

11226
84
20j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
I. S. S. S. T. E.

ASPECTOS QUE PARTICIPAN EN LA ACEPTACION
DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN LA CLINICA
HOSPITAL IRAPUATO, GUANAJUATO ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES

Generación 1989-1992



México, D. F.

Febrero, 1992



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.

I N D I C E

	Pág.
MARCO TEORICO.	
Antecedentes	1
Marco Jurídico	9
Metodos Anticonceptivos	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
JUSTIFICACION.....	27
OBJETIVO GENERAL	28
OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
METODOLOGIA	30
CRITERIOS DE INCLUSION	31
CRITERIOS DE EXCLUSION	31
CRITERIOS DE ELIMINACION	31
CEDULA DE RECOLECCION	32
GRAFICAS Y CUADROS DE RESULTADOS	36
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFIA	72

A N T E C E D E N T E S

El continente americano presenta a la llegada de los europeos una población abundante: en México y algunas regiones andinas, no sólo abundancia sino sobrepoblación relativa, dentro de las posibilidades de una economía agraria de sustentación. Esta población se precipitó en un desastre vertiginoso que afecta todos los aspectos de la vida, pero que principalmente se expresa por complejo trabajo-dieta-epidemias, resultado de un cambio estructural de énfasis económico. Desde mediados del período colonial, esta población comienza a recuperarse lentamente, sujeta a los vaivenes de una sociedad estructurada feudalmente con los límites de la economía natural, bajo condiciones coloniales. Los desajustes sociales de la época colonial, al no encontrar vías políticas que le dieran una solución institucional, desataron otros procesos que acentuaron las contradicciones del sistema y "dieron paso a la vía revolucionaria que incendió el país en 1810". (5).

La guerra de Independencia acarreó fuertes pérdidas humanas, algunos estiman que murieron aproximadamente un 10% de la población total del país. El crecimiento demográfico en México ha cambiado de ritmo varias veces desde la Independencia. Tras cien años de vacío demográfico y crecimiento, empezó a manifestarse a mediados del presente siglo una gran exuberancia en el crecimiento de la población. (5).

A partir de 1821 se inició un período agitado, con invasiones y guerras civiles, años en los cuales la población del país, dispersa y poco densa

no podía crecer mucho. Las epidemias eran importantes. El despoblamiento se interpretaba como una amenaza para la Independencia y la conservación de la soberanía nacional. En estos momentos " gobernar es poblar"; es importante recordar estos antecedentes para poder explicar la orientación poblacionista de la Primera Ley General de la Población del 24 de agosto de 1936. Durante los años cincuentas, sesentas, setentas, el crecimiento demográfico de México apareció como uno de los más rápidos del mundo, secundada por la disminución de la mortalidad, es por esto que la población que existía entre 1910-1960 (15-34 millones), se incrementó en -- 1980 a 70 millones. (1, 4, 8, 9, 11)

El descenso de la mortalidad se observa también en la evolución de la esperanza de la vida, a principios del siglo se vivía en promedio poco menos de 30 años, en los años de 1930 la esperanza de vida masculina era -- de 33 años y la femenina de 35 años, aumentando en los siguientes años, para 1960 en 59.4 años, actualmente para los hombres de 58.8 años y las mujeres de 63 años. (5)

A pesar del sostenido proceso de desarrollo económico a partir de 1940, -- la fecundidad no descendió hasta 1979, en que se inició el viraje en la política oficial. La tasa de natalidad pasó de 44% aproximadamente en -- 1970 a 30.5% en 1983, lo que significa un decremento en casi un tercio -- en ese lapso. (4, 8)

Respecto a la tasa global de fecundidad (que refleja el descenso final que se observaría si se conservara el patrón de fecundidad del momento), esta pasa de 6.8 a 4.4 hijos en el lapso de referencia, lo cual pone en

evidencia la magnitud real del descenso experimentado de alrededor de --
35%. (2, 12).

Las primeras acciones en servicio de planificación familiar fueron lleva-
das a cabo en nuestro país durante la gestión administrativa de Felipe -
Carrillo Puerto, como Gobernador de Yucatán (1918-1923), este fundador
y dirigente del Partido Socialista del Sureste auspició el desarrollo de
las actividades en materia de planeación familiar, efectuadas por parte
de la Doctora Margaret Sanger, teniendo en cuenta que incidía en la sa-
lud y en la emancipación de los trabajadores y a un enfrentamiento con -
las opiniones reaccionarias. (1).

Las actividades en materia de planeación se apoyan en una red de clíni-
cas con servicios de planeación familiar dentro del campo de la medicina
preventiva, vinculadas a una clínica central en Mérida, la capital, lo -
que constituyó el primer servicio oficial de planeación familiar en el -
mundo, en la época reciente, hecho que también es indicador de que las -
diversas entidades federativas tienen sus peculiares problemas demográfi-
cos. (1).

A nivel privado las acciones de planeación se iniciaron en 1940. Poste-
riormente ya con actividad organizada a través de asociaciones civiles -
iniciando en 1959, cuando se fundó la Asociación de Pro-Salud Maternal,
quien abrió la primera clínica en la ciudad de México en 1960, implemen-
tó tres programas rurales en 1963 y una investigación sobre anticoncepti-
vos hormonales. En 1964 se construyó el Centro de Investigaciones sobre
Fertilidad y Esterilidad. En 1965 la Fundación de Estudios de la Población

ción (FEPAC), empezó a ofrecer también sus programas de planificación familiar, en 1966 ya contaba con cuatro centros, para 1974 con 29 en el Distrito Federal y en los estados con 69. Asociada a la Internacional -- Planned Parenthood Federati6n, la FEPAC fu6 la asociaci6n privada m6s im-
portante en M6xico. (1, 9)

En 1983 la fundaci6n para estudios de la poblaci6n se volvi6 la Asocia-
ci6n Mexicana de la Planeaci6n Familiar. En 1976 el Instituto Mexicano -
del Seguro Social cre6 una unidad de Divisi6n de Biolog6a y Reproducci6n
, la cual inici6 en 1967 con investigaciones sobre fertilidad utilizando
productos hormonales. (1, 9, 10)

En 1974 cre6 unidades de campo con una jefatura de servicios de planifi-
caci6n familiar. (1, 9, 10)

La Secretar6a de Salubridad y Asistencia en octubre de 1972 inici6 los -
programas de materno-infantil e introdujo los servicios de planeaci6n --
familiar. El ISSSTE en enero de 1973 pone en marcha la campaa de " pa-
ternidad responsable ", y en 1975 inici6 el programa de planificaci6n fa-
miliar. El Consejo Nacional de Poblaci6n (CONAPO), fu6 creado en marzo
de 1974 e inici6 en 1977, en este mismo aao se iniciaron los programas -
de educaci6n sexual. En 1977. Petr6leos Mexicanos, Ferrocarriles, La Se-
cretar6a de Hacienda, La Secretar6a de Marina, y la Secretar6a de Defensa
inician y apoyan los programas de planificaci6n familiar. (11, 13)

Es a partir de la aprobaci6n de la Ley de Poblaci6n de 1973, donde se es-
tablece el marco jur6dico y legal de la planificaci6n familiar en M6xico
Para conocer el nivel de cobertura de los programas, la informaci6n de -

que se disponía era la que proporcionaban los sistemas de registro de -- las Instituciones, para subsanar esta situación se estableció la necesidad de ganar información a través de encuestas. Su desarrollo ha sido no table, ya que se han realizado seis eventos con cobertura nacional y regional. La Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976, La Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Anticonceptivos 1978-1979, El Censo de 1980, La Encuesta Rural de 1981, La Encuesta Demográfica de 1982, La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.

En la primera fase de la planificación demográfica en México en el periodo de 1977-1982, la reducción de la tasa de crecimiento ha sido acelerada y se acercó a las metas programadas. En 1980 la tasa bruta de natalidad se estimó en 33 por mil, igual a la programada y en 1982 la tasa de crecimiento programada de 2.5% se logró alcanzar. (11, 13).

A partir de 1982, sin embargo, aparecieron divergencias entre los niveles de crecimiento observados y las metas. En 1986 la tasa de natalidad programática era de 27 por mil, mientras que los últimos datos disponibles proponen valores de 30 a 32 por mil. (11).

Según variaciones en la estimación se considera que la tasa de crecimiento se mantendría en 1987 por encima del 2% anual de proyección programática, entre 2.3% y 2.4% dependiendo de la fuente de datos. Esto significa para 1987, 1.2 millones de habitantes de más, o sea 83.1 en lugar de 81.9 millones programados. Para el año 2000, en ese caso la población -- llegaría a 106 millones y no a los 100 millones de la proyección programática. La disminución importante de las tasas de fecundidad en las eda-

des superiores a los 30 años, precipitó la reducción de las tasas globales de fecundidad entre 1972 y 1980. El análisis detallado de la fecundidad puede explicar esa evolución más alta de lo previsto. La acelerada reducción del primer período 1977-1982 corresponde a una baja de las descendencias finales de las generaciones y a un rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad. (7, 6, 9).

El programa nacional de planificación familiar 1983-1988 preveía que, en 1988, el 38% de las usuarias activas estuvieran esterilizadas, el 31% utilizaran métodos hormonales (pastillas) y el 14% dispositivos intrauterinos. Los métodos definitivos y el dispositivo intrauterino se recomendaría cada vez con mayor exclusividad. Así mismo las esterilizaciones femeninas, han aumentado mucho a partir de 1982, llegando en 1988 a 2.7 millones de mujeres esterilizadas en edad fértil o sea el 20% de las mujeres unidas, se esterilizaron unas 200,000 mujeres anualmente en los últimos tres años, y 77% de las operaciones realizadas fueron en el IMSS. En 1986, 13% de nuevas usuarias de métodos anticonceptivos se esterilizaron y 38% recibieron un dispositivo intrauterino. (10).

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (1987), permitió evaluar el impacto real del programa de planificación familiar. La proporción de usuarias de métodos anticonceptivos está cerca de la meta, llegando al 53% de las mujeres unidas en edades fértiles en 1987 a nivel nacional, - promedio entre el 33% en las zonas rurales, el 59% en las áreas urbanas y 65% en las metropolitanas.

La operación femenina ha constituido el primer método de anticoncepción,

con el 36% de las usuarias activas en 1987, el DIU es el segundo método con el 19% de las activas. En cambio sólo corresponde un 18% de las usuarias a los hormonales orales, es notable el decremento de este método. Otro resultado de la encuesta de 1987 es la confirmación de la importancia del sector público de salud, que llega a proporcionar el 62% de los métodos modernos, sin embargo una proporción importante de mujeres sigue recurriendo al sector privado, en 1987 cuando menos el 37% de las usuarias activas o sea unos tres millones de mujeres lo hacen. (11).

Con el motivo final de elaborar la programación de metas de usuarias nuevas y activas de consultas, de las actividades de supervisión, capacitación y promoción para 1990, se realizó en julio de 1989 en la ciudad de México, el VI taller nacional de programación y evaluación del programa de planificación familiar, en el cual también se evaluaron las actividades realizadas en el programa durante el segundo semestre de 1988 y primer semestre de 1989, tanto a nivel nacional como en cada entidad federativa, analizando el cumplimiento de las metas en cobertura, material de curación y medicamentos para el programa de planificación familiar y para la estrategia de extensión de cobertura.

