

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**



I.S.S.S.T.E

36
2ej.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

TEHUANTEPEC OAXACA

**"ACEPTACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LA POBLACION FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL
CONSULTORIO No. 4 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DEL I.S.S.S.T.E. DE SALINA CRUZ, OAXACA".**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

MARIA DOLORES CORRES HEREDIA

L

264867

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SALINA CRUZ, OAX. A DICIEMBRE DE 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

“ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E. DE SALINA CRUZ, OAXACA.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA.

MARÍA DOLORES CORRES HEREDIA

AUTORIZACIONES:

DR. FERNANDO GIRÓN GALLEGOS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN TEHUANTEPEC, OAXACA.

MARYCRUZ AGUIAR MARQUEZ.

ENFERMERA ESP. EN SALUD PUBLICA

DR. FELIPE HERNANDEZ AMBROSIO. MÉDICO FAMILIAR

PROFESOR ADJUNTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

DRA. CLAUDIA TERESA MONOBE HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E

TEHUANTEPEC OAXACA

DICIEMBRE DE 1997.

21 MAYO 1998
V. O. B. O.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

“ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL CONSULTORIO NO. 4 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E DE SALINA CRUZ. OAX”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

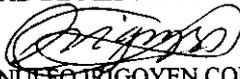
PRESENTA:

~~MARÍA DOLORES CORRES HEREDIA.~~

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

~~DR. MA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY~~
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

“ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL CONSULTORIO NO.4 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E DE SALINA CRUZ, OAX”.

ÍNDICE.

TÍTULO.	
ÍNDICE GENERAL.	
MARCO TEÓRICO.	PAG.- 6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	PAG.- 12
JUSTIFICACIÓN.	PAG.- 13
OBJETIVOS:	PAG.- 14
GENERALES	
ESPECIFICOS	
METODOLOGÍA:	PAG.- 15
TIPO DE ESTUDIO.	
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.	
VARIABLES DE MEDICIÓN.	
MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.	
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	
RESULTADOS:	PAG.- 18
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.	
CUADROS Y GRÁFICAS.	
DISCUSIÓN.	PAG.- 29
CONCLUSIONES.	PAG.- 30
SUGERENCIAS.	PAG.- 33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	PAG.- 35
ANEXOS.	PAG.- 40

MARCO TEÓRICO.

La Planificación Familiar es un conjunto de actividades preventivas, que mejoran la expectativa de vida de la mujer en edad fértil (1,2) desempeña un papel importante en la prevención de la mortalidad y morbilidad materna y reduce los riesgos para la salud asociados con los embarazos ocurridos con menos espaciamiento partos y abortos en condiciones de riesgo.(3,4).

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de una pareja o un individuo y se clasifican en Temporales y Permanentes, y son los siguientes:

TEMPORALES:

- a).- Hormonales Orales.
- b).- Hormonales Inyectables.
- c).- Hormonales Subdérmicos.
- d).- Dispositivo Intrauterino.
- e).- De Barrera y Espermicidas.
- f).- Naturales o de Abstinencia Periódica.

PERMANENTES:

- a).-Oclusión Tubaria Bilateral.
- b).-Vasectomía.

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar un interrogatorio, examen físico, valoración de riesgo reproductivo, consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario, señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso, seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de

proporcionar el método anticonceptivo seleccionado, localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.(5).

En el siglo pasado, estaba generalizada la idea de que poblar el Territorio Nacional, era el primer paso para garantizar el desarrollo del país (6,7).El acelerado crecimiento de la población se ha convertido en un problema Nacional, que ha obligado a la implementación de políticas y programas de Planificación Familiar (8).

Por datos recabados en encuestas demográficas y de salud realizadas en nueve países Latinoamericanos, se ha encontrado que las familias menos instruidas tienen un número de hijos mayor que las más instruidas (9),reconociendo que la educación es un factor importante en el comportamiento reproductivo de la mujer (10).Esta educación debe facilitar decisiones voluntarias que conduzcan a prácticas positivas, estas prácticas varían según el nivel educativo (11), el margen de variación es de aproximadamente 20 puntos porcentuales en Colombia y República Dominicana, y más de 40 puntos en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Perú. En general, cuanto más bajo es el nivel nacional de prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres con menor y mayor nivel educativo(12).Las preferencias reproductivas de los diversos estratos educativos no son muy diferentes, en cambio sí son las prácticas anticonceptivas.(13).

En un estudio que se realizó en varios países sobre la Planificación Familiar tuvo como resultado que la necesidad insatisfecha fue mayor en tres países como Colombia, India y Turquía en los cuáles estos servicios eran limitados o no existían (14,15).

Mosher quien se apoya en datos obtenidos en la encuesta Nacional de Crecimiento Familiar, refiere que en 1988,el 60.3% de las mujeres entre 15 y 44 años, notificaban algún uso de anticonceptivos, pero este porcentaje bajó a 32.1% en el grupo más necesitado y aumentó en el grupo de 35 a 39 años. Subraya que las mujeres pobres son las más necesitadas de métodos anticonceptivos y de Planificación Familiar.(16,17). Trussell se refiere a los embarazos no deseados en adolescentes (18).

En Suecia, país que se usa para fines de comparación, el 78% de las mujeres casadas de 15 a 44 años de edad, en 1981 a 1985 usaban anticonceptivos, mientras que en Estados Unidos la cifra correspondiente fue de 68%(19).En Chile como resultado de los Programas de Planificación Familiar de 1964,fue aumentando el uso de anticonceptivos, orientándose hacia el sector más pobre.(20).

