

60
27

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR
Y COMUNITARIA

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S I N A

ISSSTE SUB-DELEGACION MÉDICA ZONA SUR D.F. QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

JUN. 14 1991 MEDICINA GENERAL FAMILIAR

ENSEÑANZA PRESENTA:

CLINICA Dr. H. B. DRA. BLANCA LILIA DEL ROSARIO VALADES RIVAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION	2
ANTECEDENTES.....	3
BASES JURIDICAS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.....	5
RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACION FAMILIAR.....	8
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	11
PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL.....	22
OBJETIVOS.....	24
METODOLOGIA.....	24
INSTRUMENTO DE INFORMACION.....	25
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	25
RESULTADOS.....	26
ANALISIS Y DISCUSION.....	74
CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	80
A N E X O.....	83

INTRODUCCION.

Es derecho oportuno el estudio de la vida libre, sana y feliz e informarse sobre el uso de los métodos de planificación familiar y la responsabilidad de los individuos de tales procedimientos a la población en general, que les permitan ejercer este derecho libremente y libremente a través del Programa de Planificación Familiar.

Diversos estudios realizados han identificado la frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar que han llevado a cabo e implementado mundialmente, así como aquellos países que se encuentran en el momento de haberse dado a hacer programas de planificación familiar, así como también a modificar el perfil demográfico de país, con el fin de poder proporcionar a su población mejores condiciones de salud y de vida en general.

Los resultados de dichos estudios han mostrado un incremento en el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo de aquellos de tipo definitivo, tanto en hombres como en mujeres.

Sin embargo, estrictamente hablando, a nivel mundial no puede decirse que exista una plena aceptación de la planificación familiar.

Esto conlleva a la existencia de estratos que no se presentan en mujeres que tienen factores de control reproductivo, pueden estar en la etapa materna o infantil.

El Programa de Planificación Familiar requiere la colaboración de la sociedad, sobre la promoción y difusión a la población en general y sobre todo a aquella que se encuentra en edad fértil.

La participación del Médico Familiar en el Programa de Planificación Familiar es de suma importancia, ya que su función como orientador y educador de la salud puede favorecer cambios de actitudes en la población, que le permitan conocer los beneficios del programa, sobre todo el objetivo de disminuir la mortalidad materna e infantil.

JUSTIFICACION.

La Ley General de Salud incluye por primera vez a la Planificación Familiar, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de la población.

Para lograr dicho fin es necesario identificar las tendencias actuales de las mujeres sobre el uso de los métodos de planificación familiar, ya que a pesar de que se refieren en diversos estudios que se han logrado las metas establecidas aun se observa que existe resistencia de la población para su uso.

Los resultados de ésta investigación mostrarán la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, así como el comportamiento de las características sociales y culturales que pueden determinar la aceptación de los métodos, con el fin de establecer aquellas estrategias que permitan tener una mayor impacto en la población para que ésta participe en la preservación de su salud.

ANTECEDENTES.

Uno de los objetivos de la política de población, es reducir la tasa de crecimiento demográfico, alentando la disminución de la fecundidad, al mismo tiempo que intensificar la lucha contra la mortalidad materno-infantil.(3).

El Programa Nacional de Planificación Familiar parte de la política de población y tiene como finalidad propiciar cambios en el comportamiento reproductivo de las parejas con el fin de lograr una mejor educación sobre el crecimiento demográfico y el desarrollo socio-económico de la nación.

El uso de métodos anticonceptivos por parte de la población femenina en edad fértil, aquella que tiene entre 15 y 49 años, les permite a las mujeres manejar libre y responsablemente su fecundidad, así como el reducir el número y espaciamiento de los hijos que verdaderamente desean tener.

De acuerdo a la información contenida en el último censo, la población femenina de edad fértil significaba el 47% del total de las mujeres.

Según el tipo de localidad de residencia, las mujeres con posibilidad de concebir y que vivían en el medio rural sumaban más de 6.4 millones, de las cuales el 54% vivían en algunas de las 100 mil localidades existentes que contaban con menos de 2 mil 500 habitantes por localidad. Del total de estas últimas, sólo el 8.2% tenían personal médico, el 9.3% contaba con hospital, el 7.7% con consultorio o clínica, el 3.9% con farmacia y solamente 9 de cada 100 localidades ofrecían consultas sobre planificación familiar.

El éxito que pueda esperarse de las campañas de planificación familiar en gran medida depende no sólo de la existencia de servicios médicos, sino también de la disponibilidad y calidad de servicios tan fundamentales para el desarrollo de la vida cotidiana como son los educativos, los medios de comunicación y las condiciones sanitarias y de infraestructura con que cuentan las localidades.

Las investigaciones hasta ahora desarrolladas con respecto a creencias y actitudes con las usuarias y cuales son las características generales del Ambiente social en las que se desenvuelven, son las Encuestas Nacionales de la Fecundidad correspondientes a los años de 1977, 1979, 1982 y 1987 realizadas en México.

Atenta del uso de anticonceptivos por parte de la población femenina, la encuesta de 1987, nos refiere que el 52.2% de las mujeres eran usuarias de métodos. Esta misma encuesta al porcentaje de mujeres de acuerdo al tipo de método, señalando que el 26.2% utilizaron métodos definitivos, 19.4% dispositivo intrauterino (DIU), 18.2% barreras, 14.1% y el 14.1% métodos naturales.

A este respecto resulta inquietante que los métodos de planificación familiar continúen recayendo básicamente en las mujeres, pues la participación del hombre aún cuando en fechas recientes se incrementó, es todavía baja. Por cada 100 mujeres que eligen el método definitivo, solo existen 11 hombres vasectomizados o que usaban preservativo (3).

Uno de los aspectos que mayor influencia ejerce en la decisión para que las mujeres adopten los métodos anticonceptivos, es su nivel de escolaridad, en la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1977, se encontró que cerca del 32% de las mujeres mostraban como último grado aprobado el sexto de primaria (3).

En cuanto a la edad, el grupo que presentó la mayor frecuencia de uso de anticonceptivos fue el de 30 a 34 años, con un 62.2%, cifra que se refiere se ha incrementado debido al mayor uso de los métodos definitivos. Por otra parte, las mujeres del grupo de edad de 15 a 19 años tuvieron una frecuencia de uso de anticonceptivos de 30.2%, pudiendo atribuirse este bajo porcentaje al desconocimiento de los métodos o bien a que no sienten necesaria la prevención del embarazo.

A nivel mundial se han realizado una serie de estudios para determinar la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil, generalmente orientados a población de países en vías de desarrollo, ya que desde el punto de vista de las políticas demográficas, son los que se ven seriamente afectados con el incremento poblacional. Por mencionar algunos se encuentra uno realizado en Puerto Rico (4), en donde se investigaron los factores socioculturales que se asocian con el uso de contraceptivos en 1968, no encontrando diferencias significativas con los realizados en nuestro país.

Un estudio realizado en Bangkok, presenta también la misma información con respecto a la edad, el nivel de educación y el tipo de método utilizado, así como el lugar de obtención de los mismos (5).

BASES JURIDICAS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

El derecho básico de todos los individuos de decidir libre y responsablemente acerca del número y el espaciamiento de los hijos es de inserción relativamente reciente en el catálogo de los derechos humanos. En 1968 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en forma unánime este derecho.

En nuestro país, el ejercicio de este derecho es independiente del sexo, raza, religión y estado socioeconómico, gracias a que el derecho se encuentra consagrado como garantía en el Artículo 4o. de la Constitución Mexicana desde 1974. (1)

En 1974 se celebró en la ciudad de Bucarest la Primera Conferencia Mundial de Población, reuniéndose el 98% de los representantes de los países del mundo, el gran logro de esta conferencia lo constituyó la aprobación unánime del Plan de Acción Mundial sobre Población, que comprende una serie de recomendaciones acerca de las políticas demográficas y políticas sobre fecundidad y familia.

En la Segunda Conferencia Internacional de Población, realizada en México en 1984, se reafirmó la necesidad de una normatividad nacional en tres campos críticos: políticas integradas de población y desarrollo, programas ampliados de planificación familiar y de salud y mejoras en las condiciones de la mujer.

Políticas demográficas. En cada país, la justificación de una declaración específica de política nacional depende en gran medida de las características de la estructura y crecimiento demográfico, considerándolos como elementos que pueden afectar la calidad de vida del país en cuestión.

Los objetivos de las políticas gubernamentales sueñan ser el mejoramiento del bienestar social, un equilibrio entre población y recursos y una calidad de vida superior.

Políticas sobre fecundidad y familia. Como resultado de la conferencia de 1984, se elaboraron recomendaciones para la aplicación del Plan de Acción Mundial sobre Población, entre ellas se encuentran las siguientes sobre procreación y familia, con énfasis especial en la planificación familiar.

Recomendación 25.- Los gobiernos deben, con carácter de urgencia proporcionar información y enseñanza a todos los sectores de la población a fin de ayudar a las parejas y a los individuos a tener el número deseado de hijos. Esta información debe de incluir todos los métodos aprobados y apropiados desde el punto de vista médico, a fin de garantizar la posibilidad de una atención libre y voluntaria de conformidad con la evolución de los valores culturales e individuales.

Recomendación 27. Se invita a los gobiernos y a las organizaciones gubernamentales a que, de conformidad con las políticas y prioridades nacionales, se asignen los recursos necesarios a los servidores de la planificación familiar.

Recomendación 29. Se insta a los gobiernos a que se aseguren de que los adolescentes de ambos sexos reciban una educación adecuada que incluya conocimientos sobre la familia y la educación sexual, con el debido respeto por la familia, los derechos y obligaciones de los padres y por los valores culturales e individuales cambiantes.

También, a partir de estas conferencias, se pone énfasis especial en la necesidad de mejorar las condiciones jurídico sociales de la mujer, de tal forma que se garantice la igualdad de oportunidades laborales, educativas, civiles, así como igualdad dentro del matrimonio y la familia.

Legislación sobre anticonceptivos.

Las frecuencias actuales de uso de anticonceptivos y las prácticas relativas a la regulación de la fecundidad exhiben una realidad social que no pueda ser ajena a la actividad jurídica normativa. Los cambios introducidos en la legislación, como consecuencia de las decisiones políticas de los estados, han ayudado a difundir el uso de anticonceptivos a través de la legitimación de su distribución y venta, la publicidad de los mismos y la eliminación de las restricciones impuestas a los medios masivos de comunicación. Para los métodos permanentes, estos no están prohibidos, sin embargo, puesto que éstos son generalmente irreversibles, algunos gobiernos han establecido como norma la necesidad de obtener expresamente el consentimiento informado del interesado y han normado penas para los casos de coerción.

La legislación en México.

La legislación sobre población empieza en México en el año de 1936. La Ley General de Población de ese año pretendió resolver la problemática demográfica a través de "aumento de la población", debido a que existía mucho territorio y pocos mexicanos, había falta fuerza de trabajo y la mortalidad general era muy elevada como para permitir el crecimiento deseado.

A partir de los años cuarenta, cuando la población de México empezó a registrar un alto crecimiento, mucho más alto del que se había previsto y que en realidad no fue consecuencia del aumento de la natalidad sino de la fuerte reducción de las tasas de mortalidad, empezó a tomarse conciencia del problema de crecimiento poblacional.

En el año de 1974 se expidió la actual Ley General de Población, en la que cambia radicalmente la política demográfica nacional, ya que en vez de fomentar el crecimiento natural de la población, se propone regular los fenómenos que la afectan con el fin de lograr una repartición justa y equitativa en los beneficios del desarrollo económico y social. (1)

Para lograr los objetivos, esta ley reclama como uno de sus mecanismos, el instituir programas de Planificación Familiar, con una meta ambiciosa a corto plazo: reducir la tasa de crecimiento de 3,2% al 2,5% en 1982, al 1,9% en 1988 y al 1,0% en el año 2000. (6)

El Plan Global de Desarrollo promulgado en el año de 1980, incorporó la política demográfica en el capítulo correspondiente a la política social, expresando que el objetivo de la política demográfica solo adquiere sentido en su relación con ese proceso global y no en sí mismo, es decir, que las metas del crecimiento demográfico se ubican en el contexto de la programación de la salud, educación, vivienda, empleo, asentamientos humanos y las metas de producción sectorial.

La Ley General de Salud publicada en febrero de 1984, en el Título Primero, Capítulo Único, Artículo 10., reglamenta el derecho a la protección de la salud y en el Artículo 30, Fracción V, considera a la Planificación Familiar como materia de Salubridad General.

También marca que el Sistema nacional de Salud tiene entre sus objetivos contribuir al desarrollo armónico del país, y se considera como servicios básicos de la Salud la Atención Materno Infantil y la Planificación Familiar.

A nivel institucional, la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales, en su artículo 30 de Medicina Preventiva, se compromete a proporcionar servicios de atención preventiva, tendientes a preservar y mantener la salud de los trabajadores, pensionistas y sus familiares derechohabientes. Ofrece también Planificación Familiar y Atención Materno Infantil. (2)

RIESGO REPRODUCTIVO Y PLANIFICACION FAMILIAR.

Se ha demostrado que la Planificación Familiar es parte integral y fundamental de la salud materno-infantil debido a que constituye una necesidad para reducir la mortalidad infantil, perinatal y materna y un factor esencial para el manejo de muchos problemas de salud familiar. Adicionalmente, favorece y promueve la salud y el bienestar psicosociales del individuo, la pareja, la familia y la comunidad.

Los beneficios de salud más importantes que resultan del adecuado espaciamiento de los embarazos, de limitar el número de hijos y del momento apropiado en relación a la edad de la madre, se manifiestan en el incremento de las oportunidades de supervivencia.

Dentro de los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y a la muerte, se encuentra el grupo materno infantil, la mortalidad materno infantil constituye un grave problema en la mayoría de los países en desarrollo, la característica común que comparte este tipo de mortalidad es su importante asociación con la presencia de factores de riesgo, que favorecen o propician dicha mortalidad. Cuando una mujer se embaraza teniendo factores de riesgo reproductivo de origen a embarazos de alto riesgo, el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres que presentan factores de riesgo constituye el enfoque de riesgo reproductivo, que es posible entenderlo como "la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo". (7)

Dentro de los principales factores de riesgo reproductivo encontramos la edad, el intervalo intergestacional, multigravidez y la presencia de patologías asociadas.

Cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil en relación con la edad de la madre, se observa que los hijos del grupo de madres menores de 16 años corren un riesgo de dos a cuatro veces mayor que el comprendido entre 16 y 19 años, la tasa más baja se encuentra entre los 20 y 25 años y nuevamente se incrementa el riesgo después de los 35 años.

La primigesta joven tiene con mayor frecuencia complicaciones durante el embarazo, son más propensas a presentar trastornos hipertensivos del embarazo, además los riesgos psicológicos del embarazo a ésta edad pueden aún incrementar los riesgos biológicos. Los productos de éstas madres enfrentan más riesgos de peso bajo al nacer, generalmente inician sus vidas con una creciente susceptibilidad a infecciones y deficiencias nutricionales y esto los lleva a presentar un mayor riesgo a enfermedades durante la niñez.