La realización de este taller constituyó un avance importante para el programa de planificación familiar, porque su realización ha permitido un análisis reflexivo, necesario ante un nuevo panorama de responsabilidades y retos para los próximos seis años.

Uno de los aspectos que se consideran para la programación de las metas de usuarias para 1990 fué la reprogramación de las metas de 1989 por --

componente programático; esta reprogramación ayudó a que las metas para 1990 se establecieran en forma más adecuada. (48).

Se determinó a nivel nacional una meta de 974, 518 usuárias nuevas y de 1, 387 280 activas.

Meta de consultas a otorgar en el componente institucional a las usuárias nuevas y activas, esta es de 2, 723 708 de las cuales 1, 806 514 -- son subsecuentes y 917 194 de primera vez. (48).

MARCO JURIDICO

Una de las principales inquietudes de la demografía es el poder aproximarse al conocimiento de la estructura de una población, es aceptado dentro de los demógrafos que el comportamiento basado en la mortalidad, fecundidad y migración, determina la estructura por edad y sexo de un grupo poblacional.

Ahora bien, estos fenómenos ó componentes demográficos no se presentan en forma autónoma; son parte de los procesos históricos. De esta manera, las características económicas, políticas y sociales de una población -- explican en gran medida sus rasgos demográficos más relevantes, como el crecimiento, edad y distribución espacial. (1).

Es por ello que la Organización de las Naciones Unidas se encuentran ampliamente interesadas en la población demográfica, por lo que se ha colaborado con gran interés en las cuatro conferencias mundiales de población, celebradas en Roma, Belgrado, Bucarest y México, en 1954, 1965, -- 1975, y 1984 respectivamente, a lo largo de estos años se han realizado otros eventos auspiciados por organismos institucionales gubernamentales. En el plano moral la iglesia católica acentuaba su postura pronatalista. Se dieron diversas soluciones con respecto a temas como los de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968 (la misma en la que se declaró, derecho humano fundamental a la facultad de decidir libremente sobre el número de hijos y el espaciamiento de -- ellos. (4, 5, 6).

En la Conferencia de Roma en 1954 no se habló directamente de la planificación familiar, se estableció que existía un aumento de la población y una disminución de la mortalidad, lo cual era de gran importancia, se -- observó que el 1750 la población era de 700 millones, en 1850 era de 2, 500 millones, se proponía que para 1980 ya sería de 3, 500 millones. En agosto de 1965 se plantea la condición jurídica y social de la mujer.

(1) .

En México se inician las políticas de la población cuando el nuevo código sanitario del 26 de febrero de 1973 autorizó la propaganda y venta de métodos anticonceptivos anulando el artículo 24 que los prohibía. (4, 5 6, 10).

Sin embargo es hasta el 12 de septiembre de 1973 durante el mandato de -- el Presidente Luis Echeverría Alvarez, que se inicia la nueva Ley General de la Población, la cual fue votada el 11 de diciembre y publicada -- el 7 de enero de 1974, se propuso abiertamente que se realizarán programas de planificación familiar. El 13 de septiembre las comisiones dictaminadoras de la cámara de diputados incluyeron un nuevo contexto en la -- fracción IX del artículo 5o de dicha ley, prescribiendo que en el aspecto educativo debía atenderse a la necesidad de concientizar en materia -- de planificación familiar, respetando la dignidad humana y su libertad. El ejecutivo federal suscribió el 18 de septiembre de 1974 una iniciativa de reformas y adiciones a los artículos 4o, 5o, 30o, y 123 de la Constitución. El nuevo artículo 4o ubicado en el título de las garantías individuales, en su origen sólo constó de dos párrafos, estableciendo en --

el primero la igualdad jurídica del varón y de la mujer, así como la -
protección legal al desarrollo y organización de la familia, consignando
se en el segundo de manera explícita, lo que denominó el derecho a la --
procreación, bajo el siguiente enunciado " Toda persona tiene derecho de
decidir de manera libre, responsable e informado sobre el número y el es
paciamiento de los hijos ". (4, 9)

La Conferencia Internacional de Población se reunió en la Ciudad de Méxi
del 6 al 14 de agosto de 1984 con el objeto de evaluar la ejecución del
Plan de Acción Mundial de Población, aprobado por el Censo en Bucarest -
hace 10 años; el mensaje de la Conferencia consiste en perseverar en la
ejecución eficaz del plan con el fin de mejorar el nivel de vida y la -
calidad de la vida de todos los pueblos de este planeta en la promoción
de su destino común de paz. (4, 5)

El ejecutivo federal expidió el reglamento con respecto a la Ley General
de la Población, en forma oficial el 17 de noviembre de 1976. Dicho re--
glamento consta de tres capítulos de los cuales en este momento nos inte
resa el segundo, que se encuentra dividido en cuatro secciones: Sección
I Planeación Demográfica, Sección II Planeación Familiar, Sección III --
Familia y Sección IV Distribución de la Población. La Sección II en este
caso es la que nos consierne, consta de 13 artículos (18 a 30), que --
describiremos a continuación:

Artículo 18.- La planeación familiar es el derecho de toda persona de de
cidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos
y su espaciamento, a obtener la información especializada y los servi--

cios idóneos.

Artículo 19.- Los programas de planeación familiar son indicativos, por lo que se les proporcionara información general e individualizada, en esta información no se identificará la planeación familiar con el control natal o cualquier otro sistema que implique acciones coactivas para las personas.

Artículo 20.- Los servicios de planeación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social e información pública, destinados a mejorar las condiciones de vida y esto incluye a la familia.

Artículo 21.- La información, salud, educación y demás de servicios relativos a los programas de planeación familiar, serán gratuitos por dependencias y organismos del sector público.

Artículo 22.- Sobre la información que se proporcione en los servicios de planeación familiar se indicará de manera clara y llana los fenómenos demográfico y la vinculación con la familia, con el proceso general de desarrollo, fomentando el sentido de responsabilidad social.

Artículo 23.- La información y demás servicios de planeación familiar atenderán a las circunstancias de cada persona, orientarán sobre la esterilidad natural y las fórmulas para superarla o incrementar la fecundidad, si es escasa.

Artículo 24.- Se dara a conocer los beneficios que genera decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos, haciendo referencia sobre las edades ideales de la madre.

Artículo 25.- En las Instituciones públicas se realizarán programas permanentes de planeación familiar, sin campañas, el consejo nacional de -- población, aprobará los criterios y procedimientos de las mismas.

Artículo 26.- Los servicios médicos, educativos y de información sobre -- los programas de planeación familiar deberán garantizar a la persona li-- bre determinación sobre los métodos que desee utilizar para regular la -- fecundación, queda prohibido obligar a alguna persona contra su voluntad si el método que desee es definitivo se recabará su consentimiento por -- escrito previamente.

Artículo 27.- Las autoridades de las Instituciones de salud o asistencia social que tengan a su cargo adultos sujetos a interdicción, resolverán sobre el ejercicio del derecho, previa vista del ministerio público.

Artículo 28.- En materia de salud, los métodos que se proporcionen a me-- nores de edad, se regirán por las normas del derecho común.

Artículo 29.- Con base en los acuerdos que adopte el consejo nacional de población y en las normas de la ley general de la población y de este re-- glamento, las autoridades competentes establecerán las reglas técnicas -- de planeación familiar en materia de educación y de información médico-- asistencial y vigilarán su correcta aplicación.

Artículo 30.- Los jueces y oficiales del registro civil en los actos ma-- trimoniales, proporcionan información sobre planeación familiar; igual-- dad jurídica del varón y de la mujer, organización legal y desarrollo de la familia, elaborada de común acuerdo por las autoridades locales y con el consejo nacional de población. (4, 5, 6, 8)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos tradicionales.

Para el coito interrumpido existen referencias que datan de los tiempos bíblicos, que hablan de la utilización de este método, a la extensión de su uso en Europa, se le atribuye la declinación de la fecundidad observada durante los siglos XVII y XVIII, se efectúa al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación evitándose que los espermatozoides formen el lago vaginal y alcancen el canal cervical, sin embargo puede ocurrir que haya secreción de líquido antes de la eyaculación, por lo cual su efectividad es baja, se ha asociado con sentimientos de insatisfacción. (14, 25, 27).

La ducha post-coital es un medio por el cual se trata de prevenir la ascensión de los espermatozoides en el tracto femenino, se realiza mediante un lavado vaginal en donde se evacua parte del semen eyaculado, se le puede agregar un antiséptico, su efectividad es muy baja. (25,27)

Metodos " naturales " .

La abstinencia sexual es un intento de contener la satisfacción de exigencias sexuales utilizándolo como un medio para evitar la fecundación, puede ser indicado en amenaza de aborto, se ha observado que pueden presentarse disfunciones sexuales.

La lactancia materna es el período de anovulación que le sigue al parto,

lo que puede darnos infecundidad relativa, durante los meses que siguen al parto, la hipófisis segrega altas cantidades de prolactina y la producción y excreción de las gonadotropinas folículo estimulante y lúteo - estimulante se encuentran parcialmente inhibidas, por lo que no se produce ovulación, su efectividad es significativamente menor que los métodos actuales. (25, 27).

El método del ritmo toma en consideración que: 1) el fenómeno ovulatorio se da aproximadamente dos semanas antes de la siguiente menstruación, 2) la capacidad fecundante del esperma no es mayor solamente de tres días - 3) la duración de la vida del óvulo que puede ser fecundado es solamente de 24 horas, este método llamado Ogino- Knaus consiste en la abstinencia de las relaciones sexuales durante los días fértiles del ciclo menstrual de una mujer. (25, 27).

El ritmo termométrico consiste en la detección del cambio de la temperatura basal que se produce como un efecto de la sesión de progesterona -- por el cuerpo amarillo, la mujer debe tomarse la temperatura en el recto o en la boca en forma diaria, el problema es que es difícil de notar el cambio ya que es mínimo. (27).

El método de Billings o de moco cervical se basa en la observación diaria de la mujer de las características del moco que es inicialmente " seco ", se convierte en una secreción espesa y escasa, cabe mencionar que es el único método que acepta la iglesia, la tasa de embarazos es elevada en orden de 20 por cien años mujer. (14, 27).

Métodos locales.

Los espermaticidas son sustancias químicas que actúan inactivando a los espermatozoides en la vagina, evitando su ascenso al útero, se recomienda que su uso se acompañe de otro método local como el preservativo ó el diafragma para incrementar su efectividad, dentro de sus indicaciones te nemos que es recomendable a parejas con actividad sexual esporádica y — que acepten la alta frecuencia de embarazos que acompaña su empleo, las contraindicaciones más frecuentes son hipersensibilidad a la fórmula, patología vaginal, uterina o pélvica. (25, 27).

El diafragma es un dispositivo intravaginal que constituye una barrera mecánica para el paso de los espermatozoides, su seguridad es directamente proporcional a la educación y a la edad de la paciente e inversamente proporcional al número de embarazos previos, sus efectos secundarios son vaginitis, acumulación de las secreciones, exulceraciones o verdaderas úlceras. (25, 27).