Cabe mencionar que el comportamiento reproductivo de las parejas en la utilización de la Planificación Familiar en el Distrito Federal y otras siete entidades Federativas (Baja California, Chihuahua, Coahuila, México, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas) presentan los niveles de fecundidad más bajos, los estados restantes se consideran de alta fecundidad.

Las coberturas de los servicios de Planificación Familiar han avanzado tanto en las zonas urbanas como en las rurales, pero a pesar de ello, la diferencia entre la utilización de estos servicios es muy grande, se ha observado 63% en zonas urbanas, y 35% en las rurales.(21).

En un estudio realizado en la Clínica de Medicina Familiar de San Luis Potosí, se encontró que hay aceptación del programa de Planificación Familiar, refiriendo que el rango mayor de uso de Métodos Anticonceptivos se observa en las mujeres entre 25 y 34 años y son más utilizados en las analfabetas y profesionistas, se menciona que el método más utilizado es el quirúrgico (Oclusión Tubaria Bilateral) (22).

En los últimos decenios, los programas de Planificación Familiar han ayudado a aumentar en los países menos desarrollados el uso de anticonceptivos, a pesar de ello, hoy todavía existe un gran número de personas que desean y necesitan servicios anticonceptivos y no tienen posibilidad de obtenerlos.(21).

La Dra. Elaine Murphy, asesora principal de programas del Programs for Appropite Techonology in Heat con sede en Estados Unidos declara, que lo que se necesita son servicios que se puedan utilizar fácilmente, que sean accesibles, de buena calidad y buena información.(14).

En México, el crecimiento demográfico siempre se ha considerado estrechamente relacionado con el desarrollo. Su evolución durante este siglo, ha dependido del desarrollo socioeconómico aunado a una paz social y a una estabilidad política.(4,22).

La educación para la Salud Reproductiva debe ser una actividad diseñada para facilitar decisiones voluntarias que conduzcan a prácticas positivas. Es necesario identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas preventivas a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a mejorar las actitudes, a reforzar las creencias positivas a tener conocimiento de los métodos anticonceptivos y a prevenir los embarazos de alto riesgo.(23,24).

La creciente demanda de Planificación Familiar, provocada probablemente por la incorporación de la mujer al mundo laboral y a la evolución social de las últimas décadas, junto con la falta de una infraestructura sanitaria con insuficientes Centros de Orientación Familiar, hacen de la Atención Primaria de Salud el ámbito ideal para asumir este compromiso de forma progresiva. Por otra parte, con la puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria se incorporan especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria capacitados para atender la mayoría de las demandas en este sentido, en coordinación con otros profesionales.(25,26,27).

Muchos programas deben decidir como dividir los recursos limitados entre los servicios clínicos y comunitarios y al mismo tiempo hacer que cada sistema sea lo más eficiente posible y mantener la calidad de la atención.(28).

Cada vez la mujer utiliza no solamente métodos anticonceptivos, sino que también participa en el diseño y ejecución de los servicios y políticas de Planificación Familiar, al mismo tiempo esta se percibe como uno de los componentes de las grandes exigencias que tiene la Salud Reproductiva.(29).

En la década de los 60s, los programas de Planificación Familiar en la mayoría de los países en desarrollo iniciaron un debate sobre las consecuencias del crecimiento de la población, producto de una fecundidad alta y constante y una reducción de la mortalidad, especialmente en los primeros años de vida.(31). Estos fueron motivos para establecer una política demográfica que interviniera en la dinámica poblacional para adecuarla a las necesidades del desarrollo, de hecho, las Naciones Unidas recomendaban a los gobiernos el control de población por las ventajas económicas, sociales y políticas (30,31).

En México, existe desde la década de los años 70s una enérgica y firme política del estado para promover y fomentar la Planificación Familiar por considerarla un ingrediente indispensable dentro del Plan Nacional de Desarrollo.(32).

En 1973, aproximadamente 900,000 parejas, controlaban su fecundidad aunque no contaban con el acceso a los servicios gubernamentales de Planificación Familiar, sino solo con farmacias. Para 1987, esta cifra aumentó a 7,500,000, con preferencia por los de mayor efectividad.(33).

A partir del 11 de Diciembre de 1973, en México, entró en vigor la Ley General de Población, que consiste en regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a volumen, estructura, dinámica y distribución territorial, con la finalidad de lograr que participen de los beneficios del desarrollo económico y social, esta política de población tiene como objeto elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país (34) fue en este mismo año que el I.S.S.S.T.E. estableció los servicios de Planificación Familiar en clínicas y hospitales,(8,36,37).

El 17 de Noviembre de 1976 es el año en que se ubican a los programas de Planificación Familiar con el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y en especial de la madre y el niño.(38).

En Octubre de 1977, fue sometido a la consideración presidencial como Plan Nacional de Planificación Familiar, fue aprobado y quedó incluido en el Plan Global de Desarrollo 1977-1982.

En 1983, por acuerdo del Gabinete de Salud, se instala el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988, en el que reafirman los objetivos generales del anterior Plan Nacional y se establecen metas anuales, en este programa es donde por primera vez se consideró la participación del sector privado.(34-38)

El último censo de 1990, señaló que México cuenta con aproximadamente 81,000,000 de habitantes y que de estos, 9,000.000 de personas en edad reproductiva practican algún método de anticoncepción con el propósito de Planificación Familiar(5).

