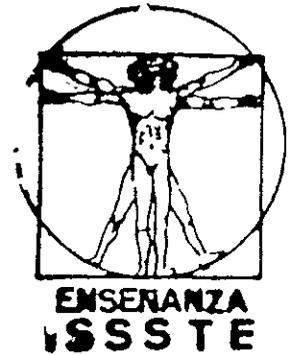


11226
2^{es.}



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL DR. "MIGUEL TREJO OCHOA"

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR,
EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA
HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA. (ISSSTE)
COLIMA, COL., 1997.**



TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dra. Luz Angélica Ahumada López.



ISSSTE

261961

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR, EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" (ISSSTE)**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

P r e s e n t a :

Dra. Luz Angélica Ahumada López.

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
U N A M

Irigoien
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORD. DE INVESTIGACION
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
U N A M

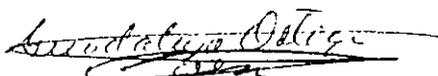
~~**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA CARIBAY**~~
COORD. DE DOCENCIA
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR
U N A M

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR, EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" (ISSSTE)**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

P r e s e n t a :

Dra. Luz Angélica Ahumada López.



DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN COLIMA, COLIMA
ASESOR DE TESIS.



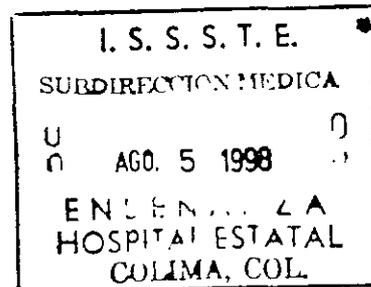
DR. OSCAR URIBARREN BERRUETA.
ASESOR DE TESIS



DR. JOSE CASTRO CÁNTE.
ASESOR DE TESIS ISSSTE.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.
JEFE DEL DEPTO. DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, ISSSTE.



**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR,
EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL
DR. MIGUEL TREJO OCHOA. (ISSSTE)**

CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" ISSSTE
COLIMA, COLIMA, MEXICO.

Dra. Luz Angélica Ahumada López.

INDICE

	Pág.
Marco Teórico	1
- Consenso Internacional sobre la libertad de Procrear	16
- Métodos Temporales	22
- Métodos de Barreras	25
- Anticonceptivos hormonales	27
- Método hormonal subdérmico	37
- Dispositivo intrauterino	38
- Métodos definitivos o permanentes	40
Planteamiento del Problema	44
Justificación	46
Objetivos	47
- Objetivos específicos	48
Hipótesis	49
Metodología	50
- Tipo de estudio	50
- Población, lugar y tiempo	50
- Tipo de Muestra y tamaño de la muestra	50
- Criterios de inclusión	50
- Criterios de exclusión	50
- Criterios de eliminación	51
- Variables	51
Planes para la recolección de datos	52
- Planes para la presentación y análisis de datos	52
- Consideraciones éticas	53
Resultados	54
Análisis	91
Conclusiones	94
Bibliografía	99
Anexos (Cuestionario)	103

MARCO TEORICO.

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos. ⁽¹⁾

El censo de 1990, señaló que México cuenta aproximadamente con 81 millones de habitantes y de estos, 9 millones de personas en edad reproductiva practican algún método de anticoncepción con el propósito de planificar su familia. ⁽²⁾

En nuestro país existe una lucha constante contra la pobreza, y el analfabetismo, si disminuimos el crecimiento demográfico, podríamos ayudar a mejorar considerablemente nuestro nivel de vida; ya que de no actuar en forma decidida e inteligente, el mundo que heredarán nuestros hijos será desolador y de muy difícil o imposible convivencia pacífica y placentera. ⁽³⁾

Por lo anterior, dentro de las actividades de la salud, la Planificación Familiar constituye una de las materias de actualización, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos. ⁽⁴⁾

Por ello, es importantísimo fortalecer los programas de planificación familiar, ya que además de disminuir el crecimiento demográfico, el índice de mortalidad materno-infantil, el índice de fecundidad, de proporcionar vital información a mujeres adolescentes sobre el riesgo de embarazo a temprana edad, su salud, y el impacto de la maternidad adolescente en la sociedad en general, reduce el

porcentaje de embarazos de alto riesgo, ayudándonos por medio de la educación a la población y de la capacitación al personal médico, manejar mejor la salud de nuestra población. ⁽⁴⁾

El programa de Planificación Familiar tiene además la finalidad de concientizar sobre la importancia de asegurar una población racional y equilibrada, procurando que el crecimiento demográfico previsible sea congruente con las especialidades de cada región, ya que un número acelerado de la población se refleja en la demanda creciente de satisfactores tales como: vivienda, empleo, aumento de la demanda de alimentos, contrarrestado con la escasez de los mismos, aunado a lo anterior el deterioro de los recursos naturales, y la disminución de la tierras agrícolas, lo cual aumenta el consumo per capita. ⁽³⁾

El fenómeno reproductivo expresado como fecundidad, es un indicador del ritmo de una población, e indica el número promedio de hijos que tendrán las mujeres al final de su periodo reproductivo, bajo las condiciones de fecundidad prevalecientes en un momento determinado. ⁽⁵⁾

En la República Mexicana este factor, se mantuvo en niveles altos alrededor de 6 hijos por mujer, hasta principios de la década de 1970; 20 años después, debido al notable cambio en los patrones reproductivos, sobre todo en la población urbana del país, la fecundidad ha disminuido a 3 hijos por mujer, y la edad media de la población se sitúa en los 20 años. ^(6 y 4)

Sin embargo las mujeres entre los 20 y 40 años son las que más contribuyeron a la reproducción. ⁽³⁾

En la actualidad el 66.5% de las mujeres unidas en nuestro país

utilizan algún método de planificación familiar. ^(7, 8, 9)

Como consecuencia de todos estos cambios, la tasa de crecimiento demográfico también ha reducido significativamente; de casi 3.5% en 1970, pasó a una cifra estimada de 1.9% en 1992, así su tiempo de duplicación que hace 2 décadas era de 20 años, sería de 35, si se mantiene el ritmo actual. ⁽⁶⁾

Además de lo anterior recordemos que la tasa de mortalidad infantil representa el número de niños que fallecen antes de cumplir los 5 años, las variables que tienen mayor impacto en estos índices son: edad de la madre; tiempo transcurrido entre un nacimiento y el siguiente, el total de hijos, además de la localidad de residencia de la madre, por ejemplo: si es del área urbana o rural. ⁽⁵⁾

La tasa de mortalidad infantil en nuestro país por cada 1,000 habitantes del grupo de edad menores de 5 años ha disminuido significativamente en 1990 de 7.7 a 1995 de 5.3. ^(7, 10)

En nuestro estado específicamente esta tasa de mortalidad infantil fue en 1990 de 8.5 y disminuyó en 1995 a 4.6. ^(7, 10) (Ver figura 1, tabla No. 1).

En 1990 se realizó un estudio en nuestro país en donde se encontró que los métodos más utilizados son la salpingoclasia o ligadura (36.2%), el dispositivo intrauterino (19.4%), la píldora (18.2%), el ritmo (8%), el coito interrumpido (6.3%) en ese orden de preferencia. ⁽²⁰⁾

Asimismo se encontró que los métodos de planificación familiar continúan recayendo en las mujeres ya que la participación del sexo masculino se mantiene en niveles bajos, por cada 100 mujeres que

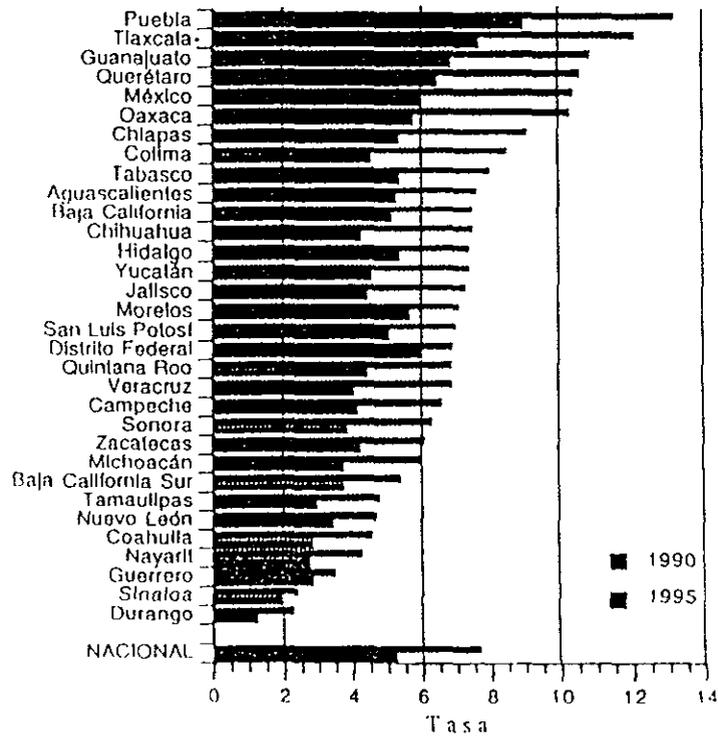
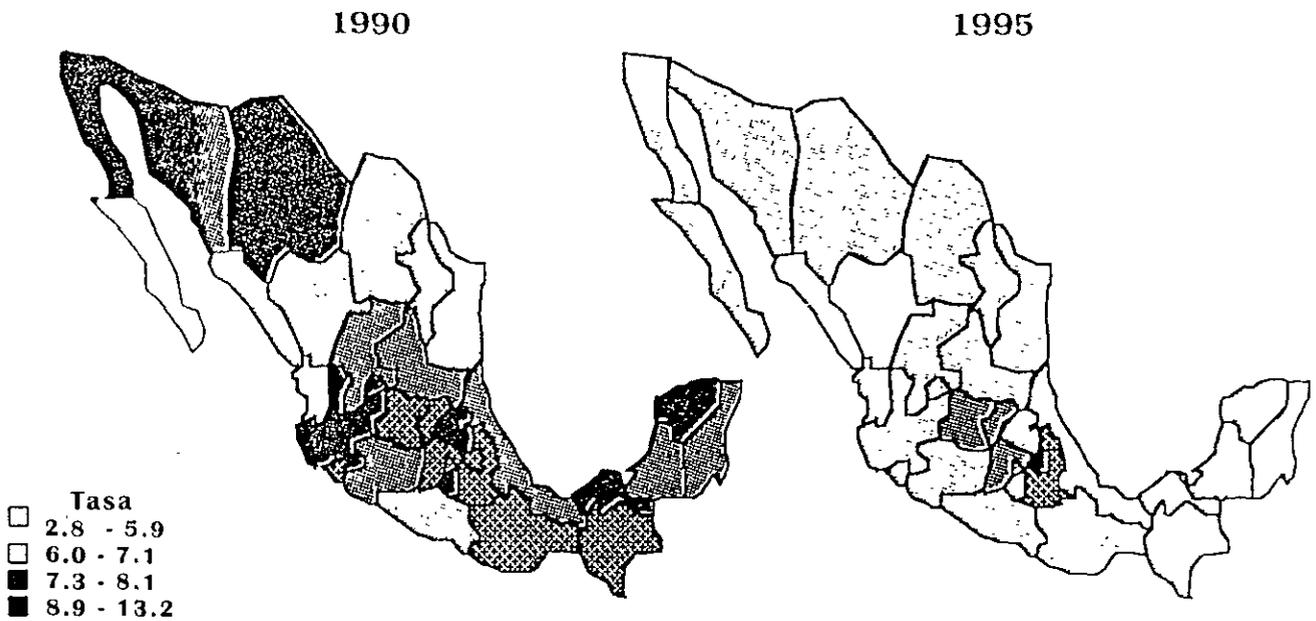
eligen la esterilización sólo 11 hombres se realizan vasectomía. ⁽²⁹⁾