El preservativo o condón, se piensa que su origen fue en el primer decenio del siglo XVII, la idea de utilizar una funda de membrana animal para cubrir el pene con el fin de evitar la gestación y/o un posible contagio como se podrá ver es muy antigua, el preservativo es actualmente utilizado por 40 millones de personas en todo el mundo. En México anteriormente era poco utilizado, sin embargo su incremento fue a partir del temor a contraer una enfermedad mortal como lo es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, este método de alguna forma favorece la participa-

ción del hombre en la planificación familiar, tiene una efectividad de - alrededor del 97%, siempre y cuando la técnica sea adecuada, la desventaja más común es que los usuarios refieren disminución de la sensibilidad (placer al coito), y existe el riesgo de rotura, goteo y deslizamiento del condón. (14, 25, 27, 28).

Hormonales inyectables.

A partir de 1940 se utilizaron combinaciones de hormonales inyectables, pero hasta 1960 es donde se hace aparente su presencia. La eficacia teórica del acetato de medroxiprogesterona inyectada con una dosis de 150mg cada tres meses es casi igual a la de los anticonceptivos combinados por vía oral, la eficacia de uso es algo menos, quizá de 5 a 10 embarazos/ 100 años mujer. (14).

Los progestágenos de depósito inhiben la secreción de las hormonas estimulantes del folículo luteinizante, por consiguiente inhiben la ovulación. Dentro de sus contraindicaciones tenemos a la enfermedad tromboembólica, el accidente vascular cerebral, cáncer mamario, migraña, hipertensión, colecistitis, diabetes. Se han encontrado algunos efectos colaterales, del tipo de la cefalea, aumento o pérdida de peso, depresión, distensión abdominal o mamaria, este método es ideal para mujeres que acepten mejor una inyección que ingerir hormonales orales, que se encuentren en los últimos años de la reproducción, donde las complicaciones -- con las tabletas aumentan, en las que han tenido complicaciones con los

hormonales orales por su contenido de estrógenos, en mujeres con retraso mental. (14, 15, 25, 26, 27, 29).

Implantes. (Norplant).

Los implantes subdérmicos consisten en seis cápsulas de sililástico no biodegradables que contienen el progestágeno levonorgestrel. El progestágeno activo se difunde a través de la membrana de sililástico de una manera lenta y constante para producir concentraciones sanguíneas sostenidas de levonorgestrel. Se ha encontrado en algunos estudios que los implantes con liberación de 3-keto-desogestrel puede ser un método prometedor, pero que necesita ser más investigado, este es un simple implante donde se establece una duración de cuando menos un año. (38, 44, 46).

Se ha observado que durante el primer año del implante existe una frecuencia del 0.8% en cuanto a las infecciones y un 0.4% de expulsiones, - el 4.7% de reacciones locales, también se conoce la presencia de una posible disfunción hepatocelular, la posibilidad de trombosis se encuentra latente, debido a el incremento de plaquetas y su agregabilidad, cambios en los factores de vitamina k, hipertensión, aumento de peso, angina de pecho. (38, 39, 40, 42, 43, 45, 46).

La duración de su empleo parece no afectar el tiempo de concepción. Para otros investigadores el Norplant es considerado como un método eficaz e inocuo, siempre y cuando sea utilizado por personal competente. Actualmente su duración es de cinco años. (41, 44).

Hormonales orales.

Desde la década de 1940 se utilizaron combinaciones inyectables para reemplazar la secreción del ovario, pero fué hasta 1959 que los investigadores Pincus, Rock y García, empleando un nuevo agente progestacional oral en Puerto Rico crearon la base para la utilización de métodos anticonceptivos hormonales orales. Existen tres formas básicas de anticonceptivos disponibles: monofásicas, bifásicas y trifásicas. Las tabletas monofásicas fueron las primeras en ser desarrolladas, constando de una dosis constante de estrógenos (35 ug) y progesterona (1.0), las tabletas bifásicas introducidas en 1982 contaban con una dosis constante de estrógenos (35 ug) y con una dosis de progestina (0.5 mg), sólo durante los primeros 11 días de actividad, este tipo era considerado como el más natural, mientras que el trifásico se introdujo en 1984, con bajo contenido de progestina (0.5 a 0.75 ug), en comparación con el monofásico. (14, 15, 16, 17).

Los contraceptivos actúan simultáneamente en varios niveles del sistema reproductivo, a nivel central producen disminución de la respuesta de FSH a la estimulación de los factores de liberación de las gonadotropinas (GnRh). La sensibilidad de la hipófisis a la estimulación de GnRh está dada por los niveles cíclicos de estrógenos y progesterona. La acción más importante de estos compuestos sobre hipófisis se traducen en la supresión de la liberación de FSH y LH. El pico de LH para la ovulación está bloqueado y, además, la disminución de FSH impide el desarro

llo folicular y la producción de estradiol (E_2), por el ovario, efecto más notable en aquellos compuestos que contienen más de 50 ug de estrógenos. (14, 15, 16, 17, 18).

En cuanto a la farmacología, la absorción de las vías utilizadas es bastante completa y se establece un ciclo enterohepático que favorece su acción, aparentemente con participación de las bacterias intestinales.

El metabolismo de estos compuestos en general es llevado a cabo por desmetilación, hidroxilación, desacetilación e hidrogenación que se lleva a cabo por las enzimas microsomales hepáticas y se excretan sus metabolitos por orina principalmente, en menor porcentaje a través de la bilis, es adecuado pensar que cualquier fármaco que induzca la formación de enzimas microsomales puede indirectamente aumentar el metabolismo de los compuestos anticonceptivos y por lo tanto disminuir su eficacia. En cuanto a los efectos metabólicos de estos compuestos se ha informado de alteraciones en el metabolismo de la glucosa, los lípidos, las proteínas y los factores de coagulación, efectos que aparentemente guardan relación con las dosis administradas. (19, 20, 21, 23).

Se ha llegado a observar 0.5 embarazos por 100 usuarias por año. Proporciona protección sobre enfermedad pélvica inflamatoria, esta asociada con una reducción del riesgo de carcinoma endometrial y ovarico. (14, 15, 16, 17, 24, 25).

Las evidencias epidemiológicas indican que la terapia combinada está asociada con aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (tromboembolismo venoso), infarto al miocardio, accidentes cerebro-vascu

lares, esto se va incrementando si se suman otros factores como el cigarrillo, la edad, la obesidad, una historia de diabetes gestacional, enfermedad hepática, pancreatitis, hiperlipidemia, considerandose como contraindicaciones. (18, 20, 25, 26, 29).

En la selección del preparado se recomienda utilizar inicialmente, a aquellos que tienen dosis pequeñas de estrógenos y un agente progestacional de potencia media o baja, como las combinaciones de norestisterona y etilnil-estradiol, cuando se desea la mayor efectividad anticonceptiva en una mujer clínicamente sana, menor de 35 años, se les preferirá cuando exista contraindicación para el uso de otros métodos y cuando el deseo de anticoncepción se asocia a patología que es susceptible de ser corregida con este tipo de hormonales. (14, 17, 18, 20, 23, 26, 29).

La minipíldora consiste en preparados con bajas dosis de progestágenos que tienen la capacidad de alterar la fertilidad (20 a 30 ug), disminuyendo las alteraciones metabólicas y las reacciones indeseables, pero con una eficacia menor que los contraceptivos combinados. se ha visto la presencia de mayor sangrado intermenstrual.

Píldora poscoital, en seres humanos no hay duda de que la administración de altas dosis de estrógenos precozmente (pos coito), puede prevenir el desarrollo de un embarazo, los preparados contienen etinilestradiol - 2.5 mg (dos veces durante 5 días), y diestilbestrol 25-50 mg (diario por 5 días), comenzando dentro de las primeras 24 horas después del coito sin protección, los efectos indeseables más comunes son las nauseas y el vómito. (23, 26, 29, 50).

Dispositivos intrauterinos.

La anticoncepción intrauterina se inició en 1909, creándose el primer -- dispositivo con fibra de gusano de seda, sin evolución adecuada hasta la década de los 60, donde aparecen en forma secuencial el Asa de Lippes, -- el escudo de Dalkon, 7 de Cu, el Progestasert, hasta llegar a los mode-- los actuales. En 1975 era utilizado en el 8.7% de las mujeres casadas, -- actualmente su proporción es mayor. (25, 27, 28).

Afortunadamente sus efectos metabólicos asociados son escasos y su efica -- cía excelente. Podemos dividirlos en dispositivos inertes y activos, los primeros son construidos sólo de un material inerte (plástico o polieti -- leno), y los segundos tienen un agregado de metal (cobre), o una hormona que hace más potente su acción para modificar las condiciones loca -- les del endometrio y moco cervical, todos los dispositivos que se utili -- zan actualmente sólo tienen una cola monofilamentada. (25, 27, 28, 36, 37).

El DIU actúa sobre los óvulos y los espermatozoides de varias maneras -- : Estimula una reacción inflamatoria pronunciada en el útero ante la pre-- sencia de un cuerpo extraño. La concentración de diversos tipos de leuco -- citos, prostaglandinas y enzimas en los fluidos uterinos y tubáricos au -- menta considerablemente, sobre todo con los DIU de cobre. Estas altera -- ciones pueden interferir en el transporte de espermatozoides en el apar -- to genital y pueden dañar a los espermatozoides y los óvulos impidiendo así la fecundación. (36, 37).

Los efectos colaterales son frecuentemente dolor y sangrado, con los -- dispositivos liberadores de progestágeno, aparentemente disminuye el volumen de pérdida sin afectar la hemoglobina. Las complicaciones más frecuentes son la infección, que se manifiesta como una enfermedad pélvica (2 a 8 veces más que en las no usuarias), la perforación uterina o cervical es más frecuente en el puerperio inmediato, también se puede presentar el embarazo extrauterino e intrauterino. (25, 30, 37).

Hasta el momento no ha sido posible tener evidencia de ninguna relación entre el uso de dispositivos intrauterinos y procesos malignos cervicales o endometriales. Sin embargo se ha observado que la incidencia de -- displasia cervical y endometrial ha sido más alta donde el cambio de dispositivo ha sido más constante. (25, 27, 30, 31, 34, 36, 37).

Los dispositivos cervicales cumplen las mismas funciones que los dispositivos intrauterinos con progestágenos, aunque en los vaginales los cambios endometriales son más lentos y se completan después de 6 meses de uso. (49).

Métodos definitivos.

Los procedimientos de anticoncepción quirúrgica deben ser considerados -- como permanentes y definitivos, puede ser llevados a cabo tanto en el -- hombre como en la mujer. La persona que se someta a ellos debe hacerlo -- en forma voluntaria con una justificación de orden socio-cultural o médica. (25, 27, 28).

Salpingoclasia.

La oclusión tubárica bilateral consiste básicamente en interrumpir la continuidad de las trompas de Falopio, con lo cual se impide la unión del espermatozoide y el óvulo, produciendo esterilidad. Las técnicas para realizar la cirugía son múltiples, tenemos la de Pomeroy, Mendlener, Irving y la de Uchida, así mismo existen métodos endoscópicos como son la laparoscopia, la culdoscopia y la histeroscopia, los métodos de oclusión tubárica son a través de la aplicación de una corriente eléctrica bipolar de coagulación o bien la aplicación de grapas ó el clip de Hulka ó los anillos de silástica de Yoon. Existen indicaciones para la oclusión tubárica bilateral como son enfermedades preexistentes de la madre que se agraven durante el embarazo, en el caso de las fetales, por enfermedades de transmisión genética, isoimmunización materno-fetal al Rh. Se considera que el momento adecuado para realizarla puede ser en el post-aborto, posparto o fuera del estado gravido-puerperal. (51, 52, 53). Las complicaciones que se pueden presentar son la perforación uterina, lesiones vesicales e intestinales, laceraciones y desgarros del mesosálpinx con hemorragias y hematomas del mismo, la eficacia varía de 0 hasta 1% con un promedio de falla de 0.3%, si se emplea electrocauterización; si se emplean clips el índice de falla es de 1.2% siendo un poco menor en las bandas de silástico. (53, 54, 55, 56).