En Mayo de 1994, se publicó la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar por la Secretaría de Salud, estos servicios constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, el objetivo de normarla es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de Planificación Familiar de México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posteriormente a la Consejería basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.(38).

La Consejería en Planificación Familiar, debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, debe tomar en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta, la Consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

El último censo poblacional reporta que México cuenta con 81 millones de habitantes y de estos 9 millones en edad reproductiva, practican algún método de Planificación Familiar y los métodos más utilizados son Hormonales Orales, Dispositivo Intrauterino y Oclusión Tubaria Bilateral.(5,31).

PROBLEMA.

La Planificación Familiar desempeña un papel importante en la prevención de la mortalidad y la morbilidad materna, por eso es importante conocer la aceptación de los Métodos Anticonceptivos en la población y se plantea el siguiente problema:

-¿ CUAL ES LA ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD REPRODUCTIVA DEL CONSULTORIO NO. 4 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.T.E. DE SALINA CRUZ, OAX.?

JUSTIFICACION.

El estudio de Regionalización operativa de la Secretaría de Salud , menciona que en México hay entre 8 y 10 millones de habitantes que no cuentan con acceso regular a servicios básicos de salud (26), el paquete básico de servicios de salud, consta de 12 intervenciones que permiten ofrecer una atención integral, de estas, la Planificación Familiar ocupa el segundo lugar, por lo cuál es necesario que éste servicio sea accesible, de buena calidad y de buena información para que sea aceptado en esa población que no cuenta con acceso al mismo.

Anteriormente, la Planificación Familiar era un tabú entre la sociedad, ya sea por factores religiosos, o de tradición, y se consideraba que la familia numerosa era lo característico , pero conforme ha evolucionado la sociedad y el factor económico es una de las prioridades de la población, la Planificación Familiar va siendo más aceptada, pero todavía encontramos muchos impedimentos a pesar de la difusión tan importante que se le ha dado.

Por ahora, las instituciones de salud, cuentan con una partida económica importante para fomentar este programa, por lo tanto la promoción y orientación que el personal de salud proporciona puede influir para una aceptación total de la Planificación Familiar.

Por lo anterior considero, que la presente investigación, es necesaria para conocer la cobertura real de aceptación de la metodología anticonceptiva e identificar las causas de no aceptación de las mujeres en edad reproductiva asignadas al consultorio no. 4 de la Clínica del I.S.S.T.E de Medicina Familiar de Salina Cruz, Oax.

OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer la aceptación de la metodología anticonceptiva en la población femenina en edad reproductiva del consultorio no. 4 de la Clínica de Medicina Familiar de Salina Cruz, Oax.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el porcentaje por grupos de edad de aceptación de la metodología anticonceptiva.
- Determinar el porcentaje de aceptación de la metodología anticonceptiva por escolaridad.
- Conocer el porcentaje de aceptación de metodología anticonceptiva de acuerdo a procedencia.
- Determinar el porcentaje de aceptación de la Planificación Familiar por tipo de método anticonceptivo.
- Conocer el porcentaje de causas de no aceptación de los métodos de Planificación Familiar.

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO:

Se llevó a cabo un estudio observacional-descriptivo-transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Mujeres (100) en edad reproductiva (15 a 49 años) que acudieron al consultorio no. 4 de la clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E en la Ciudad de Salina Cruz, Oax, durante el periodo del 15 de Mayo al 30 de Octubre de 1996.

TIPO DE MUESTRA:

En base a las características del estudio, se determinó que el tipo de muestra a utilizar fuera un muestreo por cuota donde se seleccionaron 100 pacientes ,mujeres en edad reproductiva que fueran derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Las mujeres derechohabientes en edad reproductiva que acudan a solicitar atención médica al consultorio no. 4 de la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E de Salina Cruz, Oax. en el periodo del 15 de Mayo al 30 de Octubre de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 50.
- Mujeres no derechohabientes a la Clínica de Medicina Familiar.
- Mujeres derechohabientes que no fueron asignadas al consultorio no 4

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Mujeres derechohabientes en edad reproductiva cuyo cuestionario no fue llenado adecuadamente al momento de la entrevista.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR:

Para la recolección de información se optó por elaborar un instrumento (cuestionario) constituido de una ficha de identificación y de cuatro preguntas abiertas y tres preguntas cerradas, las cuáles fueron elaboradas tomando en consideración la población a estudiar utilizando un lenguaje sencillo y que el tiempo de la entrevista fuera aceptable para la derechohabiente. Para esto, se realizó una PRUEBA PILOTO con la finalidad de hacer las observaciones pertinentes al instrumento, una vez realizada dicha prueba se procedió a elaborar el instrumento final, considerando las variables siguientes: (ver anexo).

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

- 1.- Se procedió a clasificar las encuestas, considerando las variables siguientes: grupos de edad, método anticonceptivo utilizado, lugar de procedencia, escolaridad, motivo de no aceptación.
- 2.- Una vez clasificada dicha información se utilizó el método de paloteo para obtener los resultados preliminares.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo a las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki se les pidió autorización verbal a las pacientes para la realización de los cuestionarios ya que este es un estudio de tipo observacional .

MEDICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN-FORMULA
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (MER)	ETAPA DE LA MUJER DURANTE LA CUAL SE POSEE LA CAPACIDAD BIOLÓGICA DE LA REPRODUCCIÓN	MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (MER)	$\frac{\text{NÚMERO DE MER ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS}} \times 100$
EDAD	PERÍODO DE LA VIDA LAS CUATRO EDADES DEL HOMBRE SON: INFANCIA, JUVENTUD, MADUREZ Y VEJEZ	MUJERES CON EDAD COMPRENDIDA ENTRE 15 Y 49 AÑOS	$\frac{\text{NÚMERO DE MUJERES CON EDAD DE 15 A 49 AÑOS}}{\text{TOTAL DE MUJERES ENCUESTADAS}} \times 100$
ESCOLARIDAD	DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS EN UN CENTRO DOCENTE	ANALFABETAS ó PRIM INCOMP PRIMARIA - 6to GRADO SECUNDARIA - 3er GRADO BACHILLERATO - 3er GRADO TÉCNICA ó PROFESIONAL	$\frac{\text{Nº DE MER DE ANALFABETAS ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER DE PRIM. ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER DE SECUNDARIA ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER DE BACHILLERATO ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER DE TEC. ó PROFESIONAL ENCUESTADAS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$
PROCEDENCIA	NACIMIENTO, ORIGEN, PUNTO DE PARTIDA DE UNA PERSONA ó COSA	URBANA: RESIDENCIA EN LA CIUDAD RURAL: QUE VIVA FUERA DE LA CIUDAD	$\frac{\text{Nº DE MER DE PROCEDENCIA URBANA}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER DE PROCEDENCIA RURAL}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$
MÉTODO ANTICONCEPTIVO (TIPOS)	REGULAN LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA DE UN INDIVIDUO ó UNA PAREJA. SE CLASIFICAN EN TEMPORALES Y PERMANENTES: TEMPORALES: HORMONALES ORALES, HORMONALES INYECTABLES, HORMONALES SUBDÉRMICOS, DIU, DE BARRERA Y ESPERMICIDAS, NATURALES ó DE ABSTINENCIA PERIÓDICA. PERMANENTES: OTB, VASECTOMÍA	TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LA MER	$\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVOS H. ORALES}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO H. INYECTABLES}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO H. SUBDÉRMICOS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO DIU.}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESPERMATICIDA}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURALES ó ABST PERIÓDICA}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO OTB}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$ $\frac{\text{Nº DE MER CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO VASECTOMÍA}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$
CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL MÉTODO DE P. F.	CAUSAS POR LAS CUALES LA MUJER EN EDAD FÉRTIL, NO ACEPTA EL MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	MER - QUE REPIEREN NO ACEPTAR ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	$\frac{\text{Nº DE MER CON CAUSAS DE RECHAZO A M. ANTICONCEPTIVOS}}{\text{TOTAL DE MER ENCUESTADAS}} \times 100$

RESULTADOS.

De la aplicación del cuestionario sobre aceptación y rechazo a los métodos de Planificación Familiar en mujeres en edad reproductiva que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E de Salina Cruz, Oax, en el periodo del 5 de Mayo al 30 de Octubre de 1996 mostró los siguientes resultados:

De las 100 pacientes encuestadas 64% son usuarias activas y 36 % no utilizan método anticonceptivo. (Cuadro no. 1, Gráfica no. 1).

El mayor numero de usuarias de Métodos Anticonceptivos por grupos de edad figuran entre las mujeres de 31 a 39 años de edad en un 50%, siguiendole en frecuencia las mujeres entre 40 a 49 años de edad con un 25% y de 21 a 30 años de edad con un 24%. (Cuadro no.2, Gráfica no. 2).

Con relación a la escolaridad de las usuarias activas se encontró que el mayor numero esta en las pacientes con primaria completa 34%, y profesionistas 25%. Analfabetas 14%, secundaria completa 18% y bachillerato 9%.(Cuadro no. 3, Gráfica no. 3).

De acuerdo a la procedencia se observo que el mayor numero de usuarias es del área urbana en un 85%,y en el área Rural solo el 25% (Cuadro no. 4, Gráfica no. 4.)

El método de Planificación Familiar mas utilizado es el quirúrgico (Oclusión Tubaria Bilateral), ocupando el 40% con relación al total de los Métodos utilizados, 36% no llevan ningún método, ritmo 7%, hormonales orales y dispositivo intrauterino 6%, hormonales inyectables 4%, vasectomía 1%, hormonales subdérmicos, métodos de barrera y espermicidas no figuraron (Cuadro no. 5, Gráfica no. 5).

Como motivo de rechazo a los Métodos de Planificación Familiar 36% es debido a las reacciones secundarias de los mismos, de estas, el porcentaje mas alto fue por sangrados intermenstruales 18%, sintomatología neurovegetativa 7%, cefalea 5%, embarazo con el dispositivo intrauterino 3%, aumento ponderal 3%. (Cuadro no. 6, Gráfica no. 6)