En las mujeres mayores de 35 años se incrementa el riesgo de muerte intrauterina debido a la insuficiencia placentaria, también es frecuente la presencia de distocias de contracción e inserciones anormales de placenta.

Al incrementarse la edad, las mujeres tienen más probabilidad de padecer enfermedades crónicas degenerativas, como hipertensión arterial o diabetes mellitus las cuales pueden complicar el parto y ser responsables de una mayor mortalidad perinatal. Estas afecciones exigen el diagnóstico preciso y control médico sistemático, además del uso de anticonceptivos adecuados para evitar el embarazo (8).

En términos generales se acepta que un intervalo intergestacional corto constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses, esto se debe a que se acompañan de fenómenos de deterioro nutricional materno que a su vez, se asocian a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como a un incremento de la mortalidad perinatal, determinado por el llamado fenómeno de competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir destete precoz y disminuir, por tanto, la duración de la lactancia materna.

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas de morbilidad que frecuentemente se presentan a causa de complicaciones obstétricas como las distocias de contracción, las hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones anormales de placenta, o a hemorragias posparto debidas a cuadros de hipotonía o atonía uterina.

Entre los problemas asociados con la multigravidez, debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética precipitatoria.

Además de los mencionados anteriormente existen otros factores de riesgo reproductivo, como son las patologías asociadas como la hipertensión arterial, las cardiopatías, la diabetes mellitus que se relacionan con mortalidad materna y perinatal.

El antecedente de abortos previos en la historia reproductiva de una mujer se considera un factor de riesgo, tanto por su tendencia a recurrir, como por ser ésta complicación una de las principales causas de muerte materna. Así mismo el antecedente de cesáreas previas

Determine un factor de riesgo debido a que con frecuencia se asocian a inserciones bajas de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico.

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Los métodos de planificación familiar son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

La Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud (9), clasifica a los métodos en temporales y permanentes. Sin embargo, a este un grupo de métodos llamados "naturales" que utilizan cerca del 15% de la población femenina como control de la fertilidad.

Métodos Naturales:

- Coito interrumpido.
- Ducha posterior al coito.
- Prolongación de la lactancia.
- Ritmo.

Métodos Temporales:

- Preservativo.
- Espumáticos.
- Hormonales orales.
- Hormonales inyectables.
- Dispositivo intrauterino.

Métodos Permanentes:

- Oclusión tubaria bilateral.
- Vasectomía.

Métodos Naturales.

El coito interrumpido o método de retiro ha sido utilizado como una técnica contraceptiva. Consiste en retirar el pene de la vagina, cuando la eyaculación es inevitable. Tiene algunas ventajas sobre otros métodos, la principal es la ausencia de sustancias químicas y hormonas esteroideas.

La efectividad teórica es de 9 a 15 embarazos por 100 mujeres por año.

El alto porcentaje de falla se debe principalmente a dos razones, primero la existencia de un fluido eyaculatorio preliminar que contiene pequeñas cantidades de espermatozoides, las cuales se incrementan si hay la presencia de orgasmos múltiples, la segunda razón es la pérdida de autocontrol demandada por éste método, conjuntamente con una relación marital disfuncional, en donde la pareja no tenga una comunicación adecuada y objetivos sobre la relación sexual comunes. Por lo tanto las contraindicaciones serían la presencia de una disfunción eyaculatoria y una disfunción en el eje marital.

La ducha posterior al coito se utiliza como un método popular, técnicamente tiene propiedades espermatocidas. Dependiendo del compuesto que se emplea para dicho propósito, independientemente del mecanismo de acción, se ha encontrado espermia en el interior del canal cervical alrededor de 70 segundos después de la eyacuación, por lo tanto el método es ineficaz y poco confiable.

La prolongación de la lactancia como método de control de la fertilidad, aún no está esclarecido completamente. La secreción de gonadotropinas, especialmente la LH (hormona luteinizante), está disminuida durante la lactancia. Los niveles altos de prolactina como respuesta al estímulo de succión, pueden ser los responsables de la supresión de la liberación de hormonas gonadotrópicas. No obstante la duración de la supresión de la ovulación es muy variable. Se recomienda la utilización de algún método temporal (preservativo) en forma conjunta.

El método del ritmo para la anticoncepción requiere que el coito se evite durante el tiempo del ciclo menstrual en el cual el óvulo fertilizable y los espermatozoides móviles pudieran hallarse en el oviducto. La fertilización tiene lugar dentro de la trompa uterina y el óvulo se queda en su interior alrededor de 3 días después de la ovulación, por lo tanto el período fértil es desde el momento de la ovulación hasta 2 ó 3 días después.

Existen varias formas para predecir el momento de la ovulación. Por el método del calendario (Método Osino Knauis), se calcula el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el patrón menstrual registrado durante un período de varios meses. La ovulación ocurre generalmente 14 días antes del primer día del siguiente ciclo menstrual, el intervalo de fertilidad debe suponerse 2 días antes de la ovulación y no menos de 2 días después de la misma (10).

Puede obtenerse una demostración confiable mediante el registro de la temperatura basal corporal (TBC).

La temperatura vaginal o rectal debe registrarla la mujer cuando despierte en las mañanas antes de efectuar cualquier actividad física. Se presenta un descenso 24 a 36 hrs. después de la ovulación, luego asciende bruscamente 0.3 a 0.4 °C.

Los cambios en las características y apariencia del moco cervical, pueden ayudar a la mujer a determinar el período de fertilidad. El moco viscoso que normalmente está presente durante las fases pre y posovulatoria del ciclo menstrual, se convierte en una filante y clara descarga como resultado de niveles altos de estrógenos. La medición de ese moco cervical filante de 6 cm. o más indica la etapa de ovulación.

Sin embargo, el método más certero para determinar la ovulación es la demostración de la suma de la hormona luteinizante (HL) en varias muestras de suero de la mujer.

La Única ventaja del método del ritmo es que constituye el Único método anticonceptivo aceptado por la Iglesia Católica. Su eficacia depende de la presencia de ciclos menstruales regulares.

Métodos Temporales.

Preservativo. En el momento actual, el preservativo es el único método anticonceptivo no permanente para el hombre, y en este sentido, puede constituir una opción adecuada para compartir la responsabilidad procreativa y enriquecer la relación sexual de la pareja.

En una encuesta realizada en 1979 en México, se encontró que apenas el 30% de las mujeres encuestadas conocían el preservativo, y sólo el 21% sabían donde adquirirlo. Informes más recientes indican que el uso del preservativo se ha incrementado en México. Según datos proyectados a partir de los resultados de la Encuesta Nacional Demográfica habría aproximadamente 100 000 parejas en edad fértil utilizando los preservativos como método anticonceptivo en 1985 (11).

El preservativo sirve como cubierta para el pene durante el coito y evita el depósito de semen en la vagina.

Las ventajas del preservativo son las de proporcionar anticoncepción altamente eficaz a bajo costo, además protección contra enfermedades de transmisión sexual. Su fracaso se debe a fallas del fabricante y a error en la técnica de aplicación.

Los inconvenientes del método son que en ocasiones interfiere con las sensaciones del coito.

Su efectividad es de 15 a 20 embarazos por 100 mujeres por año.

Espermaticidas. Los productos espermaticidas disponibles en la actualidad son de cinco clases diferentes: cremas, jaleas, espumas en envase a presión, tabletas espumantes y supositorios.

Cada tipo consiste en un material base relativamente inerte, que bloquea físicamente el paso de los espermatozoides y sirve al mismo tiempo como portador para un ingrediente químico activo que incapacita a los espermatozoides antes de que éstos lleguen al óvulo. Los materiales base varían considerablemente y están elaborados a base de una espermaticida única, conocido generalmente como nonoxinol-9, que inmoviliza a los espermatozoides. (12).

Las desventajas principalmente limitan el uso y la utilidad de los espermaticidas. La primera es que deben de aplicarse poco antes de cada acto sexual, un serio impedimento para las mujeres que son inhibidas, que no tienen privacidad o bien que tengan un compañero poco cooperador, y la segunda es que tienen tasas de falla más altas que los métodos definitivos.

Las usuarias de espermaticidas en países desarrollados comprenden sólo un pequeño segmento de las usuarias de anticonceptivos, no más del 5% y una noción aún menor en los países en desarrollo (1 a 3%).

En varios ensayos clínicos efectuados en los últimos años, algunas mujeres han informado que presentan irritación local de los tejidos, el único efecto secundario conocido de los espermaticidas.

Pruebas in vitro sugieren que la anticoncepción espermaticida puede ofrecer protección contra las enfermedades venéreas y contra ciertas infecciones oportunistas. Se ha demostrado que inhiben el crecimiento de la *Neisseria gonorrhoeae* y del *Trichomonas vaginalis*, así como de *Trichomonas vaginalis* y *Candida albicans*. Este último microorganismo inhibido por el compuesto químico fertilizante. (13).

Hormonales orales. Los hormonales orales pueden dividirse en tres categorías: 1) combinados que consisten en una dosis de estrógenos y progestágenos; 2) secuenciales consistentes en un estrógeno tomado durante 15 días, seguido por un progestágeno por otros 15 días, finalmente 3) microprogestacional consistente en una dosis continua de progestágenos. (14).

Hay tres tipos de progestacionales: los relacionados con los andrógenos (norgestrel), los que guardan relación más estrecha con la progesterona (noretindrona), y los que tienen actividad estrogénica inherente (noretindrel). Los estrógenos más frecuentemente utilizados son el mestranol y el etinilestradiol.

Los hormonales orales ejercen su acción inhibiendo factores de liberación hipotalámica, con lo cual se bloquea la actividad de gonadotropina hipofisiaria y se provoca atrofia secundaria de los ovarios (el efecto predominante del estrógeno es inhibir la secreción de hormona folículo estimulante (FSH) y la acción continua del progestágeno sirve para inhibir la liberación de LH) (14). Los preparados más utilizados hasta el momento deben su eficacia para inhibir la ovulación a su componente estrogénico.

Dentro de los hormonales combinados existen tres clases: los monofásicos que contienen dosis constantes de estrógenos y progestágenos, los bifásicos introducidos en 1982 que contienen dosis constantes de estrógenos y dosis dobles de progestágenos los últimos 11 días del ciclo y los trifásicos introducidos en 1984 que contienen 25 a 30% menos progestágeno que los monofásicos. (15-17).

Los hormonales orales producen alteraciones metabólicas importantes a nivel de carbohidratos y de lípidos. Así como también en el metabolismo de las proteínas relacionadas con la coagulación sanguínea. Diversos estudios han informado que existen modificaciones en la síntesis de proteínas por el hígado con elevación de las transaminasas al igual que alteraciones de las pruebas de funcionamiento tiroideo, y del control renal, mineralocorticoide, aldosterona. (18).

De los numerosos estudios realizados sobre la coagulación sanguínea puede afirmarse que en las mujeres usuarias de hormonas orales se encuentran un aumento de los siguientes factores de la coagulación fibrinógeno, (factor I), protrombina (factor II), factor III (protrombina), factor VII (proteína antitrombina), factor VIII (Christmas) y factor X (Stuart-Brower), que es la vía común para los mecanismos intrínseco y extrínseco de la coagulación. Estos incrementos en los factores de la coagulación se han considerado como un estado de hipercoagulabilidad y de aquí la posibilidad de un aumento en la trombosis. Por otra parte los cambios en el sistema fibrinolítico informado en usuarias, con aumento en los niveles de plasminógeno y aumento en la actividad fibrinolítica global. Estos cambios parecen ser más marcados cuando mayor es la dosis de estrógeno empleada. (10,20).

Las mujeres que utilizan hormonales orales presentan elevación de los niveles de glucosa sanguínea y de la insulina plasmática y estas alteraciones son más pronunciadas durante la prueba de tolerancia a la glucosa. Aunque no se han relacionado con la aparición de diabetes mellitus, éstos cambios varían en intensidad según dosis y los componentes progestacionales y la existencia de factores de riesgo. (21,22).

Para explicar como los anticonceptivos orales producen las alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos se ha mencionado que alteran los receptores de insulina de los tejidos blancos disminuyendo su número y afinidad.

Antes de que se asociara el uso de anticonceptivos orales con los padecimientos arteriales, como el infarto del miocardio y los accidentes vasculares cerebrales, ya se conocía que las combinaciones estrógeno-progestágeno utilizadas en ellos, tenían un efecto desfavorable en el metabolismo de los lípidos. La mayor parte de los estudios refieren que existe un aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y de las fracciones VLDL y LDL y disminución de la fracción HDL, alteraciones de tendencia aterogénica, se sabe que en forma general el efecto de los progestágenos en el metabolismo de los lípidos y en especial de la fracción HDL, depende de sus propiedades antiestrogénicas, progestacionales y androgénicas. Estudios recientes muestran que las nuevas combinaciones trifásicas producen disminución de la HDL. (16, 23).

Dentro de las alteraciones tiroideas, se encuentra un aumento de la unión de la tiroxina a su proteína transportadora, aumento de la concentración de Yodo proteico y tiroxina total y disminución de captación de triyodotironina.

Los anticonceptivos orales interactúan con algunas drogas. Algunas disminuyen la concentración sérica de los hormonales orales (rifampicina, ampicilina, anticonvulsivantes). Otros incrementan su concentración sérica (clorodiazepóxido, tripramina, metoprolol, tiofilina). (25).

Los efectos secundarios más frecuentes de los hormonales orales son: sangrado uterino intermenstruales, náusea, vómito, aumento de peso, galactorrea y amenorrea.

Sus indicaciones son: mujeres en edad fértil menores de 35 años, con patrón menstrual regular, nulíparas o multíparas que desean embarazarse.

Las contraindicaciones se dividen en absolutas y relativas. Dentro de las absolutas, se encuentran la sospecha de embarazo, lactancia, sangrado vaginal no diagnosticado, antecedentes o presencia de diabetes mellitus que requiera uso de insulina, tromboembolismo, cáncer uterino o mamario, padecimientos cerebro vasculares o coronarios, alteraciones de la función hepática, hiperlipidemia II ó hipercolesterolemia.

Las relativas incluyen edad mayor de 35 años, tabaquismo, insuficiencia venosa, migraña, hipertensión arterial, depresión. (24).

Su efectividad es de 0.1 embarazos por 100 mujeres por año.

Hormonales inyectables. Las hormonas esteroides pueden aplicarse en forma parenteral (IM), para proporcionar un depósito que dependiendo del medicamento y dosis, puedan proporcionar anticoncepción por largo tiempo. El mecanismo de acción es igual al de los hormonales orales. Impidiendo la ovulación al suprimir la función de la adenohipófisis, debido al notorio desahuste de los estrógenos y progestérenos producidos por la supresión, el endometrio por lo general se atrofia y el sangrado uterino es irregular o falta por meses. Al retirar el hormonal puede haber un considerable retraso en el restablecimiento de la ovulación hasta 6 a 12 meses. (26).

Actualmente existen en el mercado preparados a base de estrógenos y progestérenos exclusivamente.

Las indicaciones para el uso de hormonales inyectables son: mujeres en edad fértil con paridad satisfactoria que no desean un método permanente, evitar el embarazo durante tres meses a partir de la aplicación de la vacuna antirubéola, intolerancia al uso de hormonales orales y estados de deficiencia mental.