Vasectomía.

La vasectomía es la esterilización quirúrgica del hombre, es segura y eficaz, se caracteriza por ser un procedimiento relativamente sencillo que puede realizarse con anestesia local en 5 a 15 minutos. Se efectúa una incisión en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra, ambos extremos seccionados se cierran generalmente por electrocoagulación ó ligadura, el procedimiento se repite en el otro conducto, se cierra la pequeña incisión del escroto y se da por terminado el acto. Las tasas de embarazo después de la vasectomía son muy bajas, menos del 1%, se debe tener cuidado con la expulsión posterior de todos los espermatozoides a través de varias eyaculaciones (15 a 20). Las complicaciones son raras, aproximadamente la mitad de los hombres presentan edema y dolor, en menos del 5% se producen complicaciones más graves, como hematomas, epididimitis o infección, algunas veces se forman granulomas espermáticos. A largo plazo no se han observado efectos adversos, se ha disipado la duda de que la vasectomía contribuye a aumentar el riesgo de contraer cardiopatías y otras enfermedades del sistema circulatorio o trastornos inmunológicos. Se ha sospechado que el desarrollo de anticuerpos espermáticos después de la vasectomía pudiera dar lugar a estos problemas. En cuanto a la reversión de la vasectomía se ha visto que se ha logrado volver a unir los vasos y restituir la fertilidad en un 50% de los casos seleccionados. (57, 58, 59, 60).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de 1937 el decrecimiento acelerado de la mortalidad aunado al mantenimiento de una natalidad elevada enfrentó a la nación a un reto demográfico nunca antes observado; el del crecimiento explosivo de la población. Para resolverlo se recurrió a establecer medidas legales que permitieran a los individuos decidir de manera libre e informada sobre el tamaño y características de su familia, lo que genera la necesidad de realizar programas de planificación familiar y se le ubica en el campo de las políticas de bienestar social.

Una característica importante de la dinámica demográfica en México a partir de la década de los setentas, lo representa el cambio en el comportamiento reproductivo de la población, asociado a los importantes descensos en la fecundidad que se iniciaron en esos años, observandose un incremento gradual en el uso de prácticas de regulación de la fecundidad hasta la primera mitad de los ochentas, ya en 1987 el incremento es menor, sin llegar a las metas establecidas.

Por todo lo anterior es prioritario determinar en las mujeres en edad reproductiva, las causas de aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos y algo relevante es identificar el sitio de la obtención de los mismos, ya que nuestros registros no contemplan a las usuarias que reciben el método en otros lugares y esto genera modificaciones.

JUSTIFICACION

La anticoncepción es una de las variables centrales que deben de ser analizadas para apreciar el desarrollo de los programas de planificación familiar.

A pesar de que han pasado varios años después de que se inició la planeación de la familia aún las tasas de fecundidad son elevadas.

En esta ocasión la necesidad de conocer la situación de la planificación en la Ciudad de Irapuato nos conduce a realizar el siguiente estudio.

Teniendo como antecedentes que los riesgos planteados por el embarazo a la vida y la salud son mayores en países en que la pobreza, la desnutrición, las carencias de educación y otras condiciones contribuyen a la salud precaria. Una mujer vive un riesgo de 50 a 100 veces mayor de morir en el embarazo o el parto en un país en desarrollo y los niños tienen 10 veces más las posibilidades de morir antes del año de edad, por lo que el espaciamiento de los hijos es importante. Es por ello que a pesar de la aplicación de estos programas no se ha logrado incrementar adecuadamente el número de usuarias, por lo que es menester continuar con la difusión de la información y concientización de las mujeres, así mismo buscar cuales son los parámetros que no se han cubierto, para elevar el número de usuarias con el objeto de disminuir la fecundidad y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de aceptación de los métodos anticonceptivos en las mujeres derechohabientes del ISSSTE en la Ciudad de Irapuato

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer por grupos de edad el método anticonceptivo más utilizado.
- 2.- Identificar si la religión tiene influencia en la elección de un método anticonceptivo.
- 3.- Conocer si el uso de métodos anticonceptivos tiene relación con el estado civil de las usuarias.
- 4.- Analizar si la ocupación tiene relación con el método anticonceptivo utilizado.
- 5.- Obtener la frecuencia del uso del método anticonceptivo en relación a la escolaridad.
- 6.- Determinar el número de hijos que desean tener las usuarias y las no usuarias.
- 7.- Determinar el porcentaje por grupos de edad del uso de métodos anticonceptivos.
- 8.- Obtener el porcentaje de mujeres que deseen un método anticonceptivo.
- 9.- Identificar las causas por las que no se aceptan los métodos anticonceptivos.
- 10.- Determinar quien decidió el método anticonceptivo utilizado.
- 11.- Identificar las causas del abandono del método anticonceptivo.
- 12.- Conocer el porcentaje de mujeres que obtienen el método anticonceptivo a nivel privado e institucional.

METODOLOGIA

Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo observacional, descriptiva y transversal.

Población, lugar y tiempo.

Las unidades de observación serán mujeres en edad fértil, con un rango de edad, de los 15 a 49 años, que acudieron a la Clínica-Hospital del ISSSTE de la ciudad de Irapuato.

En los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto del presente año. Se realizó una encuesta en 500 mujeres, las mismas que se eligieron de manera no probabilística, por el método de cuota.

La información a recolectar está contenida en un formato de trabajo, el cual contiene los siguientes parámetros: Ficha de identificación, Antecedentes Gineco-Obstétricos, esta fase es común para las que han usado o no anticonceptivos. El cuestionario 1 es para las usuarias y el cuestionario 2 para las no usuarias, incluyendo a las mujeres que alguna vez han utilizado anticonceptivos.

Para aplicar este formato, se le explicó a la paciente, el caracter del mismo, y se verifica que cumpla con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres entre los 15 a 49 años de edad.
- Que tengan o no un método anticonceptivo.
- Que sean usuarias de la Clínica-Hospital del ISSSTE
- Que sean residentes de Irapuato
- Que tengan vida sexual o no

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres que no sean residentes de Irapuato
- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años de edad
- Mujeres no usuarias de la Clínica-Hospital del ISSSTE
- Que tengan retraso mental
- Que tengan histerectomía u otra causa de esterilidad

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Que no deseen contestar el cuestionario
- Que se nieguen, una vez iniciado el estudio

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE INVESTIGACION
CUESTIONARIO No. I

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de captura _____

1.- Nombre _____

2.- No. de expediente _____

3.- Unidad Médica _____

4.- Edad _____

5.- Estado civil :

- | | |
|----------------|---------------|
| a) Soltera | 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 | e) Empleada de Oficina |
| b) Obrera | f) Profesionista |
| 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.- Cuantos embarazos ha tenido ? _____

12.- Cuantos abortos ha tenido ? _____

13.- Cuantos hijos vivos tiene ? _____

14.- Que edad y sexo tiene cada uno de ellos ?

15.- Cuantos 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.- Cual utiliza ?

a) Quirúrgico V o S

b) DIU

c) Hormonal Oral

d) Preservativo

e) Ovules

f) Hormonal Inyectable

g) Otro _____

18.- Desde cuándo ? (Tiempo en meses) _____

19.- Quién eligió este método ?

a) El Médico

b) La paciente

c) Su pareja (su cónyuge)

d) La pareja (Usted y su conyuge)

e) Otros _____

20.- Dónde lo obtuvo ?

a) SSA

b) IMSS

c) ISSSTE

d) Particular

e) Otros _____

21.- Tiene un control periódico ?

a) Si (continuar)

b) No (Pase a pregunta 24)

22.- En dónde ?

a) SSA

b) IMSS

c) ISSSTE

d) Particular

e) Otros _____

23.- Cada cuándo ? (Tiempo en meses) _____

24.- Por qué no tiene control ?

a) Atribuible a la paciente

b) Atribuible al Médico

c) Otros _____

25.- Porqué utiliza este método ?

a) Comodidad

b) Indicación Médica

c) Temporal

d) Seguridad

e) Insatisfacción con otros métodos

f) Otros _____

26.- Le gustaría utilizar otro método ?

a) Si (Continuar)

b) No (Continue preg. 29)

27.- Cuál ?

- | | |
|------------------------|-----------------|
| a) Quirúrgico | c) Preservativo |
| b) DIU | f) Ovulos |
| c) Hormonal oral | g) Otros _____ |
| d) Hormonal inyectable | |

28.- Por qué lo preferiría ?

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| a) Comodidad | d) Seguridad |
| b) Indicación Médica | e) Insatisfacción con otros métodos |
| c) Control definitivo | f) Otros _____ |

(Pasar pregunta 30)

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) Sí (continua) | b) No (termina cuestionario) |
|------------------|------------------------------|

31.- Cuál ?

- | | |
|------------------------|-----------------|
| a) Quirúrgico | e) Preservativo |
| b) DIU | f) Ovulos |
| c) Hormonal oral | g) Otros _____ |
| d) Hormonal inyectable | |

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

33.- Por qué cambió al método actual ?

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| a) Comodidad | d) Seguridad |
| b) Indicación Médica | e) Insatisfacción |
| c) Por ser definitivo | f) Otros _____ |

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

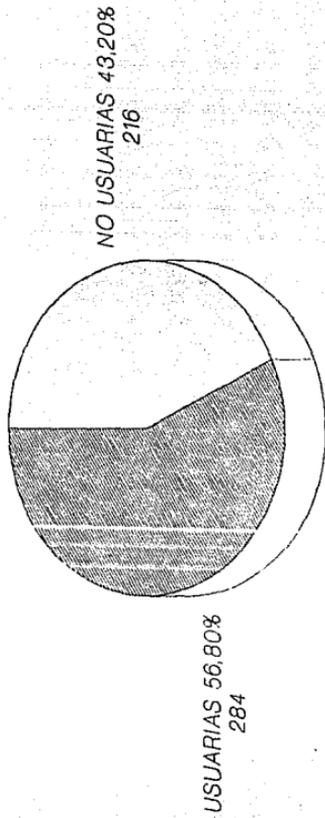
CUESTIONARIO No. 2

34.- Por qué ?