Así como también se incrementó el uso de anticonceptivos en mujeres de todas las edades particularmente en mujeres de 25 a 44 años de edad y de 45 a 49 años son las que siguen mostrando los niveles más bajos en el uso de anticonceptivos. ⁽²⁹⁾

Otro de los aspectos que se mencionan y que influyen en la decisión para la regulación de la fecundidad es el nivel de escolaridad ya que al inicio de la década el 46% de las mujeres tenía primaria incompleta, así como también se incrementó el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de las zonas urbanas a un 63.5%. ⁽²⁹⁾

Las mujeres de menor edad (de menos de 30 años) son las que recurren al uso de métodos de carácter temporal o métodos tradicionales en tanto que las mujeres de más edad (30 años o más) particularmente optan por un método de carácter definitivo. ⁽²⁹⁾

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS*



* Tasa por 1,000 habitantes del grupo de edad

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS
1990 - 1995

Entidad Federativa	Tasa de mortalidad por 1,000 habitantes del grupo de edad						Variación Porcentual (90 - 95)
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Aguascalientes	7.6	7.7	6.3	6.0	5.6	5.3	-30.2
Baja California	7.5	6.5	5.9	5.5	5.7	5.2	-29.7
Baja California Sur	5.4	5.3	4.4	4.6	4.1	3.8	-29.3
Campeche	6.6	4.9	4.7	4.4	4.9	4.2	-36.1
Coahuila	4.6	3.9	3.9	3.5	3.1	2.9	-36.5
Colima	8.5	5.9	5.5	4.7	5.1	4.6	-45.7
Chiapas	9.1	7.6	6.5	6.7	6.2	5.4	-40.1
Chihuahua	7.5	5.7	5.4	4.9	4.9	4.3	-43.0
Distrito Federal	6.9	7.4	7.1	6.3	6.6	6.0	-12.7
Durango	2.3	1.8	1.7	1.7	1.7	1.3	-40.9
Guanajuato	10.9	9.1	7.7	7.6	7.2	6.9	-36.2
Guerrero	3.5	2.6	2.1	2.4	2.7	2.9	-15.6
Hidalgo	7.4	7.0	6.8	6.0	5.7	5.4	-28.0
Jalisco	7.3	5.5	5.1	4.8	4.8	4.5	-37.9
México	10.4	7.6	7.0	6.5	6.4	6.0	-42.7
Michoacán	6.0	5.0	4.2	4.0	4.0	3.8	-36.3
Morelos	7.1	5.9	5.0	5.1	4.9	5.7	-20.7
Nayarit	4.3	3.2	2.6	3.1	2.9	2.8	-36.2
Nuevo León	4.7	4.5	4.1	3.7	3.7	3.5	-26.9
Oaxaca	10.3	7.6	6.0	6.8	5.9	5.8	-43.3
Puebla	13.2	9.7	8.9	9.0	9.1	9.0	-32.4
Querétaro	10.6	8.3	7.5	7.3	6.7	6.5	-39.3
Quintana Roo	6.9	5.9	5.6	5.3	4.8	4.5	-34.6
San Luis Potosí	7.0	5.7	5.9	5.6	5.5	5.1	-26.4
Sinaloa	2.4	2.3	1.9	2.2	2.2	2.0	-17.2
Sonora	6.3	4.9	5.5	4.8	4.8	3.9	-37.3
Tabasco	8.0	7.0	6.0	5.8	5.9	5.4	-32.9
Tamaulipas	4.8	4.2	3.7	3.6	3.4	3.0	-37.6
Tlaxcala	12.1	9.7	9.4	8.2	8.8	7.7	-36.2
Veracruz	6.9	5.3	4.5	4.4	4.2	4.1	-40.2
Yucatán	7.4	5.9	5.4	5.7	5.2	4.6	-37.1
Zacatecas	6.1	5.3	5.0	4.3	4.1	4.3	-29.5
Estados Unidos Mexicanos	7.7	6.3	5.7	5.5	5.4	5.3	-31.2

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA.

En la materia de salud reproductiva, la tasa de mortalidad materna muestra una tendencia descendente en los últimos 15 años en nuestro país, en 1990 fue de 5.4 (tasa de mortalidad por cada 10,000 nacidos vivos registrados), disminuyendo a 5.3 en 1995. ^(7,10) (Ver figura 2, tabla No. 2)

En el estado de Colima, esta tasa en 1990 fue de 3.0 y en 1995 de 3.1. ^(7,10)

En 1992 la tasa global en nuestro país de fecundidad, que está dada por el promedio de hijos por mujer fue de 3.5; en 1994 de 2.9 y en 1995 de 2.8. ^(7,8,9) (Ver figura y tabla No. 3)

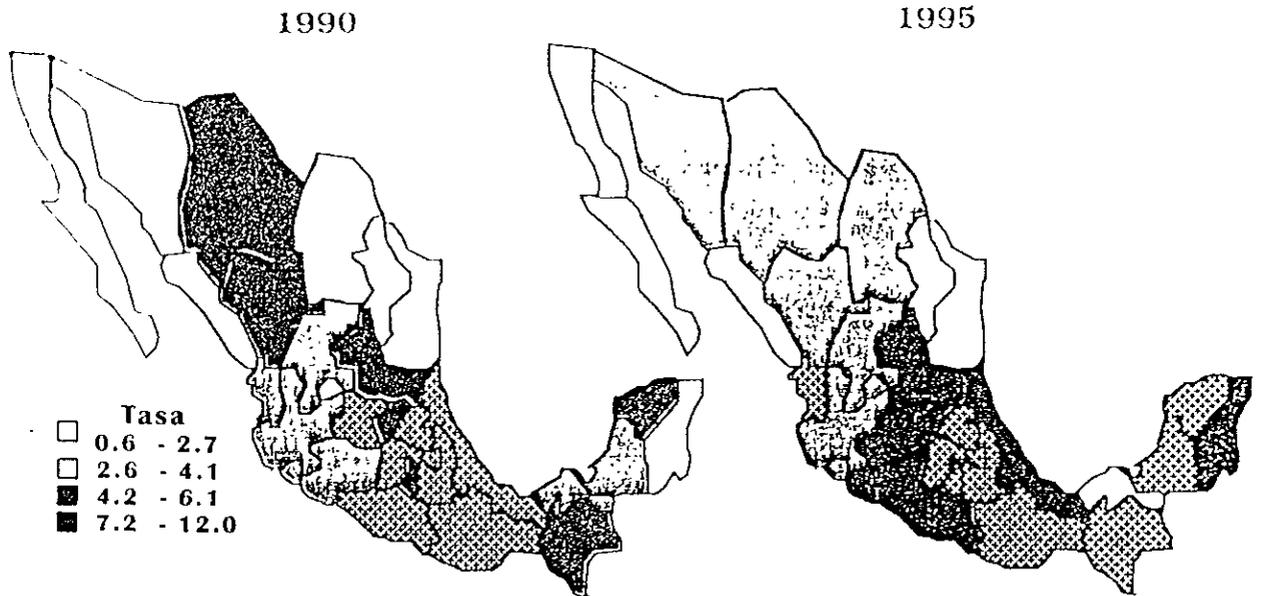
En el estado de Colima, la tasa de fecundidad fue en 1992 de 3.0 y en 1995 de 2.6. ^(7,8,9)

El estado de Colima cuenta con una población de 488,028 habitantes, de los cuales 245,241 corresponden a población femenina con el 50.3% del total de la población. ^(11,12) (Ver tabla No. 4)

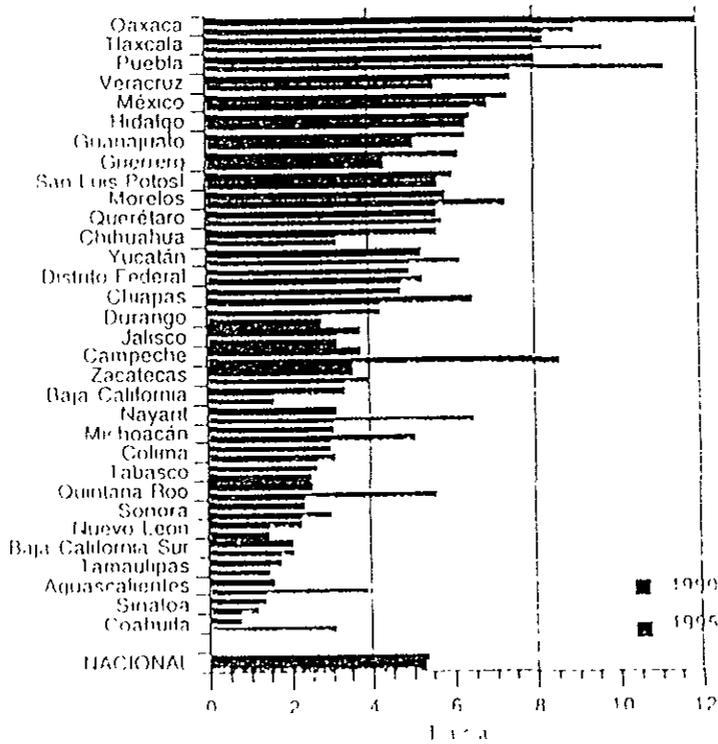
El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado tiene una población registrada de 39,365 personas, de ellas 21,589 corresponden a población usuaria femenina. ⁽¹³⁾ (Ver tabla No. 5)

De la población femenina usuaria del ISSSTE, sólo 12,225 mujeres se contemplan en el rubro en edad fértil, correspondiendo al 56.61% del total de la población femenina. ⁽¹³⁾

MORTALIDAD MATERNA*



Tasa
 □ 0.6 - 2.7
 □ 2.6 - 4.1
 ■ 4.2 - 6.1
 ■ 7.2 - 12.0



* Tasa por 10 000 nacidos vivos registrados.