CUADRO No. 1

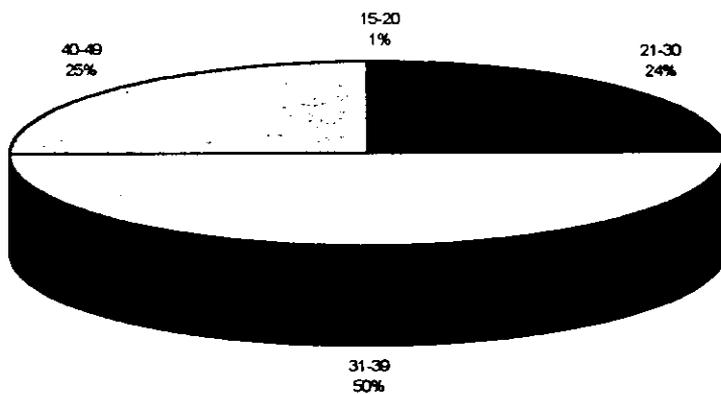
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "C" I.S.S.S.T.E. SALINA CRUZ, OAX.
DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA POR GRUPOS DE
EDAD

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	%
15-20	1	1.0
21-30	24	24.0
31-39	50	50.0
40-49	25	25.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

EL CUADRO No. 1 SE REFIERE A LOS GRUPOS DE EDAD, OBSERVÁNDOSE QUE EN EL GRUPO DE 31-39 AÑOS DE EDAD SU USO ES MAYOR.

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA POR
GRUPOS DE EDAD



Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

CUADRO No. 2

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "C" I.S.S.S.T.E. SALINA CRUZ, OAX.

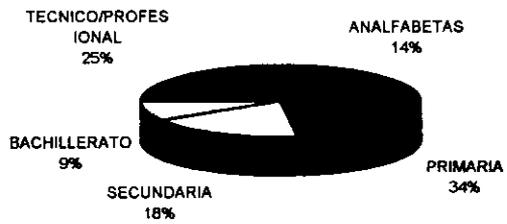
DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REEPRODUCTIVA SEGUN
ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETAS	14	14,0
PRIMARIA	34	34,0
SECUNDARIA	18	18,0
BACHILLERATO	9	9,0
TECNICO ó PROFESIONAL	25	25,0
TOTAL	100	100,0

Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva.

EN ESTE CUADRO SE OBSERVA EL MAYOR NUMERO DE USUARIAS
EN LAS MUJERES CON PRIMARIA COMPLETA Y PROFESIONISTA.

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
SEGUN ESCOLARIDAD



Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

CUADRO No. 3

CLINICA DE MEDICINA FAMILIR "C" I.S.S.S.T.E. SALINA CRUZ, OAX.

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE ACUERDO
A PROCEDENCIA

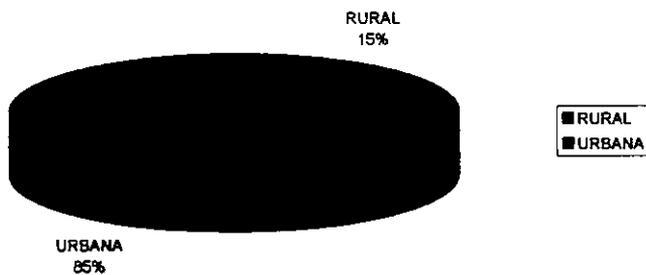
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
URBANA	85	85,0
RURAL	15	15,0
TOTAL	100	100,0

Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva.(MER)

En el cuadro no. 3 se observa que el mayor numero de usuarias se encuentra
entra la población urbana.

GRAFICA No. 3

**DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
DE ACUERDO A PROCEDENCIA.**



Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

CUADRO No. 4

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "C" I.S.S.S.T.E. SALINA CRUZ, OAX.
 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA SEGUN MÉTODO
 ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.

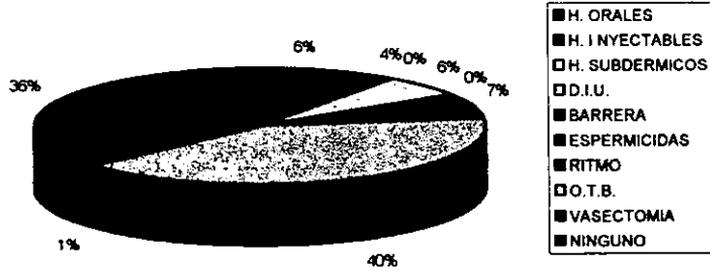
METODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	%
H. ORALES	6	6,0
H. INYECTABLES	4	4,0
H. SUBDERMICOS	0	0,0
D. I. U.	6	6,0
MÉTODO DE BARRERA	0	0,0
ESPERMICIDAS	0	0,0
RITMO	7	7,0
O. T. B.	40	40,0
VASECTOMIA	1	1,0
NINGUNO	36	36,0
TOTAL	100	100,0

Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

SE OBSERVA QUE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MAS UTILIZADO ES EL QUIRURGICO (OCLUSION TUBARIA BILATERAL), Y EL PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE NO UTILIZA NINGUN MÉTODO ES DEL 36%.

GRAFICA No.-4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO



Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

CUADRO No. 5

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "C" I.S.S.S.T.E. SALINA CRUZ, OAX.

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE METODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

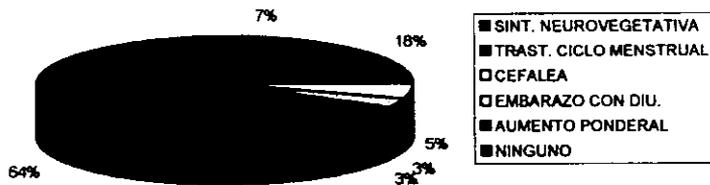
CAUSAS	FRECUENCIA	%
SINT. NEUROVEGETATIVA	7	7,0
TRAST. CICLO MENSTRUAL	18	18,0
CEFALEA	5	5,0
EMBARAZO CON D.I.U.	3	3,0
AUMENTO PONDERAL	3	3,0
NINGUNO	64	64,0
TOTAL	100	100,0

Fuente: Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva. (MER)

EN ESTE CUADRO SE OBSERVA QUE EL PORCENTAJE MAS ALTO DE NO ACEPTACIÓN A LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ES DEBIDO A LOS TRASTORNOS MENSTRUALES.