- | | |
|---|-----------------------|
| a) Por estar embarazada | d) Por estar lactando |
| b) Por el deseo de embarazo | e) No lo necesita |
| c) Por que todos los métodos le producen molestias. | f) No los conoce |
| | g) Otros _____ |

**GRAFICAS Y CUADROS
DE RESULTADOS**

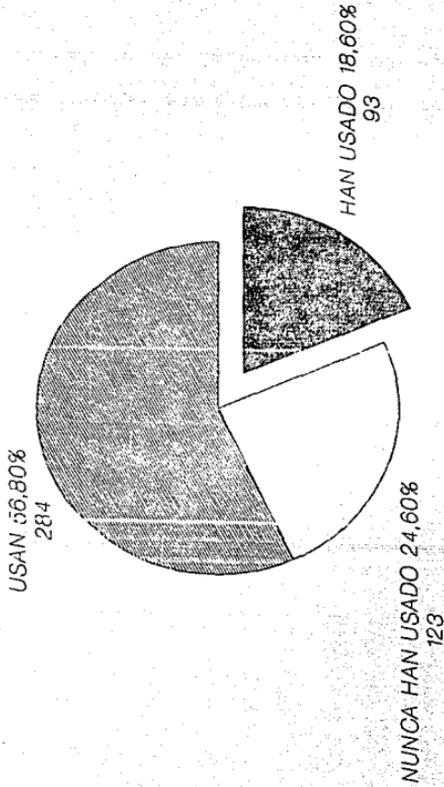
DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
CONDICION DE USO DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 1

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 2

**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y CONDICION
DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.**

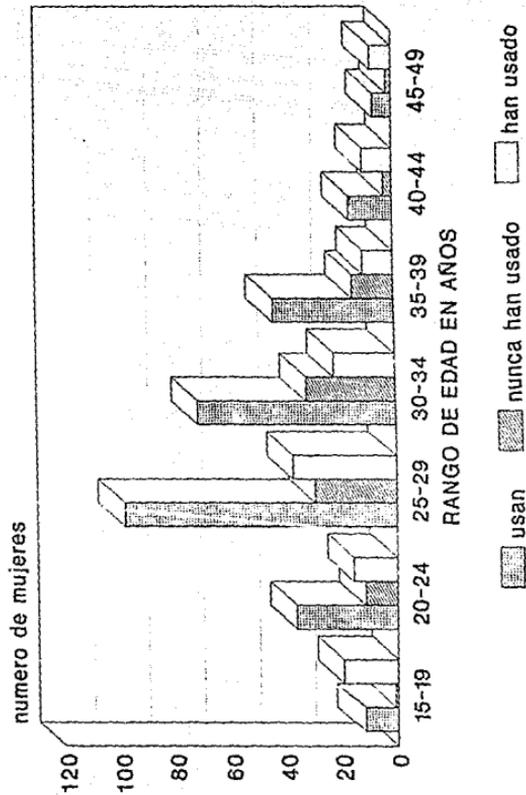
CONDICION DE USO

GRUPO DE EDAD AÑOS	USAN ACTUALMENTE #	HAN USADO #	HUNCA HAN USADO #	TOTAL #
15-19	12	1	19	32
20-24	36	11	15	62
25-29	98	29	37	164
30-34	71	32	22	125
35-39	44	15	11	70
40-44	16	3	11	30
45-49	7	2	8	17
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991.

CUADRO No. 1.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y CONDICION DE USO DE LOS METODOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

graf # 3

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
ESTADO CIVIL Y CONDICION DE USO
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

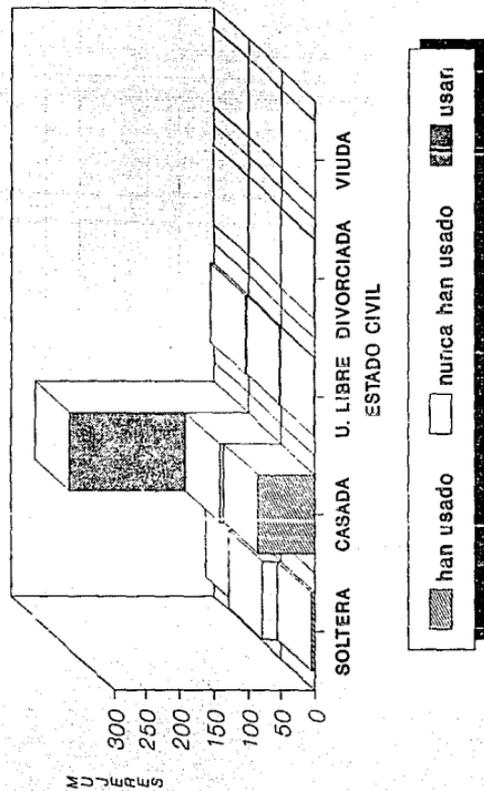
CONDICION DE USO

ESTADO CIVIL	USAN ACTUALMENTE No.	HAN USADO No.	NUNCA HAN USADO No.	TOTAL No.
SOLTERA	12	5	29	46
CASADA	265	86	91	442
U. LIBRE	5	1	3	9
DIVORCIADA	1	1	0	2
VIUDA	1	0	0	1
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

CUADRO No.2

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A ESTADO CIVIL Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 4

**DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
ESCOLARIDAD Y CONDICION DE USO
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS**

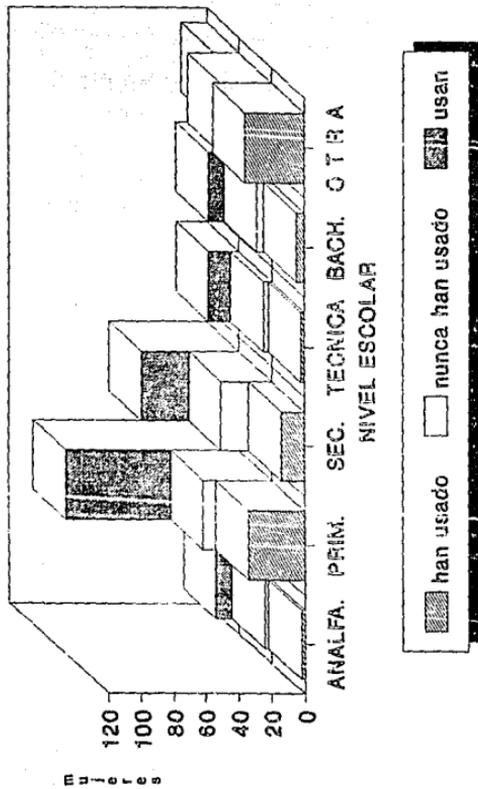
CONDICION DE USO

ESCOLARIDAD	USAN	HAN	NUNCA HAN	TOTAL
	ACTUALMENTE	USADO	USADO	
	No.	No.	No.	
ANALFABETA	14	2	4	20
PRIMARIA	106	34	42	182
SECUNDARIA	60	14	31	105
TECNICA	19	2	5	26
BACHILLERATO	19	5	9	33
OTRA	66	36	32	134
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A ESCOLARIDAD Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 5

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
OCUPACION Y CONDICION DE USO
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

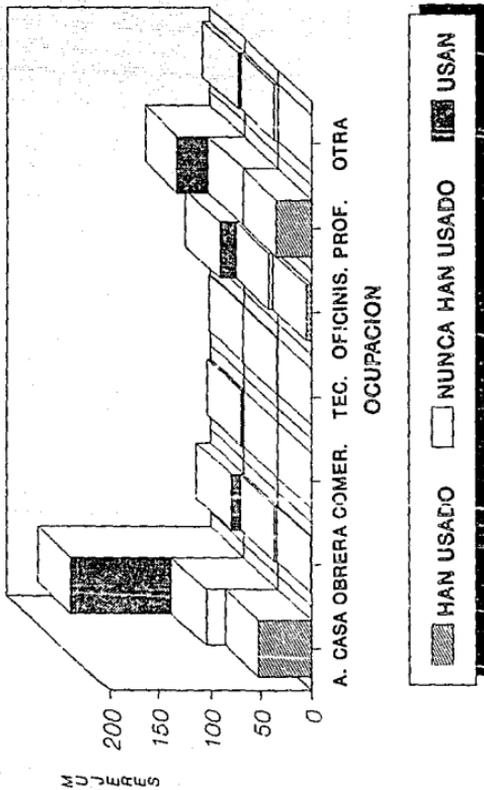
CONDICION DE USO

OCUPACION	USAN	HAN	NUNCA HAN	TOTAL
	ACTUALMENTE	USADO	USADO	
	No.	No.	No.	No.
A. DE CASA	170	52	71	293
OBRAERA	13	1	3	17
COMERCIANTE	3	0	0	3
TECNICA	1	0	1	2
E. OFICINA	24	5	9	38
PROFESIONISTA	66	35	35	135
OTRA	7	0	4	11
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A OCUPACION Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1981

GRAFICA # 6

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
RELIGION Y CONDICION DE USO
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

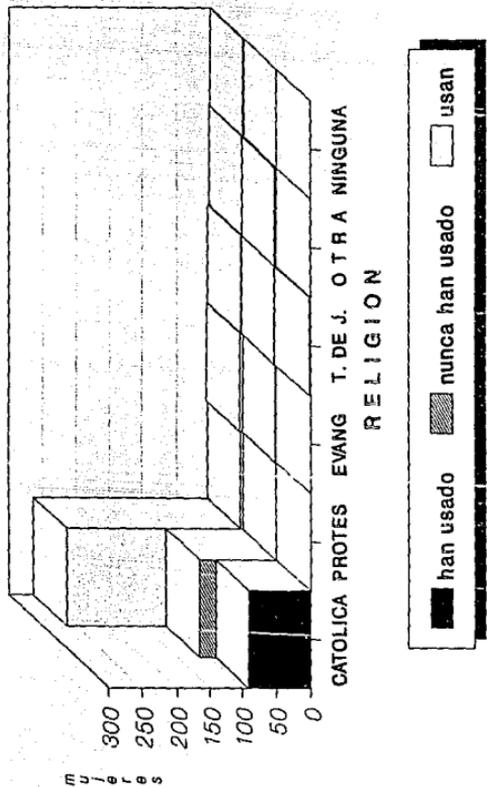
CONDICION DE USO

RELIGION	USAN ACTUALMENTE	HAN USADO	NUNCA HAN USADO	TOTAL
CATOLICA	264	91	116	471
PROTESTANTE	4	0	0	4
EVANGELISTA	6	0	1	7
T. DE JEHOVA	5	2	3	10
OTRA	3	0	3	6
NINGUNA	2	0	0	2
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A RELIGION Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO A
 NUMERO DE HIJOS DESEADOS Y
 CONDICION DE USO

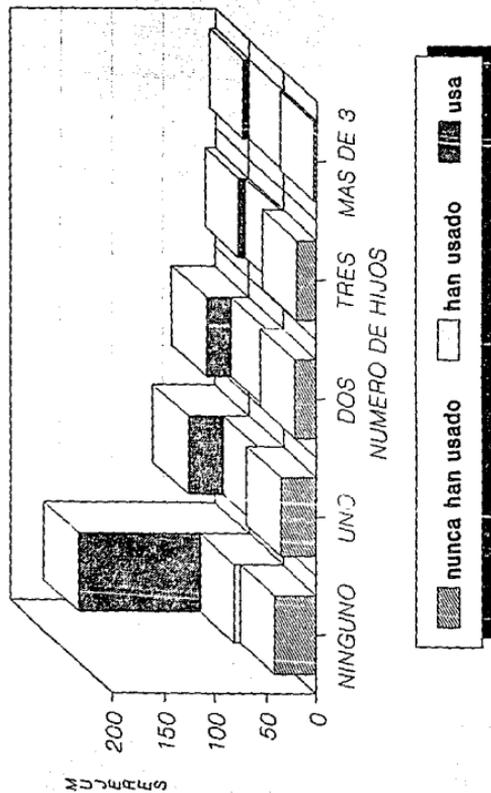
CONDICION DE USO

HIJOS DESEADOS	USAN	HAN	NUNCA HAN	TOTAL
	ACTUALMENTE	USADO	USADO	
	No.	No.	No.	
0	166	48	42	256
1	60	25	36	121
2	42	17	22	81
3	10	3	20	33
+3	6	0	3	9
TOTAL	284	93	123	500