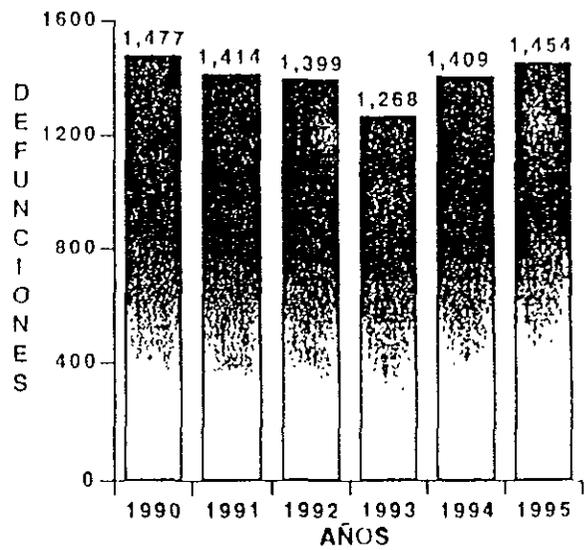
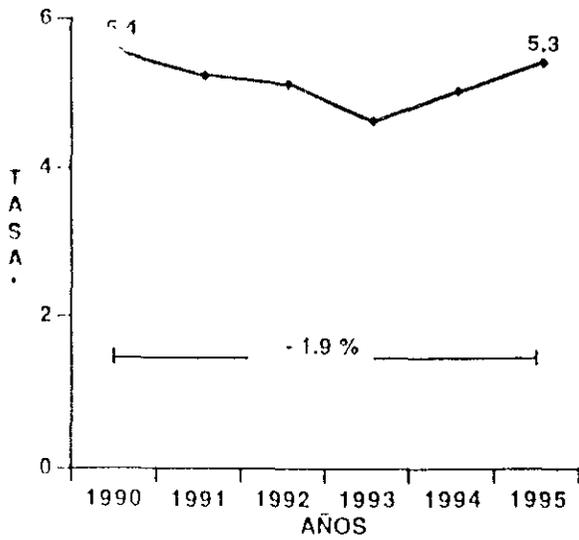
fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA

**MORTALIDAD MATERNA
1990 - 1995**

Entidad Federativa	Tasa de mortalidad por 10,000 nacidos vivos registrados						Variación Porcentual (90 - 95)
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
Aguascalientes	1.6	3.3	3.2	1.2	3.0	3.9	143.8
Baja California	3.4	3.5	1.5	1.8	1.5	1.6	-52.9
Baja California Sur	2.1	0.0	2.1	3.1	0.0	2.1	0.0
Campeche	3.8	3.3	5.5	5.2	6.2	8.6	126.3
Coahuila	0.8	1.5	1.3	2.7	2.8	3.1	287.5
Colima	3.0	7.1	2.4	5.5	2.5	3.1	3.3
Chiapas	4.8	5.5	6.3	5.3	5.9	6.5	35.4
Chihuahua	5.7	2.6	3.7	3.4	3.3	3.2	-43.9
Distrito Federal	5.0	5.3	5.1	5.0	5.5	5.3	6.0
Durango	4.3	1.4	1.7	1.8	3.0	2.8	-34.9
Guanajuato	6.4	4.8	5.9	3.7	4.3	5.1	-20.3
Guerrero	6.2	5.4	4.5	5.1	5.6	4.4	-29.0
Hidalgo	6.5	5.0	7.4	5.0	5.1	6.4	-1.5
Jalisco	3.8	2.7	3.3	3.0	2.5	3.2	-15.8
México	7.4	7.7	5.4	4.7	7.3	6.9	-6.8
Michoacán	3.1	3.3	5.2	3.8	3.4	5.1	64.5
Morelos	5.9	3.0	6.1	5.3	5.4	7.3	23.7
Nayarit	3.2	2.2	3.0	1.9	2.2	6.5	103.1
Nuevo León	2.3	1.8	1.4	1.5	1.5	1.5	-34.8
Oaxaca	12.0	14.3	9.6	9.4	9.9	9.0	-25.0
Puebla	8.1	8.6	7.8	6.7	7.2	11.2	38.3
Querétaro	5.7	4.7	5.5	6.7	7.0	5.8	1.8
Quintana Roo	2.6	5.0	6.8	6.5	4.6	5.6	115.4
San Luis Potosí	6.1	5.5	7.9	5.9	4.8	5.7	-6.6
Sinaloa	1.4	2.6	1.8	1.5	1.1	1.2	-14.3
Sonora	2.4	3.1	4.4	3.4	3.7	3.0	25.0
Tabasco	2.7	2.9	1.6	2.5	3.1	2.5	-7.4
Tamaulipas	1.8	2.1	1.2	1.8	1.9	1.5	-16.7
Tlaxcala	8.3	5.9	7.3	4.0	4.8	9.7	16.9
Veracruz	7.5	5.0	6.1	5.6	5.4	5.6	-25.3
Yucatán	5.3	7.6	5.8	6.7	6.1	6.2	17.0
Zacatecas	3.6	5.3	3.4	3.9	4.2	4.0	11.1
Estados Unidos Mexicanos	5.4	5.1	5.0	4.5	4.9	5.3	-1.9

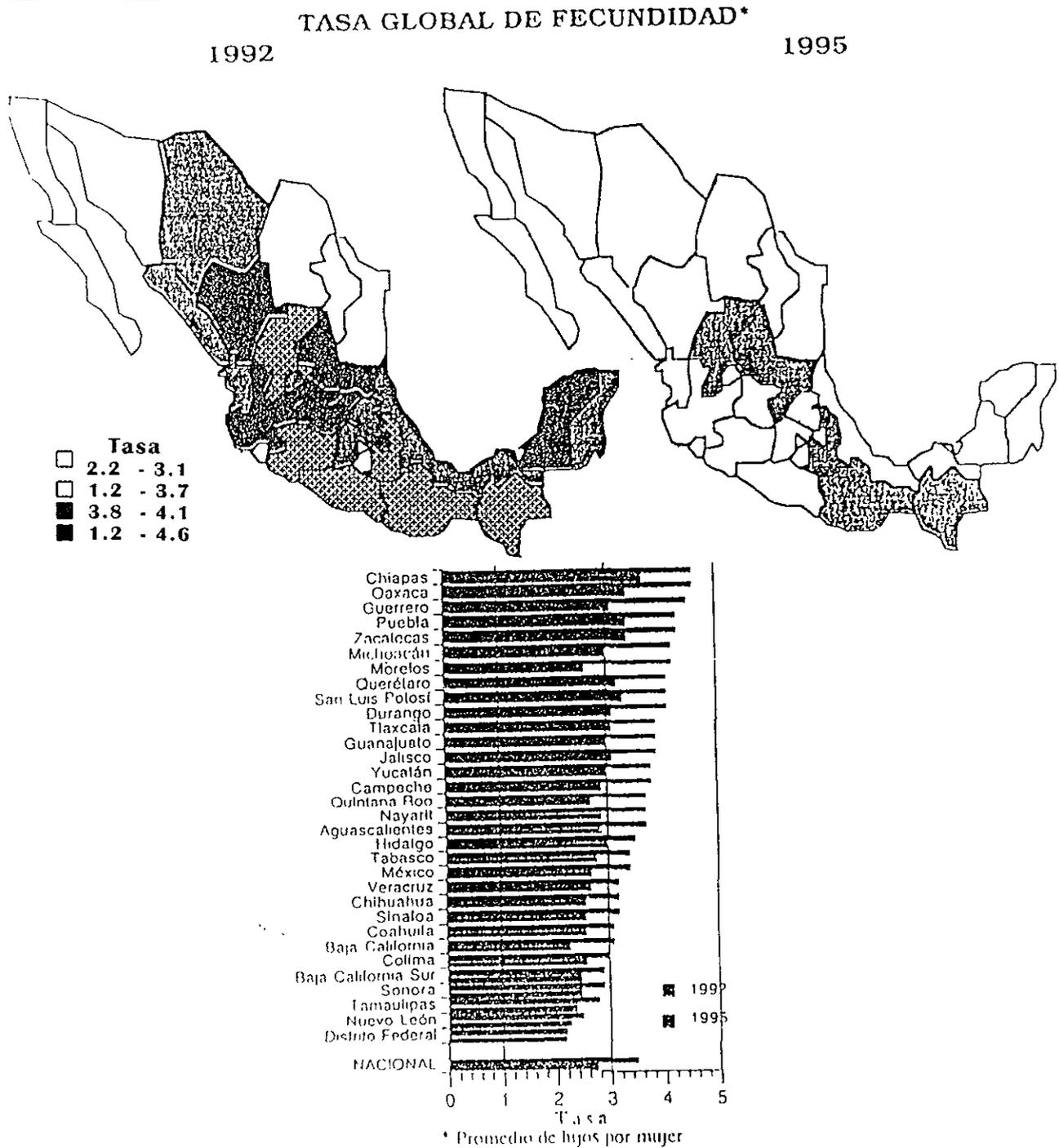
Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA.

**MORTALIDAD MATERNA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1990-1995**



* Por 10,000 nacidos vivos registrados

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA.



Fuente: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992
 Encuesta Nacional de Planeación Familiar, 1995

TASA GLOBAL
DE FECUNDIDAD
1992-1995

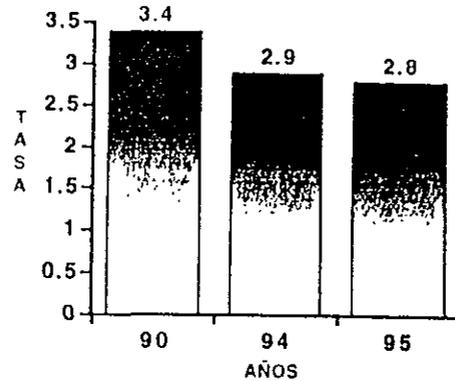
Entidad Federativa	Tasa global de fecundidad	
	1992	1995
Aguascalientes	3.7	2.9
Baja California	3.1	2.3
Baja California Sur	2.9	2.5
Campeche	3.8	2.9
Coahuila	3.1	2.6
Colima	3.0	2.6
Chiapas	4.6	3.7
Chihuahua	3.2	2.6
Distrito Federal	2.2	2.2
Durango	4.1	3.1
Guanajuato	3.9	3.0
Guerrero	4.5	3.1
Hidalgo	3.5	3.0
Jalisco	3.9	3.1
México	3.4	2.7
Michoacán	4.2	3.0
Morelos	3.0	2.6
Nayarit	3.7	2.9
Nuevo León	2.5	2.3
Oaxaca	4.6	3.4
Puebla	4.3	3.4
Querétaro	4.1	3.2
Quintana Roo	3.7	2.7
San Luis Potosí	4.1	3.3
Sinaloa	3.2	2.6
Sonora	2.9	2.5
Tabasco	3.4	2.8
Tamaulipas	2.8	2.4
Tlaxcala	3.9	3.1
Veracruz	3.2	2.7
Yucatán	3.8	3.0
Zacatecas	4.3	3.4
Estados Unidos Mexicanos	3.5	2.8

PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL UNIDAS, 1992-1995

Entidad Federativa	Prevalencia de uso de anticonceptivos	
	1992	1995
Aguascalientes	57.5	61.1
Baja California	73.7	75.8
Baja California Sur	77.2	78.0
Campeche	60.8	63.9
Coahuila	73.5	74.9
Colima	70.2	71.8
Chiapas	49.9	51.1
Chihuahua	71.0	72.6
Distrito Federal	75.9	76.5
Durango	58.6	61.2
Guanajuato	53.5	66.0
Guerrero	46.9	54.1
Hidalgo	60.2	59.7
Jalisco	59.6	63.0
México	71.1	74.5
Michoacán	55.8	58.1
Morelos	66.5	69.1
Nayarit	70.3	72.3
Nuevo León	75.4	76.5
Oaxaca	46.3	48.3
Puebla	49.5	57.6
Querétaro	50.3	55.0
Quintana Roo	62.6	65.4
San Luis Potosí	51.9	56.4
Sinaloa	70.9	72.5
Sonora	70.4	71.8
Tabasco	66.9	69.0
Tamaulipas	66.8	69.0
Tlaxcala	57.9	61.7
Veracruz	59.9	68.0
Yucatán	56.2	59.8
Zacatecas	57.4	61.5
Estados Unidos Mexicanos	63.1	66.5