Las contraindicaciones son: en mujeres nulíparas, adolescentes, mujeres con sospecha de embarazo, sangrado genital no diagnosticado, antecedentes o presencia de diabetes mellitus, tromboembolismo y cáncer uterino o mamario.

Dentro de las reacciones se presenta el sangrado intermenstrual y la amenorrea.

Su efectividad es de 0,1 embarazos por 100 mujeres-año.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU).

El DIU, con su mecanismo de acción en los programas de planificación familiar, es una especie de "bomba" que produce un efecto de larga duración dentro de sus venidas en sus el método es independiente del coito y que la fertilidad se restaura casi inmediatamente después de que se extrae.

El mecanismo de acción más ampliamente observado es la movilización de leucocitos como respuesta a la presencia de un cuerpo extraño, produciendo un medio hostil para el óvulo fertilizado, sin embargo se piensa que esto no es el único mecanismo de acción. Actualmente se han ensayado DIU's con presencia de cobre en sus filamentos sumándose al mecanismo de acción ya referido al de movilizar e inactivar el medio ambiente de la vida endometrial para impedir la implantación. De igual forma se han ensayado los dispositivos con liberación lenta de progestágenos produciendo así una supresión de la ovulación.

Las indicaciones para la aplicación del dispositivo intrauterino son mujeres con útero y anexos normales anatómicamente, mujeres en edad fértil nulíparas o multiparas que desean espaciar sus embarazos, mujeres con tabaquismo mayor de 15 cigarrillos al día, mujeres que estén lactando y en aquellas que tengan intolerancia a las hormonales orales.

Dentro de las contraindicaciones se mencionan: sospecha de embarazo, miomatosis uterina, sospecha de cáncer cérvico-uterino, anemia, antecedentes de embarazo ectópico, dismenorrea incapacitante, alteraciones de la coagulación, sangrado genital no diagnosticado, cervicitis, endometritis o anexitis, parto o cesárea con ruptura prematura de membranas, aborto complicado, corioamniocitis, atonia uterina, sobredistensión uterina por embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado (contraindicaciones importantes debido a la alta frecuencia de aplicación del DIU postparto o postaborto).

Dentro de las complicaciones más importantes se refiere la perforación uterina, la infección pélvica, el embarazo ectópico, (estudios recientes refieren una frecuencia de 2.8%).

Una reacción adversa frecuentemente observada y que en ocasiones es causa de deserción, es la presencia de hiperplasmioses. Sin embargo éstas pueden presentarse de forma pélvica y dispareunia.

La efectividad de este método anticonceptivo se refiere a 1 a 2 embarazos por 100 mujeres año. Sin embargo si se llegara a preñar, se refiere que pueda ser retirado durante y cuando el embarazo sea menor de 9 semanas y se podrá tener las bases del diagnóstico de la gestación se refieren a un momento nivel de atención. En algunos estudios refieren que el 50% de las mujeres que permanecen con el DIU van a presentar abortos espontáneos.

MÉTODOS PERMANENTES.

OCCLUSION TUBARIA BILATERAL.

Existen diversos procedimientos quirúrgicos para el control definitivo de la fertilidad que básicamente alteran la continuidad de las trompas de Falopio y con ello se interfiere la unión del espermatozoide con el óvulo.

Las técnicas más utilizadas son la de Pomeroy (ligadura y resección en el tercio medio de las trompas), la fimbriectomía y la aplicación de anillos de silástico.

La vía de acceso utilizada es la abdominal ya sea a través de la laparotomía, minilaparotomía y la laparoscopia, con una eficacia esta última del 98%, aunque puede producir complicaciones tales como lesión del intestino delgado, peritonitis generalizada o hemorragia por perforación de un vaso arterial o venoso.

La efectividad de las técnicas es de 0,004 a 0.5 embarazos por 100 mujeres-año y estará en relación a la experiencia del cirujano. (28)

La paridad satisfactoria, padecimientos que ponen en peligro la vida al ocurrir el embarazo, transmisión de padecimientos genéticos, deficiencia mental y últimamente pacientes HIV positivos, son indicaciones para la realización del método definitivo.

Dentro de las contraindicaciones se mencionan: la sospecha de embarazo, infección pélvica, parto o cesárea con ruptura de membranas de más de 6 hrs., hemorragia pre y posparto, traumatismo obstétrico y aborto provocado.

En estudios recientes se observó que después de la realización de la salpingoclasia se presentaron alteraciones hormonales y menstruales caracterizadas por ciclos irregulares con aumento de la duración y cantidad del flujo menstrual, la presencia de dismenorrea y además se observó un descenso significativo de los valores promedio de progesterona sérica en la fase lútea del ciclo, lo que sugiere que estas alteraciones apoyan la teoría de la insuficiencia lútea secundaria a una alteración de la circulación ovárica posterior a la salpingoclasia.

VASECTOMIA

Hasta hace algunos años, el hombre quedó olvidado en la planificación familiar, incrementándose actualmente el uso de preservativos e intensificándose los programas de vasectomía; en la última década el cambio de actitudes de los hombres hacia los programas de planificación familiar

sumere que se está preocupando por planear su familia y participar activamente en la toma de decisiones que afecten sus vidas y su futuro.

La vasectomía consiste en el aislamiento del conducto deferente y su respectiva sección y electrocoagulación en forma bilateral. No se puede garantizar esterilidad hasta encontrar ausencia completa de espermatozoides en la eyaculación, puede requerirse de 6 a 8 semanas (de 15 a 20 eyaculaciones) para que desaparezcan todos los espermatozoides residuales del cabo distal del conducto.

Las contraindicaciones para la realización de la vasectomía son: infecciones genito-uritarias, hernia escrotal, tumores testiculares, varicocele e hidrocele.

Pocas son las complicaciones que se presentan, entre ellas destacan la hemorragia, infección (absceso escrotal) y rechazo al material de sutura. Como complicaciones tardías se puede presentar epididimitis congestiva, granuloma espermático y prostatoveciculitis.

IMPLANTES SUBDERMICOS.

Uno de los últimos avances en técnica anticonceptiva son los implantes subdérmicos, los cuales se pueden clasificar como métodos temporales, éstos aún no están a disposición de las instituciones públicas de salud.

Actualmente son cápsulas de silastic que se insertan debajo de la piel, generalmente en el brazo y que liberan lentamente un progestágeno, el levonorgestrel, a dosis de 68 microgramos por día, disminuyendo paulatinamente.

El mecanismo de acción es suprimiendo la ovulación y actuando sobre los caracteres físico-químicos del moco cervical, aumentando la consistencia de éste e impidiendo que penetren los espermatozoides, además producen un efecto progestacional en el endometrio que interfiere con la implantación.

Su efectividad es menor a 1 embarazo por 100 mujeres-año, protegiendo de un posible embarazo hasta por 5 años.

Sus ventajas se reportan a partir de por un anticonceptivo de largo tiempo y que además no requiere del manejo de las usuarias.

Estudios recientes han publicado que no existen cambios en el metabolismo de los carbohidratos, ni en la síntesis de proteínas que intervienen en la coagulación, así mismo se ha encontrado que disminuyen los niveles lipídicos.

Los efectos secundarios más frecuentes son las irregularidades menstruales y las cefaleas. (29, 30)

Las indicaciones para la aplicación de los implantes son en mujeres que quieren una anticoncepción continua, en quienes están contraindicados los estrógenos y el dispositivo intrauterino.

PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL.

La información de los métodos de planificación familiar debe ir acompañada con la educación sexual, como información sobre el funcionamiento anatómico y fisiológico reproductivo, el control de la fecundidad, así como la educación sexual. Dentro del contexto de la planificación familiar tiene como objetivo final el cambio de actitud en la conducta reproductiva de la pareja.

La reproducción y su control voluntario no son hechos aislados, por el contrario, son la consecuencia de un proceso de socialización y aprendizaje de valores que determinará las características específicas de esta actividad. En nuestro medio, la Planificación familiar alcanza a todas las personas que viven la vida activa para mejorar la fertilidad.

Los factores que determinan actitudes favorables hacia la planificación familiar son entre otros:

I.- La convicción de la importancia de la Planificación Familiar como factor de protección de la salud individual, familiar y social, lo cual es consecuencia de un proceso educativo integral y no solamente informativo, ya que es necesario internalizar los valores y actitudes individuales y sociales.

II.- El grado de ajuste de la pareja. En las parejas en las que no existe un sentido de equivalencia en sus derechos y responsabilidades, es altamente probable que la fertilidad se deje al azar, o bien se delegue en alguna de las partes.

III.- Nivel económico del individuo y de la pareja. En términos generales, las parejas acuden a la Planificación Familiar ante la dificultad para sostener un nivel digno de vida. Por ello es necesario darle a la pareja la información más completa de la metodología anticonceptiva, de los diferentes métodos, su uso, así como el fin de disminuir temores, propósitos y ansiedad producidos por la información inadecuada.

IV.- Experiencias previas personales o ajenas. Una experiencia importante vivida, durante el proceso de embarazo, en el parto o después del mismo, puede convertirse en un elemento determinante de decisiones acertadas.

V.- Expectativas estereotipadas en relación a la fecundidad, influenciada por ejemplo, como única forma de realización de la propia masculinidad y feminidad.

VII. - Razones de salud.

El empleo de cada método anticonceptivo requiere del desarrollo de hábitos y habilidades que eviten los fallos. Dado que, las experiencias, expectativas, actitudes, motivaciones e información de la persona que planifica su familia, o que desea hacerlo, son de carácter individual, la asistencia profesional que se proporcionan debe adecuarse a las necesidades.

La historia clínica cuidadosa, que contemple la sexualidad del consultante como parte integral del mismo, permite reconocer las necesidades y proporciona los elementos adecuados para reducir su ansiedad, disolver sus temores, aclarar sus dudas, ello exige no solo el conocimiento de los métodos anticonceptivos, sino también las repercusiones que puede tener en el comportamiento del individuo o de la pareja. (31)

Es por tanto el médico familiar quien debe participar en forma activa en programas de educación sexual, tanto a población abierta, como en forma individualizada a cada uno de sus pacientes, con el fin de proporcionar ese cambio de actitudes que favorezcan la motivación suficiente para el logro de una práctica anticonceptiva eficaz, lo cual tendrá importantes repercusiones en la salud materno-infantil, con la disminución de la mortalidad desde el punto de vista médico, así como también una integración familiar que proporcione a sus miembros un ámbito de responsabilidad compartida por parte de los padres y una seguridad económica, social y emocional adecuada para los hijos.

OBJETIVOS.

GENERAL.

Identificar la frecuencia del uso del método de Planificación Familiar en mujeres de 15 a 49 años.

ESPECIFICOS.

- Identificar el comportamiento de las características socioculturales de las usuarias.
- Identificar la frecuencia de usuarias por método anticonceptivo y por grupo de edad.
- Identificar el tiempo de uso de métodos de planificación familiar en usuarias.
- Identificar el grado de participación de la pareja en la elección de métodos de planificación familiar.
- Identificar las justificaciones para la utilización de métodos de planificación familiar en usuarias.
- Identificar las causas que contribuyen al abandono de métodos de planificación familiar en usuarias.
- Identificar las causas que propician la falta de control médico periódico.
- Identificar la preferencia sobre los métodos de planificación familiar en no usuarias.

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio de observacional, descriptivo y de corte transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se invitó a participar en el estudio a mujeres derechohabientes, con edades comprendidas entre los 15 y 49 que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero" del I.S.S.S.T.E., que se ubica en la zona norte del D.F. en un periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo de 1990.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Mujeres entre los 15 , 49 años de edad, que tuvieran e paciente activo en la clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes que se negaron a participar.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomó una muestra de 250 mujeres de 25 a 49 años, que corresponden aproximadamente a un 10% de la población usuaria de la clínica.

INSTRUMENTO DE INFORMACION.

Los datos de las pacientes se registraron en el instrumento diseñado para la captación de la información (anexo II), elaborado a base de preguntas cerradas. Consta de un apartado para la ficha de identificación de la paciente, con los datos generales: nombre, No. de expediente, Unidad Médica, estado civil, escolaridad, ocupación y religión. Otro apartado de Antecedentes Gineco-Obstétricos en donde se interroga la menarca, el inicio de vida sexual activa, el número de embarazos, abortos e hijos vivos, la edad de cada uno de los hijos y el deseo de tener más hijos.

Un tercer apartado sobre métodos de Planificación Familiar, interrogan sobre el uso actual de los métodos, cual utiliza, que tiempo de uso tiene, quién lo eligió, donde se obtuvo, si existe un control periódico y cuales son las causas de no tenerlo, las justificaciones de la paciente para usar un método de planificación, la preferencia sobre algún método en particular, la satisfacción con el uso del método actual, las causas de abandono de un método anterior. Una segunda parte sobre los métodos anticonceptivos, se aplica a mujeres que constataron no estar usando actualmente un método de Planificación Familiar, interrogándose acerca de las causas de no usar actualmente un método, el uso anterior de algún método y cual fue el motivo de abandono. Así como el deseo de utilizar algún método posteriormente.

VARIABLES.

Cuantitativas: edad, número de embarazos, número de hijos vivos, tiempo de uso de métodos de planificación familiar.

Cualitativas: estado civil, escolaridad, ocupación, religión, método de planificación familiar por tipo.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión fueron entrevistadas en la sala de espera y en consultorios de Medicina Familiar, se aplicó el cuestionario por el investigador, ya que en ocasiones se tenía que explicar algunos términos para el mejor entendimiento de las preguntas y así obtener la respuesta correcta.

Se realizó la revisión recuento y cómputo de los datos, resultados que son presentados mediante el empleo de cuadros y gráficos. El análisis de la información se efectuó con medidas de resumen.

RESULTADOS.

Se estudiaron en la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero", durante los meses de marzo, abril y mayo de 1990 un total de 250 mujeres que se encontraron en el rango de edad de 15 a 49 años.

De las 250 mujeres encuestadas, 13 se encontraban entre los 15-19 años (5.2%), 34 (13.6%) en edades de 20 a 24 años, 71 (28.4%) se encontraban en el grupo de edad de 25 a 29 años, 35 (22%) entre los 30 - 34 años, de los 35 a 39 años, 49 mujeres (19.6%), 28 en el grupo de 40 a 44 años (11.2%). Cabe mencionar que no se encontraron mujeres entre los 45 y 49 años. (Cuadro 1), (Gráfica 1).

En cuanto a la frecuencia de uso de métodos de planificación familiar, 152 mujeres resultaron usuarias (60.8%), las 98 restantes no utilizaban actualmente algún método (39.2%). (Cuadro 2), (Gráfica II).

La distribución por grupos de edad de las 152 usuarias fue la siguiente: de 15 a 19 años 4 mujeres (2.6%), de 20 a 24 años 13 (8.5%); de 25 a 29 años (26.3%); entre los 30-34 años 37 mujeres (24.3%); de 35 a 39 años 41 mujeres (26.9%); y de 40 a 44 años 17 (11.1%). (Cuadro 3), (Gráfica III).