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

CUADR No.6

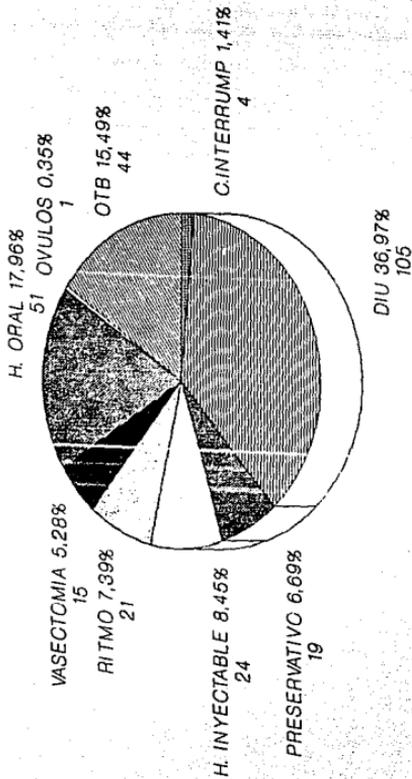
DISTRIBUCION DE ACUERDO A NUMERO DE HIJOS DESEADOS Y CONDICION DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

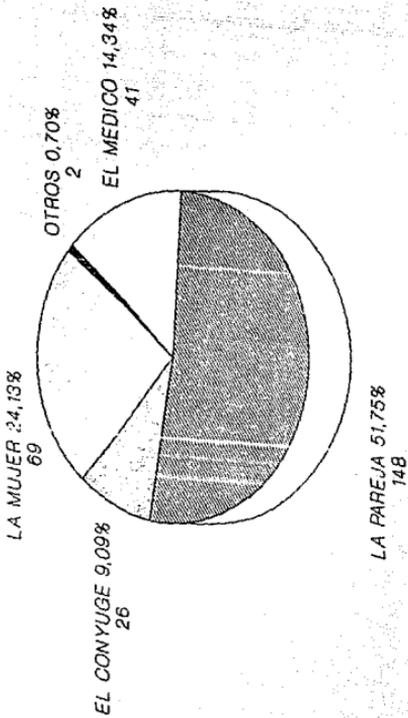
GRAFICA # 8

DISTRIBUCION DE USUARIAS DE LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS



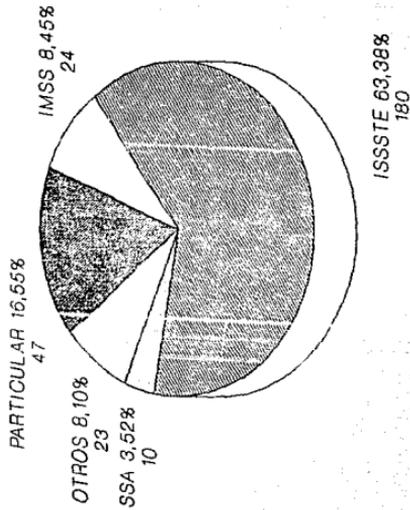
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

DISTRIBUCION DE USUARIAS Y DE QUIEN ELIGIO EL METODO ANTICONCEPTIVO



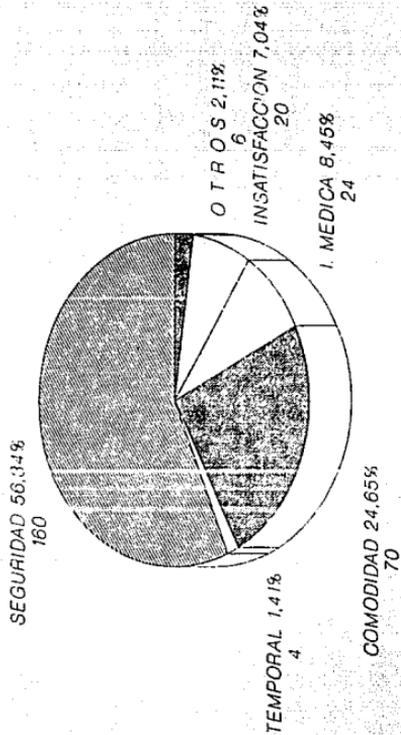
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

DISTRIBUCION DE USUARIAS Y LUGAR DE OBTENCION DEL METODO ANTICONCEPTIVO



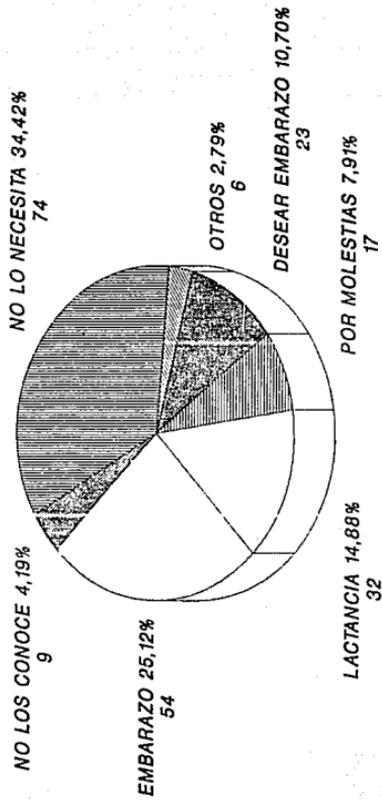
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

MOTIVO DEL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

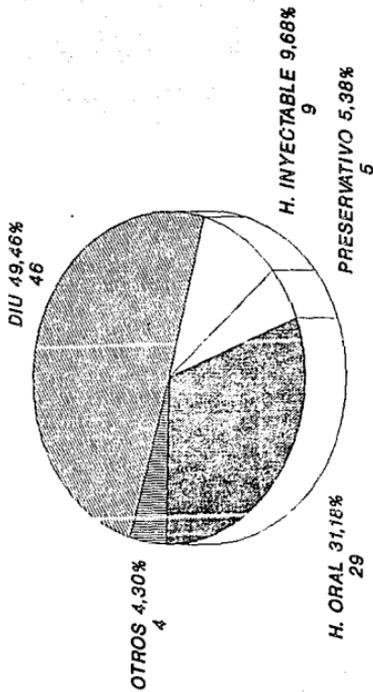
MOTIVO DE NO ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



NO USUARIAS

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

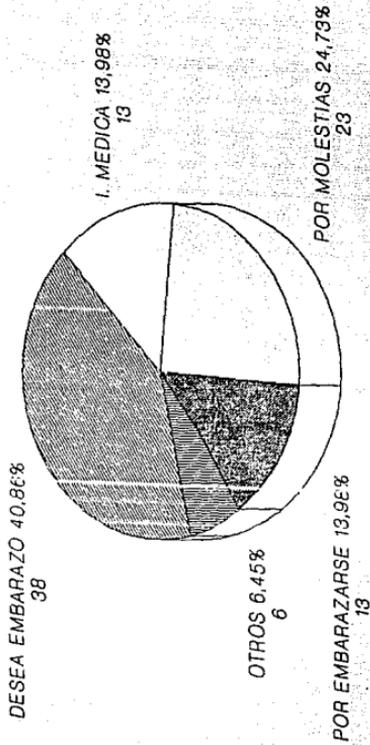
DISTRIBUCION DEL TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO



MUJERES QUE HAN USADO

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

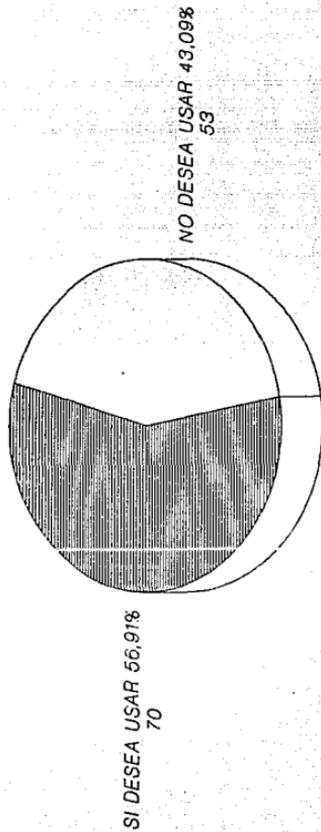
MOTIVO DE ABANDONO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



MUJERES QUE HAN USADO

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

DESEO DE ADOPCION A FUTURO DE LOS ANTICONCEPTIVOS

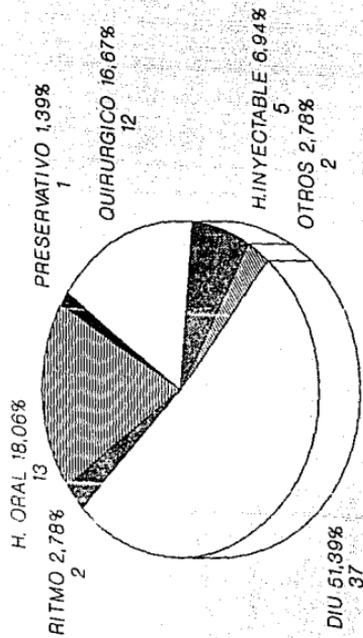


MUJERES NO USUARIAS

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 15

METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZARIAN LAS MUJERES NO USUARIAS

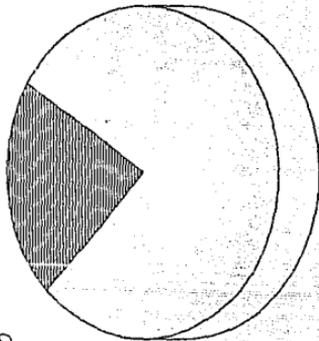


FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 17

INCLINACION AL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES QUE HAN UTILIZADO

NO SEGUIR UTILIZANDO 21,51%
20

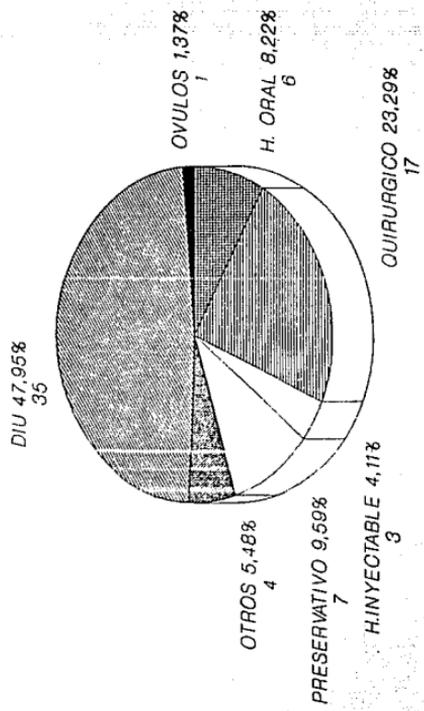


SEGUIR UTILIZANDO 78,49%
73

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

GRAFICA # 10

METODOS QUE CONTINUARAN UTILIZANDO LAS MUJERES QUE YA HAN USADO



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION 1991

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A través de la aplicación de 500 cuestionarios sobre métodos de planificación familiar en la Clínica-Hospital de la ciudad de Irapuato, obtuvimos los siguientes resultados:

Como primera instancia tenemos que el 56.80% (284), corresponden a las mujeres usuarias activas y el 43.20% (216), a las no usuarias, de las segundas podemos hacer notar que el 18.60% (93), ya han utilizado anteriormente, mientras que el 24.60% (123), nunca han utilizado, esto nos proyecta que aproximadamente el 75.20% del total son o han sido usuarias activas. Gráfica 1 y 2 .