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en los resultados de las encuestas realizadas
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992
Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995

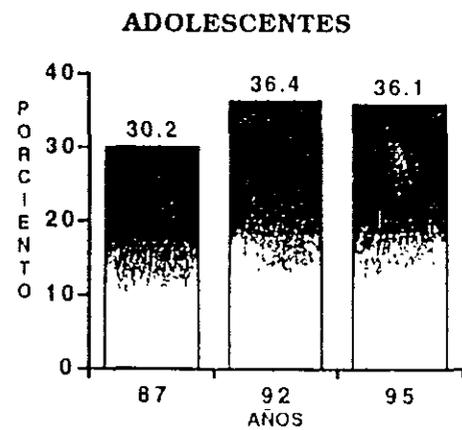
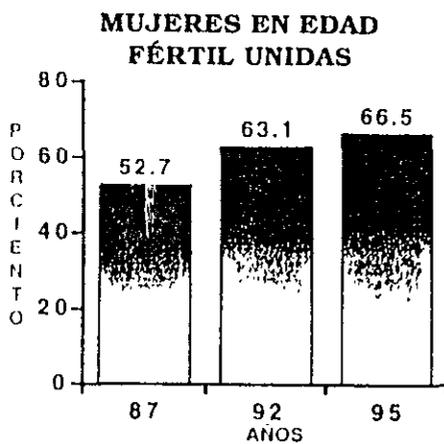
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD *
1990, 1994 y 1995



* Promedio de hijos por mujer

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática, SSA

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987
 Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992.
 Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995

POBLACION TOTAL POR MUNICIPIO
SEGUN SEXO
COLIMA
CENSO 95

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	HOMBRES 49.7 %	MUJERES 50.3 %
COLIMA	120,731	53,339	61,942
ANILCO	17,601	8,605	8,756
COQUIMILAN	16,939	8,395	8,473
COMARTIAGO	25,462	12,736	12,726
VALLE DE GUAYABEZ	68,709	32,452	32,258
SUB-TOTAL	147,083	121,278	125,895
AMERICA	28,015	14,182	13,833
EXTRABUACAN	4,939	2,519	2,471
TOTAL	91,036	45,737	45,299
SUB-TOTAL	124,310	62,437	61,603
MUNICIPIO	102,524	51,753	53,821
MUNICIPIO	6,371	439	1,012
SUB-TOTAL	118,895	53,072	57,333
TOTAL ESTADO	139,978	242,167	245,241

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INEC) PRESENTA LOS RESULTADOS DEL CENSO DE PUEBLO Y VIVIENDAS DE 1995, CON UN TOTAL DE 139,978 HABITANTES EN EL ESTADO DE COLIMA, DE LOS CUALES 242,167 SON HOMBRES Y 245,241 MUJERES.

POBLACION DERECHOHABIENTE USUARIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPO POR EDAD	S E X O				T O T A L	
	MASCULINO		FEMENINO		Núm. %	
	Núm.	%	Núm	%		
Menores 1 Año	31	0.17	18	0.08	49	0.12
1 - 4 Años	1304	7.34	1153	5.34	2457	3.70
5 - 9 Años	2023	11.38	2012	9.32	4035	10.25
10 - 14 Años	2204	12.40	2066	9.57	4270	10.85
15 - 19 Años	1780	10.01	1873	8.67	3653	9.28
20 - 24 Años	1332	7.49	1624	7.52	2956	7.51
25 - 29 Años	823	4.63	1581	7.32	2404	6.11
30 - 34 Años	1089	6.13	2220	10.28	3309	8.40
35 - 39 Años	1509	8.49	2388	11.06	3897	10.0
40 - 44 Años	1345	7.57	1524	7.06	2869	7.30
45 - 49 Años	900	5.06	1015	4.70	1915	4.86
50 - 54 Años	761	4.3	780	3.61	1541	3.91
55 - 59 Años	597	3.36	709	3.28	1306	3.32
60 y más Años	2078	11.69	2626	12.16	4704	11.95
T O T A L :	17776	100 %	21589	100 %	39365	100 %

Fuente: Subdelegación de Prestaciones Económicas.

CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE LA LIBERTAD DE PROCREAR.

El estudio de la problemática demográfica ha interesado de manera muy importante a la Organización de las Naciones Unidas, reflejo de este interés ha sido su colaboración en las siguientes conferencias mundiales de población. La primera conferencia mundial de población se realizó en Roma en 1954; la segunda conferencia mundial de población se realizó en Belgrado, Yugoslavia en 1965, donde se comentó que la Planificación Familiar constituía solo uno de los elementos en la tarea de la promoción social. ⁽⁵⁾

El 10 de diciembre de 1966 se realizó la declaración de los jefes de estado sobre el crecimiento de la población, dignidad humana y bienestar; esta declaración constituye el primer antecedente conceptual del derecho a la planificación familiar, al considerarlo un derecho humano fundamental. Se reproduce a continuación parte del documento.

“Creemos que la mayoría de los padres desean contar con los conocimientos y los medios necesarios para planear sus familias, y de decidir el número de hijos que desean tener y el espaciamiento de los hijos constituye un derecho humano fundamental”. ⁽⁵⁾

“Creemos que el objetivo de la Planeación de la Familia es el enriquecimiento de la vida humana y no su restricción; que la planeación de la familia, al procurar mayores oportunidades a cada persona, da libertad al hombre para lograr su individualidad y realizar todas sus perspectivas”. ⁽¹⁾

En 1968 en Teherán, Irán se llevó a cabo una conferencia

internacional de los derechos humanos en donde se mencionó que los cónyuges tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número y el momento del nacimiento de sus hijos, así como el derecho de una educación e información adecuadas. ⁽¹⁴⁾

La tercera conferencia mundial de población se efectuó en Bucarest, en donde se da mayor importancia a la Planificación Familiar, la cuarta conferencia se llevó a cabo en México en 1984, donde se trató el fortalecimiento de los programas de Planificación Familiar, de diseñarlos en función de los valores culturales, sociales y religiosos prevalecientes en cada región o país. La importancia de fortalecer a la familia, ya que es la unidad básica para la organización y reproducción de la sociedad; la necesidad de racionalizar el acelerado proceso de urbanización de la población en muchos países, previniendo su concentración en ciudades cuyo tamaño pudiera hacer peligrar su capacidad para proveer a sus habitantes de sus satisfactores necesarios en materia de infraestructura y servicios básicos. ^(2,14)

Conforme a estos antecedentes, en México esta preocupación llevó a promulgar en 1973 la Ley General de Población, que tiene como objetivo fundamental regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución del territorio nacional, con el fin de lograr que participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social. Todo esto lleva a considerar la necesidad de realizar programas de Planificación Familiar por medio de los servicios educativos y de Salud Pública. ⁽¹⁵⁾

El 7 de enero de 1974 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, La Ley General de Población. En el capítulo 1 se mencionan los artículos siguientes:

ARTICULO TERCERO.- Para los fines de esta ley, la Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará, o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para:

Realizar programas de Planificación Familiar a través de los servicios educativos y de salud de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que organicen el sector privado, se lleve a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país. ⁽¹⁵⁾

ARTICULO 18.- La Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos que desea tener y el espaciamiento entre sus hijos, a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

ARTICULO 26.- Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad, métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo con efectos irreversibles, las instituciones o dependencias que presten sus servicios, recabarán previamente su consentimiento por escrito. ⁽¹⁵⁾

También se hace mención en la Ley General de Salud en el capítulo VI sobre los servicios de Planificación Familiar.

ARTICULO 67.- La Planificación Familiar tiene carácter

prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable e informada el número y espaciamiento de hijos, con pleno respeto a su dignidad.

ARTICULO 70.- La Secretaría de Salud y Bienestar Social del Gobierno del Estado coordinará todas las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar. ⁽¹⁶⁾

En 1976 en el reglamento de la Ley General de Población se ubican los programas de Planificación Familiar, actuando en los campos de la salud, educación, protección de la familia y en especial de la madre y el niño. ⁽¹⁷⁾

En 1970 se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, en donde se establecieron metas a corto y largo plazo.

En 1980 se logró ofrecer servicios de Planificación Familiar en prácticamente todas las unidades médicas de la S.S. y Bs. S.; el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E, existentes en el inicio del programa, sino que también se logró incrementar la oferta a través de la creación de más de 15,000 puestos de salud y de la preparación de elementos tales como: parteras empíricas o personal auxiliar voluntario. ⁽¹⁸⁾

En 1983 se instala el grupo interinstitucional de Planificación Familiar, como consecuencia se elaboró el programa interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988. El actual grupo interinstitucional de Planificación Familiar se instaló en 1989, está presidido por el Secretario de Salud (S.S. y Bs S.); así como los representantes del I.S.S.S.T.E.; I.M.S.S.; D.I.F.; de la Secretaría de Marina; de la Secretaría de la Defensa Nacional; Petróleos Mexicanos

(PEMEX); Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar (FEMAP); La Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (MEXFAM); El Centro Nacional para Adolescentes (CORA); y El Consejo de Planificación Familiar (COPLAFAM). ⁽⁵⁾

Actualmente se integran a este grupo numerosas secretarías y asociaciones, así como colegios y escuelas relacionadas con el fomento de la Planificación Familiar. ⁽⁶⁾

En México y como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulen el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países.

Para lograrlo, se actualizó la Ley sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1ro. de julio de 1992, que señala las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que deberían reunir los servicios y hablando en materia de salud, nos interesa la Planificación Familiar. En octubre de 1994 se elaboró la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar. ⁽⁷⁾

En México las actividades de promoción se inician a partir de 1974, después de la Promulgación de la Ley General de Población. Durante el programa inicial de Planificación Familiar se realizaron acciones de comunicación de manera intensiva en el arco de un programa nacional, del que derivó una campaña dirigida a la población en general y comprendida en 3 etapas:

- 1.- Concientizar sobre el problema demográfico.

2.- Invitación a la población a acudir a los centros de Planificación Familiar.

3.- Adopción de métodos de anticoncepción. ⁽¹⁾

De lo anterior se derivaron los siguientes temas:

“VAMONOS HACIENDO MENOS PARA VIVIR MEJOR”

“LA FAMILIA PEQUEÑA VIVE MEJOR” ⁽²⁾

Para responder a las necesidades de información y educación sobre la población rural, se elabora el manual de la familia campesina, y el manual de la educación sexual. ⁽³⁾

Además fueron varios los organismos públicos y privados que realizaron acciones de comunicación masiva de Planificación Familiar.

De 1990 a la fecha se han aumentado las acciones, así mismo se inició una campaña para sensibilizar a los médicos privados sobre la importancia de la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos, y se han incorporado los conceptos: Bienestar Familiar, calidad de vida de los individuos, parejas y familias, englobados todos en un término concluyente: PLANIFICACION FAMILIAR. ⁽⁴⁾

En el marco de todas estas consideraciones, El Sistema Nacional de Salud, le brinda especial atención al programa Materno Infantil, el cual contempla los subprogramas siguientes:

1.- Promoción y difusión de la lactancia materna y alojamiento del binomio madre-hijo.