De las características sociales estudiadas los resultados fueron los siguientes:

Estado civil: de las 250 mujeres entrevistadas, 44 fueron solteras (17.6%), 188 casadas (75.2%), en unión libre 10 (5.2%), divorciadas 3 (1.2%) y viudas 2 (0.8%). (Cuadro 4).

De las 152 usuarias, el estado civil se distribuyó de la forma siguiente: solteras 10 (6.5%), casadas 128 (84.2%), en unión libre 10 (6.5%), 3 divorciadas (1.2%) y 1 viuda (0.6%). (Cuadro 5), (Gráfica IV).

De acuerdo a su grado de escolaridad de las 250 encuestadas, los resultados encontrados son: 6 analfabetas (2.4%), 51 con grado de primaria (20.4%), 49 con secundaria (19.6%), 45 con nivel técnico (18%), bachillerato 45 (18%), y 54 mujeres (21.6%), con otro grado escolar, que al revisar el cuestionario se especificaba como "licenciatura". (Cuadro 6).

Del 100% de usuarias (152), 4 eran analfabetas (2.6%), 36 con primaria (23.6%), 34 con nivel de secundaria (22.3%), nivel técnico 4 (15.7%), bachillerato 23 (15.1%) y otro grado escolar, que se mencionó anteriormente que lo especificaron como licenciatura 31 mujeres que corresponde a un 20.3%. (Cuadro 7), (Gráfica V).

En cuanto a su ocupación de las 250 mujeres entrevistadas 103 (41.2%) eran amas de casa, 3 obreras (1.2%), concubinas 1 (0.4%), técnicas 14 (5.6%), empleadas de oficina 79 (32%), profesionales 49 (19.6%) y con otra ocupación 16 (4%) que se especificó como "estudiante". (Cuadro 8).

Al revisar esta característica en las 152 usuarias encontramos 77 amas de casa (50.65%); 3 obreras (1.97%); 10 técnicas (6.57%); 29 empleadas de oficina (19%); 32 profesionistas (21%) y 1 estudiante (0.65%). (Cuadro 9). (Gráfica VI).

Dependiendo de su religión, los porcentajes en las 250 mujeres entrevistadas se distribuyeron de la siguiente manera: 229 católicas (91.6%); 2 protestantes (0.8%); 4 evangelistas (1.6%); 4 testigos de Jehová (1.9%); 1 en otra (0.4%) y 10 en ninguna religión (4%). (Cuadro 10).

De las 152 usuarias, 140 eran católicas (92.1%), 1 protestante (0.6%), 3 evangelistas (1.9%), 3 testigos de Jehová (1.9%), en otra 1 (0.6%) y 4 sin religión (2.6%). (Cuadro 11).

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, el número de embarazos y de hijos vivos, fueron las variables que se estudiaron.

En cuanto al número de embarazos, del total de encuestadas (250), se encontró que 36 nunca se han embarazado (14.4%), 44 sólo se han embarazado 1 vez (17.6%), 59 en 2 ocasiones (23.6%), 57 en 3 (22.8%), 28 en 4 ocasiones (11.2%); 14 tienen 5 embarazos (5.6%) y 12 con más de 5 embarazos (4.8%). (Cuadro 12).

De 152 (100%) de usuarias 7 nunca se han embarazado (4.6%), 22 sólo 1 vez (14.4%), 34 con 2 embarazos (22.3%), 49 con 3 embarazos (32.2%), con 4, 18 usuarias (11.8%), 13 con 5 (8.5%) y con más de 5, 9 mujeres (5.9%). (Cuadro 13). (Gráfica VII).

Los resultados de la investigación con relación al número de hijos vivos fue el siguiente: 48 con 0 hijos vivos (19.2%); 58 con 1 hijo (23.2%), 60 con 2 hijos (24%); 50 con 3 (20.2%); 12 con 4 (7.2%), 9 con 5 (3.6%) y 5 con más de 5 hijos vivos (2%), de un total de 250 mujeres (100%). (Cuadro 14).

Esta distribución en las 152 usuarias (100%), fue que 10 de ellas no tenían hijos vivos (6.5%), 20 con 1 hijo vivo (19.7%); 40 con 2 hijos (26.3%); 42 con 3 hijos (27.6%), 16 con 4 hijos vivos (10.5%); 7 con 5 (4.6%) y 4 con más de 5 hijos vivos (2.6%). (Cuadro 15) (Gráfica VIII).

De los métodos de planificación familiar utilizados por las 152 usuarias, 49 mujeres utilizaron métodos quirúrgicos (salpingoclectomía o vasectomía) que correspondió a un 29.6%, dispositivo intrauterino (DIU) en 29 (25%), hormonales orales en 22 (14.5%), preservativo en 17 (11.2%), óvulos en 10 (6.6%), hormonales inyectables en 9 (5.9%) y otro método que se especificó como el método del ritmo en 11 (7.2%). (Cuadro 16) (Gráfica IX).

La distribución por grupo de edad y por método de planificación familiar fue el siguiente: en el grupo de 15 a 19 años 4 usuarias (2.6%), sólo utilizaban métodos

temporales, en el grupo de 20 a 24 años el método más utilizado fue el DIU en 5 mujeres (2.2%), 13 mujeres de los 25 a 29 años utilizaron como método más frecuente el DIU (12.5%). A partir de los 30 años el método quinqué fue el más utilizado, encontrándose en el grupo de 30 a 34 años 11 mujeres (7.2%), de 35 a 39 años 20 (13.2%) y de 40 a 44 años 9 (5.9%) (Tabla II).

De las 152 usuarias (100%), se investigó el tiempo de uso, concentrando en 55 de ellas un tiempo mayor a 36 meses (36.1%), 8 entre 24 a 36 meses (5.2%), 26 de 12 a 23 meses (17.1%) y 36 con menos de 12 meses de uso de métodos de planificación familiar (23.4%) (Cuadro 17) (6-Afide 21).

Al revisar los resultados de tiempo de uso por método de planificación familiar se presentaron los más altos porcentajes en usuarias de DIU con más de 36 meses en 12 mujeres (11.2%), de las hormonales orales 7 usuarias con menos de 12 meses (4.1%), con preservativo se habían controlado 6 mujeres con menos de 12 meses (3.9%), con óvulos 4 usuarias con más de 36 meses (2.6%), hormonales inyectables 2 usuarias entre 12 y 36 meses (1.2%) y otro (ritmo) en 9 mujeres con más de 36 meses de uso (5.8%). En los métodos quirúrgicos, 22 mujeres tenían más de 36 meses de controlarse por medio de método definitivo (14.4%) (Tabla III).

Los resultados sobre quien eligió el método de planificación familiar en 152 usuarias fueron: en 26 usuarias el método lo eligió el médico (17.1%), 59 lo eligieron ellas mismas (38.8%), en 10 lo eligió su pareja (6.5%) y en 57 mujeres la elección fue por ambos (37.2%) (Cuadro 18) (6-Afide III).

Esta información por grupo de edad, reportó 0% en la participación de la pareja para la elección del método en el grupo de 15 a 19 años, de los 20 a 24 años 4 mujeres eligieron junto con su pareja el método (2.6%), de los 25 a 29 años 20 parejas eligieron el método (12.1%), 16 en el grupo de 30 a 39 años (10.5%) y 4 en las edades de 40 a 45 años (2.6%) (Tabla III).

Los resultados de la elección por pareja y por método fue en 22 usuarias el quinqué (14.4%), en 2 el DIU (5.2%), en 2 los hormonales orales (5.2%), 3 el preservativo (5.2%), ninguna óvulos, 3 hormonales inyectados (1.9%) y en 7 otro método (4.6%) (Tabla IV).

En cuanto a la obtención de métodos de planificación familiar, por parte de las instituciones de salud, públicas y privadas, fue en 8 mujeres las obtuvieron de la secretaría de salud (5.2%), 16 en el I.M.S.S. (10.5%), 34 en el I.N.S.S.I.E. (22.3%), 42 en medio particular (27.6%) y otra fuente de obtención que se especificó como farmacias en sólo 2 mujeres (1.3%) (Cuadro 19).

de 152 usuarias (100%), solamente 61 tienen un control periódico (59.2%), y 71 no lo tienen (46.7%) (Cuadro 20).

De acuerdo a la justificación de porque no llevan control, de las 71 mujeres (100%), 44 lo atribuyeron a ellas mismas (61.9%) y 27 al médico (38.1%) (Cuadro 21).

Cuando se preguntó sobre los motivos para el uso de un método de planificación familiar en particular, se encontró que de 152 usuarias, 41 lo utilizan por comodidad (26.9%), 22 por indicación médica (14.4%), por seguridad 67 (44%), por ser un método temporal 3 (1.9%) y 19 por insatisfacción con otros métodos (12.5%) (Cuadro 21) (Tabla XIII).

Por tipo de método de planificación, los mayores porcentajes se enumeraron como a continuación se describen: 35 mujeres utilizan el método quirúrgico por seguridad (23%), 19 110 utilizan por seguridad (11.4%), 7 usuarias de hormonas orales por comodidad (4.6%), el cual que 2 de preservativo (1.3%), 5 mujeres utilizan sables (3.3%), 4 hormonales inyectables (2.6%) y 7 en otros (4.6%) por comodidad (Tabla VI).

De las 152 usuarias (100%), a 113 no les gusta usar otro método (74.3%) (Cuadro 23). Las 39 restantes que representan un 25.7% gustaría usar otro método y las justificaciones para esa respuesta fueron que 21 lo preferirían por comodidad (53.8%), 10 por indicación médica (25.6%), ninguna para control definitivo, 4 por seguridad (10%), 2 por insatisfacción con otros métodos (5.1%) y 1 por otras razones (Cuadro 24).

De las 25 usuarias que lo preferirían por comodidad (100%), a 11 les gustaría utilizar los hormonales inyectables (44.0%), a 9 las hormonales orales (36.0%), a 2 el uso del preservativo y 1 el quirúrgico (Cuadro 25).

A 113 usuarias que contestaron que no les gustaría utilizar otro método de planificación familiar se les preguntó sobre la satisfacción con el actual, respondieron 97 (85.8%) que están satisfechas y 16 (14.2%) no están satisfechas, 3 de ellas se retiraron por otras razones (3.5%) (Cuadro 26).

29 usuarias (25.6%) de métodos de planificación familiar retiraron que han utilizado anteriormente algún método, del 100% de estas, 23 utilizaron P10 (79.3%), 24 hormonales orales (82.8%), 17 hormonales inyectables (58.6%), 7 preservativo (24.1%), 2 sables (6.9%) y sólo 1 otro método (3.4%) (Cuadro 27).

El motivo de que las 29 usuarias (100%), por el que cambiaron de método fue en 14 por comodidad (48.3%), 22 por indicación médica (75.9%), 14 por control definitivo (47.9%), 17 por seguridad (58.6%), 11 por insatisfacción (37.9%) y una por otros motivos (3.4%) (Cuadro 28).

La segunda parte del cuestionario se refiere a las mujeres que no utilizan actualmente métodos de planificación familiar, de 98 (100%), 49 no lo utilizan

porque no los necesitan (45.9%), 21 por estar embarazadas (21.4%), 10 por deseo de embarazarse (10.2%), 3 por otras causas (3.1%), 5 porque todos los métodos le producen molestias (5.1%), 5 por estar lactando (5.1%), solamente 4 (4%) no los necesitan. (Cuadro 29) (Gráfica XIII).

45 mujeres (45.91%) que no utilizan actualmente métodos de planificación, si los han utilizado anteriormente, del 100% de éstas, 17 han utilizado hormonales orales (37.7%), 3 DIU (17.7%), 7 hormonales inyectables (15.5%), 5 preservativos (11.1%), 4 óvulos (8.8%) y otros 4 (8.8%). (Cuadro 30) (Gráfica XIV).

El motivo de abandono del método de éstas 45 mujeres (100%), fue en 10 por deseo de embarazo (42.2%), 11 porque le provocaban molestias (24.4%), 7 porque se embarazaron (15.5%), cabe mencionar que en éstas el método que estaban utilizando era el preservativo y el ritmo; 6 por otras causas (13.3%) mencionándose la separación de la pareja, enfermedad, no aceptación de la pareja, de métodos de planificación familiar. (Cuadro 31) (Gráfica XV).

24 mujeres (50.3%) de 45 mujeres (100%), refirieron que piensan utilizar posteriormente algún método de planificación, 9 prefieren el método quirúrgico (37.5%), 6 el DIU (25%), 6 hormonales orales (25%), 1 hormonales inyectables, 1 óvulos y 1 preservativo con un (4.1%) respectivamente, tomando el 100% de las 24 mujeres. (Cuadro 32) (Gráfica XVI).

A 33 (100%) pacientes que nunca han utilizado métodos de planificación familiar, se les interrogó si les gustaría utilizar alguno, contestando afirmativamente 14 (26.4%) y 29 (73.5%) en forma negativa.

De las 14 (100%), que contestaron que si les gustaría utilizar algún método de planificación, 7 desearían el DIU (50%), 4 hormonales orales (28.5%), 2 preservativo (14.2%), 1 el método quirúrgico (7.14%) y a ninguna les gustaría utilizar hormonales inyectables, óvulos y espumas. (Cuadro 33) (Gráfica XVII).

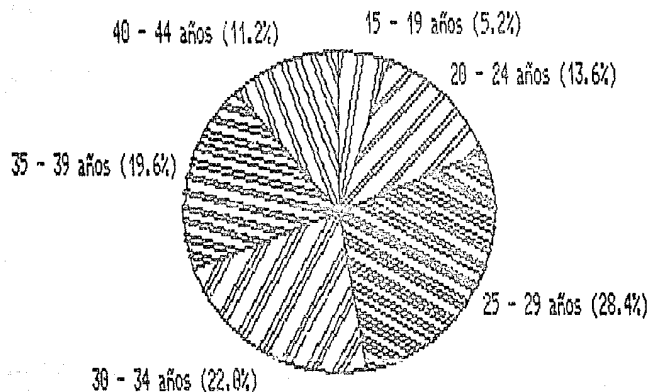
CUADRO 1.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD DE 250 MUJERES ENTREVISTADAS.

GPO. EDAD	No.	%
15 - 19	13	5.2
20 - 24	34	13.6
25 - 29	71	28.4
30 - 34	55	22.0
35 - 39	49	19.6
40 - 44	28	11.2
45 - 49	0	0.0
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA I. FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD
DE 250 MUJERES ENTREVISTADAS.

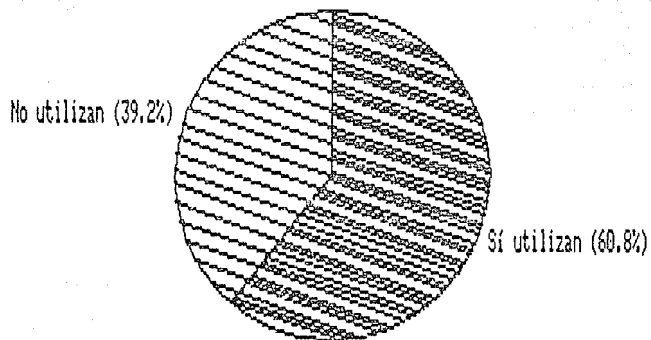


CUADRO 2.
FRECUENCIA DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 250 MUJERES DE 15 A 49 AÑOS.

USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	No.	%
SI UTILIZAN	152	60.8
NO UTILIZAN	98	39.2
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA II. FRECUENCIA DE USO DE METODOS
EN 250 MUJERES DE 15 A 49 AÑOS.

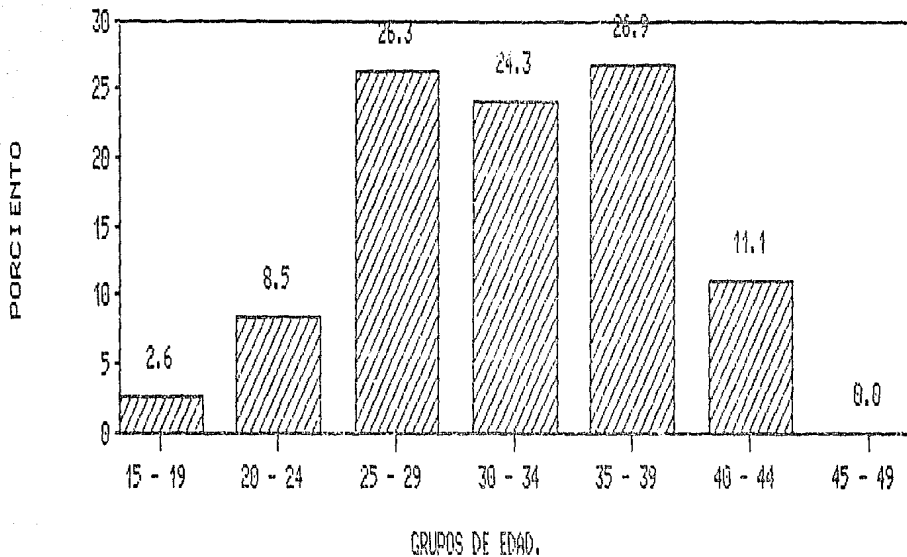


CUADRO 3.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE USUARIAS
DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

GPO. EDAD	No.	%
15 - 19	4	2.6
20 - 24	13	8.5
25 - 29	49	28.3
30 - 34	37	24.3
35 - 39	41	26.9
40 - 44	17	11.1
45 - 49	0	0
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA III. DISTRIBUCION POR GRUPO DE
EDAD DE USUARIAS DE METODOS.

CUADRO 4.

ESTADO CIVIL DE 250 MUJERES
ENTREVISTADAS DE 25 A 49 AÑOS.

ESTAD. CIVIL	No.	%
Solteras	44	17.6
Casadas	180	75.2
Unión Libre	13	5.2
Divorciadas	3	1.2
Viudas	2	0.8
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

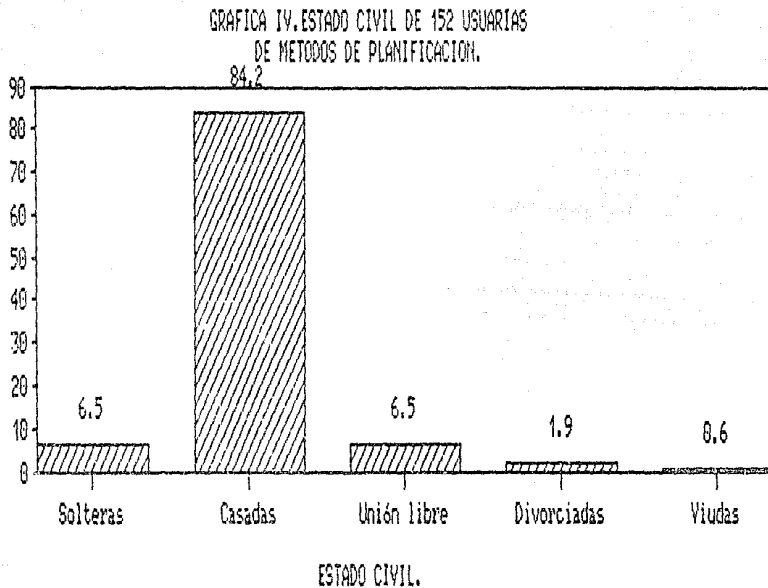
CUADRO 5.

ESTADO CIVIL DE 152 USUARIAS DE METODOS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

ESTAD. CIVIL	No.	%
Solteras	10	6.5
Casadas	128	84.2
Unión Libre	10	6.5
Divorciadas	3	1.9
Viudas	1	0.6
TOTAL	152	100

FUENTE: Hojas de recolección de datos.

PORCIENTO



CUADRO 6.

GRADO DE ESCOLARIDAD EN 250 MUJERES ENTREVISTADAS.

GRD. DE ESCOLARIDAD	No.	%
Analfabeta	6	2.4
Primaria	51	20.4
Secundaria	49	19.6
Técnica	45	18.0
Bachillerato	45	18.0
Otra	54	21.6
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

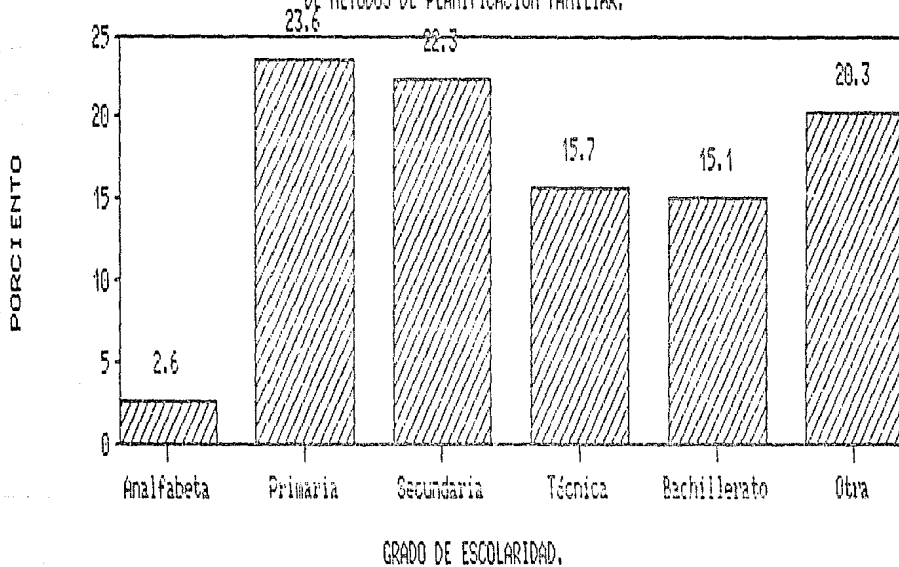
CUADRO 7.

GRADO DE ESCOLARIDAD EN 152 USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

GRD. DE ESCOLARIDAD	No.	%
Analfabeta	4	2.6
Primaria	36	23.6
Secundaria	34	22.3
Técnica	24	15.7
Bachillerato	23	15.1
Otra	31	20.3
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA V. ESCOLARIDAD DE 152 USUARIAS
DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.



CUADRO 8.
OCUPACION DE 250 MUJERES ENTREVISTADAS

OCUPACION	No.	%
Ama de casa	193	50.6
Obrera	3	1.2
Comerciante	1	0.4
Técnica	14	5.6
Empleada de Of.	70	28.0
Profesionista	49	19.6
Otra	10	4.0
TOTAL	250	100

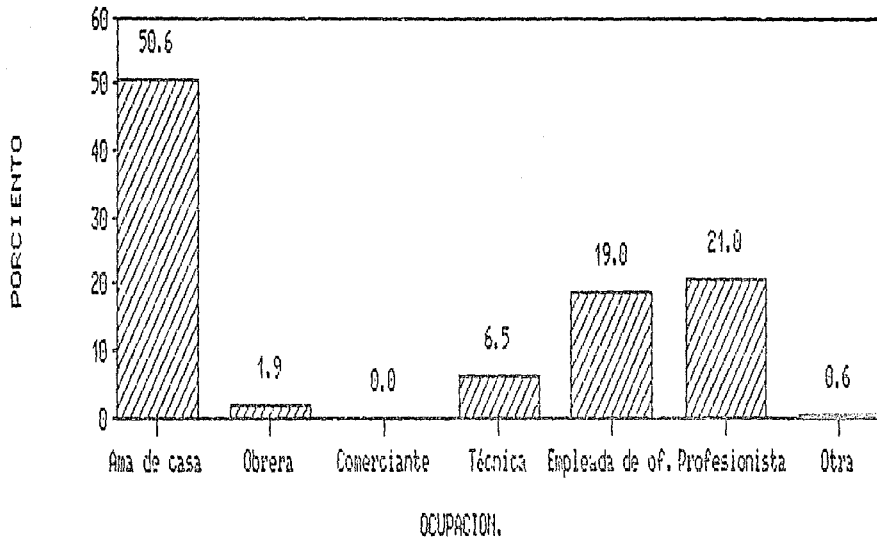
FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 9.
OCUPACION DE 152 USUARIAS DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR.

OCUPACION	No.	%
Ama de casa	77	50.6
Obrera	3	1.9
Comerciante	0	0.0
Técnica	10	6.5
Empleada de Of.	29	19.0
Profesionista	32	21.0
Otra	1	0.6
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA VI. OCUPACION DE 152 USUARIAS DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.



CUADRO 10.
RELIGION DE 250 MUJERES ENTREVISTADAS.

RELIGION	No.	%
Católica	229	91.6
Protestante	2	0.8
Evangelista	4	1.6
Testigo de Jehová	4	1.6
Otra	1	0.4
Ninguna	10	4.0
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 11.
RELIGION EN 152 USUARIAS DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR.

RELIGION	No.	%
Católica	140	92.1
Protestante	1	0.6
Evangelista	3	1.9
Testigo de Jehová	3	1.9
Otra	1	0.6
Ninguna	4	2.6
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 12.

NUMERO DE EMBARAZOS EN 250
MUJERES ENTREVISTADAS.

No. EMBARAZOS	No.	%
0	36	14.4
1	44	17.6
2	59	23.6
3	57	22.8
4	28	11.2
5	14	5.6
+ 5	12	4.8
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

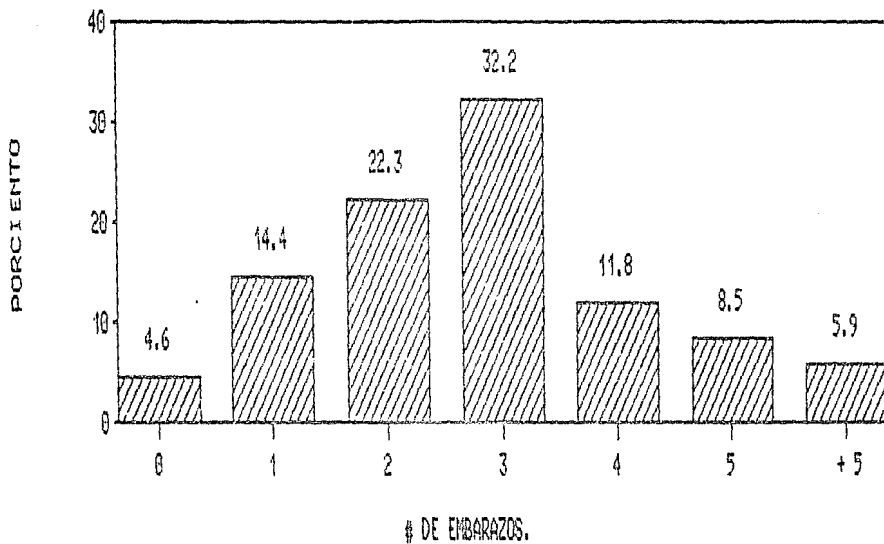
CUADRO 13.

NUMERO DE EMBARAZOS EN 152 USUARIAS DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

No. EMBARAZOS	No.	%
0	7	4.6
1	22	14.4
2	34	22.3
3	49	32.2
4	18	11.8
5	13	8.5
+ 5	9	5.9
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA VII. # DE EMBARAZOS EN USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.



CUADRO 14

NUMERO DE HIJOS VIVOS EN 250
MUJERES ENTREVISTADAS.

No. HIJOS VIVOS	No.	%
0	40	19.2
1	50	23.2
2	60	24.0
3	50	20.0
4	10	7.2
5	9	3.6
+ 5	1	2.0
TOTAL	250	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

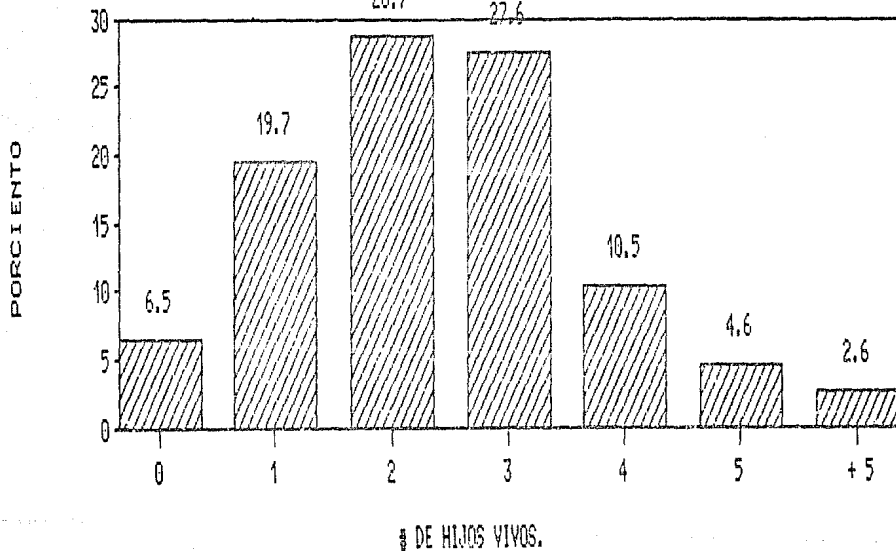
CUADRO 15.

NUMERO DE HIJOS VIVOS EN 152 USUARIAS DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

No. HIJOS VIVOS	No.	%
0	10	6.5
1	20	13.7
2	40	28.3
3	40	27.6
4	15	13.5
5	7	4.6
+ 5	4	2.6
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA VIII. # DE HIJOS VIVOS DE 152
USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION.



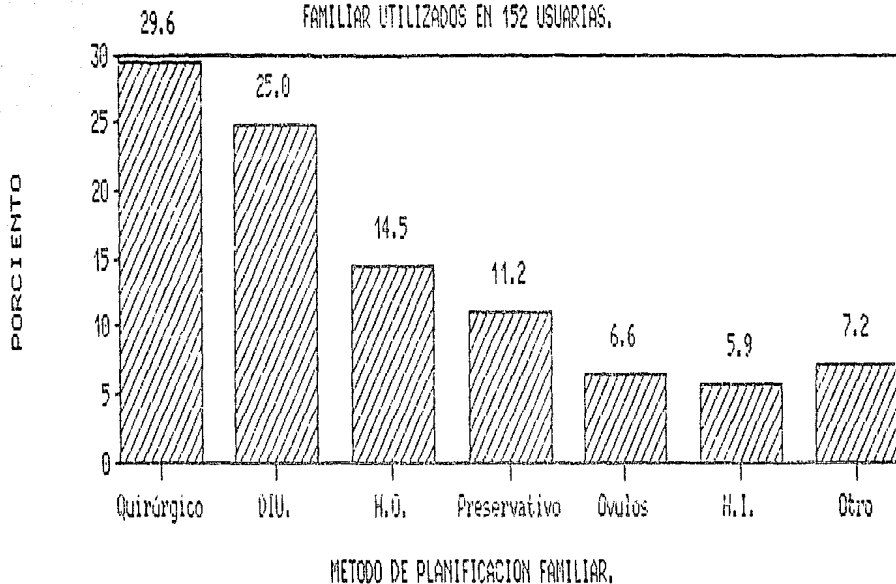
CUADRO 16.

