductiva	15
Sexualidad	17
Planificación Familiar	23
Anticoncepción	25
Salud materna	30
Teorías aplicadas a la conducta anticonceptiva	31
IV.- Planteamiento del Problema	36
Pregunta de Investigación	38
V.- Justificación	39
VI.- Objetivos	42
VII.- Hipótesis	43
VIII.- Materiales y Métodos	44
IX.- Resultados	48
X.- Discusión y Análisis	62
XI.- Conclusiones	66
XII.- Recomendaciones	68
XIII.- Bibliografía	70
XIV.- Anexos	76

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Grupos de Edad	49
Tabla 2 Área de residencia de las mujeres entrevistadas	49
Tabla 3 Estado civil por grupo de edad	50
Tabla 4 Años de escuela cursados por las participantes	51
Tabla 5 Ocupación y residencia de las mujeres participantes	51
Tabla 6 Conocimientos previos sobre anticonceptivos y métodos utilizados	52
Tabla 7 Religión de las participantes y su influencia en el rechazo a anticonceptivos	52
Tabla 8 Número de embarazos y de hijos vivos por mujer	53
Tabla 9 Nivel Socioeconómico de las mujeres	53
Tabla 10 Riesgo reproductivo	54
Tabla 11 Apoyo en salud reproductiva	54
Figura 1 Relación de los conocimientos previos y los motivos de no aceptación de la Anticoncepción pos evento obstétrico (APEO)	55
Figura 2 Relación de las causas de no aceptación de APEO y la influencia religiosa	56
Figura 3 Relación del nivel socioeconómico y las causas de no aceptación de APEO	57
Figura 4 Relación del área de residencia y las causas de no aceptación de APEO	58
Figura 5 Relación del apoyo de la pareja con las causas de no aceptación de APEO	59
Figura 6 Métodos anticonceptivos usados por edad de inicio de vida sexual	60
Figura 7 Relación del uso previo de anticonceptivos con la no aceptación de APEO	61
Figura 8 Relación del uso previo de anticonceptivos y la influencia religiosa para el rechazo de APEO	61

## INTRODUCCIÓN

En el mundo globalizado actual, donde la brecha que separa a los ricos de los pobres es cada vez mayor, hay que priorizar las acciones en salud para beneficiar a la mayor cantidad de personas posibles con recursos que cada vez son más insuficientes. De tal manera que las acciones tendientes a la prevención toman, cada vez más, un papel fundamental en mejorar la salud de la población y en este contexto la anticoncepción es uno de los pilares para lograr abatir la mortalidad materna y los embarazos no deseados.

Sin embargo la planificación familiar no ha tenido el impacto esperado, especialmente en lo concerniente a Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO), lo cual se ha atribuido a dos aspectos, el primero de ellos consiste en las fallas existentes en las instituciones como el desabasto de métodos, la falta de personal y unidades de salud, etc; el segundo involucra causas inherentes a la propia mujer y su contexto sociocultural y económico, tales como el rechazo del hombre a la planificación, la influencia de las creencias, así como la desinformación sobre las ventajas y desventajas de los diferentes métodos.

En la actualidad la planificación familiar se difunde en los medios de comunicación, está contemplada en los programas de instrucción primaria y las instituciones de salud la incluyen entre los programas prioritarios; sin embargo tradicionalmente se ha centrado en la mujer y poco se enfatiza en la paternidad responsable y el papel del hombre en la salud reproductiva. Esto último resulta importante puesto que cualquier individuo basa sus decisiones en salud no sólo en los conocimientos previos que tenga sobre un tema en específico, sino que se ve influido en gran medida por la postura de las personas que para él son importantes. De tal manera que la influencia de su pareja, familiares y grupo social puede determinar que una mujer decida no utilizar APEO a pesar de tener información al respecto y saber que pueden traerle potenciales beneficios, tanto en su salud como en la de sus hijos.

Las consecuencias son que la aceptación de APEO es baja con respecto a un supuesto ideal, y esto conlleva a que más mujeres estén en riesgo de embarazos no deseados y por ende a sufrir complicaciones propias del mismo y el mayor riesgo de morir. También se le dificulta más a las instituciones el poder otorgar los métodos y pone de manifiesto fallas en las estrategias tendientes a concientizar a las embarazadas y sus parejas sobre la importancia de la salud reproductiva y los medios disponibles para lograrla.

El propósito del presente estudio es determinar los factores que obstaculizan la aceptación de APEO, con la finalidad de plantear modificaciones a las estrategias de orientación-consejería que

optimicen recursos y resultados, para posteriormente hacerlas extensivas a las unidades de primer nivel de atención, que es donde se lleva el control prenatal y donde tienen mayor impacto estas estrategias, para ello se aplicó un cuestionario a las mujeres atendidas de parto, legrado o cesárea.

Los resultados revelaron que las mujeres basan sus decisiones principalmente en la postura que su pareja tiene al respecto de la anticoncepción, puesto que mientras menos apoyo tiene una mujer al respecto, es mayor la probabilidad de que rechace el uso de APEO. No se trata tan sólo de que la pareja manifieste su desaprobación hacia los métodos anticonceptivos, sino que basta con que el hombre se muestre renuente hacia ellos y deje la responsabilidad de decidir a la mujer, esta situación hace que la mujer ponga en juego una serie de planteamientos mentales en los que basa su decisión sopesando lo que ella cree que es bueno para ella y lo que piensa que los demás esperan que ella haga.

## ANTECEDENTES

### 1. Internacionales

El censo del 2002 en el Reino Unido mostró que tres cuartas partes de la población reportó seguir una religión, lo cual es una poderosa influencia sobre las actitudes sexuales. El catolicismo está de acuerdo con la planeación responsable del número de hijos, pero no acepta las medidas artificiales, dándole gran auge en los últimos veinte años a los métodos naturales de planeación familiar, que si bien son efectivos, requieren una gran motivación e instructores entrenados. En el islam están prohibidas las relaciones sexuales premaritales, los hijos deben tenerse en una relación legítima y la anticoncepción se juzga permisible en ciertas circunstancias, como espaciar el nacimiento de los hijos, cuando el embarazo es malo para la salud física o mental de la madre y por razones personales que la consciencia dicte. Los métodos permitidos son: el coito interrumpido, el condón, los hormonales orales y el Dispositivo Intrauterino (DIU), está también aprobada la esterilización femenina pero no la masculina.

El budismo permite todos los métodos que previenen la fertilización pero la anticoncepción de emergencia es inaceptable, aunque está abierto a la interpretación y actitudes personales. La ley judía prohíbe categóricamente el uso de anticonceptivos al hombre; en la mujer está permitido el uso de hormonales orales dado que no interfieren con el coito y el semen no se destruye directamente. Sin embargo, la interpretación personal de las leyes de las diferentes religiones puede ser muy variada, desde lo liberal hasta lo más estricto tradicional.<sup>1</sup>

En Estados Unidos, el año 2002 se llevó a cabo una revisión en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Drexel y la Universidad de Pennsylvania para comparar la contribución de los síntomas depresivos y el pobre uso de métodos anticonceptivos en el primer año postparto con el riesgo incrementado de repetición de embarazos no deseados en personas con bajo nivel educativo. Se estudió a una cohorte de 643 mujeres de 19 años o más, sexualmente activas, que hubieran cursado 12 o menos años de escuela. Se observó que la baja escolaridad y la baja efectividad

---

<sup>1</sup> THE FAMILY PLANNING ASSOCIATION, «Sexual Health Direct: Religion contraception and abortion», The *Family Planning Association*, London UK, 2004. Disponible en [http://the\\_family\\_plann\\_assoc/sexual\\_health/religion/uk](http://the_family_plann_assoc/sexual_health/religion/uk). Consultado 20 diciembre 2012.

anticonceptiva se asociaron con embarazo no deseado; la baja escolaridad también se relacionó con alta paridad y con el no uso de contraceptivos posteriores al embarazo, pero no se encontró relación con la depresión.<sup>2</sup>

El departamento de epidemiología de la Universidad Emory aplicó una encuesta para conocer el uso y discontinuación de contraceptivos, la historia anticonceptiva, iniciación y elección de métodos. El estudio se realizó en una clínica suburbana de medicina familiar en el área de Atlanta, de mayo a noviembre de 2004. Se incluyeron 413 mujeres, la mayoría entre 26 y 35 años de edad, en las cuales se encontró que el método más popular fueron los hormonales orales en un 39.6 por ciento, seguido del condón masculino con 21.4 por ciento y la oclusión tubaria en un 7.6 por ciento. El 22.7 por ciento de la mujeres que abandonaron el uso de hormonales orales lo hicieron porque no tenían relaciones sexuales, 14.1 por ciento por deseo de embarazo y 63 por ciento lo hicieron por otras causas como decisión de esterilización, depresión, cefalea y cinco pacientes quedaron embarazadas utilizando el método. Para el abandono del condón se manifestaron razones como no tener sexo, deseo de embarazo, interferencia con su vida sexual, irritación vaginal y alergia al látex.<sup>3</sup>

En el año 2006 se llevó a cabo una encuesta nacional en Estados Unidos, para conocer la opinión de la gente acerca de la educación sexual en las escuelas. La cual se aplicó a una muestra de la población mayor de 18 años mediante llamadas telefónicas a números aleatorios y se incluyeron los datos obtenidos de julio del 2005 a enero del 2006. El 46 por ciento de la muestra fueron hombres adultos con una edad media de 46.8 años. La mayoría (51 por ciento) manifestaron estar en desacuerdo con la creencia de que los programas que toman sólo la abstinencia fueran efectivos para prevenir los embarazos no deseados; el 80.4 por ciento opinaron que la abstinencia aunada a cualquier otro método sí es efectiva; el 68 por ciento manifestó estar de acuerdo sobre la instrucción del uso del condón y el 57 por ciento estuvo en desacuerdo en que esto incite a los jóvenes a tener sexo. Por lo tanto quedó manifiesto que la enseñanza de la abstinencia como único método no corresponde a la expectativa de la población.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> BENNETT Ian M., CULHANE Jennifer, F., MCCOLLUM Kelly F., «Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: Any role for depression and contraceptive use?», *Am Jour Obstet and Gynecol*, Number 194, USA, 2006, pp 749—754.

<sup>3</sup> BRUNNER Huber L R, HOGUE C J, STEIN A D., «Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study», *Am Jour Obstet and Gynecol*, Number 194, USA, 2006, pp 1290—1295.

<sup>4</sup> BLEAKLEY A, HENNESSY M., «Public Opinion on Sex Education in US Schools», *Arch Pediatr Adolesc Med*, Number 160, USA, 2006, pp 1151—1155.

Lindstrom DP en el 2006 realizó un estudio en Guatemala, para determinar si los conocimientos sobre anticonceptivos modernos en la población rural son diferente al de los mismos individuos viviendo en áreas urbanas. Se trata de un análisis multivariado con 971 hombres y mujeres casados que respondieron la Encuesta Guatemalteca de Migración y Salud Reproductiva en 1999. El conocimiento sobre anticonceptivos se relacionó positivamente con los años de vivir en las zonas urbanas; los emigrantes mayas en la ciudad de Guatemala no acumularon el mismo conocimiento sobre anticonceptivos en relación a los no mayas, probablemente debido a las barreras culturales y lingüísticas para obtener el conocimiento y el acceso a los anticonceptivos.<sup>5</sup>

Con la finalidad de conocer las actitudes y creencias de las madres adolescentes, que influyen sobre el uso y no uso de anticonceptivos antes y después del parto, Lemay en el 2006 condujo un estudio descriptivo en Massachusetts. Dentro de las causas para no uso de anticonceptivos antes del embarazo se mencionó: el sexo no planeado, no considerar las consecuencias del sexo no protegido y esperar el embarazo. Las barreras que las participantes manifestaron para la obtención de los métodos anticonceptivos incluyeron: vergüenza para discutir el tema, la confidencialidad, la imposibilidad para conseguirlos sin el conocimiento de los padres y pocos conocimientos acerca de los métodos.<sup>6</sup>

En el año 2007, Kramer MR utilizó los datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar del 2002 para explorar el impacto de la religiosidad sobre los embarazos no deseados y encontró que aproximadamente 32.7 millones de mujeres están en riesgo de un embarazo no deseado, de las cuales un 14 por ciento no utiliza algún método anticonceptivo y de éstas el 15.5 por ciento son católicas, 10.3 por ciento protestantes y 15 por ciento fundamentalistas. Sin embargo esto fue significativo en adolescentes y no en mujeres de 20 a 44 años.<sup>7</sup>

En Bangladesh, en el año 2007 Silverman et al, realizaron un estudio con la finalidad de estimar la prevalencia de violencia sexual y física, así como su asociación con embarazo no deseado y aborto espontáneo, aborto inducido y muerte fetal. Se estudiaron 2677 mujeres casadas de 13 a 40 años de

---

<sup>5</sup> LINDSTROM David P, HERRERA Coralia. «Internal migration and contraceptive knowledge and use in Guatemala», *Int Fam Plan Perspect*, Volume 32, Number 6, USA, 2006, pp 146—153.

<sup>6</sup> LEMAY C A, CASHMAN S B, ELFENBEIN D S., «Adolescent mother's attitudes toward contraceptive use before and after pregnancy», *J Pediat Adolesc Gyneco*, Volume 20, Number 4, USA, 2007, pp 233—40.

<sup>7</sup> KRAMER M R, ROWLAND Hogue C J., «Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: what's religion got to do with it?», *Ann Epidemiol*, Volume 17, Number 5, USA, 2007, pp 327—34.

edad mediante análisis de regresión logística bivariado y multivariado. Encontraron que el 75.6 por ciento de las mujeres en Bangladesh son víctimas de violencia y los principales factores de riesgo son la pobreza, el bajo nivel de escolaridad y la religión musulmana, estas mujeres fue más probable que presentaran embarazo no deseado con un OR de 1.46 y pérdida de la gestación con un OR de 1.54, aunque el riesgo de aborto fue más alto con un OR de 1.81.<sup>8</sup>

En el año 2007, Lete et al, llevaron a cabo un estudio en España con el objetivo de conocer el uso y tipo de anticonceptivos por la mujeres de 40 a 50 años para determinar la proporción de estas mujeres que están en riesgo de embarazos no deseados. Se incluyeron 2000 mujeres seleccionadas usando el método probabilístico estratificado. 1039 mujeres (52 por ciento) eran usuarias de algún método anticonceptivo al momento del estudio, de los cuales la esterilización fue el método más común en el 33.8 por ciento. El 85 por ciento de las mujeres eran sexualmente activas y se estimó que el 31.8 por ciento de las mujeres de este grupo de edad están en riesgo de embarazos no deseados.<sup>9</sup>

López de la Cruz realizó un estudio en dos cantones rurales en la república de Guatemala, entrevistando a mujeres en el periodo del 2006 al 2007, tratando de determinar la incidencia de embarazos no deseados y sus consecuencias. Se estudiaron 147 casos de embarazos no deseados, de los cuales el 65.3 por ciento correspondieron a mujeres menores de diecinueve años, el 87.8 por ciento de esos embarazos culminaron con el nacimiento de hijos no deseados, el 11.6 por ciento se trataron de aborto provocado, y de estos sólo el 23.5 por ciento fueron atendidos por médico calificados, el restante 76.4 por ciento fueron provocados por brebajes. El 35.3 por ciento presentaron complicaciones médicas durante la gestación. En cuanto a las dos principales causas por las que las mujeres consideraron los embarazos como no deseados fueron la edad insuficiente y el deseo de culminar los estudios, en una proporción de 32.7 y 23.1 por ciento respectivamente.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> SILVERMAN J G, GRUPTA J, DECKER M R, et al., «Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women», *BJOG and International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Volume 114, Number 10, London UK, pp 1246—1252.

<sup>9</sup> LETE I, BERMEJO R, PARRILLA J J, et al., «Use of contraceptive methods and risk of unwanted pregnancy in Spain women aged 40-50 years: results of a survey conducted in Spain», *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, Volume 12, Number 1, 2007, pp 46—50.

<sup>10</sup> LÓPEZ de la Cruz Yoandy, «El arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas», *Rev Cubana Obstet Ginecol*, Volumen 36, Número 2, Cuba, pp 13—20.

Una encuesta realizada por Diana Galimberti en América Latina, en un periodo de 5 años, del 2003 al 2008, reveló que 62 por ciento de las mujeres de entre quince y diecinueve años en la región no usan ningún método anticonceptivo, lo que pone de manifiesto que muchas jóvenes no adoptan medidas para evitar los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual (ETS). Esta encuesta fue llevada a cabo con 4,720 mujeres de entre 15 y 45 años. Los resultados mostraron que el 32 por ciento de todas las mujeres entrevistadas no usan métodos anticonceptivos y esta cifra se duplica si se toma en cuenta sólo a las mujeres de entre quince y diecinueve años.<sup>11</sup>

Barden-O'Fallon *et al.*, estudiaron la asociación entre la discontinuación de los anticonceptivos y las intenciones de embarazo en Guatemala, en el año 2008. Para ello se basaron en los datos del Censo Nacional de Salud Materna e Infantil del 2002 y se incluyeron mujeres con embarazos no deseados en los tres años previos al estudio, que hayan utilizado anticonceptivos en los doce meses previos al embarazo y se investigó la causa de haber dejado de usarlos. Se encontró que uno de cada seis embarazos no deseados ocurrió como consecuencia de haber dejado el método anticonceptivo por razones diferentes a la búsqueda del embarazo, tales como efectos colaterales o motivos de salud.<sup>12</sup>

En Paraguay, en el año 2013, María Mercedes Melian realizó un estudio con la finalidad de describir las intenciones reproductivas de las mujeres paraguayas entre 1995 y 2008 para poder determinar los factores asociados con los embarazos no deseados, estos datos fueron obtenidos de los censos nacionales de demografía y salud reproductiva de 1995, 2004 y 2008. Ella encontró que en el año 2008 el 33.3 por ciento de los embarazos no fueron planeados, a pesar de que aumentó el uso de anticonceptivos de 53.5 a 79.4 por ciento. En ese periodo de tiempo disminuyó el porcentaje de mujeres con tres a cinco años de estudio de 24.8 a 10.3 por ciento, y las que cursaron secundaria o algún año de universidad se incrementaron de 16.9 a 39.1 por ciento. El residir en áreas urbanas se relacionó inversamente con los embarazos no deseados y hubo una relación entre el no estar casada o unida a una pareja estable, con considerar el último embarazo como no deseado.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> NAVAS ME. «Pocas jóvenes usan anticonceptivos». London UK, Disponible en: [http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/science/newsid\\_7300007/7300494.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/science/newsid_7300007/7300494.stm) Consultado 20 diciembre 2008

<sup>12</sup> BARDEN-O'FALLON Janine L, SPEIZER Ilene S, WHITE Justin S, «Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala», *Rev Panam Salud Publica*, Volumen 23, Número 6, pp 410—416.

<sup>13</sup> MELIAN María Mercedes, «Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay 1995-2008», *Rev Panam Salud Publica*, Volumen 33, Número 4, pp 244—250.