Si realizamos una comparación global con los porcentajes de aceptación ya conocidos en 1987 que eran del 60%, podemos determinar que la aceptación es mayor actualmente.

Con referencia a los grupos de edad y a la condición de uso se observó un incremento en las usuarias que se encuentran entre los 25 a 34 años de edad, con el 33.8% (169), siguiendoles los grupos de los 35 a 39 años y los de 20 a 24 años de edad, es notable que los porcentajes más bajos se encuentran en los extremos de la vida reproductiva; en el primer grupo de los 15 a 19 años de edad, podemos mencionar que en la mayoría de estas mujeres no se ha iniciado la vida sexual, motivo por el cual no se utilizan los métodos, sin embargo en el grupo de los 40 a 49 años de

edad se observó que existe el pensamiento de no utilizarlos, debido a - que ya no es necesario, esto es importante señalarlo ya que este grupo - de mujeres cuenta con un riesgo elevado de presentar complicaciones en - un nuevo embarazo, ya sean fetales o maternas, por lo que es importante concientizarlas adecuadamente. Cabe mencionar que ha pesar del incremen- to observado en el grupo de 25 a 34 años de edad, aún es considerable el porcentaje de las no usuarias en este grupo, en este estudio es del 10.4 % (52). Gráfica 3 . Cuadro 1.

De acuerdo al estado civil y condición de uso, las mujeres casadas cons- tituyen el porcentaje más alto de las usuarias 53% (265), si tomamos - en cuenta a las mujeres que han utilizado anteriormente obtendremos el - 70.2% (351), del total de las mujeres encuestadas. Al mismo tiempo po- demos denotar que las mujeres solteras, tienen el porcentaje más alto de las no usuarias con el 5.8% (29), ya se había mencionado que la causa es por no tener aún vida sexual en su mayoría. Gráfica 4. Cuadro 2.

En la distribución de mujeres en cuanto a la escolaridad y condición de uso de los métodos, se encontró que en los grupos de analfabetas y técni- cas no existen diferencias importantes en cuanto al número de usuarias, cabe hacer notar que los grupos que cuentan con educación básica confor- man el porcentaje más importante de las usuarias con el 33.2%, seguidas de las profesionistas con el 13.2%. Inclusive si observamos los grupos - de mujeres que han utilizado anteriormente los métodos, encontramos da-- tos similares. Por lo anterior podemos considerar que en la actualidad -

el grado de educación no es un factor determinante para el uso de métodos anticonceptivos y lo podemos enfatizar señalando que en las mujeres que nunca han usado, el 6.4% (32) corresponden a las profesionistas y el 8.4% (42), a las de educación básica. Gráfica 5. Cuadro. 3.

Con relación a la ocupación y condición de uso se encontró que las amas de casa engloban el grupo más importante de las usuarias con el 34% (- 170) y de las que alguna vez han utilizado con el 10.4% (52), seguidas de las profesionistas usuarias con el 13.2% (66) y con el 7% (35) -- las que alguna vez han utilizado. De alguna forma es notorio que las -- amas de casa actualmente dan una gran importancia al espaciamiento de -- los hijos y de esta forma se conserve la salud materno-infantil, sin embargo aún el porcentaje de las no usuarias amas de casa es digno de tomarse en cuenta. Gráfica 6. Cuadro 4.

Podemos señalar que no existe diferencia importante en cuanto a la religión para el uso del método anticonceptivo, ya que aproximadamente el -- 52.8% (264), de las usuarias son católicas y en el 18.2% (91)? de -- las que alguna vez han utilizado, tendremos aproximadamente el 71% del -- total de mujeres encuestadas, sin embargo vale la pena hacer mención de que la corriente religiosa se hace notar con el uso del método del ritmo mismo que es el único aceptado por la iglesia. Gráfica 7. Cuadro.5

De acuerdo al número de hijos deseados, en las mujeres usuarias el 33.2% (166), ya no desea tener hijos, el 12% (60), desea un hijo, el 8.4%

(42), desea tener dos hijos, el 2% (10), desea tener tres hijos, el 1.2% (6), desea tener más de tres hijos, esto es importante señalarlo ya que nos explica el porque, el uso del dispositivo intrauterino es mayor, por otro lado en las mujeres que ya no desean tener más hijos, el método definitivo debe de ser la elección. Llamó la atención que en las mujeres no usuarias 43.2% (216), el 18% (90) no desea tener más hijos, así mismo de este porcentaje el 8.4% (42), corresponde a las que nunca han usado un método anticonceptivo, un porcentaje considerable, para insistir en los programas de planificación familiar. Gráfica 8 .

Cuadro 6.

En la utilización del tipo de método destaca la presencia del dispositivo intrauterino con un porcentaje del 36.97% (105), así mismo la utilización del método definitivo, en el que cabe mencionar que del 20.8% (59), que le corresponde, el 5.5% (15) es para la vasectomía, lo que nos señala un interés mayor en el varón por la planificación familiar, el 17.96% (51), es para los hormonales orales, 8.45% (24), para los hormonales inyectables, el 7.39% (21), para el ritmo, el 6.69% (19), para los preservativos, el 1.4% (4) para el coito interrumpido y por último tenemos a los óvulos con el 0.35% (1). Gráfica 9.

Refiriendonos a quien elige el método anticonceptivo, encontramos que -- aproximadamente el 51.75% (148) es decisión de la pareja, el 24.13% (69), por la paciente y en tercer lugar tenemos al médico con el 14.2% (41), por lo anterior podemos considerar que la decisión personal de -

la mujer por el espaciamiento de los hijos, se hace cada día más patente a través de la planificación familiar. Gráfica 10.

De acuerdo a la obtención de los métodos anticonceptivos, tenemos que el 63.38% (180), corresponde al ISSSTE, esto se puede comprender por el lugar donde se realizó el estudio, sin embargo podemos notar que el 16.5% (47), de las usuarias lo obtuvieron a nivel privado, si comparamos de manera global, podremos recordar que en 1987 aproximadamente el 37% de las usuarias lo obtenían por el medio particular, de alguna forma este porcentaje está disminuyendo, en forma personal considero que en esta ciudad la causa de este porcentaje se debe a la falta de servicio de planificación familiar en el turno vespertino, así como la escasa colaboración de los médicos de este turno, esto obliga a las usuarias a acudir a otra institución o a nivel privado. Gráfica 11.

En cuanto al motivo del uso se encontró que el 56.34% (160), es por seguridad, el 24.65% (70), por comodidad y el menor porcentaje 1.41% (4), es por uso temporal. Gráfica 12.

Por otra parte tenemos que a las usuarias activas que les gustaría utilizar otro método, corresponden al 16.9% (48), del total de usuarias, mientras que el 82.1% (236), es para las usuarias que no desean otro método. De las primeras se observó que la inclinación hacia el método definitivo fué en el 41.3% (18), siguiéndole el dispositivo intrauterino y los hormonales inyectables con el 18.7% (9) cada uno. Denotando que

los motivos de este deseo son el control definitivo, la seguridad y comodidad con el 27.2% respectivamente. Mientras tanto las usuarias activas que no desean utilizar otro método, presentan como motivo en el 90.3% (213), la satisfacción con el mismo. en el 8.9% (21), insatisfacción - con otros métodos y el .8% (2), por decisión del cónyuge.

Referente a las no usuarias de los métodos de planificación familiar, el motivo de no aceptación, se encontró que en el 34.42% (74), es porque no los necesita, aquí podemos mencionar que el 9.3% de estas pacientes - no tienen vida sexual, por otro lado también se encuentran las que no --- tienen una relación estable, con el 25.12% (54), tenemos a las que se encuentran embarazadas, el 10.70% (23), es por deseo de embarazo y en el extremo tenemos a las que no los conocen con el 4.19% (9), esto último nos enfrenta a que aún no es suficiente la promoción que se ha realizado para los métodos anticonceptivos. Gráfica 13.

De las que han utilizado alguna vez los métodos anticonceptivos que son el 43% (93), del total de las no usuarias, encontramos que el mayor número se encuentra entre los grupos de edad de los 25 a 29 años de edad (27) con el 29%, y de los 30 a 34 años de edad con el 35.4% (33), con relación al tipo de método usado encontramos que el dispositivo intrauterino y los hormonales orales tienen una frecuencia del 49.46% y el 31.1% respectivamente. Gráfica 14.

Con relación al motivo de abandono tenemos que el 40.86% (38), fue por

deseo de embarazo, el 24.73% (23), porque le provocaba molestias y el 13.98% (13), por indicación médica y por embarazarse con ese método. Gráfica 15.

Es importante hacer notar que del total de las mujeres que alguna vez han utilizado un método anticonceptivo, el 78.49% (73), desea continuar su uso. Gráfica. 18.

Prefiriendo en el 46% (35), el dispositivo intrauterino, en el 23.3% el método definitivo y en el extremo se encuentra el ritmo con el 1.4% (1). Gráfica 19.

En las mujeres que nunca han utilizado los métodos anticonceptivos tenemos que constituyen el 56.9% (123), del total de las no usuarias, aproximadamente el 56.91% (70), de estas desea un método anticonceptivo. Gráfica 16.

Teniendo preferencia por el dispositivo intrauterino con el 51.39% (37), y sólo el 2.78% (2), por el ritmo. Gráfica 17.

CONCLUSIONES

El uso de los métodos anticonceptivos ha tomado auge a través de los --- años, sin embargo aún nuestras metas no se han cumplido.

Dado los resultados obtenidos por el presente estudio, se logró cumplir con el objetivo general y los objetivos específicos, los cuales engloban las características que en un momento dado pudieran influir en el uso o no uso de los métodos anticonceptivos. Tenemos como primer lugar que de las 500 mujeres encuestadas, prácticamente tres cuartas partes de ellas usan o han utilizado algún método anticonceptivo, lo que nos representa que la aceptación cada vez es mayor. Es notorio que las mujeres entre --- los 25 a 34 años de edad son el grupo que representa a las mujeres con --- mayor aceptabilidad a los anticonceptivos, así mismo es patente el bajo porcentaje en las mujeres en los extremos de la vida reproductiva, lo --- cual puede condicionar un riesgo mayor a las complicaciones maternas o --- fatales. Podemos establecer que las mujeres casadas engloban el número --- más alto de las usuarias y en nuestro caso por ende las amas de casa con proporciones similares, teniendo una repercusión positiva en cuanto a la calidad de la salud materno-infantil, por otro lado esta condición civil es la que impera en la ciudad de Irapuato.

La educación se ha considerado como un factor de apoyo de la planifica--- ción familiar, considerando que entre mayor escolaridad, mayor acepta--- ción de los métodos anticonceptivos, con nuestros resultados podemos de--- terminar que el factor educativo no tiene influencia para la aceptación

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de los anticonceptivos, ya que se encontro que las mujeres con educación básica conforman la mayor parte de las usuarias, siguiendoles las profesionistas.

En esta ciudad a pesar de ser netamente católica, la religión no es un factor importante para la decisión de elegir un método anticonceptivo.