MÉTODOS DE REGULACIÓN FAMILIAR
UTILIZADOS POR 150 MUJERES.

METODO	No.	%
Quirúrgico.	45	29.8
DIU.	38	25.0
Hormonales orales.	22	14.5
Preservativo.	17	11.2
Ovulos.	10	6.6
Hormonales inyectables.	9	5.9
Otro.	11	7.2
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA IX. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS EN 152 USUARIAS.



T A B L A I.
DISTRIBUCION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
152 USUARIAS POR GRUPO DE EDAD Y POR METODO.

GRUPO EDAD	QUIRURGICO S S V		DISPOSITIVO INTRAUTERINO		HORMONALES ORALES		PRESERVATIVO		OVULOS		HORMONALES INYECTABLES.		OTROS		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15 - 19	0	0.0	1	0.6	1	0.6	1	0.6	1	0.6	0	0.0	0	0.0	4	2.6
20 - 24	0	0.0	5	3.2	3	1.9	3	1.9	1	0.6	0	0.0	1	0.6	13	8.5
25 - 29	5	3.2	13	8.5	5	3.2	7	4.6	3	1.9	7	4.6	9	0.0	40	26.3
30 - 34	11	7.2	7	4.5	8	5.2	1	0.6	4	2.6	1	0.6	5	3.2	37	24.3
35 - 39	20	13.1	9	5.9	3	1.9	4	2.6	0	0.0	1	0.6	4	2.6	41	26.9
40 - 44	9	5.9	3	1.9	2	1.3	1	0.6	1	0.6	0	0.0	1	0.6	17	11.1
TOTAL	45	29.6	38	25.0	22	14.5	17	11.2	10	6.5	9	5.9	11	7.2	152	100.0

S: Salpingoclasia.
V: Vasectomia.

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

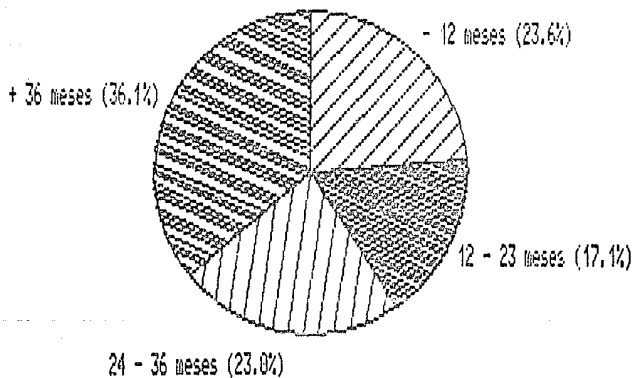
CUADRO 17.

TIEMPO DE USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN 152 UNIDADES.

No. USUARIOS		12 meses.		13 - 27 meses.		28 - 36 meses.		+36 meses	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
152	100	36	23.6	26	17.1	35	23.0	55	36.1

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA X. TIEMPO DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN 152 USUARIAS.



T A B L A I I .

TIEMPO DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 152 USUARIAS POR METODO.

M E T O D O .	- 12 MESES		12 - 23 MESES		24 - 36 MESES		+ 36 MESES		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quirúrgico	6	3.4	5	3.2	12	7.8	22	14.4	45	29.6
Intrauterino	11	7.2	5	3.2	10	6.5	12	7.8	38	25.0
Hormonales orales	7	4.6	6	3.9	5	3.2	4	2.6	22	14.5
Preservativo	6	3.9	5	3.2	3	1.9	3	1.9	17	11.2
Ovulos	3	1.9	2	1.3	1	0.6	4	2.6	10	6.6
Hormonales inyectables	2	1.3	3	1.9	3	1.9	1	0.6	9	5.7
Otro	1	0.6	0	0.0	1	0.6	9	5.8	11	7.2
T O T A L	36	23.6	26	17.1	35	23.0	55	36.1	152	100.0

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

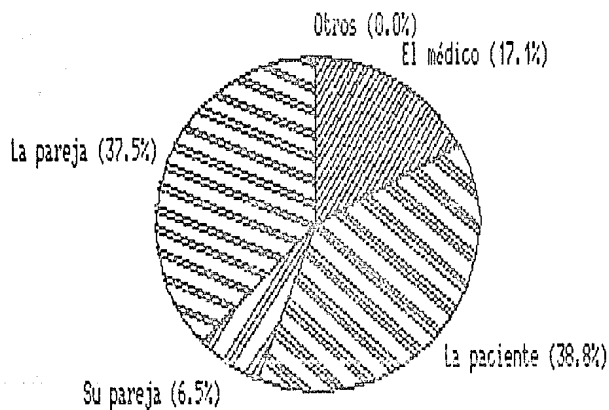
CUADRO 18.

ELECCION DEL METODO DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 152 USUARIAS.

ELECCION POR	No.	%
El medico	26	17.1
La paciente	53	38.8
Su pareja	10	6.5
La pareja	57	37.5
Otros	0	0.0
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA XI ELECCION DEL METODO DE
PLANIFICACION EN 152 USUARIAS.



T A B L A I I I .

ELECCION DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 100 USUARIAS POR GRUPO DE EDAD.

GPO. EDAD	El medico		La paciente		Su pareja		La pareja		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15 - 19	2	1.3	3	1.9	0	0.0	0	0.0	5	3.2
20 - 24	3	1.9	5	3.2	1	0.6	4	2.6	13	9.5
25 - 29	11	7.2	13	8.5	3	1.9	13	8.5	40	26.3
30 - 34	5	3.2	11	7.2	1	0.6	20	13.1	37	24.3
35 - 39	3	1.9	19	12.4	3	1.9	16	10.5	41	26.9
40 - 44	2	1.3	8	5.2	2	1.3	4	2.6	16	10.5
45 - 49	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
T O T A L	26	17.1	59	38.8	10	6.5	57	37.5	152	100.0

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

T A B L A I V .

ELECCION DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 152 USUARIAS POR METODO.

M E T O D O	El medico		La paciente		Su pareja		La pareja		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quirurgico	1	0.6	18	11.8	4	2.6	2	14.4	45	29.6
P.I.U.	4	2.6	23	15.1	2	1.3	9	5.9	38	25
Hormonales orales.	7	4.6	7	4.6	0	0	8	5.2	22	14.4
Preservativo	3	1.9	4	2.6	2	1.3	8	5.2	17	11.8
Ovulos	4	2.6	5	3.2	1	0.6	0	0	10	6.5
Hormonales inyectables.	5	3.2	1	0.6	0	0	3	1.9	9	5.9
Otro	2	1.3	1	0.6	1	0.6	7	4.6	1	7.2
T O T A L	26	17.1	59	38.8	10	6.5	57	37.5	152	100

FUENTE:

Hojas de recoleccion de datos.

CUADRO 19.

OBTENCION DE METODOS DE PLANIFICACION POR INSTITUCION EN 152 USUARIAS.

INSTITUCION	No.	%
S.S.	8	5.2
I.M.S.S.	16	10.5
I.S.S.S.T.E.	84	55.2
PARTICULAR	42	27.6
OTRO	2	1.3
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 20.

CONTROL MEDICO EN 152 USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

CONTROL MEDICO.	No.	%
Si	81	53.28
No	71	46.72
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 21.

CAUSAS PARA NO EFECTUARSE CONTROL MEDICO EN 71 USUARIAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

CAUSAS	No.	%
Atribuibles a la paciente.	44	61.9
Atribuibles al medico.	27	38.1
TOTAL	71	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

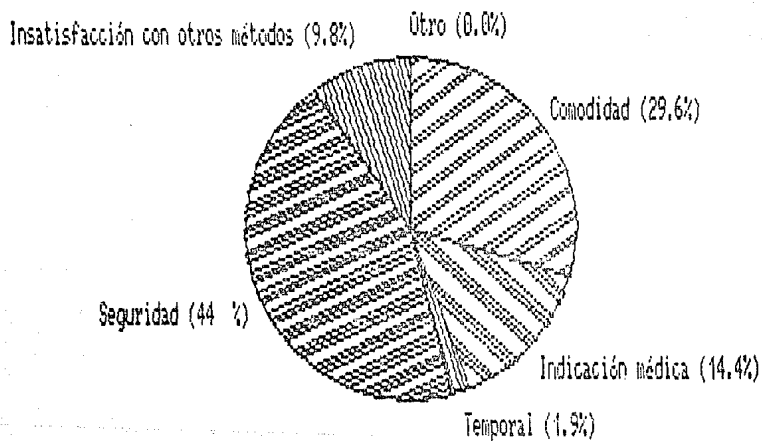
CUADRO 22

MOTIVOS QUE REFIEREN 152 MUJERES PARA EL
USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

MOTIVOS	No.	%
Comodidad.	45	29.6
Indicación médica.	20	14.4
Temporal.	3	1.9
Seguridad.	67	44.0
Insatisfacción con otros métodos.	15	9.8
Otros	0	0.0
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA XII. MOTIVOS DE 152 MUJERES PARA
USAR METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.



T A B L A V .

MOTIVOS QUE REFIEREN 152 MUJERES PARA EL
USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

M E T O D O	CONODIAD		INDICACION MEDICA.		TEMPORAL		SEGURIDAD		INSATISFACCION CON OTROS METODOS.		T O T A L	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quirurgico	2	1.3	4	2.6	0	0.0	35	23.0	4	2.6	45	29.6
D.I.U.	11	7.2	6	3.9	2	1.3	19	12.4	0	0.0	38	25.0
Hormonales orales.	9	5.9	3	1.9	1	0.6	5	3.2	2	1.3	22	14.4
Preservativo	7	4.6	3	1.9	0	0.0	4	2.6	3	1.9	17	11.1
Ducales	5	3.3	3	1.9	0	0.0	1	0.6	1	0.6	10	6.5
Hormonales inyectables.	4	2.6	0	0.0	0	0.0	2	1.3	3	1.9	9	5.9
Otros	7	4.6	3	1.9	0	0.0	1	0.6	0	0.0	11	7.2
T O T A L	45	29.6	22	14.4	3	1.9	67	44.0	15	9.8	152	100.0

FINNE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO 23.

SATISFACCIÓN DE 152 USUARIAS CON EL
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

SATISFACCIÓN	No.	%
Si	113	74.3
No	39	25.7
TOTAL	152	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 24.

MOTIVOS PARA PREFERIR OTRO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN 39 MUJERES USUARIAS.

MOTIVO	No.	%
Comodidad.	23	58.9
Indicación médica.	10	25.6
Control definitivo.	0	0.0
Seguridad.	3	8.7
Insatisfacción con otros métodos.	2	5.1
Otros.	1	2.5
TOTAL	39	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 25.
MÉTODO QUE PREFIEREN POR COMODIDAD
23 MUJERES USUARIAS.

MÉTODO	No.	%
Quirúrgico.	1	4.4
DIU.	0	0.0
Hormonales orales.	9	39.1
Preservativo.	2	8.7
Hormonales inyectables.	11	47.8
Otro.	0	0.0
TOTAL	23	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 26.
SATISFACCIÓN EN 113 USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR QUE NO DESEAN UTILIZAR OTRO.

MOTIVO	No.	%
Satisfacción con el actual.	92	81.4
Insatisfacción con otros métodos.	18	15.9
Otro.	3	2.6
TOTAL	113	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 27.

UTILIZACION ANTERIOR POR
METODO EN 79 USUARIAS.

METODO	No.	%
Outrónico.	0	0.0
DIU.	22	29.1
Hormonales orales.	34	30.3
Hormonales inyectables.	17	21.5
Preservativo.	7	8.8
Ovulos.	7	8.8
Otro.	1	0.6
TOTAL	79	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO 28.

MOTIVO DE ABANDONO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN 79 USUARIAS.

MOTIVO	No.	%
Comodidad	14	17.7
Indicación médica.	22	27.6
Por ser definitivo.	14	17.7
Seguridad.	17	21.5
Inatisfacción.	11	13.9
Otro.	1	1.2
TOTAL	79	100

FUENTE: hoja de recolección de datos.

CUADRO 29.

JUSTIFICACION DE 90 MUJERES PARA NO USAR
MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

JUSTIFICACION	No.	%
Por estar embarazada.	11	11.4
Por desear de embarazo.	10	10.2
Todos los metodos le producian molestias.	5	5.1
Por estar lactando.	5	5.1
No lo necesita.	45	45.9
No los conoce.	4	4.0
Otros.	8	8.1
TOTAL	90	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

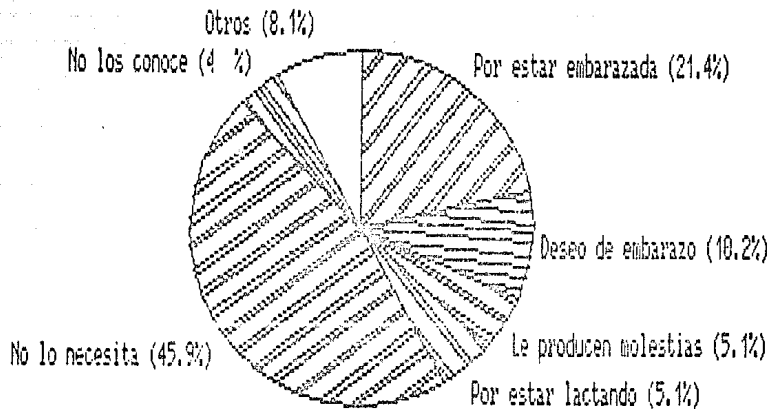
CUADRO 30.

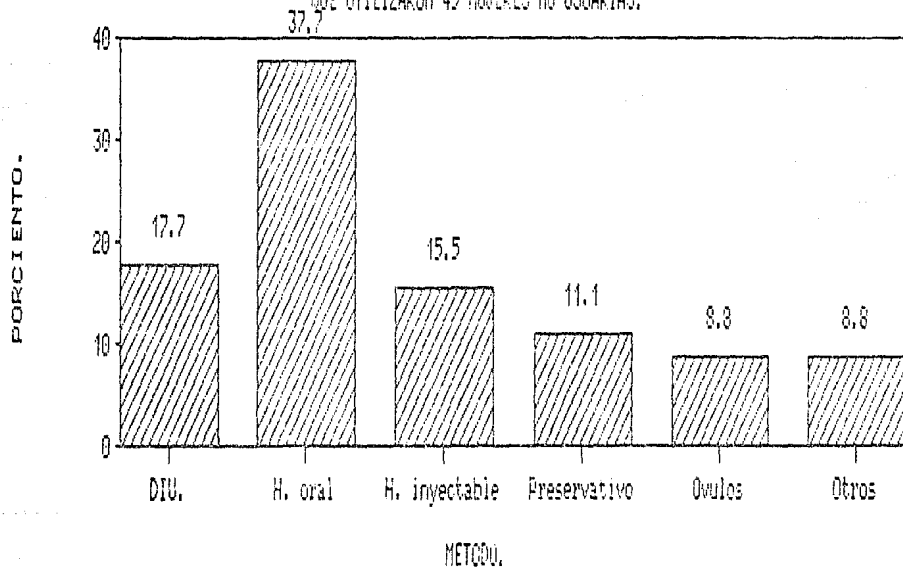
MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS
ANTERIORMENTE POR 45 MUJERES NO USUARIAS.