## 2. Nacionales

En el 2002, Nuñez RM. *et al.*, realizaron un estudio transversal para describir la proporción de embarazos no deseados en adolescentes, y su asociación con características demográficas y la utilización de anticonceptivos posparto, en el cual se incluyeron 220 mujeres entre trece y diecinueve años de edad en el estado de Morelos, y se encontró que un 17 por ciento del total de embarazos se presentaron en adolescentes; de éstos, el 22.73 por ciento fueron no deseados y se evidenció su relación con no tener seguridad social. El embarazo no deseado se encontró más frecuente en las comunidades rurales, un 91.3 por ciento manifestó tener conocimiento de los anticonceptivos orales, el 84.72 por ciento del DIU, el 63.68 por ciento el condón, pero sólo el 35 por ciento de ellas utilizaba alguno de estos. Asimismo, luego de seis semanas posparto el 59.54 por ciento no utilizaba ningún método.<sup>14</sup>

En León, Guanajuato, en el 2003, se llevó a cabo un estudio prospectivo con 1025 mujeres para identificar las razones de aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el posparto. Se incluyeron 1025 pacientes, de las cuales 513 (50 por ciento) aceptaron un método y 512 (50 por ciento) no lo hicieron. El 17 por ciento de las que aceptaron, manifestaron que se debía a que ya no querían tener más hijos. El 67.7 por ciento de los métodos aceptados fue el DIU y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) en un 28.5 por ciento. La principal causa para no aceptar un método fue la negativa de la pareja en un 33.2 por ciento y la postergación para luego del puerperio 31.8 por ciento.<sup>15</sup>

Navarro C. *et al.*, en el 2005 realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar las causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes; en éste se incluyeron a las mujeres que acudieron a atención obstétrica al Hospital General de Zona No 1 del IMSS en Colima, durante el año 2002; los datos fueron obtenidos mediante entrevista directa y

---

<sup>14</sup> NÚÑEZ Urquiza Rosa M, HERNÁNDEZ Prado Bernardo, GARCÍA Barrios Cecilia, «Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto», *Salud Pública de México*, Volumen 45, Suplemento 1, 2003, México, pp 92—101.

<sup>15</sup> ROMERO Gutiérrez G, GARCÍA Vázquez M G, HUERTA Vargas L F, «Postpartum contraceptive acceptance in León, México: a multivariate analysis», *The Europ Jour Contracep and Reprod Health*, Volumen 8, Number 4, 2003, pp 210—216.

revisión de expedientes. Se incluyó a 261 mujeres, el 61 por ciento en el posparto inmediato, y se encontró que el 32 por ciento no aceptó método. Las causas de no aceptación fueron atribuidas a ellas mismas en el 75 por ciento, a la unidad médica en el 21 por ciento y a indicación médica en el 4 por ciento.<sup>16</sup>

En la región fronteriza de Matamoros y Brownsville se realizó un estudio en el 2005 para estimar la proporción de mujeres con embarazos no planeados, las que usaban algún método anticonceptivo, así como identificar los factores asociados. Se encontró que en el 48 por ciento de los casos, el embarazo actual no fue planeado, al menos la mitad refirió haber utilizado algún método pero generalmente de baja efectividad. De las que no utilizaban método el 34.1 por ciento fueron residentes Mexicanas y se encontró que el uso de anticonceptivos fue menor en las mujeres jóvenes y en las que no se habían graduado de la preparatoria.<sup>17</sup>

César Garcés Fierros, encargado del despacho de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en un comunicado de prensa afirmó que la población de México ascendía a 105.8 millones a mediados de 2007, resultado de 2.11 millones de nacimientos, 493 mil defunciones y un pérdida migratoria internacional de 570 mil personas por año; el ritmo de crecimiento de la población económicamente activa ha superado a la generación de empleos formales; la cantidad de mexicanos radicados en los Estados Unidos asciende a casi doce millones.

Las estrategias para disminuir la mortalidad materna son: que todas las mujeres tengan acceso a contraceptivos para evitar embarazos no deseados y planear la familia, que tengan acceso a la atención del parto por personal debidamente capacitado, y que a todas las mujeres que tengan complicaciones se les garantice el acceso a servicios de alta calidad. La pobreza y las profundas desigualdades entre hombres y mujeres limitan la posibilidad de que las mujeres planifiquen sus embarazos ya que no cuentan con el apoyo de sus parejas ni de sus comunidades.<sup>18</sup>

En la población rural de México la religión influye notablemente en la prácticas contraceptivas. En el 2008 se efectuó un estudio en Degollado, México para describir las diferencias generacionales y

---

<sup>16</sup> NAVARRO Núñez Carlos, ÁLVAREZ González Guadalupe, TENE Pérez Carlos E, «Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes», *Ginecol Obstet Mex*, Volumen 73, 2005, pp 63—68.

<sup>17</sup> ROBLES J L, LEWIS K L, FOLGER S G, «Prior contraceptive use among women who gave birth in the US-México border región, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women's Health», *Prev Chronic Dis*, Volumen 5, Number 4, 2008, pp 128.

<sup>18</sup> GARCÉS Fierros César, «El papel de los hombres en la promoción de la salud materna», tema del Día Mundial de la Población. *SEGOB*. México, DF. 2007.

el contexto social de las mujeres para interpretar las doctrinas religiosas del catolicismo y la toma de decisiones en el ámbito reproductivo. En términos generales las mujeres en el área rural utilizan la religión para justificar su conducta reproductiva y queda manifiesto que la religión influye en la reproducción y el uso de métodos anticonceptivos por lo que se debe poner atención a la interrelación de las instituciones y la cultura de las comunidades rurales.<sup>19</sup>

En un análisis de la información censal, en el 2011 Marta Mier y Terán afirma que la disminución de la fecundidad en México tuvo inicio en la década de los sesenta, época en la que la fecundidad se encontraba en 6.5 hijos por mujer y para 1990 esa tasa se había disminuido a 3.4, este descenso en la fecundidad es atribuible al creciente uso de métodos anticonceptivos, ya que entre las mujeres unidas la proporción de usuarias aumento de 30 por ciento en 1976 a 53 por ciento en 1987 y 73 por ciento para el 2009. Sin embargo en los decenios posteriores no fue tan pronunciado, de tal manera que para el año 2010 la tasa de fecundidad era de 2.3 hijos por mujer.<sup>20</sup>

Greethel Gonzáles realizó un estudio en Xalapa Veracruz en el año 2011, con la finalidad de determinar la influencia demográfica de la religión, se aplicó una encuesta a cien mujeres católicas en las cuales consistentemente se encontraron los sacramentos tales como el bautismo, la primera comunión y el matrimonio, sin embargo este último no fue consistentemente, ya que el matrimonio religioso muchas veces fue un acontecimiento reciente, posterior a la unión libre o a la unión civil. Al momento de la encuesta el 80 por ciento de las mujeres utilizaba algún método de planificación familiar, de los cuales el 36 por ciento correspondió a métodos naturales y el 64 por ciento a métodos artificiales, de éstos últimos la esterilización femenina fue la más utilizada (67 por ciento).<sup>21</sup>

### 3. Locales

En el Hospital de la Mujer Zacatecana, en el año 2007, se registraron 6,392 nacimientos y se atendieron 835 abortos, lo que da un total de 7,227 eventos obstétricos. El promedio mensual fue de

---

<sup>19</sup> HIRSCH JS, «Catholics using contraceptives: religion, family planning, and interpretive agency in rural México», *Study Fam Plann*, Volume 39, Number 2, 2008, pp 93—104.

<sup>20</sup> MIER Terán Martha, «La fecundidad en México en las últimas dos décadas», *Coyuntura demográfica*, Noviembre 2011, México, pp 57—61.

<sup>21</sup> GONZÁLEZ López Greethel., «Las prácticas contraceptivas de las mujeres católicas en Xalapa, Veracruz (México)», *Rev. Sociedad & Equidad*, Número 2, 2011, Chile, pp 86—101.

602 eventos. Del total anual, 1,575 (21.8 por ciento) correspondieron a embarazos en adolescentes, de los cuales 28 (1.8 por ciento) se presentaron en menores de 15 años. Del total de pacientes atendidas, 3,691 aceptaron algún método anticonceptivo postevento obstétrico, lo que representa una cobertura del 51 por ciento. Los métodos más aceptados fueron el DIU en 2,322 casos (62.9 por ciento), 801 (21.7 por ciento) prefirieron la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), 346 (9.4 por ciento) sólo hormonal y 222 (6 por ciento) otro método. De las mujeres que aceptaron método, 867 (23.5 por ciento) correspondieron a adolescentes. En cuanto a las muertes maternas se presentaron tres defunciones en ese periodo. En lo que corresponde al año 2008 se registraron 8,152 eventos obstétricos, de los cuales, en 4,001 casos las pacientes aceptaron algún método Anticonceptivo Postevento Obstétrico, lo que representa una cobertura del 49.07 por ciento, algo menor a la del 2007. Del total de eventos obstétricos atendidos en este Hospital 1,992 (24.4 por ciento) se registraron en mujeres adolescentes, y 893 de ellas aceptaron APEO (46.46 por ciento).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> SUBSISTEMA AUTOMÁTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, «Reporte Gerencial: Hospital de la Mujer Zacatecana», *Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios*, 2008, México.

## MARCO TEÓRICO

### a) Salud sexual y reproductiva

La salud sexual se debe entender como la integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor, enfatizando en el significado de los aspectos cualitativos para el ser humano, como son el desarrollo pleno en lo personal y en el vínculo con los otros, el valor de la afectividad, la comunicación y el placer.<sup>23</sup> Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a los métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, asequibles, aceptables y eficaces, así como el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.<sup>24</sup>

Una de las grandes aportaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, fue la introducción del enfoque de salud reproductiva, se otorgó un rol fundamental a los contextos institucionales, culturales y políticos en que tienen lugar las decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos, hizo que la atención se centrara en la perspectiva de los derechos reproductivos, así como en los factores que inciden en que su ejercicio sea desigual entre hombres y mujeres, entre adultos y jóvenes y entre grupos sociales y regiones del país.

Actualmente existe consenso en reconocer que la promoción de los derechos reproductivos debe ser la base primordial de las políticas de salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Se deben promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, favorecer la toma de decisiones de las mujeres, atender las necesidades de educación sexual y reproductiva en la adolescencia, así como ofrecer servicios de salud adecuados a sus necesidades, combatir la desigualdad social y la pobreza, y encarar los problemas de salud reproductiva que enfrentan las mujeres y hombres de edad avanzada.

---

<sup>23</sup> YMCA COLOMBIA, «Modelo educación para el amor», Colombia. Disponible en [www.ymca colombia.org/nacionales/horyzon/bogota\\_glosario2.doc](http://www.ymca colombia.org/nacionales/horyzon/bogota_glosario2.doc) Consultado 25 noviembre 2008.

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Definición de salud reproductiva de la OMS». Disponible en [www.icmer.org/RHO/html/definition\\_.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm) Consultado 01 de diciembre de 2008.

### *Políticas públicas en salud reproductiva.*

Desde 1994, las políticas de población y de salud de México han incorporado el enfoque de la salud reproductiva en sus programas, reconociendo que el ejercicio del derecho a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos está mediado por el ejercicio de otros derechos, entre ellos: el derecho a regular la fecundidad en forma segura y efectiva, cursar embarazos y partos sin riesgos para la salud, comprender y disfrutar la sexualidad.

El Programa Nacional de Población reconoce que la salud sexual y reproductiva es un elemento intrínseco del bienestar y la calidad de vida y es un componente indispensable para el desarrollo de todo el potencial humano. En febrero de 1995 se instaló el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, que participó en el primer programa de salud reproductiva con un enfoque holístico. Este programa (2001-2006) responde a la estrategia de reducir problemas de salud que afectan a la población más pobre, e incluye tres directrices:

- El derecho a la información.
- El respeto a los derechos sexuales y reproductivos.
- El derecho a servicios de calidad.

El objetivo general de este programa es prevenir los riesgos de salud en las mujeres, hombres, niños y niñas, contribuyendo a disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva en las diferentes regiones del país.<sup>25</sup>

### *Derechos reproductivos.*

Los derechos reproductivos se desprenden de los derechos humanos más básicos. Se basan en el derecho de cada pareja e individuo a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Estos derechos están contenidos en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana y se establece que el estado debe proteger su salud y su bienestar en todos los aspectos ligados a la procreación.<sup>26</sup> El desarrollo histórico de la

---

<sup>25</sup> CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, «Ejecución del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo», Disponible en 2006, México, pp 185—187.

<sup>26</sup> MÉXICO CONECTADO «Derechos reproductivos». Disponible en [www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Derechos\\_Reproductivos](http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Derechos_Reproductivos) Consultado 01 diciembre 2012.

libertad reproductiva también depende de su ejercicio efectivo por los grupos sociales. En México, particularmente en las zonas indígenas y marginadas ni siquiera se ha alcanzado un nivel adecuado de uso de anticonceptivos. En la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo, celebrada en el Cairo, Egipto (1994) se establecieron los derechos reproductivos más importantes:

- Derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- Derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.
- Derecho del hombre y la mujer a obtener información de los métodos de planificación familiar, eficaces, asequibles y aceptables.
- Derecho a recibir servicios adecuados que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las mayores posibilidades de tener hijos sanos.
- También se estableció que las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.<sup>27</sup>

#### **b) Sexualidad.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, «la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, sin embargo no todas se experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales».

Sin lugar a dudas, la sexualidad, forma parte de la historia del ser humano y a pesar de eso constituye una de las áreas con más desconocimiento por los individuos. Por siglos se ha tratado de un tema del cual no se habla abiertamente, por lo que todo lo que implica se tiene que aprender con la práctica, acentuándose más el desconocimiento de sus peculiaridades y exponiendo a los individuos a múltiples riesgos para su salud. La evolución y desarrollo social también han traído consigo la evolución de la sexualidad; durante la prehistoria tenía vital importancia en el proceso

---

<sup>27</sup> ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR, «Los derechos reproductivos». [versión electrónica], Disponible en: [www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf](http://www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf) Consultado el 01 diciembre 2008.

reproductivo ya que entre más hijos se tuvieran, mayores eran las posibilidades de supervivencia y legado genético de los grupos sociales, se trataba pues de perpetuar la especie. Posteriormente pasó a formar parte del ámbito religioso, tal vez con la finalidad de controlarla, y se dio paso a un periodo de persecución y marcada represión que se extendió por varios siglos pasando por la época victoriana en la que muchos aspectos relacionados a la sexualidad eran mal vistos y castigados por la iglesia.

Es hasta inicios de siglo XX, en que surgen importantes movimientos encaminados a la liberación femenina, que sentaron las bases para situar a las mujeres en un plano de igualdad con respecto a los hombres, dándoles la oportunidad de desarrollar su sexualidad, de deshacerse de los tabúes sobre su cuerpo y su capacidad sexual. Al darse un creciente interés por la sexualidad se llevaron a cabo múltiples investigaciones como las de Master y Johnson (1966), Helen S. Kaplan (1975), Shere Hite (1976, 1978) y Alfred Kinsey (1948) entre otros, y se dio paso al surgimiento de una nueva disciplina, la sexología. La sexualidad se ha explorado desde varias instancias, se ha intentado descubrir la complejidad de la conducta sexual humana utilizando como marco de referencia la heterosexualidad. A raíz de los movimientos juveniles de la década de 1960, la sexualidad tomó su carácter de cualidad única del ser humano para lograr una unión anímica y física con sus semejantes.

Foucault (1987) contribuye a examinar la sexualidad moderna, donde indica que en realidad la historia de la sexualidad no ha sido una historia necesariamente de silencio, sino que presenta los espacios de resistencia y las relaciones del poder entre las relaciones interpersonales. Aunque socialmente se establecen normas para regular el género, el sexo y la sexualidad, dentro de poder surgen espacios de resistencia que le permiten a los sujetos cuestionarse los discursos dominantes, alterarlos y manipularlos de acuerdo al contexto de las relaciones.<sup>28</sup>

Las definiciones contemporáneas de sexualidad ya no se entienden sólo en términos de su asociación con la reproducción, ya que no todas las prácticas sexuales tienen esa finalidad. Los estudios actuales sobre sexualidad enfatizan sobre la importancia de rescatar los elementos que se encuentran más allá del terreno biológico. De Barbieri señala que «el relacionamiento sexual no es sólo un intercambio químico que asegura la reproducción de la especie, sino que va mucho más allá, donde la sexualidad es el conjunto de maneras muy diversas en que las personas se relacionan en intercambios que, como todo ser humano, están cargados de sentido». La Madrid y Muñoz (1986) destacan que «aunque sepamos la estrecha relación entre sexo y reproducción, para los individuos el significado primario de la sexualidad está centrado en la posibilidad de encontrar placer».

---

<sup>28</sup> ALFONSO José Toro, *Reflexiones en torno a la sexualidad y el género*. F & G Editores: Guatemala, 2007, pp 1—3.

### *Características de la sexualidad en la sociedad moderna.*

La sociedad moderna ha experimentado un cambio que tiene que ver con lo que se denomina «amor confluyente», que se caracteriza por ser activo, contingente, que rechaza el para siempre, que pone al erotismo en el centro de la relación conyugal, buscando alcanzar el placer mutuo. Además no guarda relación alguna con la heterosexualidad. Otra característica es el papel que han desempeñado las mujeres en la producción de una igualdad sexual que ha conducido a lo que se llama, relaciones puras, entendidas como una relación de igualdad sexual y emocional. Esta sexualidad pura implica también una libertad descentrada y liberada de las necesidades de reproducción.<sup>29</sup>

### *La dominación de género.*

MacKinnon (1987) señala que el hombre tiene relaciones de objeto y es la mujer el objeto de esas relaciones. La mujer se ha visto privada de su propia experiencia así como los términos en cómo la observa y el poder masculino significa que la sexualidad masculina constituye lo que significa la sexualidad en sí. La sexualidad no es una esfera de sensaciones o conductas en las que las divisiones sociales se puedan o no desarrollar; sino que se trata de una dimensión omnipresente en la vida social, en la que el género ocurre y a través de este se constituye socialmente. Hay muchas características que sitúan a la mujer como persona de segunda clase, como son: la limitación, restricción, deformación, el servilismo, la exhibición, la automutilación, la necesaria presentación del ser como algo bello, la pasividad impuesta y la humillación se convierten en parte del contenido del sexo para las mujeres, quedando reducida a objeto sexual. El poder masculino es patente en casi todas las culturas y en torno a ese poder se centra incluso la riqueza, puesto que la finalidad del hombre es tenerla y el de la mujer no tenerla. El capitalismo moldea, controla, explota y reprime la sexualidad; por tanto lo que se denomina sexualidad es la dinámica de control mediante la cual el hombre establece su poder.

Con frecuencia, las mujeres encuentran maneras de resistir al dominio masculino, pero nunca se liberan completamente, ya que adoptan los estándares como propios, como afirmación de su propia identidad y el derecho al placer, con la finalidad de ser amadas, aprobadas y remuneradas, y así

---

<sup>29</sup> VIDAL Francisco. «Condicionamientos históricos de la sexualidad». *Cuerpo y Sexualidad*. Universidad ARCIS, Santiago de Chile, 2002, pp 13—15.

sobrevivir a cada día. Por lo tanto la sexualidad femenina no es propia, ya que existe en función de lo que el hombre quiere y considera ideal, la mujer continúa siendo considerada como objeto sexual y en el fondo la misma mujer lo aprueba, lo toma como propio y eso mismo dificulta la igualdad entre los sexos. Por lo tanto el hombre, al tener el control del sexo, también lo tiene sobre la reproducción.<sup>30</sup>

La diferencia sexual es una condición del cuerpo humano, que le confiere diferentes potenciales, facultades y posibilidades de existencia en el mundo y en la historia; y es un hecho previo a la pertenencia de clase. El principio creador femenino fue reconocido hasta inicios del siglo XIV cuando diversos movimientos, incluyendo a los tribunales de la inquisición, se encargaron de subsumir el principio creador femenino en el masculino hasta hacerlo desaparecer del pensamiento colectivo. Por eso la diferencia sexual fue empujada hacia los márgenes del conocimiento y de la política con poder hasta quedar casi del todo olvidada en la primera mitad del siglo XX.<sup>31</sup>

El término «dominación masculina», es un concepto utilizado por Bourdieu para explicarse la relación entre los géneros y la subordinación de las mujeres a los hombres. En este concepto se acepta que una permanente subordinación implica la existencia de un determinado consentimiento de su dominación por parte de los dominados y la existencia de dispositivos sociales y psicológicos para crear este consentimiento. Esta aceptación por parte de los dominados puede ser consciente o inconsciente, lo que sugiere que se encuentra inscrita en el *habitus* de los sujetos, es un condicionamiento mental alimentado por las disposiciones sociales que confirman la superioridad de los varones y la sujeción de las mujeres. En un sentido maquiaveliano cualquier recurso es válido para conservar una posición de poder. El poder empieza a regirse por un código, por una reglamentación, una prescripción social, una moral, que se instituye y materializa en un acuerdo legal, vigente hasta nuestro tiempo.