GRAFICA No. 5

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



Fuente. Encuesta realizada a 100 mujeres en edad reproductiva (MER)

DISCUSION.

Al observar la Planificación Familiar en las mujeres en edad reproductiva que acuden al consultorio no. 4 de la clínica del I.S.S.S.T.E de Salina Cruz, Oax; se encontró que hay un porcentaje alto de rechazo a los métodos de Planificación Familiar (36%) en las 100 pacientes entrevistadas; refiriendo causas diversas, siendo las de mayor importancia las reacciones secundarias atribuidas principalmente a hormonales orales, semejando estos resultados encontrados por C.Parada, et al. (39).

La aceptación encontrada a los métodos temporales, específicamente hablando del dispositivo intrauterino, fue muy baja, haciendo referencia a ésta las reacciones secundarias como los sangrados intermenstruales, coincidiendo esto con los resultados encontrados por A.García Treviño et al (32); pudiéndose atribuir a la mala utilización de la usuaria o por la inadecuada prescripción y falta de orientación por parte del personal de salud o bien a la falta de una buena técnica de aplicación del mismo como refiere F.M.Gil et al. (25).

La edad de las mujeres que aceptan estos métodos, se encuentra entre 31 y 39 años de edad, esto pudiera deberse a que a esta edad, la mayoría de las mujeres tienen el número de hijos deseados, aunado al riesgo reproductivo que un embarazo les pudiera ocasionar, reflejado esto en el alto porcentaje de aceptación que tiene el método quirúrgico (oclusión tubaria bilateral) en un 40 %, coincidiendo esto con lo encontrado por A.Chavez Delgado et al. (8) , en un estudio realizado en una Clínica de Medicina Familiar de San Luis Potosí.

La difusión y el acceso de los servicios de Planificación Familiar, han logrado, que en la zona urbana (85%) las mujeres utilicen algún método anticonceptivo, no así en la zona rural como refiere C.Perez R et al.(39).

En lo que respecta a escolaridad, encontramos mayor aceptación entre las pacientes con primaria completa y profesionistas coincidiendo con J.A.Fomento Tirado et al (1).

Este tipo de análisis, resulta útil para la toma de decisiones de planeación, presupuesto y control del programa de Planificación Familiar.

CONCLUSIONES.

De acuerdo al estudio realizado acerca de la aceptación y rechazo de la Planificación Familiar en 100 mujeres encuestadas en edad reproductiva que acudieron al consultorio no. 4 de la clínica del I.S.S.S.T.E. de Salina Cruz, Oax. durante el periodo del 15 de Mayo al 30 de octubre de 1996, concluimos:

1.- Que no hay buena aceptación del programa de Planificación Familiar por parte de las mujeres en edad reproductiva, ya que hay un porcentaje alto (36%) que no utilizan algún método.

2.- Que la difusión de la Planificación Familiar en el medio rural es muy baja.

3.- Que la mayor frecuencia de uso de métodos anticonceptivos se encuentran en el rango de edad entre 31 y 39 años.

4.- Que las usuarias con primaria completa y profesionistas, son las que utilizan más la metodología anticonceptiva.

5.-El método de Planificación Familiar más utilizado es el quirúrgico (oclusión tubaria bilateral).

6.- Que el mayor porcentaje de pacientes con no aceptación de los métodos anticonceptivos, es debido a reacciones secundarias de los mismos.

7.- Que dentro de las usuarias activas, también hay un porcentaje alto con reacciones secundarias a los métodos anticonceptivos.

Utilizando categorías para calificar la aceptación del programa de Planificación Familiar en la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E. de Salina Cruz, Oax. encontramos rangos de Excelente (100%), Buena (80%), Regular (60%), Mala (40%), se concluye que se encuentra en la categoría Regular (60%). Ver cuadro.

La Planificación Familiar en la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E. de Salina Cruz, Oax., no ha sido bien aceptada ya que se observó un porcentaje alto de usuarias no activas, el estudio realizado identificó este problema de salud por lo que es necesaria la participación del Médico Familiar en el programa ya que se encuentra

aislado de el y es necesario que el se integre para establecer estrategias y captar un mayor numero de usuarias elevandose asi las coberturas.

**CATEGORIAS
CLASIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA.**

VARIABLE	CATEGORIAS	%
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	EXCELENTE: QUE PROPORCIONE A SU POBLACION AMPARADA METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA MODERNA, EFICAZ, SEGURA Y DE ALTA CONTINUIDAD, QUE PROMUEVA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL.	100,0
	BUENA: SUFICIENTE	80,0
	REGULAR: SIN CAMBIOS NOTABLES	60,0
	MALA: CONTRARIO A LO DESEADO	40,0

SUGERENCIAS.

Para el mejor funcionamiento del programa de Planificación Familiar en la Clínica de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E de Salina Cruz, Oax. Se sugiere.:

1.- Aumentar la difusión de los programas de Planificación Familiar sobre todo en zonas rurales que es donde hay menor acceso a ellos, por medio de pláticas e información educativas.