MÉTODO	No.	%
DIU.	8	17.7
Hormonales orales.	17	37.7
Hormonales inyectables.	7	15.5
Preservativo.	5	11.1
Ovulos.	4	8.8
Otro.	4	8.8
TOTAL	45	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA XIII. JUSTIFICACION DE 98
MUJERES PARA NO USAR METODOS DE P.F.



GRAFICA XIV. METODOS DE PLANIFICACION
QUE UTILIZARON 45 MUJERES NO USUARIAS.

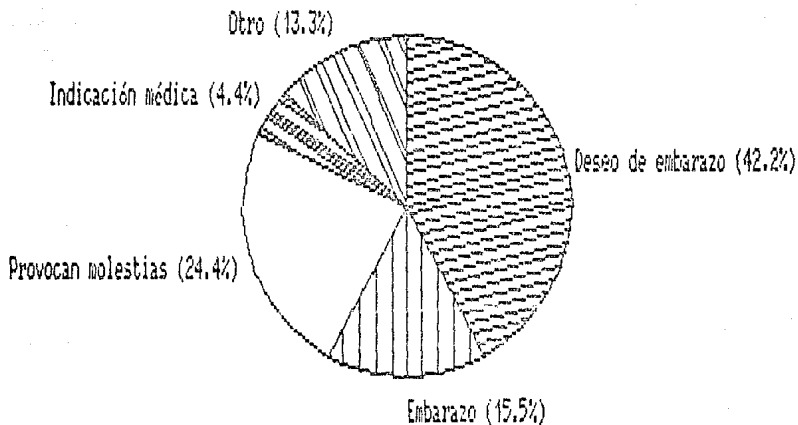
CUADRO 31.

MOTIVO DE ABANDONO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN 45 MUJERES NO USUARIAS.

MOTIVO	No.	%
Por deseo de embarazo.	19	42.2
Por embarazo.	7	15.5
Porque le provocan molestias.	11	24.4
Por indicación medica.	2	4.4
Otro.	6	13.3
TOTAL	45	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

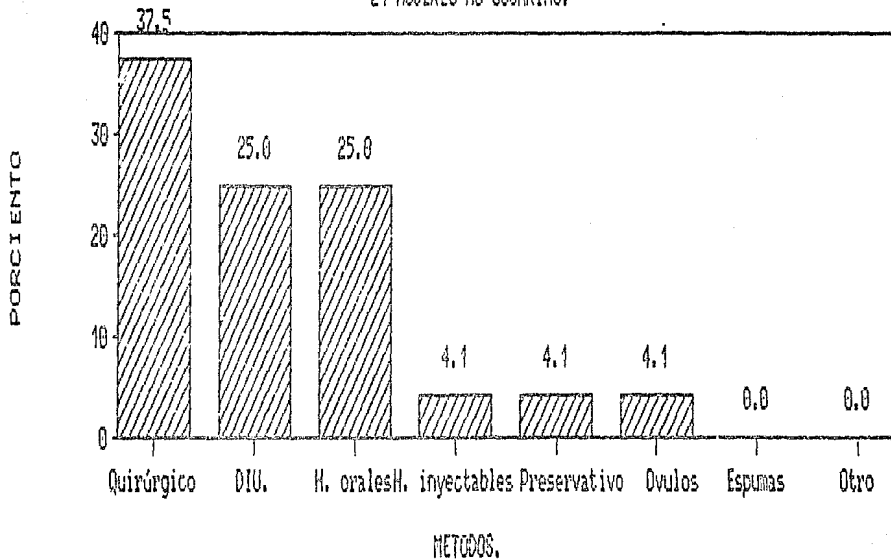
GRAFICA XV. MOTIVO DE ABANDONO DE METODOS EN 45 MUJERES NO USUARIAS.



CUADRO 32.
 PREFERENCIA POR METODO DE 24 MUJERES NO USUARIAS

METODO	No.	%
Quirúrgico.	9	37.5
DIU.	6	25.0
Hormonales orales.	6	25.0
Hormonales inyectables.	1	4.1
Preservativo.	1	4.1
Ovulos.	1	4.1
Espuma.	0	0.0
Otro.	0	0.0
TOTAL	24	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA XVI. PREFERENCIA POR METODO DE
24 MUJERES NO USUARIAS.

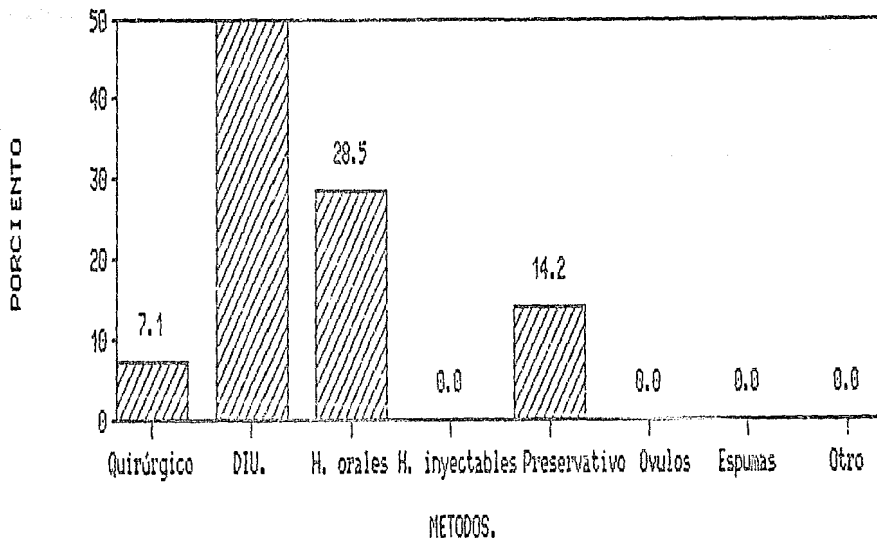
CUADRO 33.

PREFERENCIA POR METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN 14 MUJERES QUE NUNCA LOS HAN UTILIZADO.

METODO	No.	%
Quirúrgico.	1	7.1
DIU.	7	50.0
Hormonales orales.	4	28.5
Hormonales inyectables.	0	0.0
Preservativo.	2	14.2
Ovulos.	0	0.0
Espuma.	0	0.0
Otro.	0	0.0
TOTAL	14	100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA XVII. PREFERENCIA POR METODO EN
50.0 14 MUJERES QUE NUNCA LOS HAN UTILIZADO.



ANÁLISIS Y RESULTADOS

Estudios sobre el uso de métodos de planificación familiar sugieren que éstos se han incrementado en las últimas décadas, esto se puede corroborar por el logro de las metas fijadas. (2).

En el presente estudio se encontró que 152 usuarias (50.6%) de las 300 entrevistadas utilizaban actualmente métodos de planificación familiar, porcentaje mayor al señalado en la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1987. (2).

El grupo de edad que mayor frecuencia de uso de métodos fue el de mujeres de 35 a 39 años (41 mujeres con el 26.9%), resultado que no concuerda con el obtenido en la encuesta realizada en 1987. Esto se puede explicar probablemente y que en esta edad, la mayoría de las mujeres se encuentran con pareja estable. Entre el grupo de 15 a 19 años se presentó el menor porcentaje de usuarias, que fue solamente de 4 (2.6%), debido a que la mayoría de mujeres adolescentes no lo necesitan y probablemente solo aquellas con relaciones sexuales llegan a utilizarlos.

Investigando las características sociales y culturales en 152 usuarias, se encontró que de acuerdo a su estado civil 128 (84.2%) eran casadas, hecho explicado considerando que tengan una pareja sexual estable.

Como diversos estudios lo refieren (2,4,5) la escolaridad es un factor importante para que las mujeres acepten los métodos de planificación familiar ya que esta determina una actitud más receptiva para ciertos conocimientos y habilidades que son deseables en mujeres que utilizan los métodos, sobre todo en la detección oportuna de complicaciones o efectos secundarios que éstos provocan.

Se identificó en el estudio que el mayor porcentaje de uso de métodos de planificación familiar fue en 36 mujeres con escolaridad primaria (23.6%), dato que sin embargo sugiere que los programas de planificación han abarcado a las poblaciones con deficiencias educativas y que por otra parte, es necesario se continúe su difusión en estas poblaciones que son las que mayor carencia de tipo biológicas, sociales, económicas y culturales poseen.

La frecuencia en cuanto a ocupación no muestra en este estudio, datos relevantes, 77 mujeres (50.6%) eran amas de casa, 37 (24%) profesionistas y 25 (16%) empleadas de oficina, encontrando porcentajes bajos en obreras y comerciantes, dato que se explica por el tipo de establecimientos que atiende la institución donde se realizó la investigación.

En cuanto a la elección cabe mencionar que se encontraron mujeres usuarias en los diferentes tipos investigados y que esta característica no impide que las mujeres se concienticen de su problemática familiar, social y de salud.

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, el número de embarazos y de hijos vivos son factores determinantes que favorecen el uso de métodos de planificación familiar. Se encontró que el mayor porcentaje en cuanto a número de embarazos fue en 49 mujeres usuarias (22.2%), quienes se habían embarazado en tres ocasiones y que en el número de hijos vivos el porcentaje más alto fue en mujeres que tenían entre 2 y 7 hijos (85 mujeres con un 55.9%). Esto nos hace concluir que actualmente se prefiere en las familias un número pequeño de hijos a los cuales se les pueda proporcionar un mayor bienestar bio-psico-social.

Se ha mencionado el hecho de que en la actualidad el uso de métodos definitivos de planificación familiar se incrementó (2,6), esto se corrobora ya que de 152 usuarias, 45 (29.6%) se encuentran en control de fertilidad por medio de métodos quirúrgicos (salpingoclitia o vasectomía), siendo los grupos de mujeres de 30 a 44 años las que optan por éstos métodos, ya que la mayoría de ellas se encuentran satisfechas con el número de hijos que tienen, así también por considerarse los métodos que tienen cerca del 100% de efectividad (23) y los que menos complicaciones presentan. Por otra parte de las mujeres de 15 a 19 años (2.6%) que utilizan métodos de planificación se encontró que prefieren los métodos temporales, esto se fundamenta en que sus relaciones sexuales, como se mencionó son ocasionales y por otra parte están iniciando la formación de una familia.

En cuanto al tiempo de uso de métodos de planificación familiar los resultados mostraron los mayores porcentajes en mujeres que utilizan PIIU, 12 (7.8%) con más de 36 meses lo que se explica que sea el método temporal más seguro y cómodo en donde no involucra para su efectividad la participación de la usuaria. Entre los métodos definitivos se encontró que 22 de 45 mujeres que los utilizan como control de fertilidad tienen más de 36 meses de uso.

La participación de la pareja en la elección del método de planificación familiar es de suma importancia, esto implica que existe una integración de pareja en la toma de decisiones, sobre todo en aquellas que determinan el número de hijos que desean tener y a los cuales les puedan brindar una mejor calidad de vida. Se encontró que en 57 de 152 mujeres la elección se realizó por la pareja (37.2%) y que en 59 (38.8%) la elección fue exclusivamente de la pareja, en cambio al no encontrar diferencias respecto a esto se puede pensar que actualmente existe una mayor participación del conyuge al tomar la decisión sobre el uso de métodos de planificación familiar y sobre todo de métodos definitivos los cuales son irreversibles. (22 usuarias, 14.4% de 152).

La disponibilidad de los métodos de planificación, es un factor determinante en el uso de los mismos, se menciona que es importante de las prestaciones de salud proporcionar

dichos métodos. De las 132 usuarias y dado que el sitio donde se aplicó la encuesta es una institución del sector salud con población cubana, se encontró que 94 (55,2%) obtuvieron sus métodos de al I.S.S.S.T.E.

Cualquier método de planificación que se elija necesariamente requiere de un control periódico por parte del médico familiar, con el fin de detectar posibles complicaciones o efectos secundarios, sobre todo en aquellas mujeres con control de fertilidad por hormonales. De 152 usuarias, 61 tenían control periódico (53,2%) y 71 no llevaban control, porcentaje que se atribuyó en un 39,1% al médico, sin especificar las razones, esto nos hace reflexionar acerca de la participación del médico familiar, en donde se debe de proporcionar atención en casos de enfermedad, sino también en estados de salud con el fin de detectar cualquier alteración que pueda desequilibrarlo.

¿Porqué las mujeres utilizan un determinado método de planificación familiar?, pregunta interesante para conocer las justificaciones sobre la preferencia de un método en particular. Se encontró que el 44% de 152 usuarias lo utilizan por seguridad, prefiriendo el método quirúrgico y el DIU. Los métodos que se utilizan por comodidad son también el DIU y los hormonales orales. Aquí cabe mencionar que independientemente de la seguridad de éstos para evitar el embarazo, es importante que el método que se elija este también en relación con el estado de salud de la paciente, para esto el médico familiar tienen el deber de prescribir el método que de acuerdo a lo anterior sea el más adecuado.

En cuanto al aspecto de satisfacción con el uso actual de métodos de planificación familiar, 113 (74,3%), contestaron que no les gustaría utilizar otro método.

Independientemente del incremento en el uso de métodos de planificación, existe cerca del 50% de usuarias que han abandonado el método que utilizaron por primera vez, en el estudio realizado se encontró que 22 (27,8%) de las 79 mujeres que utilizaron anteriormente métodos de planificación lo hicieron por indicación médica, habría aquí suponer que fue por posibles complicaciones o efectos secundarios de los métodos o bien por no realizarse una valoración inicial adecuada de la paciente por parte del médico para determinar el método adecuado para cada mujer.

La segunda parte del cuestionario se refiere a las mujeres no usuarias de métodos de planificación familiar, se encontró que 98 (39,1%) no utilizaban actualmente ningún método, de estas 45 (45,9%) refirieron que no lo necesitaban, explicándose esta respuesta por el número de mujeres entrevistadas entre los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años. Sin embargo, esto nos lleva a advertir el compromiso de promover y difundir el uso de métodos de planificación en todas las edades, con el fin de que las mujeres tengan

dichos métodos. De las 152 usuarias y dado que el sitio donde se aplicó la encuesta es una institución del sector salud con población cautiva, se encontró que 84 (55.2%) obtuvieron sus métodos en el I.C.S.S.T.E.

Cualquier método de planificación que se elija necesariamente requiere de un control periódico por parte del médico familiar, con el fin de detectar posibles complicaciones o efectos secundarios, sobre todo en aquellas mujeres con control de fertilidad por hormonales. De 152 usuarias, 91 tenían control periódico (59.2%) y 71 no llevaban control, porcentaje que se atribuyó en un 38.1% al médico, sin especificar las razones, esto nos hace reflexionar acerca de la participación del médico familiar, en donde no sólo debe de proporcionarse atención en casos de enfermedad, sino también en estados de salud con el fin de detectar cualquier alteración que pueda desequilibrarlo.