Para Weber (1921), el poder significa imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aún en contra de toda resistencia; por otro lado concibe la dominación como la probabilidad de encontrar obediencia pronta, simple y automática; y puede responder a los intereses más diversos, los cuales pueden cambiar con el tiempo. Se trata de un fenómeno social, una relación dinámica, un

---

<sup>30</sup> MACKINNON Catharine A., *Sexualidad. Toward a feminist theory of the state*, Harvard University Press: USA, 1987, pp 127—154.

<sup>31</sup> RIVERA Garretas María Milagros, *¿Qué es la diferencia sexual?*, en RIVERA Garretas María Milagros, *La diferencia sexual en la historia*. Primera edición, Universidad de Valencia, España, 2005, pp 11—22.

proceso que adquiere cabal sentido en un contexto sociocultural específico que indica cómo opera el ejercicio del poder, la construcción del universo simbólico de los géneros, la masculinidad y, desde luego, del ejercicio de la violencia masculina como una práctica de género.<sup>32</sup>

#### *La sexualidad en el México rural.*

Existe una cobertura elevada de servicios anticonceptivos entre las mujeres casadas y la mayor parte de las mujeres Mexicanas están a favor de regular su fecundidad de manera efectiva y segura. El uso de anticonceptivos va en aumento, principalmente el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), pero muchas mujeres, sobre todo de las zonas rurales, aún no acceden adecuadamente a estos métodos. Algunos estudios sugieren que muchas mujeres rurales viven la sexualidad y la vida reproductiva con incertidumbre, desconocimiento y temor, que poseen creencias erróneas sobre la anticoncepción y que sus sufrimientos por los efectos indeseados de los anticonceptivos no son escuchados y mucho menos atendidos. Por otro lado el proceso de toma de decisiones en cuanto a la aceptación de los métodos es irregular y a pesar de ello el más frecuente es la OTB, tal vez porque es el método más difundido por las instituciones de salud; estas irregularidades son más frecuentes en mujeres rurales y de baja escolaridad.

Las relaciones sexuales generalmente se inician antes del matrimonio o unión y con poca o nula consciencia por parte de la mujer de que puede decidir sobre ello; éstas inician a edades muy tempranas, ni siquiera tienen la consciencia del riesgo de embarazo y en ocasiones el hombre no se hace responsable. Las pocas mujeres que desean posponer el embarazo, lo hacen con el temor de ser abandonadas si sus parejas se enteran o de quedar estériles. El cuerpo es visto por estas mujeres como fuente de sufrimiento ligado a la vida reproductiva.<sup>33</sup>

#### *Sexualidad en los adolescentes.*

El desarrollo sexual no sólo implica cambios biológicos, sino también crecimiento y maduración en los mundos social y emocional de los jóvenes, en ello influyen diversos factores como la tasa de maduración, el tipo de familia o el ámbito social y el clima político del momento. Todos estos

---

<sup>32</sup> RAMÍREZ Rodríguez Juan Carlos. «Masculinidad, cosa de hombres», en RAMÍREZ Rodríguez Juan Carlos *Madejas entreveradas: violencia, masculinidad y poder: varones que ejercen violencia contra sus parejas*, Plaza y Valdes, México, 2005, pp 27—71, 371.

<sup>33</sup> ÁVILA Héctor, «La sexualidad en el área rural», en LARTIGUE Teresa, ÁVILA Héctor, *Sexualidad y reproducción humana en México*, Plaza y Valdes, México, 1996, pp 149—155.

factores pueden hacerlos correr riesgo de embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. Actualmente los jóvenes se inician en la vida sexual a menor edad que en décadas pasadas y también tienen la posibilidad a una gama de prácticas sexuales más amplia; además el desarrollo sexual de los jóvenes está afectado en un sentido fundamental por lo que ocurre en torno a ellos. Los jóvenes tienen acceso a material sexual en las películas, en la televisión, en los videos, en las vallas publicitarias y en las revistas de adolescentes.

Pueden ver que los adultos persiguen la gratificación sexual sin tomar muy en cuenta las consecuencias, que ponen la satisfacción sexual en un lugar muy alto en su lista de metas personales y los jóvenes se ven influidos por estos comportamientos. Por otro lado, los padres suelen ser de gran influencia para el joven, tanto en su aceptación de la sexualidad como en el aprendizaje de los roles sexuales, la distribución del poder y la comunicación entre los hombres y las mujeres. Hay estudios que evidencian el hecho de que los jóvenes provenientes de familias donde los padres se han divorciado, inician vida sexual a edades más tempranas.

La llegada del fenómeno VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) trajo consigo un cambio importante en la conducta sexual; se hizo evidente la importancia del sexo seguro y se encausaron muchos recursos para nuevos enfoques de la educación sexual. Ha habido un incremento en el número de adolescentes que utilizan los métodos anticonceptivos desde su primera relación sexual y el más utilizado es el condón. Sin embargo la principal preocupación sigue siendo el contagio por VIH, no así, el embarazo no deseado.<sup>34</sup>

Las madres adolescentes corren un riesgo incrementado de defunción por causas relacionadas al embarazo, así mismo el embarazo a edades tempranas obstaculiza las oportunidades educacionales y laborales de las jóvenes madres. Lo anterior se ve favorecido por el hecho de que los adolescentes en términos generales están muy mal informados acerca de cómo protegerse de embarazos no deseados y enfermedades sexualmente transmitidas. A menudo los padres se sienten incómodos al hablar de sexo con sus hijos y es por eso que la información la obtienen de su grupo de amigos, que generalmente no son los más capacitados para hacerlo.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> COLEMAN Jhon C «Sexualidad adolescente», en COLEMAN Jhon C, HENDRY Leo B. *Psicología de la adolescencia*, Morata, España, 2003, pp 106—118.

<sup>35</sup> MOLINA de Padriñas Rosa María «Derechos reproductivos y equidad de género» [versión electrónica], Disponible en: [www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/pr26.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/pr26.pdf) Consultado 01 diciembre 2008.

### c) Planificación familiar

Se desprende de los derechos reproductivos y su finalidad es limitar el crecimiento de la población a niveles que no puedan ser sostenibles por la producción de alimentos, bienes y servicios. Ingrid Strobl, en su libro «Fruto extraño» plantea que el control de la población obedece básicamente a la política imperialista de los países poderosos sobre los desarrollados. Afirma que se trata de una forma de exterminio de las poblaciones, una manera de aniquilar a las personas antes de su nacimiento en lugar de dejarlas morir de hambre. Manifiesta que los discursos políticos en torno al control poblacional están enmascarados tras la fachada de que se hace por bien de la humanidad, para evitar la explotación demográfica, que acarrearía la insostenibilidad de la producción mundial. Diversos organismos se ven involucrados en estas políticas, encabezados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) cuya estrategia es ofrecer préstamos, ventajosos para ellos, a los países pobres a cambio de que modifiquen sus políticas en salud, educación y gasto público, generando mayor cantidad de pobres que pasan a formar parte del ejército laboral de reserva, abaratando la mano de obra y generando, por tanto, mayores ganancias a los países ricos.

Restringiendo la natalidad se aseguran de disminuir el número de posibles revolucionarios y se favorece la continuidad de la raza blanca, puesto que si aumenta el número de personas en los países pobres, trataran de emigrar hacia los ricos y esto afectaría sus economías y las posibilidades de sus ciudadanos. De tal manera que la política de control de población de los países ricos lleva la finalidad de mantener a los países pobres en una situación de productores de mano de obra barata y no de consumidores. Por otro lado la política poblacional deja toda la carga a las mujeres, haciéndolas sentir que son las responsables de la sobrepoblación y de la consecuente pobreza, con lo que se favorece su ingreso al campo laboral y así tienen mano de obra mucho más barata, ya que a las mujeres se les llega a pagar hasta diez veces menos que a los hombres.<sup>36</sup>

La finalidad de la planificación familiar debe ser contribuir al desarrollo humano, puesto que se trata de que los individuos tengan la capacidad de planear el momento más propicio para el nacimiento de sus hijos, así como el número de ellos. Esta planeación debe tener la característica de colocar a los individuos en una actitud responsable frente a la reproducción, brindándoles mayores

---

<sup>36</sup> STROBL Ingrid, *Fruto extraño: sobre política demográfica y control de población*, Virus Editorial, 1994, pp 25—63.

condiciones para aprovechar las oportunidades, definir y realizar proyectos de progreso individual y familiar.<sup>37</sup>

*Tendencia de la fecundidad en México.*

Hay una considerable diversidad en la fecundidad entre los distintos grupos sociales, que obedece a características demográficas, sociales o económicas, partiendo del supuesto de que estas características implican una exposición diferencial a los factores determinantes fundamentales. La educación de la mujer influye con mayor fuerza, independientemente de la educación del cónyuge. La inserción laboral de la mujer ha hecho que el primer embarazo se postergue y disminuya la frecuencia de embarazos premaritales, lo que influye en la disminución de la fecundidad. Las mujeres del área rural, con educación menor a la primaria, cuya pareja es trabajador manual o informal, tienen un mayor número de hijos y recurren al empleo de anticonceptivos en menor medida, aun cuando el número deseado de hijos sea menor.<sup>38</sup>

La fecundidad en México ha sufrido variaciones importantes en el último siglo, con una disminución notable de 1915 a 1920 explicada por el movimiento revolucionario, para luego mostrar una recuperación hacia 1920 que termina en los años treinta debido a una fuerte crisis económica. Desde entonces y hasta los años sesenta, se mantiene una tasa de natalidad elevada de 7.5 hijos por mujer. Con el surgimiento del neoliberalismo se pretende disminuir esta tasa y se implementan acciones tendientes al control de la natalidad. En 1973 se aprueba la Ley General de Población y se modifica el artículo 4<sup>a</sup> constitucional, para dar paso al surgimiento en 1977 al Programa Nacional de Planificación Familiar. Diversos autores señalan que en México a pesar de haber empezado un poco tarde el control de la natalidad, ha mostrado uno de los descensos más rápidos en el mundo. También hay evidencias de que las mujeres que trabajan en áreas profesionales o técnicas y en los sectores más modernos de la economía muestran las tasas más bajas de fecundidad.<sup>39</sup>

La tasa de fecundidad máxima en México se dio en la década de los sesenta, y fue de 7.3 hijos por mujer. Desde entonces esta tasa disminuyó a 6 en 1974, 4 en 1986, 3 en 1993, 2.4 en el año 2000 y 2.2 para el año 2003. Esta disminución se ha dado en todos los grupos de edad y la proporción de

---

<sup>37</sup> CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, *Op cit.*, pp. 185—87.

<sup>38</sup> GUTIÉRREZ S Sergio, *Transición de la alta a la baja fecundidad en México. Universidad Autónoma del Estado de México*, 2000, México, pp 7—20.

<sup>39</sup> GONZÁLEZ M María Luisa, «Mitos y realidades del mundo laboral y familiar en las mujeres». *SIGLO XXI*, México, 1997, pp. 19—33.

mujeres de entre 15 y 19 años de edad con al menos un hijo disminuyó de una de cada ocho en 1974 a una de cada ocho en 1992. Un aspecto importante lo constituye el hecho de que la postergación del primer embarazo como el espaciamiento de los hijos. En 1974 la edad media al momento del primer hijo era de 19.8 años y entre dos partos consecutivos mediaban 4.1 años, mientras que para 1999 ambos indicadores habían aumentado a 23.6 y 5.7 respectivamente.<sup>40</sup>

#### **d) Anticoncepción**

La mayor parte de la información sobre anticoncepción se tiene sobre mujeres casadas o en unión estable y es muy poca la referente a la mujer soltera. Tradicionalmente los programas de Planificación Familiar se centran en las mujeres unidas por pensar que son las que están en mayor riesgo de embarazo. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1997) el número de mujeres en edad fértil fue de 25, 181,375, que representa un 52.4 por ciento del total de la población femenina del país, predominando el grupo de quince a veintinueve años. El embarazo no planeado en la mujer adolescente es causa de deserción escolar, desintegración familiar, desadaptación social y pérdida de oportunidades futuras; además gran parte de ellas se integra a las filas de las madres solteras. Por lo tanto es evidente que la mujer soltera también necesita de métodos anticonceptivos.

En México, según la Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición (1996), en el medio rural el 80 por ciento de los niños nacen dentro la quinta parte de la población considerada en pobreza extrema, 43 millones de estas personas sobreviven con menos de dos dólares diarios y cerca de 18 millones lo hacen con menos de un dólar al día. Los adelantos en la tecnología anticonceptiva han demostrado que algunos de ellos producen beneficios directos en la salud, al reducir en número de embarazos que una mujer tiene a lo largo de su vida reproductiva.<sup>41</sup>

#### *Criterios de elegibilidad.*

La OMS revisó las evidencias existentes en cuanto a las mujeres que son candidatas a usar algún método anticonceptivo y en el año 2000 publicó la nueva guía de los criterios médicos de elegibilidad, que proporcionan una orientación sólida respecto a la seguridad de los diferentes métodos. Estos criterios se clasifican en las cuatro categorías siguientes:

---

<sup>40</sup> CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, «Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva». *CNEGJSR*, 2006, México, pp 203—205.

<sup>41</sup> LARA Ricalde Roger. «Anticoncepción en la mujer soltera», en AHUED Ahued J Roberto, FERNÁNDEZ del Castillo Carlos, et al. *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*, Manual Moderno, México, 2003, pp 147-52.

**Categoría 1.** Una condición para la que no hay restricción para el uso de método anticonceptivo.

**Categoría 2.** Una condición donde las ventajas del uso del método, generalmente superan los riesgos.

**Categoría 3.** Una condición donde los riesgos generalmente superan las ventajas del uso del método.

**Categoría 4.** Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

La primera y la última categoría no suponen ninguna dificultad, puesto que el método se puede o no se puede usar, sin embargo en las categorías intermedias se requiere un criterio clínico, por lo que las mujeres deben tener acceso a servicios de salud reproductiva. En la categoría 3, el método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no se acepten.<sup>42</sup>

#### *Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO).*

Se denomina así al uso de métodos anticonceptivos luego de un evento obstétrico (parto, legrado o cesárea), dentro de estos se encuentra el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) en el postparto, posaborto, transcesárea y poscesárea; los hormonales sólo en el posaborto y púerperas aceptantes. Las púerperas aceptantes son aquellas que aceptan un método anticonceptivo pero que por alguna circunstancia, deseo de la paciente o indicación médica, no se aplica inmediatamente, sino que se posterga usualmente por un periodo de cuatro a seis semanas. La principal ventaja de la APEO es que el periodo del embarazo constituye una excelente oportunidad para que se les de asesoría sobre los métodos anticonceptivos a las mujeres, además luego del evento obstétrico es un tiempo idóneo para aplicar el método, puesto que para muchas mujeres representa una de las pocas ocasiones en que tendrá contacto con el personal de salud.<sup>43</sup>

##### *1. Dispositivo Intrauterino (DIU).*

Es un método anticonceptivo flexible que tiene un cuerpo de polietileno, impregnada de sulfato de bario y puede estar recubierto de diferentes materiales. Se tienen noticias de su existencia desde

---

<sup>42</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos». Ginebra, Suiza 2005. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43150/1/9243562665\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43150/1/9243562665_spa.pdf) Consulta 25 abril 2009.

<sup>43</sup> CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA *Op cit.*, pp 203—205.

inicios del siglo XX, aunque se dice que Hipócrates ya lo utilizaba con algunas de sus pacientes y que los camelleros árabes lo utilizaban para impedir que los camellos hembra quedaran preñadas en medio de las largas travesías por el desierto. Los más conocidos en la actualidad son la T de cobre que está recubierta por 380 microgramos de cobre y el Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel (SIU-LNG).

La T de cobre logra su efecto anticonceptivo mediante varios mecanismos, se sabe que alteran o inhiben la migración espermática, el desplazamiento del óvulo y su fertilización y estimulan en el endometrio una reacción de cuerpo extraño potenciada por el cobre. El cobre aumenta la producción de prostaglandinas y varias enzimas endometriales son inhibidas por su acción. Muestra una efectividad alta, puesto que su índice de fallas va del 0.3 a 1.<sup>44</sup> El DIU utilizado en el postparto tiene la ventaja de que no interfiere con la lactancia, no requiere cumplimiento regular por parte de la usuaria y constituye una opción reversible para aquellas pacientes que han considerado un método definitivo pero no se han decidido.

El momento de la inserción del DIU es importante por el riesgo de expulsión, por lo que se recomienda que sea dentro de los primeros diez minutos posteriores a la expulsión de la placenta o cuando hayan transcurrido seis semanas postparto. Puede realizarse dentro de las primeras 48 horas postparto, pero debe hacerse por personal debidamente capacitado. Es importante señalar que la inserción del DIU sólo debe hacerse si la paciente recibió asesoramiento prenatal adecuado. También puede hacerse cuando la paciente se asesora en las primeras etapas del trabajo de parto o en el puerperio inmediato, pero la asesoría nunca debe darse durante el trabajo de parto avanzado. Las mismas consideraciones deben hacerse para su colocación transcesárea o poscesárea. Puede insertarse sin riesgo inmediatamente después de un legrado, a excepción si hay riesgo de infección o traumatismo grave del tracto genital.

El principal problema de la inserción del DIU postevento obstétrico lo constituye la alta incidencia de expulsión, la cual se ha reportado de 9 por ciento si la inserción es dentro de los 10 minutos posplacenta y de 37 por ciento en inserciones realizadas entre 24 y 48 horas postparto. En cualquier otro momento de la vida de la mujer, la prevalencia de expulsión es cercana al 12 por ciento.<sup>45</sup> El Sistema Intrauterino con Liberación de Levonorgestrel (SIU-LNG) cuenta con un

---

<sup>44</sup> CELIS González Cuauhtémoc. «Anticoncepción en la mujer casada», en AHUED Ahued J Roberto. FERNÁNDEZ del Castillo Carlos, *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*. México, Manual Moderno, 2003, pp 153—57.

<sup>45</sup> FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, «El momento de la inserción del DIU es vital en el postparto». *Family Health International (FHI)*, USA, 2006, pp 1—3.

reservorio que contiene 52 mg de levonorgestrel, y permite una liberación diaria de 20 microgramos, con una vida media efectiva de 5 a 7 años y una incidencia de falla de 0.3 por ciento. Su acción es ejercida localmente causando la producción de moco cervical espeso que impide el paso de los espermatozoides, modificando el endometrio y causando atrofia glandular; también disminuye la respuesta endometrial al estímulo estrogénico y causa trombosis de las arterias espirales. Al igual que la T de cobre, parte de sus efectos los realiza por la reacción de cuerpo extraño. Se trata de una excelente alternativa en anticoncepción postevento obstétrico puesto que no interfiere con la lactancia, al carecer de estrógenos, es altamente efectivo y reversible.<sup>46</sup>

## 2. Progestinas.

En 1951 se demostró que quitando un átomo de carbono a la etisterona se conseguía noretisterona, con efecto básicamente gestacional, a pesar de que se ha comprobado que puede ser convertida a etinilestradiol, pero esto representa una cantidad insignificante. Otro grupo de Progestinas son las derivadas de la progesterona, con un grupo hidroxilo en la posición 17. Un tercer grupo lo constituyen los derivados de 17- $\beta$ -espirolactona. La progestina suprime la secreción de hormona luteinizante (LH) con lo que evita la ovulación y por otro lado hay cambios en el endometrio que lo hacen no apto para la implantación, así como un moco cervical denso y compacto. Se contraindican en caso de sospecha de embarazo, tromboembolismo venoso activo, antecedentes de enfermedad hepática, tumores dependientes de progestágenos y sangrado vaginal no diagnosticado.<sup>47</sup>

## 3. Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).

Se trata de un método definitivo de contracepción, o mejor dicho de esterilización femenina. Técnicamente no representa mayor complejidad; mediante una incisión en la pared abdominal, que usualmente es muy pequeña, se localizan las salpinges, las cuales se ligan y cortan, con lo que se impedirá la unión del óvulo con el espermatozoide. Existen varias técnicas para realizarla, aunque el principio es el mismo en todas, estas varían en algunos pasos. Dentro de las más utilizadas se encuentran la Pomeroy, Ushida y Kroenner. En cuanto a su efectividad, se ha reportado que dentro del primer año se tiene una falla de 0.5 por ciento, y de uno a diez años 1.8 por ciento.