2.- Proporcionar una oferta variada de métodos anticonceptivos por un personal capacitado y que ofrezca calidad de los mismos, para ello es necesario que el personal reciba adiestramiento y se haga consciente del servicio que presta.

3.- Responsabilizar al Médico Familiar, de la difusión del programa de Planificación Familiar por medio de informe diario para obtener coberturas mayores.

4.- Aumentar el número de pláticas referentes a los diferentes métodos de Planificación Familiar, enfocándolos a la población en edad reproductiva, tomando en consideración escuelas, centros de trabajo, domicilios etc.

5.- Aumentar la cobertura del programa a derechohabientes y no derechohabientes mediante pláticas y oferta del programa.

6.-A los servicios de Medicina Preventiva y enseñanza que coordinen pláticas en la clínica, escuelas y centros de trabajo a las madres y mujeres en edad reproductiva.

7.-A enfermería y Trabajo Social, su mayor participación en el programa en los consultorios y sala de espera , organizando pláticas y entrevistas ,además de visitas domiciliarias.

8.- Responsable de Planificación Familiar, efectuar pláticas de grupos en domicilios, escuelas y clínica para captar mayor número de usuarias.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- J.A Formento Tirado, A.Crespo Lloroens, C.Pinate Artiles T. Robaina Cabrera,A.Cuevas y María Hernández Moreno.
Atención Primaria.
Volúmen 18. No. 2, 30 Junio de 1996.pág. 79.
- 2.- Sánchez Beizal, Avensilla Palav A. Ramírez Hidalgo A.
Al Protocolo de Planificación Familiar.
Formación Médica Continua.
Atención Primaria.
1995: 2 (supl. 2): 5-28.
- 3.- De Vanzo J. Parnell A, Foege N. H. Healt.
Consequences of Contraceptive use and Reproductive Patterns four nawmer med ASSN.
1991: 265 (20) :2692-96.
- 4.- Manuel Urbina Fuentes, José Luis Palma Cabrera. Adelaida Gómez del Campo.
El Impacto de la Planificación Familiar en algunos indicadores del bienestar social.
Gaceta Médica de México.
Vol. 127 No. 2, Marzo-Abril 1991.pág. 154.
- 5.- Salud Publica de México.
Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
Mayo-Junio 1994. Vol.36 No. 3, pág. 334-340-341.
- 6.-Consejo Nacional de Población México.
Principales Aspectos del Plan de Acción Mundial sobre Población.
México, 1984: 9-29.
- 7.- Consejo Nacional de Población México.
Declaraciones de la Ciudad de México sobre Planificación y desarrollo.
México, 1984 : 20-29.

- 8.- Chavez Delgado Alberto.
Características de las Usuarías de Métodos de Planificación Familiar en la Clínica de Medicina Familiar de San Luis Potosí.
1994 ; pág. 4-10.
- 9.- Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar.
No. Especial. 1995. Pág. 4-10.
- 10.-S.H.Chrane.
Fertility and Education : Nhat. Dowe Really Know.
World Bank Staff. Ocasional paper.
University Press, Baltimore, M.D.E.E.U.U. pág. 26.
- 11.-T.Castro Martín y W Njugu.
A Decade of Change in Contraceptive Behavior in Latin America:A Multivariate Descompositium Analysil.
United Nations Population Bolletin.
36: 81- 109, 1994.
- 12.- Teresa Castro Martín y Fátima Juárez.
La influencia de la Educación de la Mujer sobre la Fecundidad en América Latina.
En Busca de Explicaciones.
No. Especial. 1995, pág. 7.
- 13.- P. Bordieu y J. Passeron.
Reproduccion in Education, Society and Culture.
Londres, 1982.
- 14.- Correspondera la "Necesidad Satisfecha"
Network en Español.
Octubre 1994. Pág. 7.
- 15.- Landry E. Verme CS, Rabronovitz. L.M. y col.
Pospartum Contracepcion Perspetives from Clients and Service prosiders insuf.
Countries.
Informe Publicado.
Association for Voluntary ansafe Contracepcion internacional 1992.

- 16.-Ruth R. Puffer.
La Planificación Familiar y la Mortalidad Materna e Infantil en los E.U.
Pág.. 401.
- 17.- Mosher W D.
Contraceptive Practice in the United States 1982-1988.
1990; 22: 198-205.
- 18.- Trussell J. Teenage.
Fam. Planm. Perspect.
1988; 20: 262-272.
- 19.- Jones EF, Forrest JD, Hens Haw.SK.
Contraceptive Practice and Family Planning Services in Developed Countries.
1988; 20 : 53-67.
- 20.-Grant J. B.
Estado Mundial de la Infancia.
Nueva York : Oxford J University Press para el Fondo de las Naciones Unidas.
1989.
- 21.- Arturo Garcia Treviño.
Métodos Anticonceptivos.
Gaceta Médica de Mexico.
Vol. 129, No. 1 Enero- Febrero 1993, pág. 9.
- 22.- Soberón G, Kumate J y Laguna J. Compiladores.
La Salud en México. Testimonios 1988 México D.F.
Fondo de Cultura Económica S.A.
1988: 136- 155.
- 23.- Ana María Salinas Martínez.
Percepción de Riesgo y Actitud hacia la Anticoncepción en mujeres con Embarazo de Alto Riesgo.
Salud Publica de México.
1994; 36: 513-520 pág. 519.
- 24.- Westoff, CF, Ochoa L.H.
Opemnet Need and the Demand for Family.