¿Porqué las mujeres utilizan un determinado método de planificación familiar?, pregunta interesante para conocer las justificaciones sobre la preferencia de un método en particular. Se encontró que el 44% de 152 usuarias lo utilizan por seguridad, prefiriendo el método quirúrgico y el DIU. Los métodos que se utilizan por comodidad son también el DIU y los hormonales orales. Aquí cabe mencionar que independientemente de la seguridad de éstos para evitar el embarazo, es importante que el método que se elija este también en relación con el estado de salud de la paciente, para esto el médico familiar tienen el deber de prescribir el método que de acuerdo a lo anterior sea el más adecuado.

En cuanto al aspecto de satisfacción con el uso actual de métodos de planificación familiar, 113 (74.3%), contestaron que no les gustaría utilizar otro método.

Independientemente del incremento en el uso de métodos de planificación, existe cerca del 50% de usuarias que han abandonado el método que utilizaron por primera vez, en el estudio realizado se encontró que 22 (27.8%) de las 79 mujeres que utilizaron anteriormente métodos de planificación lo hicieron por indicación médica, cabría aquí suponer que fue por posibles complicaciones o efectos secundarios de los métodos o bien por no realizarse una valoración inicial adecuada de la paciente por parte del médico para determinar el método adecuado para cada mujer.

La segunda parte del cuestionario se refiere a las mujeres no usuarias de métodos de planificación familiar, se encontró que 99 (39.1%) no utilizaban actualmente ningún método, de éstas 45 (45.9%) refirieron que no lo necesitan, explicándose esta respuesta por el número de mujeres entrevistadas entre los grupos de 15 a 19 y de 20 a 24 años. Sin embargo esto nos lleva a adquirir el compromiso de promover y difundir el uso de métodos de planificación en todos los grupos de edad, con el fin de que las mujeres tengan

la información suficiente acerca de los programas de planificación familiar.

Es importante el hallazgo de que solamente 4 (4%) de 98 pacientes no conocen los métodos, esto nos indica la gran difusión que éstos tienen en la población y que ésta ya no es la causa para no pretender un mejor nivel de salud y de vida.

24 de las 45 mujeres que anteriormente han utilizado algún método refirieron que desearían posteriormente utilizarlos, inclinándose por el método quirúrgico, el DIU y los hormonales orales.

De 53 mujeres que nunca han utilizado un método de planificación familiar, 6 (50%) prefieren el DIU, y 4 (28.5%) los hormonales orales.

CONCLUSIONES

El presente estudio considera que los programas de planificación familiar han tenido una adecuada difusión y difusión en la población ya que más del 50% de las mujeres entrevistadas utilizan algún método de planificación, siendo en un alto porcentaje los definitivos los que más se utilizan.

También es necesario hacer notar que esta difusión se debe ampliar a las mujeres y hombres adolescentes ya que en caso de no hacerlo se presentan un elevado porcentaje de mujeres pueden presentar graves complicaciones que pueden determinar muerte fetal y/o materna y también complicaciones de tipo psicológico debido a la inmadurez de tipo emocional propia de estas edades.

La educación es un factor determinante para la adaptación de los métodos, sin embargo en este estudio se observaron los más altos porcentajes en mujeres de escolaridad básica y media.

Ya se mencionó que los métodos más utilizados son los definitivos sobre todo en mujeres de más de 30 años, en quienes se considera que tienen completa y satisfactoria su paridad. Esto va también en relación al número de hijos que desean tener y se observa que la tendencia, en este estudio, es de estructurar una familia de 2 a 3 hijos a quienes se les pueda proporcionar los satisfactores emocionales, sociales y económicos que beneficien su desarrollo bio-psico-social.

La participación de ambos cónyuges en la elección de métodos de planificación familiar determina la responsabilidad que tienen ambos en la formación de una familia. Se observa que esta participación es cada vez mayor, dado los resultados encontrados en el estudio.

La seguridad que la proyección a la mujer un método de planificación familiar, determina cual es el que va utilizar, encontrando que las usuarias prefieren los quirúrgicos por ser más eficaces y definitivos, hecho que ha incrementado su utilización.

En cuanto a la participación del médico familiar en el programa de planificación familiar, ésta no se debe limitar únicamente a prescribir un método, en primer lugar debe de estar continuamente informado de los avances en cuanto a anticoncepción se refieren, en segundo lugar debe de individualizar la prescripción de algún método teniendo una evaluación de los antecedentes de la paciente y una adecuada exploración física, reconocer indicaciones y contraindicaciones de los métodos, así como llevar un control periódico además de las consultas que en su momento dado le permita identificar efectos secundarios y

complicaciones de los mismos. Por otra parte su formación no lo limita a participar en programas de Educación para la Salud, particularmente en lo que se refiere a Planificación Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bases jurídicas de la Planificación Familiar. Planificación Familiar. Vol.2 (6). 1980. Secretaría de Salud.
- 2.- Programa de Planificación Familiar Voluntaria. No.9: 1-2. 1986. I.M.S.S.T.E
- 3.- La Salud de la Mujer en México. Cifras comentadas. Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". Sistema Nacional de Salud. México. 1990. Secretaría de Salud.
- 4.- Robles, R.R. Factores socioculturales asociados con el uso de contraceptivos en Puerto Rico. Boletín de la Oficina Panamericana. No. 104 (1). 1988.
- 5.- Chumhijarakis, E. A study of contraceptive choice and use in Banphot Metropolis Health Clinics. Contraception 24 (3) 245-258; 1981.
- 6.- Boletín de Planificación Familiar. Año III (2) 1981. I.M.S.S.
- 7.- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. 4.6. Riesgo Reproductivo I. Estudio de los factores de riesgo reproductivo. 1986.
- 8.- Boletín de Planificación Familiar. Año III (3) 1981. I.M.S.S.
- 9.- Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud. Diario Oficial. 7 de julio de 1986.
- 10.- Kogan, S. Almanza, R. Ayala, A. Bases de la anticoncepción hormonal II. Estudio clínico y de laboratorio en el ciclo menstrual normal y anormal. Rev. Med. I.M.S.S. 28 (1) 59-65. 1990.
- 11.- Planificación Familiar. El Preservativo. No. 1 (2). Secretaría de Salud.
- 12.- Population Reports: Espermaticidas. Population Information Program. Johns Hopkins University. Baltimore. h (5). 1980.
- 13.- Barbano, F. Austin, H. Louv, W.C. et al. A follow study of methods of contraception, sexual activity, and bacterial vaginosis. Am. J. Obstet Gynecol 143 (2) 510-515. 1990.
- 14.- Ayala, A. Almanza, R. Kogan, S. Bases de la anticoncepción hormonal III. Metabolismo de las hormonas esteroides y su acción anticonceptiva. Rev. Med. I.M.S.S. 28 (1) 65-71. 1990.
- 15.- Wall, D.Y. Reed, M.D. Update on Combination Oral Contraceptives. AJ (4) 1937-1948. Oct. 1990.

- 16.- Kotelny, M., Feldman, S., Gilleman, G., et al. Lipid and lipoprotein changes in women taking low doses, triphasic oral contraceptives: A controlled, comparative 12 month clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 161 (5) 1289-1290, 1990.
- 17.- Schilling, L., Erding, T., Genandt, B., et. al. Evaluation of the clinical performance of three triphasic oral contraceptives: A multicentric, randomized comparative trial. *Am J Obstet Gynecol* 160 (5) 1264-1268, 1989.
- 18.- Lara, R.R., Aznar, R.R. Anticonceptivos orales y alteraciones metabólicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 54, Agosto 1986.
- 19.- Killeher, G.C. Clinical aspects of the relationship between oral contraceptives and abnormalities of the homeostatic system: Relation to the development of cardiovascular disease. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (1) 395-398, 1990.
- 20.- Jespersen, J., Petersen, K.R., Skouby, S.O. Effects of lower oral contraceptives on the inhibition of coagulation and fibrinolysis in relation to dosage and type of steroid. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (1) 396-404, 1990.
- 21.- Gastrand, U.J., Lefebvre, P.J. Clinical aspects of the relationship between oral contraceptives abnormalities carbohydrate metabolism, and the development of cardiovascular disease. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (1) 334-343, 1990.
- 22.- Skouby, S.O., Anderson, O., Petersen, K.R., et. al. Mechanism of action of oral contraceptives on carbohydrate metabolism at the cellular level. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (1) 343-348, 1990.
- 23.- Samside, G., Mattsson, L. Some aspects on the relationship between oral contraceptives, lipid abnormalities, and cardiovascular disease. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (1) 354-357, 1990.
- 24.- Brodwick, M., Wisacker, P., Gersthoel, T. Oral contraception in disease states. 163 (3) 2213-2215, 1990.
- 25.- Fotherby, D. Interactions with oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol*, 163 (6) 2153-2150, 1990.
- 26.- Boletín de Planificación Familiar. Anticonceptivos hormonales de depósito. Año III. (8) I.M.S.S. 1981.
- 27.- Gavilón, B.F., Gavilón, A.B., Sánchez, M.A., et al. Alteraciones hormonales y menstruales posteriores a espigoclasia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 54, Junio 1986.
- 28.- Population Reports: Esterilización femenina. Population Information Program. Johns Hopkins University, Baltimore, 2 (9), 1986.

- 17.- Shorne, D. Mitchell, I.R. Nonplant: subdermal implant system for long term contraception. Am J Obstet Gynecol. 120 (5) 1286-1291, 1979.
- 18.- Planificación Familiar. Implantes subdérmicos. (1) 1987. Secretaría de Salud.
- 19.- Boletín de Planificación Familiar. La educación sexual y la planificación familiar. Año IV. (1) I.M.S.S. 1982.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE INVESTIGACION
CUESTIONARIO No.1



FICHA DE IDENTIFICACION Fecha de captura _____

- 1.- Nombre _____
- 2.- No. de Expediente _____
- 3.- Unidad Médica _____
- 4.- Edad _____
- 5.- Estado civil:
- a) Soltero d) Divorciada
b) Casada e) Viuda
c) Unión Libre f) Otra _____
- 6.- Escolaridad:
- a) Analfabeta d) Técnica
b) Primaria e) Bachillerato
c) Secundaria f) Otra _____
- 7.- Ocupación
- a) Ama de casa c) Empleada de Oficina
b) Obrera f) Profesionalista
c) Comerciante g) Otra _____
d) Técnica
- 8.- Religión:
- a) Católica d) Testigo de Jehová
b) Protestante f) Otra _____
c) Evangelista g) Ninguna

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- 9.- Edad de la Menarca _____
- 10.- Inicio de la vida sexual activa _____
- 11.- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
- 12.- ¿Cuántos abortos ha tenido? _____
- 13.- ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
- 14.- ¿Que edad y sexo tiene cada uno de ellos? _____
- _____
- 15.- ¿Cuántos hijos más desea tener? _____

MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

- 16.- ¿Utiliza actualmente algún método de planificación Familiar?
- a) Si (Continuar) b) No (Pase a cuestionario 2)
- 17.- ¿Cuál utiliza?
- a) Quirúrgico V o S d) Preservativo
b) DIU e) Ovulos
c) Hormonal Oral f) Hormonal Inyectable
g) Otro _____
- 18.- ¿Desde cuándo? (Tiempo en meses) _____
- 19.- ¿Quién eligió este método?
- a) El Médico d) La pareja (Usted y su cónyuge)
b) La paciente e) Otros _____
c) Su pareja (su cónyuge)
20. ¿Dónde lo obtuvo?
- a) SS d) Particular
b) IMEJ e) Otros _____
c) ISSSTE
- 21.- ¿Tiene un control periódico?
- a) Si (Continuar) b) No (Pase pregunta 24)
- 22.- ¿En dónde?
- a) SSA d) Particular
b) INSS e) Otros _____
c) ISSSTE
- 23.- ¿Cada cuándo? (Tiempo en meses) _____
- (Continúe pregunta 25).
- 24.- ¿Por qué no tiene control?
- a) Atribuible a la paciente
b) Atribuible al Médico
c) Otros _____
- 25.- ¿Por qué utiliza este método?
- a) Comodidad d) Seguridad
b) Indicación Médica e) Insatisfacción con otros métodos
c) Temporal f) Otros _____
- 26.- ¿Le gustaría utilizar otro método?
- a) SI (Continuar) b) No (Continúe preg. 29)

27.-¿Cuál?
a) Quirúrgico
b) DIU
c) Hormonal oral
d) Hormonal inyectable

e) Preservativo
f) Ovulos
g) Otros _____

28.-¿Por qué lo preferiría?
a) Conodidad
b) Indicación Médica
c) Control definitivo
(Pasará pregunta 30)

d) Seguridad
e) Insatisfacción con otros métodos
f) Otros _____

29.-¿Por qué no le gustaría?
a) Satisfacción con el que actualmente utiliza.
b) Insatisfacción o molestias con otros métodos
c) Otras razones: _____

30.-¿Ha utilizado otro método antes que el actual?
a) Si (Continúe)
b) No (Termina cuestionario)

31.-¿Cuál?
a) Quirúrgico
b) DIU
c) Hormonal Oral
d) Hormonal inyectable

e) Preservativo
f) Ovulos
g) Otros _____

32.-¿Cuánto tiempo lo utilizó? (Tiempo en meses) _____

33.-¿Por qué cambió al método actual?
a) Conodidad
b) Indicación Médica
c) Por ser definitivo

d) Seguridad
e) Insatisfacción
f) Otros _____

** Termina el cuestionario para las pacientes que utilizan algún método de Planificación Familiar **

CUESTIONARIO No. 2

34.-¿Por qué?
a) Por estar embarazada
b) Por deseo de embarazo
c) Por que todos los métodos le producen molestias.

d) Por estar lactando
e) No lo necesita
f) No lo conoce
g) Otros _____

35.-¿Ha utilizado anteriormente alguno?

a) Si (Continuar) b) No (Continuar preg. 41)

36.-Diga ¿Cuál?

a) DIU d) Preservativo
b) Hormonal Oral e) Ovulos
c) Hormonal Inyectable f) Otros _____

37.-¿Durante cuánto tiempo lo utilizó? (Tiempo en meses)

38.-¿Por qué motivo lo abandonó?

a) Por deseo de embarazo
b) Por embarazarse.
c) Por que le provocaba molestias
d) Por indicación médica
e) Otros _____

39.-¿Piensa utilizar posteriormente éste u otro método?

a) Si b) No (Termina cuestionario)

40.-¿Cuál?

a) Quirúrgico c) Preservativo
b) DIU f) Ovulos
c) Hormonal oral g) Otros _____
d) Hormonal Inyectable

** Termina Cuestionario **

41.-¿Le gustaría utilizar alguno?

a) Si b) No (Termina cuestionario)

42.-¿Cuál?

a) Quirúrgico e) Preservativo
b) DIU f) Ovulos
c) Hormonal Oral g) Espumas
d) Hormonal Inyectable h) Otros _____

** Termina Cuestionario**