---

<sup>46</sup> MCGAVIGAN C J «El sistema liberador de levonorgestrel Mirena». Disponible en: [www.enfermedadesdelavulva.com.ar/docs/mirena\\_si.pdf](http://www.enfermedadesdelavulva.com.ar/docs/mirena_si.pdf) Consultado 02 de agosto de 2009.

<sup>47</sup> CELIS González Cuauhtémoc, *op cit.* 160—62.

La oclusión tubaria bilateral es un método muy efectivo y permanente, no requiere que la mujer este constantemente al pendiente, no interfiere con las relaciones sexuales. Las desventajas son que al principio es doloroso, puede haber complicaciones secundarias al procedimiento como infección, daño a otros órganos y complicaciones anestésicas y requiere ser realizada por personal capacitado. Otro punto importante es que la pareja debe contar con toda la información posible antes de tomar la decisión, dado que se trata de un método irreversible.<sup>48</sup>

#### *Influencia de la religión sobre el control de la natalidad.*

El catolicismo, religión hegemónica de la tradición judeocristiana impuesta por los españoles, estableció las normas sociales y morales que definieron lo permitido y lo prohibido. La reelaboración popular del catolicismo como religión oficial, y de su código simbólico con el que se pretendía normar a la sociedad y a los novohispanos, presenta variantes que pueden percibirse a través de lo prohibido y de la trasgresión. La hipótesis central de esta cosmovisión impuesta por el catolicismo destaca la creación del hombre por un sólo Dios creador masculino con el poder absoluto, y en consecuencia, lo masculino considerado como superior.<sup>49</sup>

En la Sagrada Biblia aparecen 66 citas sobre los comportamientos sexuales rechazados, 58 de los cuales condenan la sexualidad fuera del matrimonio. El cuerpo es entendido como depósito del Espíritu Santo, así la pareja es la reunión de dos cuerpos sagrados y con estas bases se estableció la monogamia como forma única, socialmente aceptada de la reproducción. El matrimonio fue establecido como uno de los sacramentos de identidad grupal y ha sobrevivido así. Las relaciones sexuales debían circunscribirse a la tarea reproductiva y no se debía hacer nada para tratar de evitar el embarazo. Las mujeres debían estar expuestas a los deseos del marido y a la fecundidad máxima. Aunque existían hierbas, frutos, jugos y condones de diversos materiales para evitar el embarazo, estaban prohibidos y su conocimiento se limitaba a las parteras y prostitutas, pero quién los utilizara era procesado por la santa inquisición.

La política pronatalista de la iglesia católica obedece a que en sus inicios fue una religión perseguida con riesgo de desaparecer prematuramente, por lo que había que exigir de su grey el

---

<sup>48</sup> PÉREZ Molina Artemio, MARTÍNEZ Rodríguez Oscar, «Planificación familiar». *Fundamentos en Ginecología y Obstetricia. Asociación de Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico Nacional La Raza, México, Méndez Editores, 2004, pp 2.108—110.*

<sup>49</sup> QUEZADA Noemí «La religiosidad popular en México», en QUEZADA Nohemí, *Religiosidad popular México-Cuba, México, Plaza y Valdez, México, 2004, pp 49—51.*

máximo de la fecundidad, el problema es que después de veinte siglos, a través de los cuales se ha constituido en la religión con mayor número de seguidores en el mundo, sigue cerrada a sus principios y no ha aceptado modificación alguna. Puede ser que todas las prohibiciones, restricciones y recomendaciones de la iglesia católica hayan tenido en el fondo la intención de proteger a las mujeres de las violaciones sistemáticas de que eran objeto, puesto que los matrimonios eran arreglados por conveniencia. Aunque como se ha visto, aún en nuestra época sigue habiendo violaciones hacia la mujer.<sup>50</sup>

#### *La pobreza y su relación con la anticoncepción.*

Para 1995 la prevalencia del uso de anticonceptivos era de 56.3 por ciento en la mujeres pobres y de 71 por ciento en las no pobres, además el 30 por ciento de las mujeres pobres nunca habían utilizado un método a lo largo de su vida, mientras que en el resto de las mujeres sólo el quince por ciento. Esta situación era más grave en las áreas rurales. En cuanto a la demanda de anticonceptivos también es menor en las mujeres pobres que en el resto, 77.2 por ciento comparado con 82.3 por ciento. Las mujeres pobres rurales señalaban que las principales causas del no uso de anticonceptivos era la falta de información sobre los métodos disponibles, el desconocimiento de donde obtenerlos y como usarlos, el miedo a los efectos colaterales, la oposición de la pareja y en menor proporción se atribuye a las creencias religiosas en un siete por ciento.<sup>51</sup>

#### **e) Salud materna.**

En México, la mortalidad materna es reconocida como un problema social y de salud pública. Constituye una de las principales causas de defunción en mujeres en edad fértil, y refleja las insuficiencias en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población. Las mujeres más expuestas a morir por causas relacionadas o agravadas por el embarazo son aquellas que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y en un limitado acceso a los servicios de salud. Actualmente, el Programa Nacional de Salud, tiene por objetivo contribuir a garantizar a las mujeres una atención prenatal

---

<sup>50</sup>LATRIGUE Teresa, *op. cit.*, pp 149—155

<sup>51</sup>GÓMEZ de León José. «Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural». Disponible en: [www.cicred.org/Eng/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezp.PDF](http://www.cicred.org/Eng/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezp.PDF) Consultado 03 octubre 2009.

adecuada y un parto sin complicaciones, así como condiciones de mayor equidad para el crecimiento y desarrollo de niños y niñas, desde el embarazo hasta los dos años de vida. Busca disminuir la mortalidad materna, así como la mortalidad neonatal y perinatal, particularmente en las regiones mayor incidencia de casos.

La mortalidad materna en todo el sector ha ido disminuyendo paulatinamente en las últimas décadas, para el periodo de 1989 a 1991 se registraron 4,409 defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, las cuales descendieron a 4,011 para el periodo de 1995 a 1997. Dada la importancia de este indicador, la Secretaría de Salud se ha abocado a llevar una cuidadosa revisión de las muertes maternas, lo que arrojó un importante grado de subregistro. En lo referente a las causas de muerte materna, figura en primer lugar la preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones, la hemorragia obstétrica en segundo lugar, en tercero las complicaciones del puerperio y en cuarto lugar las complicaciones del aborto.<sup>52</sup>

#### **f) Teorías aplicadas a la conducta anticonceptiva.**

##### *Teoría de la acción razonada.*

Esta teoría fue desarrollada por Fishbein y Ajzen en 1967, para tratar de explicar la conducta del individuo en base a las creencias, actitudes e intenciones. Asume que la mayoría de las conductas se ven determinadas por las creencias y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en que se desenvuelven los individuos. Se trata de una de las teorías más utilizadas en el área de la salud puesto que, distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición y hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud. En el caso de la prevención de embarazo, estas actitudes serían el uso de condones, pastillas u otro método anticonceptivo. Estos autores señalan que la actitud hacia una conducta de enriquecimiento de la salud representa un factor pronóstico mejor que la actitud hacia la enfermedad o la condición de salud. Por lo tanto se supone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso y esa intención a su vez depende de los factores que a continuación se mencionan:

- La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta.

---

<sup>52</sup> CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, «Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva» *op. cit.*, pp 203—205.

- La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud. La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que hiciera.

De acuerdo con esto, la intención del individuo por adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

- La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.
- Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que hiciera.<sup>53</sup>

Se puede decir que el comportamiento normativo es subjetivo en el individuo, indicando la percepción que tiene de la presión que la sociedad ejerce sobre él para que lleve a cabo o no, una determinada conducta. Además, se piensa que cualquier variante externa (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intencionalidad y sobre la conducta real; o sea que la intención está determinada por uno o dos factores externos y un individuo tenderá a realizar una conducta dada cuando tiene una actitud positiva hacia la misma y a la vez piensa que sus referentes sociales significativos creen que debe llevarla a cabo. Si esta correlación no se da, podemos tener la intención de realizar una conducta, pero el comportamiento real es diferente.<sup>54</sup>

De tal manera, que por un lado tenemos los conocimientos y motivos sustanciales como las creencias y valores, las intenciones y razones para el comportamiento, los cuales tienen un efecto independiente y procesos automáticos potenciales sobre la actitud, las normas subjetivas, el control percibido y la intención, que finalmente llevan a un determinado comportamiento, que a su vez conlleva a justificaciones post-comportamiento, defensa y procesos racionales. El Profesor Martin Fishbein resumió las variables que determinan la adopción de conductas enriquecedoras de la salud, para lo cual se deben dar una o más de los siguientes aspectos:

---

<sup>53</sup> COLUMBIAN UNIVERSITY, «Contemporary Theories of Behavior», Disponible en: [www.tc.edu/centers/Motivati0snForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview](http://www.tc.edu/centers/Motivati0snForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview) Consultado el 27 abril 2009

<sup>54</sup> DORINA Stefani. «Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica» *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología*, Volumen 1, Número 5, Argentina, 2005, pp 1515 —1867.

1. La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva de llevar a cabo tal o cual conducta.
2. No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de la conducta.
3. La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta.
4. La persona cree que los beneficios resultantes de la ejecución de la conducta son mayores que las desventajas.
5. La persona percibe más presión social para llevar a cabo la conducta que para no hacerlo.
6. La persona percibe que efectuar la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen.
7. La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa.
8. La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.<sup>55</sup>

Por lo tanto esta teoría postula que el comportamiento del individuo es conducido por intenciones del comportamiento donde están, una función de la actitud del individuo hacia el comportamiento y las normas como intenciones del comportamiento subjetivas que rodean el funcionamiento del comportamiento. La actitud hacia el comportamiento se define como las sensaciones positivas o negativas del individuo sobre la ejecución de un comportamiento y se determina al poner en la balanza sus creencias con respecto a las consecuencias de un comportamiento y de una evaluación de lo deseable del comportamiento. La norma subjetiva es la opinión de las personas importantes para el individuo, sobre si el comportamiento debe ser realizado; esta opinión es cargada por la motivación del individuo que en determinado momento puede hacer que tenga que conformarse con los deseos de un referente. De manera algebraica la teoría de la acción razonada se puede representar como el BI del  $\approx$  de  $B = x_1AB + x_2SN$ , donde B es el comportamiento, BI es la intención del comportamiento, AB es la actitud hacia el comportamiento, SN la norma subjetiva,  $w_1$  y  $w_2$  son pesos que representan la importancia de cada término.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> REYES Rodríguez Luis, «La teoría de la acción razonada de Martin Fishbein», Disponible en: [http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf) Consultado el 01 mayo 2009.

<sup>56</sup> UNIVERSIDAD DE COLUMBIA, «Teoría de la acción razonada», Disponible en: [www.tc.edu/centers/MotivationForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview](http://www.tc.edu/centers/MotivationForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview) Consultado 15 junio 2008.

La actitud de una persona hacia una conducta puede ser estimada si se multiplica la evaluación de cada consecuencia de la conducta por la probabilidad que el percibe de que la conducta realizada lo llevará a tal consecuencia y luego sumando los productos del total de las creencias. Se estima que la conducta está determinada por nueve aspectos evaluados inconscientemente por el mismo individuo. Se trata pues de una teoría general de la conducta humana que toma la relación existente entre las creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se reflejan en la toma de decisiones a nivel conductual; partiendo del supuesto de que los seres humanos hacen uso de la información que tienen disponible en todos los aspectos de su vida para llevar a cabo sus acciones y conductas de una manera racional. Dicho de otra forma el individuo intenta realizar determinada conducta cuando considera que es positiva y además tiene la creencia de que es vista igualmente positiva por las personas y los grupos sociales que para él resultan ser relevantes.<sup>57</sup>

A raíz del descubrimiento de que el comportamiento parece no ser completamente voluntario, se agregó el control del comportamiento percibido, dando origen a la Teoría del Comportamiento Planificado. Por tanto, esta teoría es sucesora de la Acción Razonada y plantea que toda acción humana esta conducida por tres clases de consideraciones:

- Creencias de comportamiento. Lo que el individuo piensa que será la consecuencia del comportamiento realizada.
- Creencias normativas. Son aquellas que se refieren a las expectativas de otros.
- Creencias controladas. Las creencias sobre la presencia de factores que puedan modificar o impedir el desempeño del comportamiento.

Resultan importantes las creencias normativas, puesto que resultan de la presión social, por lo que si ésta es percibida como favorable, la probabilidad de que el comportamiento se dé, es mayor, sin embargo las tres consideraciones resultan de vital importancia cuando se trata de proyectos o programas que tratan de cambiar el comportamiento de las personas. Ajzen (1967) afirma que las campañas que tienden solamente a aumentar los conocimientos en las personas no tienen el éxito esperado, para realmente causar un cambio en el comportamiento se requiere que las campañas sean orientadas a las actitudes, las normas percibidas, y el control percibido de su comportamiento. De tal manera que la intención del comportamiento y por ende el comportamiento que de ésta se derive está influido sólo en una mínima parte por los conocimientos del individuo, más bien, estas

---

<sup>57</sup> REYES Rodríguez Luis, *op cit*

intenciones resultan de la actitud que el propio individuo tiene hacia cierto comportamiento y del control del comportamiento percibido.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> BELLO Villanueva Ana Mercedes, PALACIO Jorge, RODRÍGUEZ Díaz Melissa, «Correlación entre personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano», *Terapia Psicológica*, Volumen 33, Número 3, Chile, 2005, pp. 169-180.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante los últimos 30 años se han logrado notables avances en salud reproductiva, particularmente en lo referente a la planificación familiar. El componente de Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO) es considerado como uno de los principales elementos de la planificación familiar, sin embargo a pesar de las estrategias llevadas a cabo en el sector salud, la cobertura actual nacional es del 43.1 por ciento, cifra muy baja si tomamos en cuenta que se pretende alcanzar una cobertura del 70 por ciento, como estrategia para disminuir la tasa de mortalidad materna.<sup>59</sup>

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género, pobreza y calidad de la atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como «la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales».<sup>60</sup> En el año 2009 ocurrieron en México 281 defunciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, con lo cual la razón de mortalidad materna fue de 66 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, siendo las madres adolescentes y las que se encuentran en los últimos años de la edad reproductiva las que tienen mayor riesgo de morir.<sup>61</sup>

Otro problema con alto índice de prevalencia es el embarazo no deseado, entendido como aquel que se da en un momento poco favorable, inoportuno o en una persona que ya no desea reproducirse. A pesar que los anticonceptivos modernos son la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas decidan el momento apropiado para reproducirse siguen existiendo mujeres que a pesar de no desear el embarazarse están en riesgo por no usar ningún método o porque utilizan métodos tradicionales como el ritmo o el coito interrumpido.<sup>62</sup>

Los avances obtenidos en el campo de la salud reproductiva han tenido efectos positivos en los indicadores de impacto relacionados con la salud materna e infantil; sin embargo, aún queda mucho

---

<sup>59</sup> QUINTANILLA M, « Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto», *Secretaría de Salud*, México D.F, 2002, pp 9—19.

<sup>60</sup> DÍAZ Daniela, SÁNCHEZ Hidalgo Dora, «Mortalidad materna, un problema sin resolver», 2002, Disponible en: [www.siyanda.org/docs/muerte\\_por\\_ciento20materna.pdf](http://www.siyanda.org/docs/muerte_por_ciento20materna.pdf) Consultado 27 octubre 2007.

<sup>61</sup> INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, «Estadísticas a propósito del día de la madre». Instituto Nacional de Geografía e Informática, Disponible en: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/madre0.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/madre0.doc) Consultado 19 octubre 20013

<sup>62</sup> LANGER Ana, «El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina». *Rev Panam Salud Pública*, Volumen 11, Número 5, 2002. 11, pp 192—203.

camino por recorrer, principalmente en las entidades federativas con menor desarrollo social, donde siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción postparto y postaborto, especialmente entre las adolescentes y en las mujeres que habitan en áreas rurales.<sup>63</sup>

A pesar de que en México, más de la mitad de las mujeres en diferentes encuestas ha manifestado tener conocimiento de anticonceptivos, tan sólo una tercera parte los utiliza, hecho que resulta más marcado en adolescentes y en mujeres que habitan en áreas rurales. Para el año 2009 el 49.9 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años eran usuarias de algún método anticonceptivo, de las cuales el 48.8 por ciento eran usuarias de OTB, el 2.7 por ciento de vasectomía, 14.2 por ciento de métodos hormonales, 28 por ciento de métodos no hormonales y el 6.3 por ciento de métodos tradicionales. Lo anterior refleja la deficiencia en los programas educativos a nivel básico, lo que genera falta y deficiencia de información, no logrando concientizar a los jóvenes sobre las consecuencias de un embarazo no deseado.<sup>64</sup>

En el Estado de Zacatecas predomina la religión católica y es bien sabida su postura en cuanto a los métodos anticonceptivos, los cuales están prohibidos por atentar contra los designios de Dios, solamente aceptando los métodos naturales como la abstinencia, que es poco factible de llevar a cabo y el ritmo, cuyas diferentes variantes como el método Billings y la temperatura basal tienen una efectividad probada muy baja, ya que se requiere capacitación adecuada y persistencia por parte de la pareja; esto es más marcado en las mujeres del área rural y con baja escolaridad. Probablemente sea en estos sectores donde la religión tiene una influencia más arraigada.<sup>65</sup> Existen numerosas barreras que obstaculizan una adecuada selección de métodos anticonceptivos, como factores culturales, religiosas, escolaridad, entre otros. Se trata pues, de un problema difícil de abordar a pesar de los

---

<sup>63</sup> GÓMEZ de León José, *op. cit.*

<sup>64</sup> INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, «Preferencias reproductivas», Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met\\_y\\_tab\\_enadid09.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf) Consultado 19 octubre 2013.

<sup>65</sup> BARBERAN Yolanda, «Anticonceptivos naturales», [versión electrónica], Disponible en: [www.mujeractual.com/salud/ginecología/naturales.html](http://www.mujeractual.com/salud/ginecología/naturales.html) Consultado 23 noviembre 2008.

esfuerzos de los gobiernos por incrementar la accesibilidad de los métodos anticonceptivos, que a todas luces no es suficiente si no hay un entorno social y cultural que lo sostenga.<sup>66</sup>

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Por lo anteriormente descrito, cabe plantear la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son los factores que determinan el rechazo de Anticonceptivos Postevento Obstétrico en las mujeres que acuden al Hospital de la Mujer Zacatecana?

---

<sup>66</sup> GUILLAUME Agnés, LERNER Susana, *Perfil sociodemográfico y motivos de las mujeres para recurrir al aborto*, El aborto en América Latina y el Caribe, Primera edición, Centre Population & Development, El Colegio de México, Paris-México, 2007. p. 97.

## JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es un problema que sigue aquejando a los países en vías de desarrollo; en México la tasa es de 51 por 100,000 nacidos vivos y en algunos estados es alarmante, llegando a ser de 70 por 100,000. Es cierto que detrás de una muerte materna existen una serie de circunstancias cuyo trasfondo es casi siempre la pobreza y debemos tener en cuenta que en nuestro país se está lejos de garantizar una distribución más equitativa de la riqueza; ante este panorama parece difícil disminuir la tasa de mortalidad materna, sin embargo las instituciones de salud deben hacer uso eficiente de los recursos que existen a su alcance para hacer extensiva la salud a la mayoría de la gente.