- 2.- Planificación Familiar.
- 3.- Detección de Ca Cu.
- 4.- Control Prenatal.
- 5.- Vigilancia, crecimiento y desarrollo del niño de 1 a 5 años de edad. ^(1,18)

De los anteriores programas el que requiere especial atención sin dejar el resto de ser también importantes es LA PLANIFICACION FAMILIAR, el resto de los subprogramas guardan íntima relación con la Planificación Familiar.

Dentro de la Planificación Familiar existen METODOS ANTICONCEPTIVOS, de lo cual diremos que son aquellos que se deben utilizar para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja de forma temporal o permanente. ^(1,17,18)

Dividimos estos métodos anticonceptivos en:

- a). METODOS TEMPORALES.
- b). METODOS DEFINITIVOS O PERMANENTES.

METODOS TEMPORALES.

- 1.- ABSTINENCIA: La abstinencia sexual es el intento consciente de contener la satisfacción de exigencias sexuales, utilizando esto como un medio de regular la fertilidad, además de ser indicación médica en algunas enfermedades, amenaza de aborto, inmediatamente después del parto o cuando se desea prevenir, contraer o diseminar enfermedades venéreas. ^(1,2,18,19,20)

- 2.- COITO INTERRUPTO:** Consiste en retirar el pene de la vagina momentos antes de la eyaculación, se evita que los espermatozoides formen el lago vaginal y alcancen el canal cervical. Este método está sujeto a numerosos fracasos, ya que aún en las emisiones del fluido pre-eyaculatorio existen espermatozoides, que potencialmente pueden fecundar el óvulo. Si ha esta condición se le agrega realizar varios coitos seguidos, al interferir con el acto sexual, se asocia con sentimientos de insatisfacción sexual, los cuales pueden llegar a producir conflictos emocionales en la pareja. ^(1,2,14,19)
- 3.- LACTANCIA MATERNA Y ANTICONCEPCION:** La lactancia materna es el periodo de anovulación que se le sigue al parto, lo que propicia infecundidad relativa. La Hipófisis segrega grandes cantidades de prolactina y la producción y excreción de las hormonas folículo estimulantes y luteinizantes se encuentran parcialmente inhibidas, por lo que no se produce ovulación. ^(1,2,14,19)

Considerando las diferencias individuales así como las variantes culturales de los diversos núcleos de la población, en las mujeres que lactan plenamente, la amenorrea post-parto se prolonga por espacio de 8 a 12 meses, por el contrario las que no lactan o lo hacen por corto tiempo, la ovulación y la función menstrual se reanudan durante los 2 a 4 meses que siguen al término de la gestación. El efecto anticonceptivo de la lactancia materna decrece con el tiempo y también la disminución de la producción de leche. De hecho en el 5 a 10% de las lactantes en los últimos periodos de lactancia, pueden producir ovulación, fecundación e implantación inmediata, antes de que produzca la primera menstruación. Consecuentemente las mujeres que lactan

deben de ser protegidas con otros métodos de Planificación más seguros. ^(1,2,18,19,21)

- 4.- **METODO DEL RITMO O DE OGINO KNAUS:** Consiste en la abstinencia de las relaciones sexuales durante los días fértiles del ciclo menstrual de una mujer. Tomando en consideración que el fenómeno ovulatorio se da aproximadamente 2 semanas antes de que la siguiente menstruación se inicie, la capacidad fecundante del espermatozoide no es mayor de 3 días, la duración de la vida del óvulo, es de 48 hrs.

A este método se le llama del calendario cuidándose de no tener relaciones sexuales del décimo al 18vo. día, a partir de que inicie su menstruación. ^(1,18,19,20)

- 5.- **TEMPERATURA BASAL:** Refuerza el método del ritmo, consiste en que la mujer se tome la temperatura corporal, todos los días al levantarse por medio de un termómetro axilar, registre su temperatura diariamente, y evite tener relaciones sexuales en los días que exista un ligero aumento de la temperatura, lo cual tiene que coincidir con la ovulación.

Estos métodos no son muy seguros, porque no siempre se pueden evitar las relaciones sexuales en los días fértiles o por la irregularidad de la ovulación en algunas mujeres.

^(1,2,18,19,20)

- 6.- **METODO DE BILLINGS O RITMO POR EL MOCO CERVICAL:** En este método es necesario que la mujer se revise diariamente las características del moco que segrega el canal cervical-

uterino. Durante la primera mitad del ciclo por efecto de los estrógenos el moco que es inicialmente seco, se convierte en secreción fluida; al ocurrir la ovulación y comenzar la producción de progesterona, el moco vuelve a convertirse en una secreción espesa y escasa.

Para practicar este método, la mujer debe aprender a obtener diariamente con los dedos, pequeñas muestras de moco cervical y observar sus características como: cantidad, fluidez, opalencia, transparencia y filancia.

La dificultad de este método es el que la pareja no puede tener relaciones sexuales cuando quiera, solo puede hacerlo durante los días infértiles (secos), lo que provoca falta de espontaneidad en las manifestaciones afectivas de la pareja.

(1, 2, 18, 19, 20)

METODOS DE BARRERAS

7.- PRESERVATIVO O CONDON: Es una funda o cubierta cilíndrica de látex, que se ajusta al pene para cubrirlo durante el coito, lo que evita la eyaculación en la vagina, tiene un receptáculo para el semen eyaculado, aparecen enrollados en un paquete de plástico, los hay secos o lubricados. Las indicaciones de este método es prevenir las enfermedades venéreas, actualmente su uso es comercializado por todas las instituciones de salud. El condón contiene Nonoxinol-9 y proporciona del 85-97% de efectividad, siempre y cuando su uso sea el correcto. ^(1,19,20,21) De las objeciones del preservativo están: la disminución de la sensibilidad.

8.- ESPERMATICIDAS: Son sustancias que destruyen a los espermatozoides, producen la inmovilización y lisis de los espermias, son surfactantes y pueden administrarse a través de diversos vehículos como: cremas, espumas, jaleas, sprays o espuma en aerosol.

Tienen una efectividad anticonceptiva del 75-90%. En las cremas el vehículo es el ácido esteárico y derivados o glicerina, el espermaticida es el Nonoxinol-9 o Cloruro de Benzetonio.

En los óvulos el vehículo es manteca de cacao, glicerina esteárica o jabón, el espermaticida es el Cloruro de Bencetonio, Nonoxinol-9, Polietilenglicol o monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.

En las espumas en aerosol, el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos, el espermaticida es Nonoxinol-9 o Cloruro de Bencetonio.

Todos estos métodos espermaticidas están indicados en la lactancia, en la post-vasectomía inmediata, intolerancia a otros métodos anticonceptivos, o para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

ADMINISTRACIÓN: Deben aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes del coito, y evitar el post-coito en forma inmediata. ^(1,2,18,19)

9.- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: Se pueden clasificar en 3 grandes grupos:

1. Hormonales orales.
2. Hormonales parenterales o inyectables.
3. Implantes subdérmicos.

* **HORMONALES ORALES:** A su vez se dividen en 2 grupos:

- a). Los combinados de estrógeno y progestina.
- b). Los que contienen sólo progestina.

* **HORMONALES COMBINADOS ORALES QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA:** Contienen un estrógeno sintético: etinil-estradiol (20.50 mg.) o mestranol (50 - 100mg.). Las dosis diarias recomendadas no deben exceder de 35 mg. de etinilestradiol o de 50 g. de mestranol.

Además del progestágeno contiene 1 de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona:

Noretisterina (400g. - 1 mg.)

Levonorgestrel (50 - 250 mg.)

Desorgestrel (150 mg.)

Norgestrel (30 - 500 mg.)

Gestodeno (75 mg.)

Norgestimato (250 mg.)

o derivados de las 17h. roxiprogesterona:

acetato de clormadonona (2mg) acetato de ciproterona (2mg.)

PRESENTACION:

- * Existen 3 tipos de anticonceptivos hormonales combinados: (orales).
- * Las que contienen dosis constantes del estrógeno y la progestina en cada una las tabletas o grageas.

Se presenta en cajas de 21 tabletas o grageas, algunas presentaciones incluyen 7 tabletas, o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino solo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para su administración interrumpida.

- * Las que contienen 2 variables de estrógenos y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con 3 cantidades de hormona sintética.
- * Por último aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas con el estrógeno solo, seguidos por 6 tabletas con dosis fijas del estrógeno más alguna progestina sintética, se denomina secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

EFFECTIVIDAD: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 - 99%.

(1 , 2 , 18, 21)

INDICACIONES: Los anticonceptivos hormonales combinados están indicados para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que desean

un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias.

- * Antes del primer embarazo.
- * En el intervalo intergenésico.
- * En el post - aborto inmediato.
- * En post - parto o post - cesárea, después de la 3ra. semana, si la mujer no esta lactando.

CONTRAINDICACIONES:

- * Lactancia en los primeros 6 meses post parto.
- * Embarazo o sospecha de embarazo.
- * Tener o haber tenido enfermedades tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas embolia pulmonar, AVC, I, Cardiaca, Cardiopatía isquémica y Cardiopatía reumática.
- * Tener o haber tenido Ca de mama o Ca Cu.
- * Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- * Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- * Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

PRECAUCIONES: Debemos tener mucha precaución cuando exista en la paciente: Hemorragia uterina, que sean fumadoras mayores de 35 años, con antecedentes de HAS, DM no controlada, Migraña focal; y, renal, Alteraciones de la coagulación, leiomiomatosis uterina.

ADMINISTRACION: Los anticonceptivos hormonales combinados orales en el primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al 6to. o 7mo. día.

En este caso deben usarse simultáneamente con un método de barrera durante los primeros 7 días de la administración del método.

En las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas se ingiere 1 tableta diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días durante los cuales se ingiere diariamente 1 tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse 2 semanas antes de una cirugía mayor o electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad.

EFFECTOS COLATERALES: Cefalea, vómito, mareo, náusea, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual, trombosis, hepatitis.

*** HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA.**

FORMULACION: Existen 2 formulaciones que contiene dosis bajas en una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgérel 35 mg. (no contiene estrógenos). se presenta en cajas que contienen 35 tabs.

(1, 2, 4, 18, 21)

EFFECTIVIDAD: Es del 90-97%.

INDICACIONES: Las mismas que para los hormonales anteriores, pero indicado también, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado. Así como en el intervalo inergenésico aún cuando el uso de estrógenos esté contraindicado. En el post-parto o post-cesárea, con o sin lactancia.

CONTRAINDICACIONES:

- * Embarazo o sospecha de embarazo.
- * Ca Cu o Ca de mama.
- * Tumores hepáticos benignos o malignos.
- * Enfermedad hepática.
- * Administración de rifampicina y anti-convulsionantes.

ADMINISTRACION: Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primer día y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un

método de barrera como apoyo por 7 días.

Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación.

Debido a su acción y a la duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar 1 tableta a la misma hora.

En el post parto o post cesárea, cuando la mujer esté lactando se puede iniciar después de la sexta semana, si no está lactando puede iniciarse después de la tercera.

Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro anticonceptivo.

La duración de la protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta, si omite una o más tabletas el método es inefectivo.