- Planning- Demographic and Health Surveys.
Comparative Studies No. 5 1995
- 25.-F.M. Adan Gil, Guillen Anton, S.Moral Serrano.
Perfil de Usuario y Tolerancia de los Principales Métodos Anticonceptivos en la
Atención Primaria.
Atención Primaria.
Vol. 15, no. 2, 15 de Febrero de 1995, pág. 101.
- 26.- Ramirez A, Avesilla A, Loperema M. Ruiz E, Sánchez.
Contracepcion.
Manual de Atención Primaria
Segunda Edición. Barcelona.
1989: 606-621.
- 27.- Martinez J. Espejo J. Valero A, Pénula L.A.
Anticoncepción Hormonal, Problemas y soluciones.
Atención Primaria.
1993. 12 : 161-165.
- 28.- Network en Español.
El Análisis de Costos Desempeña Papel Vital.
Pág. 24.
- 29.-Network en Español.
La Mujer y la Planificación Familiar.
Octubre 1994. Pág. 4.
- 30.-Jorge Martínez Manatou.
Planificación Familiar y Demografía Médica.
Un Enfoque multidisciplinario I.M.S.S.
1985. pág. 59.
- 31.- Manual de Procedimientos de Planificación Familiar.
Coordinación de Salud Reproductiva Materno Infantil.
Dirección de Prestaciones Médicas del I.S.S.S.T.E.
Febrero 1995 pág. 8.

- 32.- Arturo Garcia Treviño.
Métodos Anticonceptivos.
Gaceta Medica de México.
Vol. 129. No. 1, Enero- Febrero 1993 pág. 69.
- 33.- Manuel Urbina Fuentes. Jose Luis Palma- Cabrera. Adelaida Gómez del Campo.
El Impacto de la Planificación Familiar en Algunos Indicadores de Bienestar Social.
Gaceta Médica de México.
Vol. 127. No. 2, Marzo-Abril 1991. Pág. 154.
- 34.- Consejo Nacional de Población.
Programa Nacional de Planificación Familiar.
1990-1994 pág. 13-18.
- 35.- Consejo Nacional de Población.
Principales Aspectos del Plan de Acción Mundial sobre Población.
México 1984; 9-29.
- 36.- Astorga A.L.
Revista Mexicana de Sociología.
U.N.A.M.
1990 : 247- 260.
- 37.- Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población sobre Población.
El Reto para el Año 2000.
El Programa Nacional de Planificación Familiar.
1977- 1994. 2 No. 8 julio de 1995.
- 38.- C.Prada , M. C. Del Río F. J. Alvarez.
Consumo de Anticonceptivos y Habito Tabáquico en las Mujereres Españolas.
Atención Primaria.
Vol. 18 No. 8. 15 de Noviembre 1996.
- 39.- Roberto Castro Pérez. Isabel Hernandez – Tezoquipa.
Opinión de los Diversos Actores sobre la Participación Comunitaria en Salud y
Planificación Familiar.
Salud Pública de México.
15 octubre 1992. Pág. 377.

ANEXOS

RESUMEN.

El objetivo del presente trabajo, fué conocer la aceptación de la metodología anticonceptiva y causas de no aceptación de la misma en 100 mujeres en edad reproductiva que acudieron al consultorio no. 4 de la clínica de Medicina Familiar del I.S.S.T.E. de Salina Cruz, Oax. en el periodo del 15 de Mayo al 30 de octubre de 1996.

Se realizó un estudio Observacional-Descriptivo-Transversal con 100 mujeres en edad reproductiva (15-49) mediante la aplicación de un cuestionario diseñado especialmente para ello, la información obtenida mostró lo siguiente:

De las 100 pacientes entrevistadas, 64% son usuarias activas que tienen en su mayoría (50%) entre 31-39 años, y (24%) con rango de 21-30 años.

El mayor número de usuarias se encuentra en la población urbana (85%) y con escolaridad de primaria completa (34%) además de las profesionistas (25%). El método de Planificación Familiar más utilizado es el método quirúrgico (oclusión tubaria bilateral) (40%) .

El motivo de no aceptación a los métodos de Planificación Familiar fué de un 36% y de ese el 19 % es debido a las reacciones secundarias de los mismos.

En lo que respecta a la opinión de las usuarias sobre la Planificación Familiar la mayoría respondió que no desean tener más hijos y que les gustaría encontrar un método que ocasione el menor daño posible.

Utilizando categorías para calificar la aceptación del programa de Planificación Familiar en la Clínica de Medicina Familiar de Salina Cruz, Oax., encontramos rangos de excelente (100%) buena (80%), regular (60%), mala (40%), se concluye que se encuentra en la categoría Regular (60%).



CONSEJO MEXICANO
DE CERTIFICACION EN MEDICINA
FAMILIAR, A.C.

Anáhuac No.60 Col. Roma México, 06700 D.F. Tel: 574-5387

A quien corresponda:

Por la presente se hace constar que la doctora MARIA DOLORES CORRES HEREDIA ACREDITO el examen de Certificación de este Consejo en Medicina Familiar, sustentado el día 07 de diciembre de 1996.

Se extiende la presente constancia provisional a los diez días del mes de febrero de mil novecientos noventa y siete en la Ciudad de México, Distrito Federal, a petición de la interesada y para los fines legales que a ella convengan.

Atentamente

DR. RICARDO ANZURES CARRO
Presidente



RAC/mcua