Resulta claro que gran parte de las muertes maternas son evitables, lo cual se pone de manifiesto en el hecho de que los países desarrollados tienen las tasas de mortalidad materna más bajas, por lo tanto el desarrollo de una sociedad lleva consigo una mejor atención durante el embarazo parto y puerperio lo que indiscutiblemente impacta en el número de muertes maternas. Pero esta mejora en la atención no sólo depende del funcionamiento de sector asistencial, sino que mientras los hospitales sigan abarrotados y el personal de salud se vea rebasado, se seguirán dando las condiciones para que un embarazo tenga un desenlace fatal.

Es cierto que la mortalidad materna es un indicador de la calidad de la atención, y es por eso que está considerada en el Plan Nacional de Salud, pero también es un indicador de desigualdad social, las mujeres que mueren, en su mayoría son pobres, del área rural y con un nivel educativo precario. Es en este grupo de mujeres donde se pueden prevenir las complicaciones del embarazo, no hay que olvidar que es en estos sectores de la población donde tenemos las tasas de fecundidad más altas, lógicamente tanto más embarazos tenga una mujer, mayores serán sus probabilidades de sufrir complicaciones que pongan en peligro su vida. Es aquí donde toma importancia la Planificación Familiar y en particular la APEO, puesto que el embarazo es una oportunidad de oro para brindar orientación-consejería a la mujer y concientizarla sobre la protección que le brindan los contraceptivos.

Se estima que en México existen 6.7 millones de mujeres en riesgo de quedar embarazadas a pesar de no desearlo, este grupo representa a la población con necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción. Esto conlleva varios riesgos para la salud de la mujer como el aborto inducido, que representa una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de

América Latina y el Caribe. Además las mujeres adolescentes embarazadas tienen un riesgo 2.5 veces mayor de morir.<sup>67</sup>

Es de vital importancia conocer los factores predominantes en nuestro medio, por los que una paciente rechaza el uso de algún método anticonceptivo luego de un evento obstétrico. Su importancia radica en poder desarrollar estrategias para librar las barreras que han impedido que se dé el incremento sustancial en la utilización de APEO, a pesar de que en los hospitales y clínicas de primer nivel hay abasto suficiente de insumos, de personal cada vez más capacitado en orientación-consejería, métodos difundidos en los medios masivos de comunicación y personal de la salud más sensibilizado en la importancia de promoverlos desde la consulta prenatal.

Para el Hospital de la Mujer Zacatecana resulta útil conocer los factores por los que sus usuarias no aceptan los métodos de APEO con el fin de diseñar estrategias encaminadas a mejorar la orientación-consejería, dirigiéndola específicamente a los grupos más vulnerables, con las particularidades que resulten del estudio. Así mismo una vez que se pruebe la efectividad, hacerlas extensivas al primer nivel de atención, dado que es ahí donde las estrategias preventivas tienen mayor impacto y donde se puede incidir en modificar esas barreras.

Como ya se ha mencionado, no es difícil comprender que el trasfondo de las complicaciones del embarazo son las determinantes socioeconómicas que imperan en los países subdesarrollados, y la inequitativa distribución de la riqueza ocupa un lugar preponderante. Visto desde esta perspectiva, no es que la familia pequeña viva mejor, sino que al ser pobres hay que tener pocos hijos como medida de los gobiernos para disminuir la carga social. Pero resolver ese punto no está en manos del sector salud y mientras esas profundas desigualdades sociales no sean corregidas, pueden pasar varios sexenios o nunca suceder, es imperativo que los profesionales de la salud afronten el problema diseñando estrategias que permitan utilizar eficientemente los recursos disponibles y poner en un lugar preponderante las acciones preventivas en salud, que representan menor gasto y pueden ser aplicadas en todos los niveles.

La disminución de la fecundidad y los esfuerzos por evitar los embarazos no deseados, son estrategias importantes para disminuir el riesgo de morbi-mortalidad en la mujer. Por lo menos hay dos razones para pensar en que la disminución de la fecundidad puede abatir la tasa de mortalidad materna: la primera es que si descende la tasa de fertilidad, habrá menos mujeres embarazadas y se

---

<sup>67</sup> DÍAZ Daniela, SÁNCHEZ Hidalgo Dora, *op. cit.*

expondrán menos al riesgo de morir. La segunda razón es que los recursos económicos destinados a la salud, resultarán suficientes para la atención de este grupo poblacional.

Es de vital importancia que el hombre sea involucrado en la orientación y esté enterado de los riesgos para la salud de la mujer que conlleva el embarazo. Así pues, para que una mujer tome una decisión, se requiere que los dos integrantes de la pareja estén bien informados, que comprendan a fondo los beneficios y los potenciales riesgos de cada método anticonceptivo, esto garantiza que tenga una adherencia al mismo, pues no se trata solamente de que lo acepte o no, sino que continúe usándolo.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> COLUMBIAN UNIVERSITY, «Contemporary Theories of Behavior», *op. cit.*

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que determinan la baja aceptación de Anticonceptivos Postevento Obstétrico en las mujeres que acuden al Hospital de la Mujer Zacatecana.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en las mujeres y su influencia en la aceptación de APEO.
2. Conocer la diferencia en la aceptación de métodos anticonceptivos entre las madres menores de 20 años y el resto de las mujeres.
3. Conocer la diferencia en aceptación de APEO entre las mujeres que viven en el medio rural, suburbano y urbano.
4. Encontrar la relación que existe entre el nivel educativo y la aceptación de APEO.
5. Definir la relación entre el nivel socioeconómico y la aceptación de APEO.
6. Establecer la influencia que ejerce la religión en las mujeres para la toma de decisiones en salud reproductiva.

## **HIPÓTESIS**

El rechazo de Anticonceptivos Postevento Obstétrico (APEO) en las mujeres que acuden al Hospital de la Mujer Zacatecana está determinado por las creencias, el bajo nivel socioeconómico y la falta de apoyo de la pareja en planificación familiar.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico.

### **Universo**

Pacientes atendidas de parto, cesárea o legrado en el Hospital de la Mujer Zacatecana.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que hayan sido atendidas por un evento obstétrico en el Hospital de la Mujer Zacatecana.
- Aquellas que no hayan aceptado utilizar algún método anticonceptivo postparto, postcesárea o postlegrado.

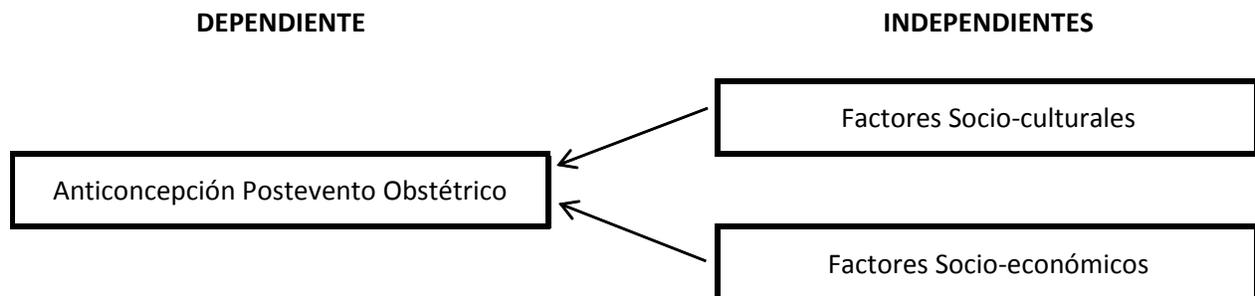
### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que presenten alguna contraindicación médica para utilizar métodos anticonceptivos.
- Aquellas que hayan aceptado un método anticonceptivo, pero que no se les haya suministrado por falta del mismo.
- Las mujeres que no hayan recibido orientación-consejería sobre APEO en el control prenatal.

### **Diseño de la muestra**

La muestra será por cuota, todos los casos que se presenten en el periodo de un mes comprendido del 01 al 31 de septiembre de 2009, en el Hospital de la Mujer Zacatecana.

## VARIABLES DE ESTUDIO.



### *Variable dependiente:*

*Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO):* Se refiere a la utilización de un método anticonceptivo en el puerperio inmediato, siempre y cuando no interfiera con la lactancia, con la finalidad de espaciar el nacimiento de los hijos y limitar el número de los mismos, y de esa forma disminuir el número de embarazos no deseados y las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio. Otra finalidad, no menos importante, es el fomentar el buen cuidado de los hijos, ya que al espaciarse los embarazos, la mujer tendrá más tiempo de dedicarse a su hijo, con lo que disminuyen las enfermedades en los primeros cinco años de vida.

### *Variables independientes:*

*Factores Socio-culturales:* Son el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que son toda la información y habilidades que posee el ser humano.

*Factores Socio-económicos:* Se refiere a todos aquellos elementos que forman parte del contexto social de los individuos, que están relacionados a la actividad económica de cada pueblo en particular, y que determinan el nivel de bienestar que pueden alcanzar los individuos pertenecientes a ese grupo social. Por lo tanto en gran medida ejercen influencia en el proceso salud-enfermedad, aunque no tengan una relación directa de causalidad.

Operacionalización de variables (Ver anexo 1).

### **Instrumentos y técnicas de la información.**

Se aplicará un cuestionario de manera directa a cada paciente, el cual será llenado por el entrevistador en un formato impreso.

El cuestionario será aplicado únicamente a las mujeres que no hayan aceptado algún método, lo cual será posible saber mediante la hoja de hospitalización, que contiene este dato.

Habrá una sola persona encargada de aplicar los cuestionarios a todas las pacientes.

### **Plan de recolección de datos.**

El instrumento será aplicado en el área de hospitalización, una vez que las pacientes hayan sido atendidas del evento obstétrico, y que no hayan aceptado la aplicación de un método anticonceptivo.

### **Plan de tabulación y análisis.**

La información será capturada y analizada mediante el software SPSS, en el cual serán cargadas previamente las variables del instrumento de recolección de datos.

El análisis estadístico será realizado mediante correlación de variables, utilizando la chi cuadrada para obtener la significancia estadística.

### **Consideraciones éticas.**

El presente estudio se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia 1987), en la cual se establece que el desarrollo de una investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a dicha investigación. Por lo tanto se consideró lo establecido en el Título II, Capítulo I, Artículo 13, referente a que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; se abordó a las pacientes con trato profesional, se respetó la decisión de participar o no en el estudio y el instrumento para la obtención de los datos fue confidencial. Así mismo se apegó al Artículo 14 ya que la investigación se ajustó a principios científicos y éticos, se contó con consentimiento informado y por escrito de los sujetos de investigación.

Con respecto al Artículo 16 que establece la protección de la privacidad del participante, los instrumentos no fueron identificados con el nombre de las pacientes, los cuales sólo fueron manejados por el investigador hasta haber sido capturados en la base de datos, posterior a lo cual se colocaron en un sobre sellado a resguardo del investigador. En relación al Artículo 17, se considera una investigación sin riesgo para las participantes, debido a que no se realizó intervención alguna o manipulación alguna de las pacientes.

### **Recursos.**

Los recursos necesarios para esta investigación fueron aportados por el propio investigador, los cuales fueron mínimos y consistentes sólo en hojas de papel, impresora y un equipo de cómputo con el programa SPSS instalado.

## RESULTADOS

El presente estudio comprendió un periodo del 01 al 30 de septiembre de 2009, se estableció una muestra de mujeres que cumplieran con el criterio de haber recibido atención obstétrica en el Hospital de la Mujer Zacatecana, alcanzando un total de 580 pacientes, de las cuales 358 aceptaron algún anticonceptivo postevento obstétrico, el más aceptado fue el DIU en 273 casos, seguido de la Oclusión Tubaria Bilateral en 78 casos y los restantes siete pacientes aceptaron Anticonceptivos Orales. Un total de 222 pacientes no aceptó APEO y de éstas sólo 94 fueron consideradas en el estudio. Fueron excluidas 128 pacientes debido a que 43 fueron egresadas sin método por indicación médica, doce solicitaron un método con el que no se contaba en ese momento y 73 de ellas manifestaron no haber recibido orientación-consejería en APEO durante el control prenatal.

La edad promedio de la muestra fue de veinticuatro años, con una desviación estándar de siete años, en un rango de edad que va de los trece a los cuarenta y tres años, siendo el grupo de veintiuno a treintaicinco el más nutrido, en el cual se incluyeron 53 pacientes que representan más de la mitad de la muestra, seguido del de veinte años y menos con 33 pacientes y el de mayores de 35 años que sólo contó con ocho mujeres. Es importante señalar que el grupo predominante representa la etapa en que mayor número de mujeres se embaraza, y por ser al que pertenece gran parte de la población que solicita atención obstétrica, es de esperarse que sea el más representado en la muestra (Tabla 1). Un número importante de las mujeres que pertenecen a los grupos de edad con riesgo obstétrico elevado, que en la muestra representan el 43.6 por ciento, no aceptan método. Lo que indica que los programas de concientización sobre salud reproductiva no han tenido el impacto esperado, a pesar de que su prioridad son precisamente esos grupos de la población femenina en riesgo de embarazo, puesto que son las que con más frecuencia presentan complicaciones y tienen mayores probabilidades de contribuir con la mortalidad materna.

TABLA 1  
GRUPOS DE EDAD

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>21 a 35</b>	53	56.38
<b>20 y menos</b>	33	35.11
<b>36 y más</b>	8	8.51
<b>TOTAL</b>	94	100

Fuente: directa

El área de residencia constituye un factor de riesgo importante para la no aceptación de APEO, en el presente estudio se observa que más de la mitad de las mujeres que no aceptaron método proceden del medio rural, el 20.21 por ciento proceden del medio urbano y el restante 19.14 por ciento son del medio suburbano (Tabla 2).

TABLA 2  
ÁREA DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.

<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Rural</b>	57	60.64
<b>Urbana</b>	19	20.21
<b>Suburbana</b>	18	19.15
<b>TOTAL</b>	94	100

Fuente: directa

Se observa que las mujeres casadas o en unión libre, en su mayoría son las que no aceptaron método, (86 por ciento). Estadísticamente son éstas mujeres las que se encuentran en mayor riesgo de embarazo y sin embargo no aceptan APEO. La mayor proporción de mujeres casadas se observa en el grupo de 21 a 35 años, lo que representa el 56.6 por ciento, el 30.2 por ciento corresponde a aquellas en unión libre y el 13.2 por ciento restante a mujeres solteras; en el grupo de veinte años y menores prácticamente fue el mismo porcentaje de mujeres en unión libre y casadas, con 42 y 40 por

ciento respectivamente, y tan sólo 18.3 por ciento son solteras. Mientras que en las mayores de 35 años predominan las mujeres en unión libre en un 87 por ciento y el restante 13 por ciento son casadas (Tabla 3).

TABLA 3  
ESTADO CIVIL POR GRUPOS DE EDAD.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>20 y menos</b>		<b>21 a 35</b>		<b>36 y más</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>Casadas</b>	13	40%	30	56.60%	1	12.50%	44	46.80%
<b>Unión libre</b>	14	42%	16	30.18%	7	87.50%	37	39.36%
<b>Solteras</b>	6	18%	7	13.20%	0	0	13	13.82%
<b>TOTAL</b>	33		53		8		94	100%

Fuente: directa

No se observa diferencia en la aceptación de APEO entre las mujeres que cuentan con educación primaria y las que tiene siete años o más cursados, aunque en la muestra no se incluyó ninguna mujer con más de once años de estudio, en su mayoría se trata de mujeres con secundaria terminada o primaria, en un 29.78 y 27.66 por ciento respectivamente que en conjunto representan un 57.4 por ciento del total de la población de estudio, de tal manera que la media de años cursados es de 6.84 años (Tabla 4).

TABLA 4  
AÑOS DE ESCUELA CURSADOS POR LAS PARTICIPANTES

AÑOS CURSADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9	28	29.78
6	26	27.66
5	10	10.64
7	8	8.52
4	7	7.45
3	5	5.32
8	4	4.25
11	3	3.19
10	2	2.13
1	1	1.06
<b>Promedio 6.84</b>	94	100

Fuente: directa

El 90.4 por ciento de las mujeres entrevistadas se dedican al hogar, siendo predominante esta característica en las mujeres que viven en el medio rural, esta relación se observó en el 59.6 por ciento de las pacientes, un total de 56 mujeres de la muestra (Tabla 5).

TABLA 5  
OCUPACIÓN Y RESIDENCIA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

AREA DE RESIDENCIA	OCUPACIÓN DE LA ENTREVISTADA										TOTAL
	No trabaja		Hogar		Comerciante		Estudiante		Otra		
<b>Rural</b>	0	0	56	65.88%	1	50%	0	0	0	0	57
<b>Urbana</b>	4	100%	12	14.12%	1	50%	1	50%	1	100%	19
<b>Suburbana</b>	0	0	17	20%	0	0	1	50%	0	0	18
<b>TOTAL</b>	4	100%	85	100%	2	100%	2	100%	1	100%	94

Fuente: directa

El 97.9 por ciento de las entrevistadas manifiestan tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos, ya sea que los hayan adquirido en la escuela, la familia o en las unidades de salud. Sin embargo sólo el 51.4 por ciento de ellas ha utilizado un método anticonceptivo en algún

momento de su vida, ya que un total de 43 mujeres (46 por ciento) dijeron no haber utilizado nunca un método de planificación familiar (Tabla 6).

TABLA 6  
CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE ANTICONCEPTIVOS Y MÉTODOS UTILIZADOS

		Anticonceptivos utilizados previamente												TOTAL				
		DIU		Hormonal oral		Hormonal inyectable		Parche		Implante subdérmico		Preservativo			Naturales		Ninguno	
Conocimientos previos sobre métodos anticonceptivos	Nada	0		0		0		0		0		0		0		1	0.20%	1
	Pocos	11	84.60%	9	81.80%	2	66.60%	1	100%	5	83.30%	10	83.30%	4	80%	32	74.41%	74
	Muchos	2	15.40%	2	18.20%	1	33.30%	0		1	16.70%	2	16.70%	1	20%	10	23.25%	19
	Total	13		11		3		1		6		12		5		43		94

Fuente: directa

Un total de 78 mujeres que no aceptan APEO profesan la religión católica, esto representa un 83 por ciento de la población entrevistada y en cuanto a la influencia que esta religión ejerce sobre su decisión de no aceptar APEO, el 56.4 por ciento cree que es poca y 33.3 por ciento dice que no representa influencia y el 10.3 por ciento considera que es mucha. La religión protestante es considerada por la mayoría de las mujeres como de poca influencia en su decisión, en el 77.8 por ciento, mucha en el 11.1 por ciento y nada con un 11.1 por ciento. Las mujeres Testigos de Jehová dijeron que no ejerce influencia en sus decisiones en el 71.4 por ciento y poca en el 28.6 por ciento (Tabla 7).

TABLA 7  
RELIGIÓN DE LAS PARTICIPANTES Y SU INFLUENCIA EN EL RECHAZO A ANTICONCEPTIVOS

		Influencia de la religión en el rechazo a la anticoncepción						Total
		Mucho		Poco		Nada		
<b>Religión que profesa la entrevistada</b>	Católica	8	88.88%	44	83%	26	81.25%	78
	Protestante	1	11.12%	7	14.00%	1	3.13%	9
	Testigo de Jehová	0		2	3%	5	15.62%	7
	Total	9		53		32		94

Fuente: directa

Hay un franco predominio de las mujeres que sólo tienen un embarazo, el 53.2 por ciento pertenecen a este grupo, el 24.5 por ciento tienen dos, el 14.9 por ciento tienen cuatro, el 6.4 por ciento tienen tres, y sólo el uno por ciento tiene 9 embarazos. La media de embarazo en el estudio es de 1.9 embarazos por mujer. En lo que respecta a los hijos vivos, el 61.7 por ciento tiene uno, el 24.5

por ciento tiene dos, el 8.5 por ciento tiene tres o más hijos vivos y el 5.3 por ciento de las mujeres no tiene hijos, con una media de 1.4 hijos vivos por mujer (Tabla 8).