EFFECTOS COLATERALES: Irregularidades menstruales, cefalea. ¹¹

2. 4 18)

*** HORMONALES INYECTABLES:**

Son métodos temporales de larga acción, y se dividen en dos grupos:

- 1.- Los combinados de estrógeno y progestina.**
- 2.- Los que contienen solo progestina.**

*** HORMONALES INYECTABLES: ESTROGENO Y PROGESTINA.**

Contienen un éster de estradiol: Cipionato de estradiol (5 mg); Valerianato de estradiol (5 mg) o Enantato de estradiol (5 y 10 mg).

Las dosis recomendadas no deben exceder de 5 mg. al mes. Además de estrógeno contienen una de cualquiera de las progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-Nortestosterona: Enantato de noretisterona (50 mg) o derivados de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de medroxi progesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (7-150 mgrs).

PRESENTACION:

Existen 3 tipos de Anticonceptivos Hormonales Inyectables:

- 1.- Cipionato de estradiol 5 mg. más acetato de medroxiprogesterona 25 mg o en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalizada.
- 2.- Valerianato de extradiol 5 mg más enantato de noretisterona 25 mg en 0.5 ml. de solución acuosa microcristalizada.
- 3.- Enantato de estradiol 10 mg más acetofenido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml. de suspensión acuosa.

(1, 2, 4, 18, 21)

EFFECTIVIDAD: 100%.

INDICACIONES: Mujeres en edad fértil; con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, incluyendo adolescentes, y se puede aplicar en las siguientes circunstan-

cias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenesico, o post-aborto o post-cesárea después de la 3ra. semana sin amamantar.

CONTRAINDICACIONES:

Embarazo, Ca Cu, Ca de mama, enfermedad tromboembólica, A,V,C; I cardiaca. Cardiopatía isquémica y reumática; tumores hepáticos benignos o malignos; administración de rifampicina y anticonvulsionante.

ADMINISTRACION: Se aplican I. M. profunda en la región glútea, la primera aplicación se debe hacer en cualesquiera de los primeros 5 días, después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.

Si el método se inicia después del 5to. día del ciclo menstrual, debe utilizarse un método de barrera durante los primeros 7 días después de aplicada la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 más o menos 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Las usuarias de anticonceptivos inyectables que solo contiene progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de este el día programado para su aplicación. Posteriormente se debe aplicar cada 30 días más o menos 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado

menstrual.

En el post parto o post cesárea, cuando la mujer no esté lactando se puede administrar a partir de la 3ra. semana.

Después de un aborto se inicia a partir de la 2da. semana. Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días, no es recomendable aplicarlo antes de 27 días; la aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días, a partir de la anterior, no garantiza la protección anticonceptiva.

EFFECTOS COLATERALES: Aumento de peso, mastalgia, mareo, vómito, cefalea, irregularidad menstrual.

*** *HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA.***

FORMULACION: Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 9 Nortestosterona, enantato de noretisterona (200mg.) o derivada de la 17 - hidroxiprogesterona (150 mg.)

Existen 2 tipos de estos hormonales:

- 1.- Enantato de noretisterona 200mg. en ampula de 1 ml. en solución acuosa.**
- 2.- Acetato de medroxiprogesterona 150 mgr. en ampolletas de 3 mls. en suspensión acuosa microcristalina.**

EFFECTIVIDAD: Del 99%.

LAS CONTRAINDICACIONES E INDICACIONES: son las mismas que los hormonales que solo contienen estrógeno y progestina.

ADMINISTRACION: la primera aplicación debe efectuarse en cualquiera de los primeros 7 días de iniciada la menstruación.

Las inyecciones deben aplicarse cada 3 meses. Las inyecciones subsecuentes de DMPA (acetato de medroxiprogesterona) deben aplicarse cada 3 meses y las de NET-EN (Enantato de Noretiterona) cada 2 meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

En el post - parto, cuando la mujer esta lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.

En el post - aborto debe efectuarse inmediatamente.

La protección anticonceptiva conferida por NET - EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección y la protección conferida por DMPA se extiende a por lo menos 90 días.

Los efectos colaterales son los mismos que para los hormonales inyectables del primer grupo.

La aplicación de NET - EN puede efectuarse hasta 2 semanas después de la fecha programada sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta 2 semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta 4 semanas después de la fecha programada sin necesidad de adicionar otro método. (1, 2, 4, 10)

METODO HORMONAL SUBDERMICO.

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógenos).

Esta compuesto por seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg. de levonorgestrel.

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

Este método esta indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica.

Se puede aplicar antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicando.

En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

En el post - aborto inmediato o en el post - parto o post - cesárea, aun cuando esté lactando.

Las contraindicaciones son: en embarazo, sospecha de embarazo, Ca Cu; Ca de mama; Tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática; durante la administración de rifampicina y/o anticonvulsionantes.

Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método de 2 años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kgr.

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualquiera de los primeros 7 días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no existe embarazo. En el post - parto o post - cesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la 6ta. semana del puerperio.

La remoción debe efectuarse al cumplir 5 años de uso. También puede realizarse a solicitud de la usuaria en cualquier momento.

Los efectos colaterales que se pueden presentar son: hematoma en el área de aplicación; infección local, dermatosis; irregularidades menstruales, cefalea, mastalgia y embarazo ectópico ^(1, 2, 4, 18, 21, 22, 23)

10.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO: Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Los dispositivos intrauterinos consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contiene en un principio activo o coadyuvante para su localización y

extracción.

Estos dispositivos se obtienen esterilizados en una presentación individual acompañados de su insertor.

Brinda una efectividad de 95 - 99%. Esta indicado en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, multigestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes, antes del primer embarazo en el intervalo intergenésico, en el post - parto, trans y post - cesárea, con o sin lactancia, y en el post - aborto.

Está contraindicado en embarazo o sospecha; útero menor de 6 cm. patología de deformidad en cavidad uterina, enfermedad inflamatoria pélvica y corioamnioitis.

Debemos tomar en cuenta, para su colocación y como medida de precaución: la presencia de hemorragia uterina, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia, dismenorrea severa, antecedentes de enfermedades inflamatoria pélvica, antecedentes de embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, trabajos de parto prolongado.

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

Puede colocarse en el periodo intergenésico preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual seguros de que no existe embarazo.

En el periodo post - placenta se puede colocar antes de su egreso del hospital, en el post - aborto se coloca inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina, por aborto a cualquier

edad de embarazo.

En el puerperio tardío entre las 4 y 6 semanas, post - abortos, post - parto y post - cesárea.

La protección anticonceptiva que brinda los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contenga. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380A y Tcu 220C es de 6 a 8 años y para los Multiload 375 y 250 es de 5 y 3 años respectivamente.

Los efectos colorantes pueden ser: dolor pélvico e inflamación pélvica durante el periodo menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado, si los efectos colaterales después de ser tratados persistentes más días debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU.

Una complicación inmediata como accidente al insertar el DIU es la perforación uterina, que es una urgencia quirúrgica.

La primera revisión del DIU se debe hacer a la 4 - 6 semana de colocado, la segunda a los 6 meses y subsecuentes cada año. (1, 2, 4, 15

21, 24, 25, 26)

METODOS DEFINITIVOS O PERMANENTES

11.- OCLUSION TUBARIA BILATERAL (salpingoclasia): Es un método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización.

Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas o multíparas que deseen en método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental y está contraindicado realizarlo en enfermedad inflamatoria pélvica.

Se puede llevar a cabo en el periodo intergésico, en el intervalo post- parto, trans - cesárea y post - aborto.

Se puede indicar según el caso, anestesia general, anestesia local más sedación o bloqueo epidural.

La vía de acceso puede ser por minilaparatomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.

El procedimiento quirúrgico puede ser: salpingectomía y ligadura, salpingotomía (fimbriectomía); técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving; y por último mecánica, por la aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración. Se recomienda la técnica de Pomeroy modificada. (1, 2, 4, 18, 21, 27)

- 12. VASECTOMIA: Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.**

Este método brinda el 99% de efectividad.

Está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones

médicas, retardo mental.

Está contraindicado en la criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia y se debe de tener precaución si existe infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filariasis (escroto engrosado), hernia inguino escrotal; enfermedades hemorragíparas.

Para la realización existen 2 técnicas quirúrgicas:

- 1.- La técnica tradicional (con bisturí).
- 2.- La de Li (sin bisturí).

La técnica tradicional es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

En la técnica de Li sin bisturí, se ligan y se cortan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

Ambas técnicas puede emplearse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

Es un método anticonceptivo permanente, la vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del preservativo u otro método para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Ocasionalmente se pueden presentar problemas asociados al procedimiento quirúrgico como: equimosis, infección en la herida qx.

granuloma, hematoma.

Debe efectuarse un conteo de espermatozoides a los 3 meses en caso de ser positivo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. (1, 4, 18, 21)

28)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

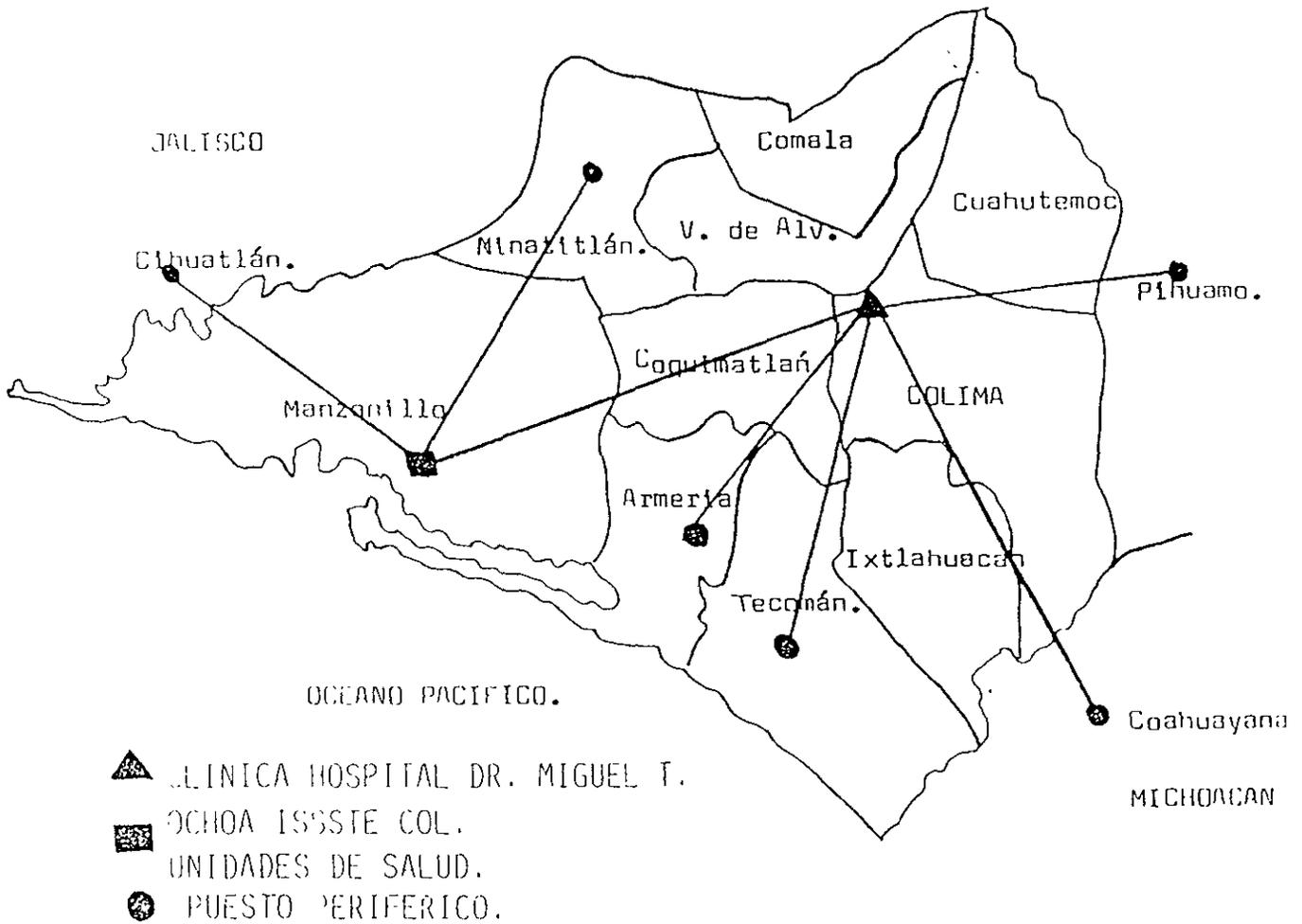
El crecimiento demográfico en el estado de Colima, ofrece algunas diferencias en los municipios del estado, dada la diversidad de características socioeconómicas en cada uno de ellos. Esto ha llevado entre otras cosas a la concentración de la población en la región más desarrollada, en busca de mejores oportunidades de vida, y fácil acceso a los servicios de salud y transporte entre otros.