El dispositivo intrauterino ocupó el primer lugar en cuanto a la preferencia de uso, seguido por el método definitivo, en donde una tercera parte la ocupa la vasectomía, lo cual no indica, que el apoyo masculino va en aumento, integrandose a la planeación familiar.

La decisión al elegir el método anticonceptivo, es en más del 50% por la pareja y practicamente una cuarta parte por la mujer, lo que nos señala mayor concientización en el espaciamiento de los hijos.

El porcentaje que encontramos de mujeres usuarias que obtienen el método a nivel privado es menor que en otros años, sin embargo aqui el factor que condiciona esta situación es la falta de servicio con horario mixto, lo que impide a las usuarias evitar el apoyo a nivel particular.

Más del 50% de las usuarias ya no desean tener hijos, esto es comparable con el porcentaje de las no usuarias (46.3%), que no desean tener más hijos, lo que nos proyecta la oportunidad de insistir en nuestros programas y captar más usuarias.

Mas de la mitad de las usuarias utilizan los anticonceptivos por seguridad, siguiendoles algunas por comodidad.

El motivo de no aceptación es en el 34.4% por no necesitarlo, debido a no tener vida sexual o ser inestable, existe un porcentaje bajo de muje-

res que no los conocen, y que desean utilizarlos.

Aproximadamente un 40% de las mujeres que ya han utilizado los anticonceptivos lo abandonaron por deseo de embarazo y un 24% porque le provocaba molestias, sin embargo, el 75% del total de estas mujeres desean continuar su uso.

Algo realmente ideal es el hecho de que más del 50% de las mujeres que nunca han utilizado un método anticonceptivo, desean hacerlo en un futuro cercano, prefiriendo al dispositivo intrauterino.

SUGERENCIAS

- Mayor difusión de los programas de planificación familiar, debido a que aún existen mujeres que no los conocen.
- Incrementar los mensajes de los métodos anticonceptivos por parte del médico familiar, trabajadora social y enfermeras, ya que tenemos un buen número de mujeres que desean ser usuarias de estos métodos.
- Mejorar el servicio de planificación familiar con un horario mixto, para evitar que las pacientes acudan a otra institución o a nivel privado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Campos C.S. Situación Demográfica en México. Revista Mexicana de Sociología. 1984. Enero/Marzo. 5 - 31.
- 2.- Consejo Nacional de Población México. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. 1987. 1988. 145-150.
- 3.- Consejo Nacional de Población México. Programa Estatal de Planificación Familiar Guanajuato. 1986. 1 - 8 .
- 4.- Consejo Nacional de Población México. Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de la Población. 1990. 3 - 42.
- 5.- Mora B.M. El derecho a la planeación familiar. Marco Jurídico. CONAPO. 1986. 41 - 146.
- 6.- Consejo Nacional de Población México. Declaración Oficial de México ante la Conferencia. 1985. 20 - 25.
- 7.- Colegio de México. Encuesta Nacional de las estimaciones de los niveles de fecundidad. 1984. Marzo. 3 - 30.
- 8.- Paxman A. Leyes, políticas y planificación familiar. 1986. 5 - 40.
- 9.- Consejo Nacional de Población México. La población y el desarrollo regional y urbano. 1984. 81 - 113.
- 10.- Consejo Nacional de Población México. Programas Nacionales de planificación familiar, 1985-1988. 1985. 9 - 47.
- 11.- Zavala M. Políticas de Población en México. Revista Mexicana de Sociología. 1990. Enero/Marzo 15 - 33.

- 12.- Palma Y. Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México. -
Revista de Sociología. 1990. marzo 31 - 82.
- 13.- Urbina F.M. La investigación psicosocial de servicios sobre planifi-
cación familiar en México. Salud Pública. 1985. Julio-Agosto 27 (
4). 266 - 285.
- 14.- Palma C. Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en México. Re-
vista Mexicana de Sociología. 1990. marzo. 51 - 81.
- 15.- Gaviño G. Anticonceptivos hormonales. Actualidades en Medicina ISSS
ISSSTE. 1988 Febrero. 2 (2). 11 - 16.
- 16.- G.S. Phillip. Selección del mejor método anticonceptivo oral. Clin
Obst Gynecol. 1989. Jun. 32 (2). 307-316.
- 17.- Lara R. Oral contraceptives and metabolism alterations. Gynec Obst
Méx. 1986. Jul. 54 (1). 211 - 215.
- 18.- Lara. R. Anticonceptivos orales y morbilidad de enfermedades cardío
vasculares. Clin Obst Méx. 1986. October. 54 (1). 119 - 125.
- 19.- Murphy A. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptive
. Am J. Obstet Gynecol. 1991. January 164 (1). 28 - 32.
- 20.- Adams.M. Oral contraceptives, lipoproteins, and atherosclerosis. Am
J. Obstet Gynecol. 1990. October. 163 (4). 1388 - 93.
- 21.- Thorney I. Oral contraceptives and myocardial infarction. Am J. --
Obstet Gynecol. 1990. october 163 (4). 1393 - 7.
- 22.- Geners J. Effects of oral contraceptives on lipid metabolism. Am. J
Obstet Gynecol. 1990. october 163 (4). 1410 - 13.

- 23.- Kjos S. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with gestational diabetes: Resul of a -- controlled randomizad, prospective study. Am. J. Obstet Gynecol -- 1990. December 163 (4). 1822-27.
- 24.-Schalesseiman J. Oral contraceptives and breast cancer. Am. J. --- Obstet Gynecol. 1990 October 163 (4). 1379 - 87.
- 25.- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Memoria del curso monográfico para los médicos cirujanos sobre indicaciones y -- contraindicaciones de los métodos anticonceptivos. Del 18 al 22 de febrero de 1980. 1981; 1 - 60.
- 26.- Taylor H. Hormonales orales e inyectables. Manual de Métodos de -- planificación familiar. 1986. Mar 13 (2). 40 - 48.
- 27.- Gally E. Métodos anticonceptivos. Sexualidad humana y planifica--- ción familiar . México. Pax. 1986. 75 - 126.
- 28.- Masters W. Sexualidad y planificación familiar. Tratado de Medicina Sexual. México. Salvat 1988. 75 - 126.
- 29.- Wall D. Update on combination oral contraceptives. Obstet Gynecol 1990. October; 431 (4). 1037 - 1048.
- 30.- Kiilhoma P. Perforation of the uterus following IUD in the puerperium. Obstet Gynecol 1990. Mar. 6 (1). 57 - 61.
- 31.- Chi Ic. Do retroverted uterine adversely affect insertions and -- performance of IUDs. Source. 1990. May 41 (5) 495 - 506.
- 32.- Avonts D. Incidence on uncomplicated genital infection in women using contraceptives or IUDs. Source. 1990. Jan 17 (1) 23-9.

- 33.- HauC. Uterine malignancy developing after long term use of IUCD - additional report of 2 cases: endometrial atromal sarcoma and leiomyosarcoma. Source, 1989, Sep. 15 (3). 237 - 43.
- 34.- McCarthy T. Current concepts on the use of IUDs. Source 1989 Aug - 30 (4). 390 - 92.
- 35.- Mirra J. Cytopathological changes in human cervix and endometrium following prolonged retention of copper-bearing intrauterine contraceptives devices. 1989, Aug. 5 (3). 237 - 42.
- 36.- Guzmán A. Alternativas de la extracción del dispositivo intrauterino sin hilos visibles. Ginec Obstet Méx. 1988, Junio 154 (2) -- 155 - 57.
- 37.- Boris L. Lonazolac cálcico y pérdida sanguínea en usuarias de dispositivos intrauterinos. Ginec Obstet Méx. 1988 Agosto 154 (2) 221 - 224.
- 38.- Diaz S. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in the Norplants implants. Source. 1990, Jul. 42 (1) 97 - 109.
- 39.- Singh K. A three-year evaluation of hemostatic function in Singaporean Norplant acceptores. 1990, Mar 6 (1) 23 - 32.
- 40.- Singh K. A three-year evaluation of metabolic changes in Singaporean norplant acceptores. Source 1990. 6 (1) 11 - 21.
- 41.- Brache V. Ovarian endocrine function through five years of continuous treatment with norplant subdermal contraceptive implants. -- Source 1990, Feb 41 (2). 169 - 77.

- 42.- Klavon S. Insertion site complications during the first of norplant use. Source. 1990. Jan. 41 (1). 27 - 37.
- 43.- Diaz S. A longitudinal study on cortisol, prolactin and thyroid hormones in users of norplant subdermal implants or a copper T device. 1989. October. 40 (4). 505 - 517.
- 44.- Olsson S. Clinical results with subcutaneous implants containing 3- keto-desogestrel. Source 1990. Jul. 42 (1) 1 - 11.
- 45.- Koifman. Complicaciones y efectos secundarios del norplant. Rev -- Chil. Obstet Gynecol. 1989. May. 21 (6). 513 - 522.
- 46.- Campodónico I. Estudio clínico multicéntrico con implantes anticonceptivos de levonorgestrel. Rev. Chil Obstet Ginecol. 1988. Jul 53 (- 6) . 353 - 65.
- 47.- K Nairobi. Conferencia sobre la planificación familiar y la salud de la mujer y el niño. SSA. 1987. octubre 1 - 50.
- 48.- Consejo Nacional de Población México. Programa de planificación familiar como parte del programa nacional de salud 1989-1994 y del -- programa institucional de 1989-1994. 1 - 70.
- 49.- Programas de planificación familiar. Dispositivos intrauterinos. - Population Reports. 1988. Mar. 5 2 - 20.
- 50.- Comparato M. Anticoncepción hormonal. Terapéutica hormonal en ginecología. México. Interamericana. 1988. 169 - 73.
- 51.- Yan J. Comparative study of filshie clip and Pomeroy method for post partum sterilization. Int J. Gynaecol Obstet 1990. Nov. 23 (3) ° 263 - 7 .

- 52.- Vanderheyden, J. Female sterilization failure after bipolar electrocoagulation a 6 year retrospective study. Eur J. Obstet Gynecol - - Reprod- Biol; 1990. Dec; 3 (3). 23-46.
- 53.-Russin L. M. Imaging of hydrosalpinx with torsion following tubal -- sterilization. Semin Ultrasound. 1988 Apr. 9 (2) 175 - 82.
- 54.- Kjer J. Histerectomy subsequent to laparoscopic sterilization. Eur. J. Obstet Gyneacol Reprod Biol 1990. Apr 35 (1). 67 - 8.
- 55.- Fraser R. The prevalence and impact of pain after day-care tubal -- ligation surgery. Pain. 1990. Nov 39 (2). 189 - 201.
- 56.- Sahwis S. Changes in menstrual blood loss after four methods of - female tubal sterilization. Contraception; 1989 Oct. 40 (4). - 387 - 98.
- 57.- Chi I. Vasectomy and non-fatal acute myocardial infarction: a Hos- pital- based case-control study in Seoul, Korea. Int.J.Epidemiol. 1990. Mar 19 (1). 32 - 41.
- 58.- Belker A. Resultados de la reversión de la vasectomía. The Journal of Urology 1991. Mar 145 (1). 505 - 511.
- 59.- H.Peterson. Vasectomía. Obstet Gynecol 1990. Sep; 76 (3) 568-72.
- 60.- Programas de planificación familiar. Vasectomía. Population Reports 1988. October; 4 (2). 110 - 119.