TABLA 8  
NÚMERO DE EMBARAZOS Y DE HIJOS VIVOS POR MUJER

<b>Embarazos</b>			<b>Hijos Vivos</b>		
<b>Número</b>	Frecuencia	Porcentaje	<b>Número</b>	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	50	53.2	<b>1</b>	58	61.7
<b>2</b>	23	24.5	<b>2</b>	23	24.5
<b>4</b>	14	14.9	<b>0</b>	5	5.3
<b>3</b>	6	6.4	<b>3</b>	4	4.2
<b>9</b>	1	1.0	<b>4</b>	3	3.2
			<b>7</b>	1	1.1
<b>TOTAL</b>	94	100	<b>TOTAL</b>	94	100

Fuente: directa

Las mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico medio son las que predominaron en el estudio, éstas representan el 57.4 por ciento, el segundo lugar lo ocupa el estrato alto con un 27.7 por ciento y el bajo con 14.9 por ciento (Tabla 9).

TABLA 9  
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS MUJERES

<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Medio</b>	54	57.4
<b>Alto</b>	26	27.7
<b>Bajo</b>	14	14.9
<b>TOTAL</b>	94	100

Fuente: directa

No se observa una proporción considerable de mujeres con riesgo reproductivo elevado, pues el estrato más numeroso lo conforma el de las mujeres con riesgo bajo con un 45.7 por ciento de la muestra, seguido por el de riesgo medio en 43.6 por ciento y tan sólo el 10.6 por ciento de ellas tiene

un riesgo obstétrico alto. Sin embargo considerando que lo ideal es que las mujeres tengan un riesgo bajo, tenemos que más de la mitad de ellas, un 54.2 por ciento, se encuentran en riesgo de enfermar o morir por una complicación del embarazo, parto o puerperio (Tabla 10).

TABLA 10  
RIESGO REPRODUCTIVO

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Reproductivo</b>		
<b>Bajo</b>	43	45.8
<b>Medio</b>	41	43.6
<b>Alto</b>	10	10.6
<b>TOTAL</b>	94	100

Fuente: directa

El 85.1 por ciento de la población en estudio no cuenta por completo con el apoyo de su pareja en la toma de decisiones con respecto a la salud reproductiva, tan sólo el 14.9 por ciento lo tiene. Los valores perdidos por el sistema, observados en el estudio corresponden a las mujeres solteras, por lo que éstas van a engrosar el porcentaje de las que no tienen apoyo, por obvias razones (Tabla 11).

TABLA 11  
APOYO EN SALUD REPRODUCTIVA

	Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	Medio	51	54.3
	Bajo	16	17.0
	Alto	14	14.9
	TOTAL	81	86.2
<b>Perdidos</b>		13	13.8
<b>TOTAL</b>		94	

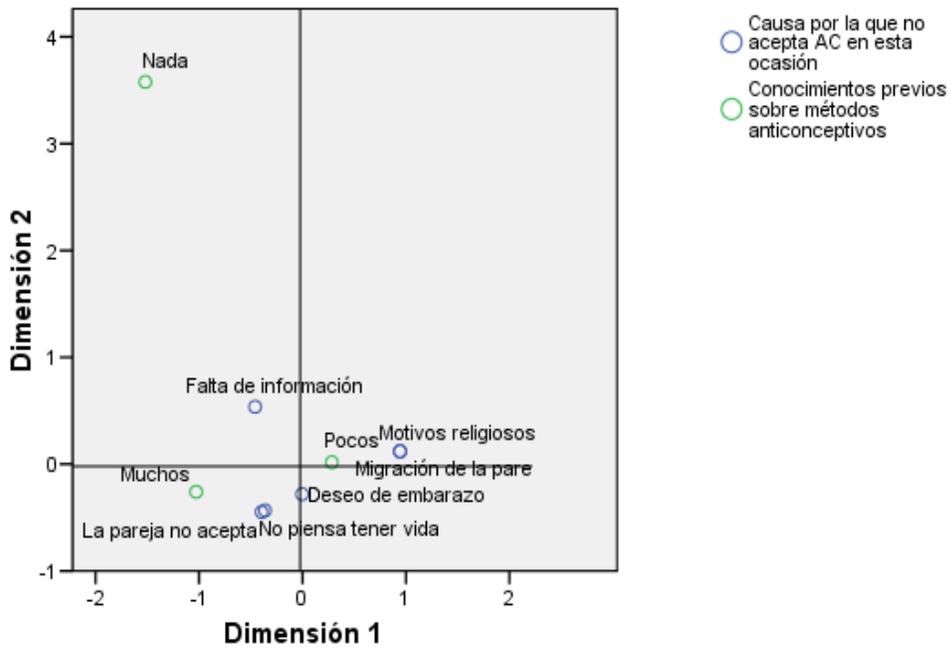
Fuente: directa

Se observa que las mujeres que manifiestan pocos conocimientos sobre planificación familiar atribuyen su decisión de no utilizar Anticonceptivos Postevento Obstétrico (APEO) a motivos

religiosos y migración de la pareja. Por otro lado, las mujeres que manifestaron tener muchos conocimientos basaron su decisión en el hecho de que no piensan tener vida sexual o desean embarazarse a corto plazo. Por último tenemos a las mujeres que no tienen conocimientos en anticonceptivos y cuya decisión de no aceptar método postevento obstétrico fue por falta de información o porque la pareja no acepta, sin embargo esta asociación no fue significativa estadísticamente,  $p=0.38$  (Figura 1).

FIGURA 1

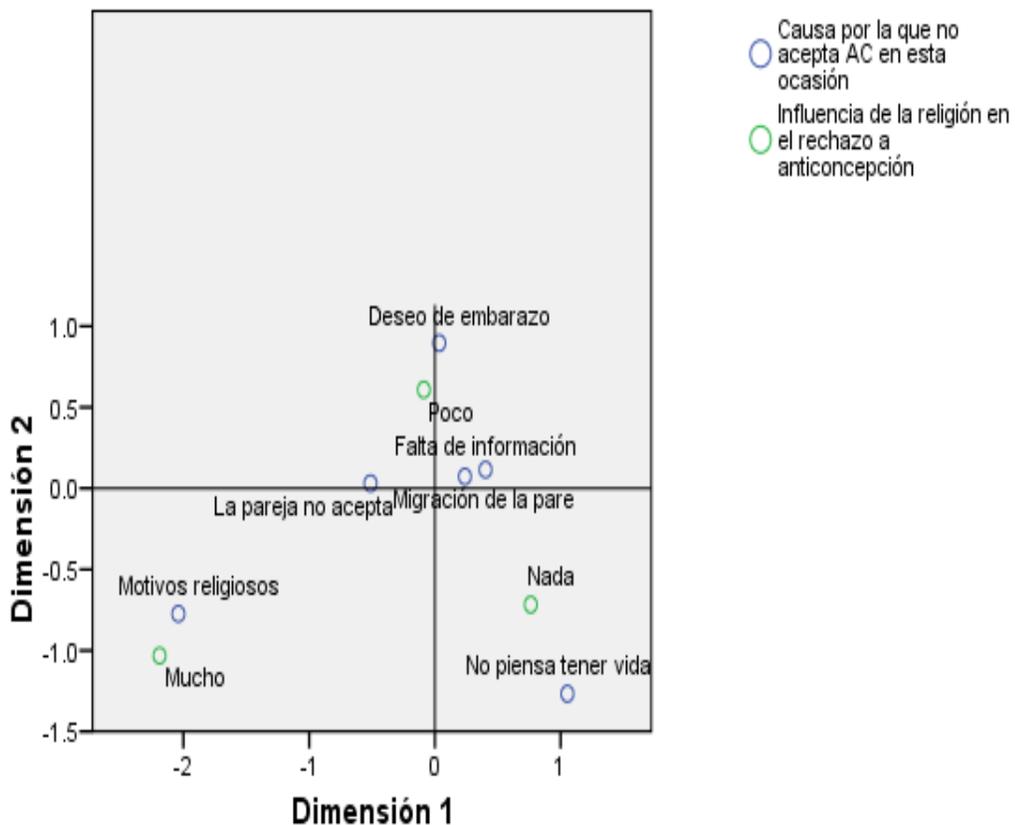
RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y LOS MOTIVOS DE NO ACEPTACIÓN DE APEO



La religión católica ejerce mucha influencia en las mujeres en cuanto a la toma de decisiones sobre anticonceptivos, no así la religión protestante que tiende a ser relacionada con poca influencia y la testigo de Jehová con nula influencia. Sin embargo ésta relación no es estadísticamente significativa ya que el valor de chi-cuadrada es 6.69, para un valor  $p=0.75$ . Pero por otro lado se observa relación entre el grado de influencia que ejerce la religión y la causa por la que no se acepta APEO, las mujeres que manifiestan mucha influencia de la religión atribuyen su decisión a los motivos religiosos, aquellas que dicen que la influencia es poca basan su decisión en el deseo de embarazo, la

falta de información, migración de la pareja o a que esta no acepta. En contraste, las mujeres que dicen no ser influenciadas por la religión, no aceptan método porque no piensan tener vida sexual. Esta relación es estadísticamente significativa con un valor de  $p=0.00$  (Figura 2).

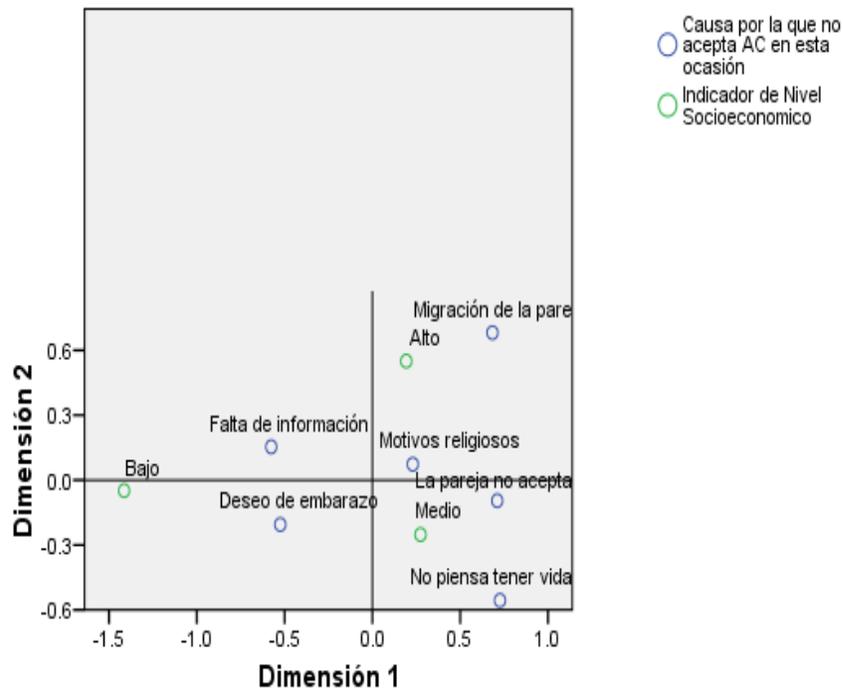
FIGURA 2  
RELACIÓN DE LAS CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE APEO Y LA INFLUENCIA RELIGIOSA



Se encontró un mayor número de mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico medio, 54 pacientes, seguido del nivel alto con veintiséis mujeres y el estrato bajo estuvo escasamente representado en la muestra con tan sólo catorce. Siete de las mujeres pertenecientes al medio socioeconómico bajo manifestaron que su decisión de no aceptar APEO fue por falta de información, seis de ellas lo atribuyen a deseo de embarazo y una a motivos religiosos. En el nivel socioeconómico medio, la falta de información fue manifestada en doce mujeres, así como en 7 de las mujeres del nivel alto. Siendo la falta de información la respuesta dominante en los tres estratos, en un 28 por ciento del total de la muestra. Sin embargo, a pesar de que la falta de información fue la

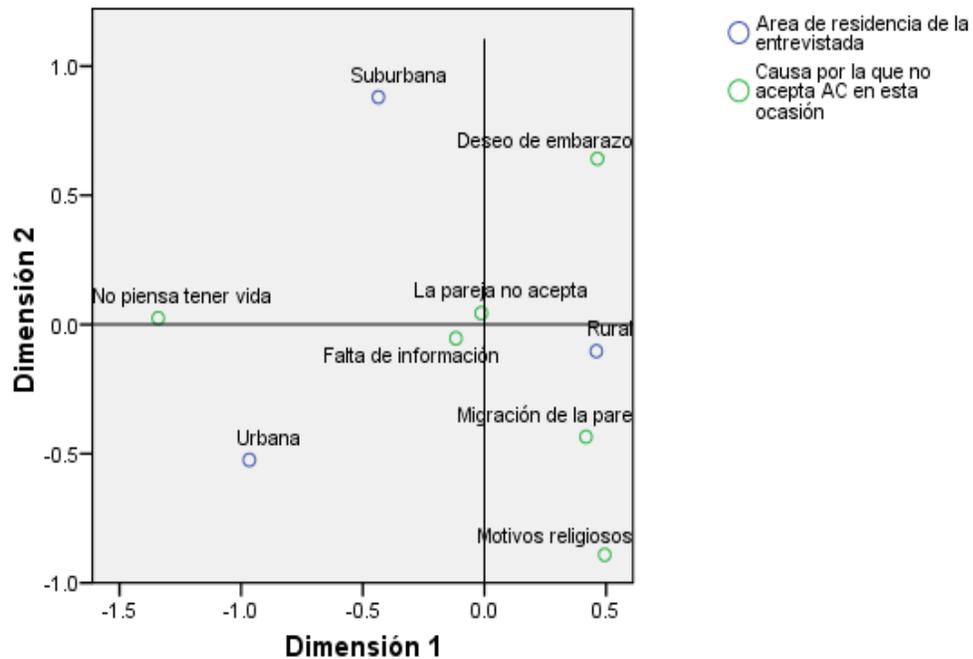
respuesta más recurrente en los tres estratos, no se vio una relación estadísticamente significativa con un valor de  $p=0.22$  (Figura 3).

FIGURA 3  
RELACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LAS CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE APEO.



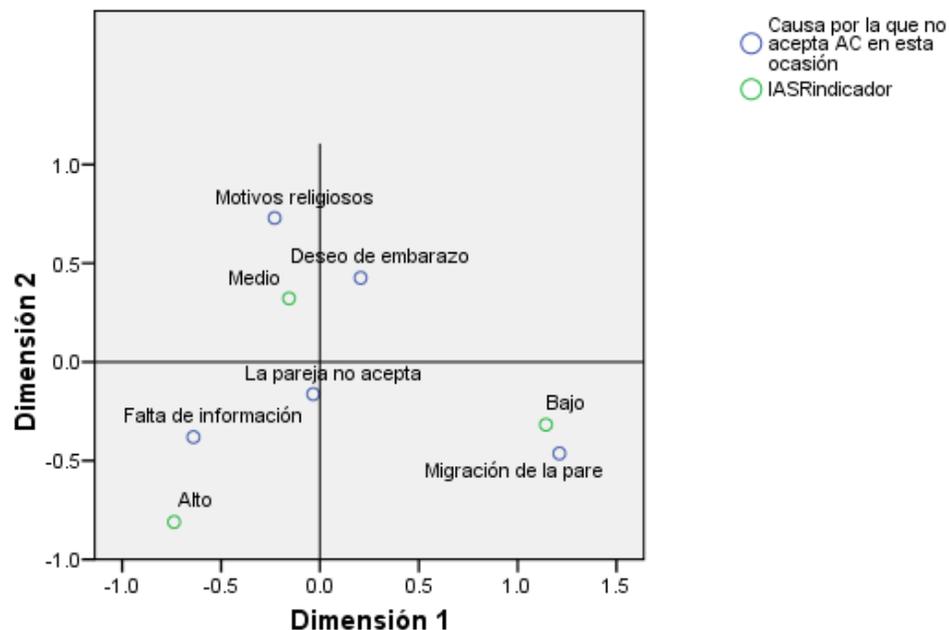
En cuanto al área de residencia de la entrevistada se encontró que el 60.6 por ciento de las mujeres provienen del área rural, del área urbana el 20.2 por ciento y el restante 19.2 por ciento manifestaron ser del medio suburbano. Se observa que hay una tendencia de las mujeres del medio rural a atribuir la no aceptación de APEO a la migración de la pareja, los motivos religiosos, la falta de información y a que la pareja no acepta. En las mujeres del medio urbano la causa de no aceptación de APEO fue que no piensan tener vida sexual y las del medio suburbano manifestaron mayormente el deseo de embarazo. Sin embargo la relación del área de residencia con la no aceptación de APEO no fue estadísticamente significativa en este estudio, con un valor de  $p=0.10$  (Figura 4)

FIGURA 4  
RELACIÓN DEL ÁREA DE RESIDENCIA Y LAS CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE APEO



Sólo el 15 por ciento de las pacientes entrevistadas manifestaron tener completo apoyo por parte de su pareja en la salud reproductiva y ocho de ellas atribuyeron la no aceptación en APEO a la falta de información. De las mujeres que dijeron tener poco o nulo apoyo por parte de su pareja, la falta de información y el deseo de embarazo fueron las causas más mencionadas por las que no se aceptó APEO. Al realizar el análisis estadístico se observó que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la no aceptación de APEO y el Apoyo en Salud reproductiva, dado que el valor chi-cuadrado fue de 14.13 con  $p=0.16$  (Figura 5).