En nuestro estado, y especialmente en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, las actividades de planificación familiar para la población, constituyen un elemento fundamental en el cambio de actitud, para modificar la conducta reproductiva hacia la limitación en el tamaño de la familia, en el inicio tardío y la terminación temprana de los embarazos, cuestiones sustantivas en el logro de los objetivos de salud y demográficos del programa. (Ver figura No. 4)

Por tal motivo surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos en la población usuaria de la Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa, ISSSTE, Colima?.

ESTADO DE COLIMA.

ZONAS DE INFLUENCIA EN EL ISSSTE .



J U S T I F I C A C I O N .

Entre los factores que influyen de manera más, importante en el nivel de uso de métodos anticonceptivos por la población, se encuentra la oferta de los mismos, así como la disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

En el momento actual, en nuestro Instituto la prescripción o aplicación de un método anticonceptivo se realiza a libre demanda, es decir, sólo en aquella población que específicamente lo solicita. Esta situación reduce sensiblemente las posibilidades de captación de nuevas usuarias al no ofrecerse la anticoncepción en forma rutinaria a las mujeres en edad fértil.

Las encuestas realizadas nos permiten conocer la frecuencia en el uso de métodos anticonceptivos y analizar los factores relacionados con la aceptación de los mismos, mejorando las prestaciones de este servicio que para todos es prioritario.

O B J E T I V O S.

OBJETIVO GENERAL:

- * Determinar la frecuencia en el uso de los métodos de Planificación Familiar en pacientes derechohabientes de la Clínica Hospital " Dr. Miguel Trejo Ochoa " I.S.S.S.T.E. Colima.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Determinar la edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión de las usuarias de los métodos de Planificación Familiar.**
- * Determinar el porcentaje de usuarias que no desean tener más hijos.**
- * Determinar el método de Planificación Familiar de más uso.**
- * Determinar quien eligió el método anticonceptivo a usar.**
- * Identificar el lugar de obtención de los métodos anticonceptivos.**
- * Identificar el motivo de la No aceptación de métodos anticonceptivos.**
- * Conocer el motivo de abandono de los métodos de Planificación Familiar.**
- * Determinar el porcentaje de mujeres que desean usar los métodos de Planificación Familiar.**
- * Determinar el porcentaje de pacientes que llevan control de su método de Planificación Familiar.**
- * Determinar si influye el sexo del personal de salud, en la asistencia al módulo de Planificación Familiar.**
- * Identificar los factores que condicionan el uso de los métodos de Planificación Familiar.**

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO:

- * **OBSERVACIONAL.**
- * **DESCRIPTIVO.**
- * **TRANSVERSAL.**
- * **PROSPECTIVO.**

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se estudiaron a un grupo de mujeres en edad fértil en base al rango de 15 a 49 años de edad, que acudieron a la Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa I.S.S.S.T.E. Col., en los meses de enero a junio de 1996 se realizó una encuesta a 220 mujeres.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuota a 220 mujeres en edad fértil (15-45 años).

CRITERIOS DE INCLUSION:

- * **Habitantes del Estado de Colima.**
- * **Mujeres que tengan vida sexual activa.**
- * **Usuarías de la Clínica Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa I.S.S.S.T.E., Col.**
- * **Mujeres en edad reproductiva.**

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- * **Mujeres que se les realizo histerectomia.**
- * **Mujeres con diagnóstico de esterilidad o infertilidad.**

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- * **Mujeres que no desean contestar el cuestionario.**
- * **Cuestionarios incompletos.**

VARIABLES.

Son de tipo Cualitativo, Cuantitativo y Nominales.

- * **Pirámide poblacional (usuarias en edad fértil, sexo femenino).**
- * **Encuesta (estado civil, religión, antecedentes gineco-obstétricos, ocupación, escolaridad, métodos de planificación familiar, control del método, motivo de abandono, satisfacción del método utilizado).**

PLANES PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

- 1.- Para el Censo Poblacional: se acudió al Departamento de Estadísticas y Prestaciones Económicas para ver el número de población usuaria del ISSSTE, Colima en edad fértil, encontrando un total de 11,210 mujeres entre los 15 a los 45 años de edad.**
- 2.- Para la identificación de las causas la frecuencia del uso de métodos de planificación familiar, se recolectó información de un cuestionario a base de 36 preguntas.**
- 3.- La información recolectada está contenida en un instrumento de trabajo el cual se encuentra comprendido de la siguiente manera: ficha de identificación de la pregunta 1 a la 8; antecedentes gineco - obstétricos de la pregunta 9 a la 12, y el resto de las preguntas están encaminadas a darnos la pauta de investigación en nuestro estudio.**
- 4.- Se aplicó el cuestionario a las mujeres que cubrieron los criterios de inclusión, previa explicación del motivo del estudio y autorización de las aceptantes.**
- 5.- Se abordó a las usuarias en la sala de espera de medicina familiar, y se desarrollo en el turno matutino y vespertino.**

PLANES PARA LA PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.

Los resultados obtenidos correspondientes, se presentan mediante gráficas y se analizarán de manera descriptiva.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente trabajo se agrega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

RESULTADOS

Se realizaron 220 encuestas a mujeres en edad fértil por cuota, en la sala de espera de consulta familiar en el periodo comprendido de enero a junio de 1996.

Se indagó la edad de la paciente, encontrando que la edad predominante fue de los 21 a los 25 años con un total de 48 pacientes (21.81%) y de los 26 a los 30 años con 51 pacientes (23.18%). (Ver gráfica No. 1)

Investigamos el estado civil de las encuestadas y encontramos que el 52.72% (116 pacientes) son casadas y el 23.63% corresponden a mujeres solteras. (Ver gráfica No. 2)

Investigamos la escolaridad de las mismas y encontramos que el 32.27% (71 pacientes) cursaron secundaria y el 30.90% (68 pacientes) terminaron alguna carrera profesional. (Ver gráfica No. 3)

En el rubro de la ocupación encontramos en esta investigación que el 35.90% (79 pacientes) son amas de casa y el 31.36% son empleadas. (Ver grafica No. 4)

Investigamos la religión de las mismas y encontramos que predominantemente son católicas con el 80.90% (178 pacientes). (Ver gráfica No. 5)

Se indagó la edad de inicio de la primera menstruación y las edades representativas fueron de los 8 a los 9 años con 36.36% y de los 10 a los 11 años con el 31.81%. (Ver gráfica No. 6)

Investigamos la edad de inicio de vida sexual activa en donde encontramos que el 30% corresponde de los 16 a los 20 años y el 35.90% de los 21 a los 25 años. (Ver gráfica No. 7)

Se indagó el número de embarazos en cada paciente y encontramos que la gran mayoría tiene dos hijos (23.18%) o bien 3 hijos (15%). (Ver gráfica No. 8)

Se investigó el número de abortos encontrando que el 73.18% (161 pacientes) no han tenido aún abortos y el 12.72% (28 pacientes) solamente un aborto. (Ver gráfica No. 9)

Investigamos cuantos hijos vivos tiene cada una de las encuestadas y encontramos que predominantemente 43 pacientes sólo tienen un hijo vivo, 42 pacientes 2 hijos vivos. Ver gráfica No. 10)

Así mismo encontramos que el 45.45% no desea tener más hijos y el 22.27% sólo un hijo más. (Ver gráfica No. 11)

Investigamos si nuestras encuestadas utilizan algún método de planificación familiar 197 pacientes (89.54%) si utilizan algún método y 23 pacientes (10.45%) no llevan a cabo algún método. (Ver gráfica No. 12)

Investigamos cuál método de planificación familiar utilizan; concluyendo que predomina la oclusión tubaria bilateral en 90 pacientes y en segundo lugar el dispositivo intrauterino en 41 pacientes. (Ver gráfica No. 13)

Encontramos que 107 pacientes eligen ellas mismas el método anticonceptivo que desean utilizar, y sólo 61 pacientes es en común acuerdo con su pareja. (Ver gráfica No. 14)

Investigamos donde obtuvieron el método anticonceptivo que utilizan y 107 pacientes lo obtienen en el ISSSTE. (Ver gráfica No. 15)

Investigamos si las encuestadas llevan control en su método anticonceptivo 96 pacientes si llevan control y 101 no llevan control, cabe mencionar que las 101 pacientes que no llevan control corresponde al 51.26% de las pacientes encuestadas y no llevan control porque utilizan métodos definitivos. (Ver gráfica No. 16)

Investigamos en que Unidad de Salud llevan control periódico de métodos de planificación familiar encontrando predominantemente que es el ISSSTE con 73 pacientes. (Ver gráfica No. 17)

Investigamos cada cuanto tiempo realiza el control de planificación familiar y la gran mayoría lo lleva a cabo cada seis meses. (Ver gráfica No. 18)

Investigamos por qué no llevan control de planificación familiar las 101 pacientes, respuesta obtenida de la pregunta número 19 resultando lo siguiente: resultando que es por métodos definitivos. (Ver gráfica No. 19)

Se investigó el motivo por el cual utilizan su método anticonceptivo: encontrando la gran mayoría es por seguridad y comodidad. (Ver gráfica No. 20)

Se investigó si les gustaría utilizar otro método de planificación familiar, 96 pacientes contestaron que SI y 101 que NO. (Ver gráfica No. 21)

Investigamos cual método les gustaría utilizar, contestando la mayoría: (62 pacientes) que la salpingooclásia. (Ver gráfica No. 22)

Investigamos si la paciente ha utilizado otro método anticonceptivo antes de su actual y encontramos que 169 pacientes ya han utilizado otros métodos. (Ver gráfica No. 23)

Investigamos cual otro método han utilizado esas pacientes y nos percatamos que predomina el dispositivo intrauterino en 81 de ellas. (Ver gráfica No. 24)