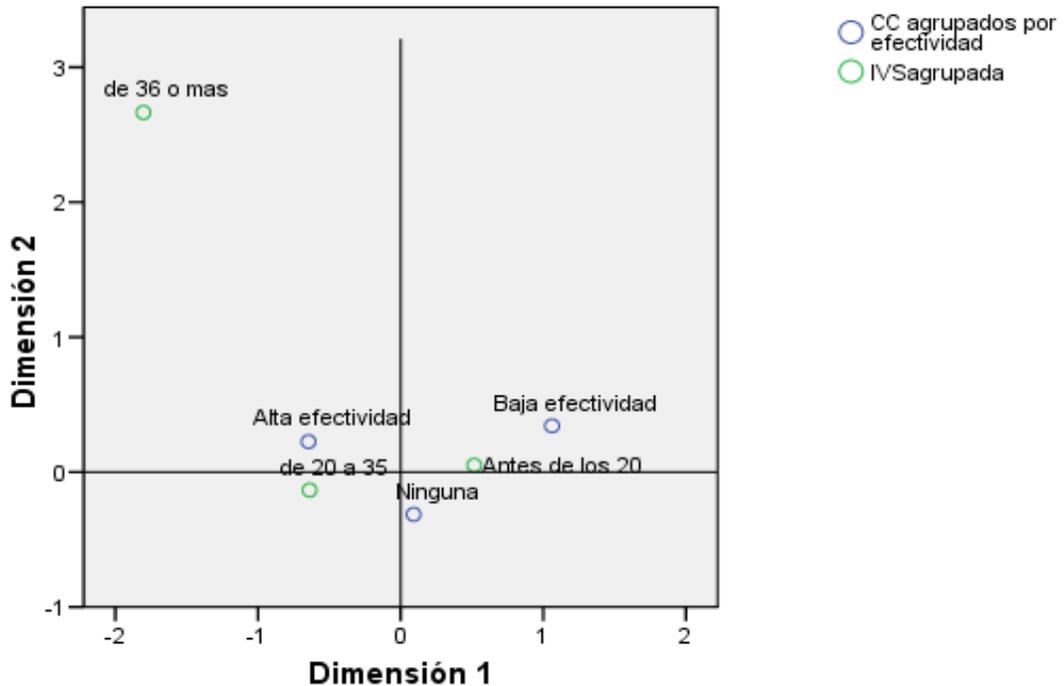
FIGURA 5  
RELACIÓN DEL APOYO DE LA PAREJA CON LAS CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE APEO



El 56.4 por ciento de las mujeres entrevistadas iniciaron vida sexual antes de los veinte años de edad, el 42.5 por ciento lo hizo entre los 20 y los 35 años y tan sólo el 1.1 por ciento tuvo su primera relación sexual después de los 35 años de edad. De las mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los veinte años, solamente el 24.5 por ciento dijo haber utilizado algún contraceptivo de alta efectividad, el 28.3 por ciento dijo haber utilizado uno de baja efectividad como el condón y en su mayoría, el 47.1 por ciento de esas mujeres nunca ha utilizado un método. En contraste, el 50 por ciento de las mujeres que iniciaron vida sexual entre los 20 y 35 años de edad han utilizado métodos de alta efectividad como el DIU. Se observó que el 100 por ciento de las que iniciaron vida sexual luego de los 35 años han utilizado métodos efectivos, sin embargo este grupo estuvo conformado por una paciente. Por lo tanto el presente estudio muestra que el inicio de vida sexual es inversamente proporcional al uso de métodos anticonceptivos, lo que predispone a que una mujer menor de veinte años de edad este más expuesta al embarazo, ya que casi la mitad de estas mujeres no utiliza ningún método anticonceptivo y una tercera parte utiliza métodos de baja efectividad, que si bien pueden proteger contra enfermedades sexualmente transmitidas, no lo hacen tanto con el

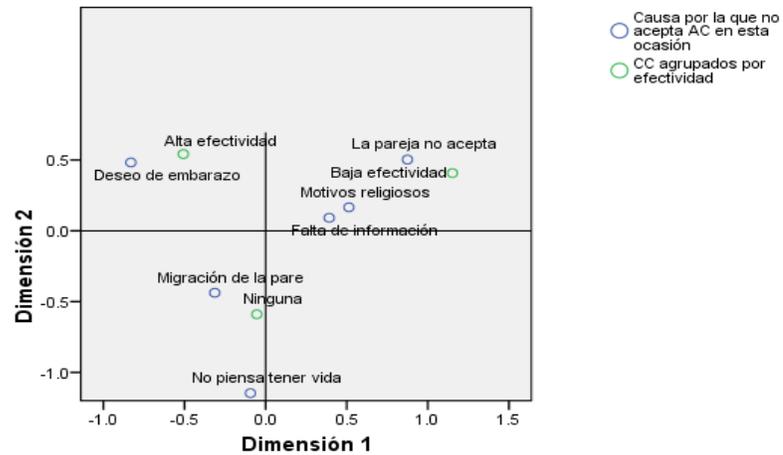
embarazo no planeado, exponiéndose a los riesgos inherentes al mismo. Esta relación resultó estadísticamente significativa con  $p=0.01$  (Figura 6).

FIGURA 6  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL.



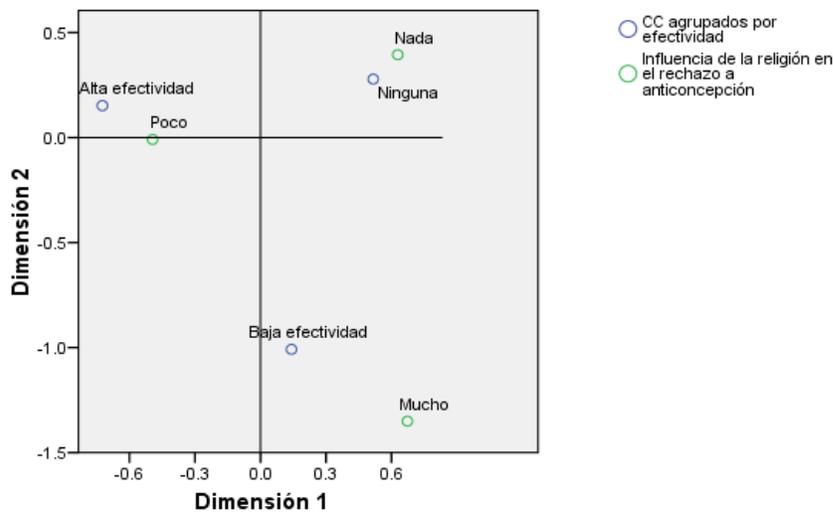
Las mujeres que no han utilizado contraceptivos, atribuyeron su decisión de no aceptar APEO a la migración de la pareja y a que no piensan tener vida sexual. Aquellas que han utilizado métodos de baja efectividad manifiestan que su decisión se debe a que la pareja no acepta, por motivos religiosos y a falta de información. A su vez las mujeres que utilizan métodos efectivos para el control de la natalidad, deciden no utilizar APEO por que desean embarazarse. Lo cual refleja que las paciente que han tenido experiencia con métodos efectivos, tiene mayor conciencia y control de su fertilidad, y por consiguiente son mujeres que están informadas y controlan el momento y número de hijos que desean tener. Lo anterior es estadísticamente significativo con  $p=0.04$  (Figura 7).

FIGURA 7  
RELACIÓN DEL USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS CON LA NO ACEPTACIÓN DE APEO.



También se observa que las pacientes que han utilizado métodos de alta efectividad manifiestan poca influencia de la religión en su decisión, aquellas que han utilizado métodos de baja efectividad aceptan que la religión influye mucho en su toma de decisiones y las que no han utilizado contraceptivo alguno dicen que sus creencias religiosas no influyen en su decisión. Esta es una relación estadísticamente significativa con un valor de  $p=0.007$  (Figura 8).

FIGURA 8  
RELACIÓN DEL USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS Y LA INFLUENCIA RELIGIOSA PARA EL RECHAZO DE APEO.



## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el presente estudio se observa que el método de Anticoncepción Postevento Obstétrico más aceptado es el DIU, en un 70.9 por ciento, seguido de la Oclusión Tubaria Bilateral con 21.8 por ciento. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Romero,<sup>69</sup> quien sostiene que la mitad de las mujeres rechazaron el uso de APEO y de las que aceptaron, el método más popular fue el DIU en un 67.7 por ciento y la Oclusión Tubaria Bilateral en un 28.5 por ciento. El 38.3 por ciento de las mujeres entrevistadas no aceptó APEO, cifra similar a la encontrada por Diana Galimberti<sup>70</sup> en América Latina en mujeres de 15 a 45 años de edad, y por Navarro<sup>71</sup> en Colima, ambos encontraron que el 32 por ciento de las pacientes no aceptan APEO.

También se observa que 86 de las pacientes estudiadas son mujeres jóvenes, lo que equivale a un 91.5 por ciento del total de la muestra, con una edad promedio de veinticuatro años. Es importante señalar que este grupo de edad representa la etapa en que mayor número de mujeres se embaraza, y por ser al que pertenece gran parte de la población que solicita atención obstétrica, es de esperarse que sea el más representado en la muestra. Por otro lado en el Hospital de la Mujer Zacatecana se presta servicio a un sector de la población que no cuenta con seguridad social, llámese ISSSTE o

<sup>69</sup> ROMERO G, *op. cit.*, 210—216.

<sup>70</sup> NAVAS ME, *op. cit.*

<sup>71</sup> NAVARRO C, *op. cit.* 63—68.

IMSS, de tal manera que en este sector de la población predominan las mujeres jóvenes, del medio rural, con baja escolaridad y que no tienen un trabajo formal.

A pesar de que la difusión de la planificación familiar por distintos medios ha llegado a todos los sectores de la sociedad, existe todo un entramado de factores tales como la falta de apoyo de la pareja, las barreras culturales, la presión social y la religiosidad, que en última instancia determinan que no se utilicen. En el presente estudio tan sólo el 2 por ciento de las entrevistadas manifiestan no tener conocimientos sobre anticonceptivos, sin embargo al preguntarles sobre la utilización de los mismos, hay un 48.6 por ciento de mujeres que nunca han utilizado contraceptivos. Estos hallazgos son similares a los reportados por Núñez<sup>72</sup> en 2002, donde el 91.3 por ciento de las mujeres manifestaron tener conocimientos de los anticonceptivos y tan sólo el 35 por ciento de ellas utilizaba alguno en el postparto inmediato y el 59.5 por ciento luego de seis semanas postparto. Es claro que aún existe una brecha importante entre los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el uso de los mismos.

Desde luego que el nivel educativo juega un papel importante en los conocimientos que las mujeres tienen sobre anticonceptivos, puesto que en la primaria ya se abordan temas sobre sexualidad. Por otro lado, mientras mayor sea el nivel educativo, se tienen más probabilidades de que las campañas de concientización llevadas a cabo por las instituciones de salud tengan el efecto esperado. Las 94 mujeres en el estudio tuvieron estudios de preparatoria o menores, por lo que se puede considerar que la baja escolaridad si fue factor determinante en el rechazo a APEO, puesto que en la muestra no hubo ninguna mujer con más de 11 años de escuela cursados. Estos hallazgos son similares a los publicados por Robles<sup>73</sup>, quien obtuvo que el uso de anticonceptivos es menor en mujeres jóvenes y en las que no se habían graduado de la preparatoria.

El catolicismo históricamente ha sido la religión dominante en México y es manifiesto en este estudio, puesto que tan sólo un 17 por ciento de las entrevistadas pertenecen a una religión distinta. Resulta evidente que las creencias religiosas influyen notablemente en la toma de decisiones de las mujeres, puesto que solamente el 34 por ciento de ellas dijo que la influencia es nula. Lo anterior

---

<sup>72</sup> NÚÑEZ RM, *op. cit.*, s92—101.

<sup>73</sup> ROBLES JL, *op. cit.*, 128.

guarda relación a lo encontrado por Hirsch<sup>74</sup>, en el sentido de que la religión católica es la dominante en nuestro medio y las mujeres la utilizan en mayor o menor grado para justificar su conducta reproductiva. Según este autor, esta relación tiene más peso en las comunidades rurales, así mismo Kramer<sup>75</sup> observó que el 15.5 por ciento de las mujeres que no utilizan anticonceptivos son católicas sin embargo en el presente estudio son católicas 78 de las 94 pacientes incluidas, esta diferencia puede ser atribuida a que México es un país donde predomina esta religión sobre las otras, las cuales pueden ser consideradas como minorías, de tal manera que un 89.4 por ciento dijo ser católica en el área urbana, el 88.9 por ciento en la suburbana y el 78.9 por ciento en la rural.

CONAPO (2007)<sup>76</sup> establece la relación entre el nivel socioeconómico bajo y el rechazo a los anticonceptivos. En el presente estudio se encontró un 57.4 por ciento de mujeres del nivel medio que no aceptaron APEO, 27.7 por ciento correspondió al nivel alto, y al bajo el 14.9 por ciento restante. Zacatecas es uno de los estados con más rezago económico en el país, con altos índices de pobreza y marginación, por lo que se encontró una baja proporción de mujeres del medio socioeconómico alto teniendo en cuenta además, que las pacientes que acuden al Hospital de la Mujer Zacatecana son del medio rural y cuentan con escasos recursos económicos, el 90 por ciento de ellas se dedican al hogar, el 72 por ciento dependen de los ingresos de la pareja para sostenerse, el 54 por ciento de ellos se dedica a labores relacionadas al campo y tan sólo el 41 por ciento tiene casa propia.

La relación del área de residencia con el rechazo de APEO no es estadísticamente significativa en este estudio, con un valor de  $p=0.10$ , por lo que estos resultados no coinciden con los encontrados por Lindstrom,<sup>77</sup> en relación a que el conocimiento sobre anticonceptivos se vincula positivamente con los años de vivir en zonas urbanas, dado que en las zonas urbanas hay más acceso a los conocimientos en salud reproductiva. Este fenómeno tal vez se vea afectado por el hecho de que ninguna de las mujeres incluidas en el estudio tiene más de 11 años de estudio, por tanto resulta de más peso el bajo nivel educativo que área de que se provenga.

---

<sup>74</sup> HIRSCH JS, *op. cit.*, 93—104.

<sup>75</sup> KRAMER MR, *op. cit.*, 327—34.

<sup>76</sup> GARCÉS Fierros César, *op. cit.*

<sup>77</sup> LINDSTROM DP, *op. cit.*, 146—53.

La falta de información y el deseo de embarazo constituyen las principales causas por las que las mujeres del estudio dijeron no aceptar algún método de APEO, otras causas fueron: que no piensan tener vida sexual, la migración de la pareja, finalmente los motivos religiosos y que la pareja no acepta. Esto resulta importante, dado que, queda claro que a pesar de la amplia difusión que se les da a los métodos anticonceptivos las mujeres siguen teniendo serias dudas sobre ellos, desconocen sus efectos colaterales, donde los puedan obtener y cuál es el método que en determinado momento más les conviene. Estos resultados guardan relación con los obtenidos por Lemay<sup>78</sup> en el sentido de que las mujeres, principalmente las jóvenes y solteras, están mal informadas sobre los métodos anticonceptivos.

Romero encontró que la principal causa que las mujeres manifestaron para no aceptar un método anticonceptivo era la negativa de la pareja en un 33.2 por ciento de los casos, pero en el presente estudio tan sólo el 10.6 por ciento de las mujeres manifestaron este punto como causa de rechazo, sin embargo, si sumamos el 12.8 por ciento de los casos en que la pareja migra, y que muy seguramente tiene un trasfondo de dominación de género ya que el hombre no permite que su esposa utilice algún anticonceptivo por miedo a la infidelidad, obtenemos que el 23.4 por ciento de las mujeres cuentan con una negativa de su pareja para el uso de APEO. Esta observación se ve reforzada ya que en el presente estudio un tercio de la población se incluye en el grupo de mujeres que cuentan con un nivel bajo de apoyo de su pareja en la salud reproductiva. Es decir, el 23.4 por ciento de las mujeres no cuentan con la aprobación de su pareja para utilizar un APEO y el 17 por ciento tiene poco apoyo de su pareja en salud reproductiva.

---

<sup>78</sup> LEMAY CA, *op cit*, pp. 233—40.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir diciendo que los principales factores que determinan el rechazo de APEO en el Hospital de la Mujer Zacatecana, son:

La falta de información que tienen las mujeres con respecto a los métodos anticonceptivos. No se trata tan solo de que las mujeres no tienen la información necesaria con respecto a la planificación familiar, sino a que en ocasiones esta se les brinda incompleta o alterada, debido a que quienes transmiten los conocimientos muchas no están debidamente capacitados, o bien éstos son transmitidos dentro del mismo círculo social. Al evaluar cualitativamente esos conocimientos tenemos que muchas mujeres tienen serias dudas sobre la efectividad de los anticonceptivos, los daños potenciales a la salud, así como el momento y la edad adecuada para usarlos.

El deseo de tener un embarazo en corto plazo posterior al evento obstétrico actual como causa de rechazo un método APEO, a pesar de no haber sido contemplado en el presente estudio, constituyó un factor importante, puesto que representó una cuarta parte de las mujeres de la muestra, lo cual resulta comprensible, dado que la fecundidad de las mujeres incluidas en la muestra no fue tan alta como la esperada y reportada en otros estudios. Pues se observó una media de 1 embarazo y 1.4 hijos por mujer.

Las mujeres solteras representan un sector importante, las cuales al no tener pareja consideran que no es necesario utilizar métodos anticonceptivos, olvidándose de que al estar en edad reproductiva están expuestas al embarazo en cualquier momento. Por lo tanto este es un factor de riesgo importante, dado que es más probable que estas mujeres queden embarazadas en una relación sexual fortuita, puesto que no usan métodos de alta efectividad.

La escasa o nula participación del hombre en la planificación familiar, en algunos casos porque hay una negativa manifiesta del cónyuge, en otros éste tiene que emigrar a trabajar, o bien deja esta responsabilidad a la mujer. Muchas mujeres manifestaron que sus parejas están de acuerdo en que ellas utilicen algún método anticonceptivo, pero generalmente no reciben una sugerencia específica sobre el método a elegir.

Las creencias religiosas ejercen cierto grado de influencia sobre la decisión de las mujeres de no aceptar un método de APEO, la mayor parte de ellas manifestó profesar la religión católica y dos terceras partes aceptaron que esas creencias influyen poco o mucho en sus decisiones con respecto a uso o no de anticonceptivos. Lo cual es entendible pues es bien sabida la postura que esta religión

tiene al respecto y ejerce su influencia en el consciente colectivo por lo que resulta difícil dejar de lado esos conceptos.

En definitiva, el que una mujer decida no aceptar un método de APEO, no puede atribuirse a un solo factor en cada caso, es más bien un complejo proceso mental de la propia mujer, en el cual influyen no sólo sus deseos, sino los de las personas que para ella son importantes y que a su vez se ven potenciados por el conjunto de creencias, valores y presión social que recaen sobre la mujer, dejándola en una encrucijada en la cual ha estado inmersa históricamente, y de la cual sólo podrá salir cuando haya una participación, firme, decidida y sostenida del hombre en la salud reproductiva.

No se puede decir que los programas de planificación familiar, implementados desde la década de los setentas, no han cumplido su cometido. Por el contrario, resulta evidente que las tasas de natalidad y fecundidad en México han disminuido drásticamente, en parte porque la difusión de los métodos anticonceptivos ha llegado prácticamente a todos los rincones de la sociedad, pero también originado por que la mujer se ha integrado al campo laboral y estudiantil.

Llama la atención el hecho de que el uso de anticonceptivos es inversamente proporcional al inicio de vida sexual, esta relación es estadísticamente significativa en este estudio, por tanto queda manifiesto que las mujeres jóvenes están en mayor riesgo de presentar un embarazo no planeado. Por lo tanto los resultados del presente estudio validan parcialmente la hipótesis, ya que se observa que las pacientes no aceptantes de APEO muestran influencia de la religión en su toma de decisiones, lo cual queda manifiesto en el sentido de que las mujeres que manifiestan mucha influencia religiosa, también dicen que su deseo de no utilizar algún método se basa en sus creencias, esta relación es estadísticamente significativa. Del mismo modo la mayor parte de las mujeres incluidas en el estudio tiene poco o nulo apoyo por parte de sus parejas, lo cual se manifiesta en que el 81 por ciento cuenta con esta característica, sin embargo ellas no lo perciben como causa de no aceptar APEO. Por otro lado, no se logró establecer la causalidad del nivel socioeconómico.

## **RECOMENDACIONES**

Los métodos anticonceptivos deben ser promovidos con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad materna y el número de embarazos no deseados. De tal manera que las recomendaciones que se pueden extraer del presente estudio son:

Poner énfasis en el control prenatal con enfoque de riesgo, para de esta manera priorizar la orientación-consejería sobre Anticonceptivos Postevento Obstétrico a cada caso en particular.

Que se realice una capacitación adecuada en orientación consejería al personal encargado del control prenatal, ya que actualmente sólo se dan pláticas aisladas al respecto.

Elaborar un programa de capacitación continua en orientación-consejería que contenga aspectos relevantes, como la forma de tener un mejor acercamiento con la mujer embarazada y no enfocarlo sólo al logro de metas, si no a buscar que la mujer realmente sienta la necesidad de mejorar su salud reproductiva, de estar bien ella misma y su familia, además se trata de que no lo perciba como una imposición gubernamental o una condicionante para recibir atención médica.

Evitar dar la orientación-consejería a las mujeres en el área de urgencias, labor o quirófano, ya que son momentos en que la paciente no tiene la capacidad de decidir libremente. En caso de que esta orientación no se haya dado en el control prenatal, es mejor esperar de 24 a 48 horas del evento obstétrico o al momento del alta, cuando la paciente ya tenga menos estrés y aún se puede aplicar el método.

Hay que redirigir las campañas de concientización en planificación familiar, tradicionalmente enfocadas a la mujer. Se trata de hacer partícipe al hombre, hacerlo consciente de la importancia que tiene su papel en la salud reproductiva. Puesto que así como es perjudicial la conducta machista tan arraigada en nuestra cultura, también su papel de cabeza de la familia, de hombre responsable y preocupado por el bienestar de su esposa e hijos puede jugar un papel determinante, lograr que realmente haya equidad de género y la mujer tenga plena libertad de acceder a la salud.

Por último, no se deben promover los métodos anticonceptivos meramente como una estrategia de control poblacional, puesto que se corre el riesgo de invertir la pirámide poblacional a grados críticos

como los observados en países de viejo continente, con lo que se generaría una problemática económica seria, al minar el sector de la población económicamente activa y aumentar el de la población demandante de servicios.

## BIBLIOGRAFÍA

ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR, «Los derechos reproductivos». [versión electrónica], Disponible en: [www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf](http://www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf) Consultado el 01 diciembre 2008.

ALFONSO José Toro, *Reflexiones en torno a la sexualidad y el género*. F & G Editores: Guatemala, 2007, pp 1—3.

ÁVILA Héctor «La sexualidad en el área rural», en LARTIGUE Teresa, ÁVILA Héctor, *Sexualidad y reproducción humana en México*, Plaza y Valdes, México, 1996, pp 149—155.

BARBERAN Yolanda, «Anticonceptivos naturales», [versión electrónica], Disponible en: [www.mujeractual.com/salud/ginecologia/naturales.html](http://www.mujeractual.com/salud/ginecologia/naturales.html) Consultado 23 noviembre 2008.

BARDEN-O´FALLON Janine L, SPEIZER Ilene S, WHITE Justin S, «Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala», *Rev Panam Salud Publica*, Volumen 23, Número 6, pp 410—416.

BELLO Villanueva Ana Mercedes, PALACIO Jorge, RODRÍGUEZ Díaz Melissa, «Correlación entre personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano», *Terapia Psicológica*, Volumen 33, Número 3, Chile, 2005, pp. 169-180.

BENNETT Ian M., CULHANE Jennifer, F., MCCOLLUM Kelly F., «Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: Any role for depression and contraceptive use?», *Am Jour Obstet and Gynecol*, Number 194, USA, 2006, pp 749—754.

BLEAKLEY A, HENNESSY M., «Public Opinion on Sex Education in US Schools», *Arch Pediatr Adolesc Med*, Number 160, USA, 2006, pp 1151—1155.

BRUNNER Huber L R, HOGUE C J, STEIN A D., «Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study», *Am Jour Obstet and Gynecol*, Number 194, USA, 2006, pp 1290—1295.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, «Ejecución del programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo», Disponible en 2006, México, pp 185—187.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, «Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva», 2006, México, pp 203—205.

CELIS González Cuauhtémoc. «Anticoncepción en la mujer casada», en AHUED Ahued J Roberto. FERNÁNDEZ del Castillo Carlos, *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*. México, Manual Moderno, 2003, pp 153—57.  
COLEMAN Jhon C «Sexualidad adolescente», en COLEMAN Jhon C, HENDRY Leo B. *Psicología de la adolescencia*, Morata, España, 2003, pp 106—118.

COLUMBIAN UNIVERSITY, «Contemporary Theories of Behavior», Disponible en: [www.tc.edu/centers/MotivationsForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview](http://www.tc.edu/centers/MotivationsForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview) Consultado el 27 abril 2009

DÍAZ Daniela, SÁNCHEZ Hidalgo Dora, «Mortalidad materna, un problema sin resolver», 2002, Disponible en: [www.siyanda.org/docs/muerte\\_por\\_ciento20materna.pdf](http://www.siyanda.org/docs/muerte_por_ciento20materna.pdf) Consultado 27 octubre 2007.

DORINA Stefani. «Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica» *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología*, Volumen 1, Número 5, Argentina, 2005, pp 1515 —1867.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, «El momento de la inserción del DIU es vital en el postparto». *Family Health International (FHI)*, USA, 2006, pp 1—3.

GARCÉS Fierros César, «El papel de los hombres en la promoción de la salud materna», tema del Día Mundial de la Población. *SEGOB*. México, DF. 2007.

GONZÁLEZ López Greethel., «Las prácticas contraceptivas de las mujeres católicas en Xalapa, Veracruz (México)», *Rev. Sociedad & Equidad*, Número 2, 2011, Chile, pp 86—101.

GONZÁLEZ M María Luisa, «Mitos y realidades del mundo laboral y familiar en las mujeres». *SIGLO XXI*, México, 1997, pp. 19—33.

GÓMEZ de León José. «Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural». Disponible en: [www.cicred.org/Eng/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezp.PDF](http://www.cicred.org/Eng/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezp.PDF) Consultado 03 octubre 2009

GUILLAUME Agnés, LERNER Susana, *Perfil sociodemográfico y motivos de las mujeres para recurrir al aborto*, El aborto en América Latina y el Caribe, Primera edición, Centre Population & Development, El Colegio de México, Paris-México, 2007. p. 97.

GUTIÉRREZ S Sergio, *Transición de la alta a la baja fecundidad en México*. Universidad Autónoma del Estado de México, 2000, México, pp 7—20.

HIRSCH JS, «Catholics using contraceptives: religion, family planning, and interpretive agency in rural México», *Study Fam Plann*, Volume 39, Number 2, 2008, pp 93—104.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, «Estadísticas a propósito del día de la madre». Instituto Nacional de Geografía e Informática, Disponible en: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/madre0.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/madre0.doc) Consultado 19 octubre 2013

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, «Preferencias reproductivas», Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met\\_y\\_tab\\_enadid09.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf) Consultado 19 octubre 2013.

KRAMER M R, ROWLAND Hogue C J., «Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: what's religion got to do with it?», *Ann Epidemiol*, Volume 17, Number 5, USA, 2007, pp 327—34.

LANGER Ana, «El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina». *Rev Panam Salud Pública*, Volumen 11, Número 5, 2002. 11, pp 192—203.

LARA Ricalde Roger. «Anticoncepción en la mujer soltera», en AHUED Ahued J Roberto, FERNÁNDEZ del Castillo Carlos, et al. *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*, Manual Moderno, México, 2003, pp 147-52.

LEMAY C A, CASHMAN S B, ELFENBEIN D S., «Adolescent mother's attitudes toward contraceptive use before and after pregnancy», *J Pediat Adolesc Gyneco*, Volume 20, Number 4, USA, 2007, pp 233—40.

LETE I, BERMEJO R, PARRILLA J J, et al., «Use of contraceptive methods and risk of unwanted pregnancy in Spain women aged 40-50 years: results of a survey conducted in Spain», *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, Volume 12, Number 1, 2007, pp 46—50.

LINDSTROM David P, HERRERA Coralia. «Internal migration and contraceptive knowledge and use in Guatemala», *Int Fam Plan Perspect*, Volume 32, Number 6, USA, 2006, pp 146—153.

LÓPEZ de la Cruz Yoandy, «El arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas», *Rev Cubana Obstet Ginecol*, Volumen 36, Número 2, Cuba, pp 13—20.

MCGAVIGAN C J «El sistema liberador de levonorgestrel Mirena». Disponible en: [www.enfermedadesdelavulva.com.ar/docs/mirena\\_si.pdf](http://www.enfermedadesdelavulva.com.ar/docs/mirena_si.pdf) Consultado 02 de agosto de 2009.

MACKINNON Catharine A., *Sexualidad. Toward a feminist theory of the state*, Harvard University Press: USA, 1987, pp 127—154.

MELIAN María Mercedes, «Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay 1995-2008», *Rev Panam Salud Publica*, Volumen 33, Número 4, pp 244—250.

MÉXICO CONECTADO «Derechos reproductivos». Disponible en [www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Derechos\\_Reproductivos](http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Derechos_Reproductivos) Consultado 01 diciembre 2012.

MIER Terán Martha, «La fecundidad en México en las últimas dos décadas», *Coyuntura demográfica*, Noviembre 2011, México, pp 57—61.

MOLINA de Padriñas Rosa María «Derechos reproductivos y equidad de género» [versión electrónica], Disponible en: [www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/pr26.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/38/pr26.pdf) Consultado 01 diciembre 2008.

NAVAS ME. «Pocas jóvenes usan anticonceptivos». London UK, Disponible en: [http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/science/newsid\\_7300007/7300494.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/spanish/science/newsid_7300007/7300494.stm) Consultado 20 diciembre 2008

NAVARRO Núñez Carlos, ÁLVAREZ González Guadalupe, TENE Pérez Carlos E, «Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes», *Ginecol Obstet Mex*, Volumen 73, 2005, pp 63—68.  
NÚÑEZ Urquiza Rosa M, HERNÁNDEZ Prado Bernardo, GARCÍA Barrios Cecilia, «Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto», *Salud Pública de México*, Volumen 45, Suplemento 1, 2003, México, pp 92—101.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos». Ginebra, Suiza 2005. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43150/1/9243562665\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43150/1/9243562665_spa.pdf) Consulta 25 abril 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Definición de salud reproductiva de la OMS». Disponible en [www.icmer.org/RHO/html/definition\\_.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm) Consultado 01 de diciembre de 2008.

PÉREZ Molina Artemio, MARTÍNEZ Rodríguez Oscar, «Planificación familiar». *Fundamentos en Ginecología y Obstetricia. Asociación de Médicos Especialistas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico Nacional La Raza, México, Méndez Editores, 2004, pp 2.108—110.*

QUEZADA Noemí «La religiosidad popular en México», en QUEZADA Nohemí, *Religiosidad popular México-Cuba, México, Plaza y Valdez, México, 2004, pp 49—51.*

QUINTANILLA M, « Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto», *Secretaría de Salud, México D.F, 2002, pp 9—19.*

RAMÍREZ Rodríguez Juan Carlos. «Masculinidad, cosa de hombres», en RAMÍREZ Rodríguez Juan Carlos *Madejas entreveradas: violencia, masculinidad y poder: varones que ejercen violencia contra sus parejas*, Plaza y Valdes, México, 2005, pp 27—71, 371.

REYES Rodríguez Luis, «La teoría de la acción razonada de Martin Fishbein», Disponible en: [http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf) Consultado el 01 mayo 2009.

RIVERA Garretas María Milagros, *¿Qué es la diferencia sexual?*, en RIVERA Garretas María Milagros, *La diferencia sexual en la historia*. Primera edición, Universidad de Valencia, España, 2005, pp 11—22.

ROBLES J L, LEWIS K L, FOLGER S G, «Prior contraceptive use among women who gave birth in the US-México border región, 2005: the Brownsville-Matamoros Sister City Project for Women´s Health», *Prev Chronic Dis*, Volumen 5, Number 4, 2008, pp 128.

ROMERO Gutiérrez G, GARCÍA Vázquez M G, HUERTA Vargas L F, «Postpartum contraceptive acceptance in León, México: a multivariate analysis», *The Europ Jour Contracep and Reprod Healt*, Volumen 8, Number 4, 2003, pp 210—216.

SILVERMAN J G, GRUPTA J, DECKER M R, et al., «Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women», *BJOG and International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Volume 114, Number 10, London UK, pp 1246—1252.

SUBSISTEMA AUTOMÁTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, «Reporte Gerencial: Hospital de la Mujer Zacatecana», *Subsistema Automático de Egresos Hospitalarios*, 2008, México.

STROBL Ingrid, *Fruto extraño: sobre política demográfica y control de población*, Virus Editorial, 1994, pp 25—63.

THE FAMILY PLANNING ASSOCIATION, «Sexual Health Direct: Religion contraception and abortion», *The Family Planning Association*, London UK, 2004. Disponible en [http://the\\_family\\_plann\\_assoc/sexual\\_health/religion/uk](http://the_family_plann_assoc/sexual_health/religion/uk) Consultado 20 diciembre 2012

UNIVERSIDAD DE COLUMBIA, «Teoría de la acción razonada», Disponible en: [www.tc.edu/centers/MotivationForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview](http://www.tc.edu/centers/MotivationForum/index.asp?Id=soc...ects&Info=Theory+Overview) Consultado 15 junio 2008.

VIDAL Francisco. «Condicionamientos históricos de la sexualidad». *Cuerpo y Sexualidad. Universidad ARCIS*, Santiago de Chile, 2002, pp 13—15.

YMCA COLOMBIA, «Modelo educación para el amor», Colombia. Disponible en [www.ymacolombia.org/nacionales/horyzon/bogota\\_glosario2.doc](http://www.ymacolombia.org/nacionales/horyzon/bogota_glosario2.doc) Consultado 25 noviembre 2008.

## ANEXOS

### *Anexo 1. Operacionalización de Variables*

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Dependiente	Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO)	Se refiere a la utilización de un método anticonceptivo en el puerperio inmediato, siempre y cuando no interfiera con la lactancia, con la finalidad de espaciar el nacimiento de los hijos y limitar el número de los mismos, y de esa forma disminuir el número de embarazos no deseados y las complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio.	Es la utilización en el puerperio inmediato, ya sea por parto, cesárea o aborto, de Oclusión Tubaria Bilateral, Dispositivo Intrauterino, o bien, un hormonal a base de sólo progestágeno que puede ser administrado vía oral, inyectable, intrauterino y en implante subdérmico.	Antecedentes Gineco-obstétricos.  Métodos de Planificación familiar.  Conocimiento  Uso	Inicio de vida sexual Número de parejas sexuales Número de embarazos Número de partos. Número de cesáreas. Número de abortos Hijos vivos.  Asesoría recibida.  Utilización previa de cualquier método anticonceptivo

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES

Independiente	Factores Socio-culturales	Son el conjunto de todas las formas y expresiones de una sociedad determinada. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Desde otro punto de vista se puede decir que son toda la información y habilidades que posee el ser humano.	Se trata de todas las costumbres y normas que influyen en el comportamiento de los individuos, en la toma de decisiones y en la vida cotidiana. Será investigada mediante cuestionario.	Creencias  Apoyo de la pareja  Uso de métodos naturales de control de la natalidad	Religión Usos y costumbres. Hábitos en salud. Ocupación. Aceptación de métodos anticonceptivos Participación en el hogar.  En las labores. En las decisiones.  Ritmo Coito interrumpido Método Billings
---------------	---------------------------	--	---	--	---

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	-------------	-------------

Independiente	Factores socio-económicos	Se refiere a todos aquellos elementos que forman parte del contexto social de los individuos, que están relacionados a la actividad económica de cada pueblo en particular, y que determinan el nivel de bienestar que pueden alcanzar los individuos pertenecientes a ese grupo social. Por lo tanto en gran medida ejercen influencia en el proceso salud-enfermedad, aunque no tengan una relación directa de causalidad.	Son todas las circunstancias de la vida social y económica de los individuos que determinan la postura hacia el cuidado de la salud.  Será evaluada mediante encuesta.  Aplicación de Índice de Nivel Socio-económico.	Edad. Sexo.  Escolaridad. Estado civil.  Ocupación.  Escolaridad del jefe de familia. Ingreso familiar Vivienda.	Años cumplidos. Femenino  Años cursados. Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda Remunerada. No remunerada. Años cursados Cantidad percibida por mes. Material del piso Disponibilidad de agua potable. Disposición de excretas. Hacinamiento Rural Urbana
---------------	---------------------------	--	--	--	--

*Anexo 2. Resultados de la prueba piloto*

- La prueba piloto se llevó a cabo el día 07 de Junio de 2009, en el área de hospitalización del Hospital General de Fresnillo, con una muestra de 20 pacientes atendidas de algún evento obstétrico.
- La aplicación del cuestionario tardó en promedio 8 minutos cada uno.
- Las pacientes encuestadas no manifestaron inconformidad por la aplicación del instrumento.

- En cuanto a las preguntas, no se percibió dificultad para que las encuestadas las entendieran, sin embargo hubo cierta renuencia a emitir su opinión en las preguntas abiertas, específicamente en la 47 y 48.
- También se detectó que falta una pregunta en el instrumento que haga referencia al tipo de atención obstétrica que se le brindó en ese embarazo, por lo que no se tiene el dato de cuantas fueron atendidas por parto, cesárea o legrado.
- Otra deficiencia detectada en el instrumento fue que no se pregunta específicamente sobre la escolaridad del jefe de familia, variable importante puesto que es indispensable para obtener el Índice de Nivel Socioeconómico, por lo que habrá que cambiar la pregunta número 14. Escolaridad de la pareja \_\_\_\_\_ años, por, años de estudio del jefe de familia.
- En el reactivo número 24 se pregunta si la encuestada profesa alguna religión y en la siguiente se pregunta cual; por lo que ambas se deben incluir en una sola pregunta que tenga la opción de ninguna, para obviar tiempo y evitar confundir a la encuestada. Lo mismo sucede con las preguntas 26 y 27.
- Puesto que la orientación-consejería es un criterio de exclusión se consideró conveniente hacer esa pregunta al inicio del instrumento para evitar llenarlo innecesariamente. Por lo que la tercera parte del instrumento se cambió a la primera.

*Anexo 3. Instrumento de medición*

I. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS Y DE CONDUCTA EN SALUD REPRODUCTIVA.

1. En el embarazo actual, ¿llevó control prenatal?  0 No  2 Sí	2. ¿En el control prenatal le hablaron sobre APEO?  0 No  2 Sí
3. Servicio médico en el que llevó el control prenatal  1 IMSS  2 ISSSTE	4. Número de embarazos _____  5. Número de partos _____  6. Número de cesáreas _____



7 Natural	
17. ¿Cuál método cree usted que puede dañar su salud?	18. ¿Cuál cree que es el mejor método?
0 Ninguno	0 Ninguno
1 DIU	1 DIU
2 Hormonal Oral	2 Hormonal Oral
3 Hormonal Inyectable	3 Hormonal Inyectable
4 Parche	4 Parche
5 Implante	5 Implante
6 Preservativo	6 Preservativo
7 Natural	7 Naturales
8 Todos	8 Todos
19. ¿Qué beneficios considera usted que tienen los métodos anticonceptivos?	20. ¿Qué más le gustaría saber sobre los métodos anticonceptivos?
_____	_____
21. ¿Quién le gustaría que le diera la información?	
0 Nadie	1 Médico
	2 Enfermera
3 Promotor	4 Todos
22. Evento obstétrico atendido en esta ocasión	
1 Parto	2 Cesárea
	3 Legrado

## II. FACTORES SOCIOECONOMICOS.

22. Edad (años)	23. Área de residencia
	1 Rural      2 Suburbana      3 Urbana

<p>24. Estado civil</p> <p>1 Soltera</p> <p>2 Casada</p> <p>3 Unión libre</p> <p>4 Divorciada</p> <p>5 Viuda</p>	<p>25. Escolaridad_____años.</p>
<p>26. Ocupación</p> <p>0 No trabaja</p> <p>1 Hogar</p> <p>2 Empleada</p> <p>3 Comerciante</p> <p>4 Profesionista asalariada</p> <p>5 Profesionista por su cuenta</p> <p>6 Estudiante</p> <p>7 Otra</p>	<p>27. La vivienda es:</p> <p>0 Rentada</p> <p>1 Prestada</p> <p>2 Propia</p>
<p>28. Número de personas que habitan la vivienda_____</p>	<p>29. Habitaciones con las que cuenta la vivienda_____</p>
<p>30. Material del piso de la vivienda</p> <p>0 Tierra</p> <p>1 Cemento</p> <p>2 Recubrimiento</p>	<p>31. Eliminación de excretas</p> <p>0 Otros</p> <p>2 Drenaje</p>
<p>32. Disposición de agua potable</p> <p>0 Servicio público</p>	<p>33. Persona o personas que sostienen a la familia.</p> <p>0 Otro</p>

1 Dentro del vecindario	1 Mujer
2 Intradomiciliaria	2 Hombre
	3 Ambos

34. Escolaridad del jefe de familia _____ años.	
35. Ocupación de la pareja	36. Lugar de trabajo de la pareja _____
0 No trabaja	
1 Agricultor	37. Ingreso mensual familiar _____ pesos.
2 Jornalero	
3 Empleado	
4 Comerciante	
5 Profesionista	
6 Estudiante	