Indagamos por qué motivo algunas pacientes no utilizan métodos de planificación familiar, y la gran mayoría es por deseo de embarazo. (Ver gráfica No. 25)

A estas mismas pacientes se les preguntó si han utilizado algún método de planificación familiar y 16 pacientes ya conocen algún método. (Ver gráfica No. 26). Así mismo investigamos cuál método fue el más utilizado en estas pacientes encontrando en primer lugar el dispositivo intrauterino. (Ver gráfica No. 27)

Encontramos en nuestras encuestas que el motivo de abandono del método utilizado es deseo de embarazo (Ver grafica No. 28), igualmente encontramos que posterior a un embarazo la gran mayoría sí desea utilizar algún método de planificación familiar. (Ver gráfica No. 29)

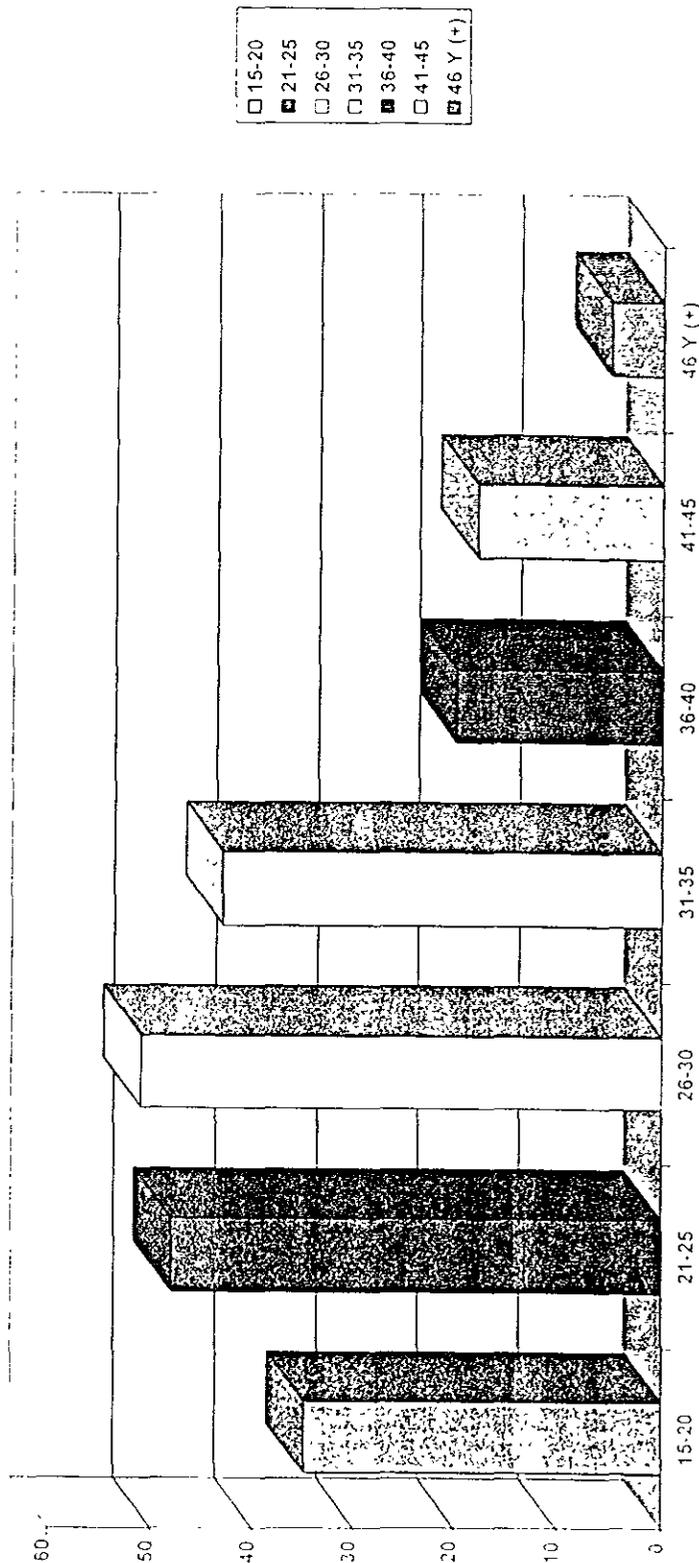
Investigamos cuál es el método que éstas pacientes desearían utilizar y en ellas predomina el dispositivo intrauterino y posteriormente la O.T.B. (Ver gráfica No. 30)

Investigamos si influye en la paciente el sexo del personal médico que atiende el módulo de planificación familiar, resultando que el 89.54 % (197 pacientes) refieren que sí. (Ver gráfica No. 31) Encontrando que estas mismas pacientes prefieren la atención por parte de personal médico del sexo femenino. (Ver gráfica No. 32)

Investigamos y encontramos que 209 pacientes si están conformes con la atención que el personal médico le brinda en el programa de planificación familiar. (Ver gráfica No. 33) se determinó porque un porcentaje mínimo de estas pacientes no están conformes con la atención que se les brinda y la

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
 DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES
 EDADES



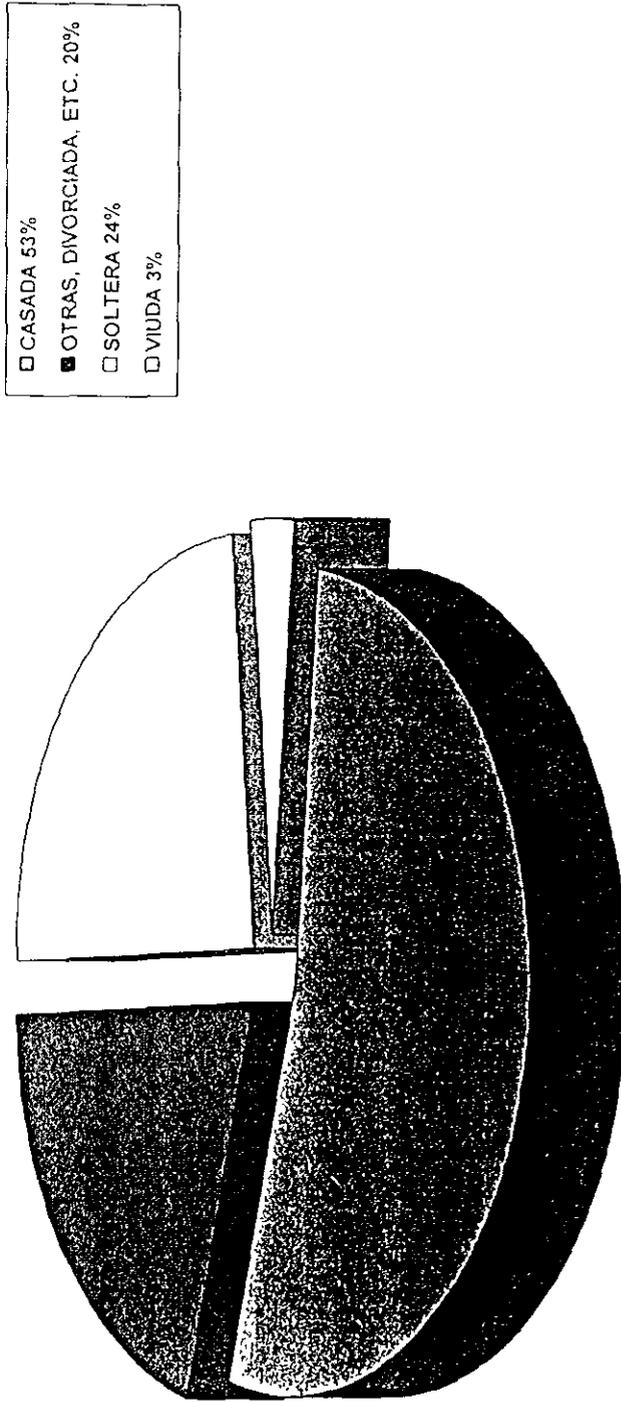
GRUPOS DE EDADES

Gráfico No. 1 En esta grafica podemos observar el grupo de edad predominante de las pacientes encuestadas, el cual es de 26 a 30 años, dándonos la pauta que debemos realizar mayor promoción de planificación familiar en las adolescentes.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
 DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

ESTADO CIVIL



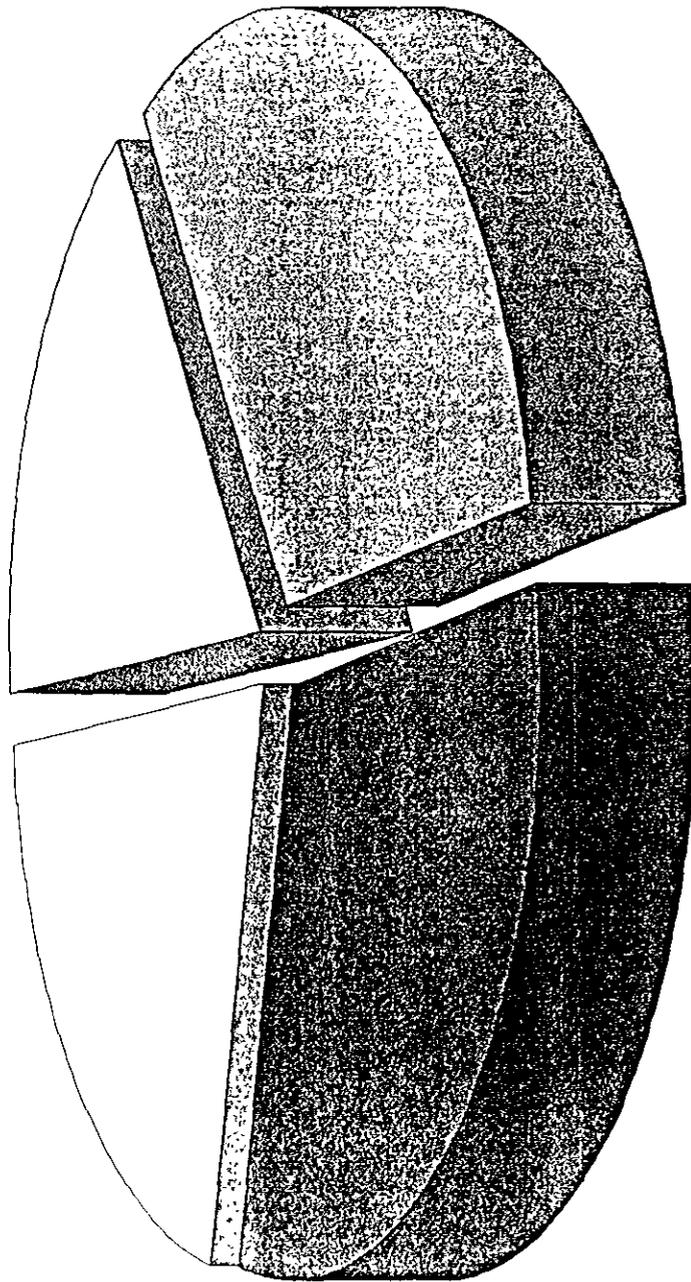
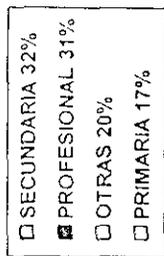
SOLTERAS: 52 PACIENTES VIUDAS: 7 PACIENTES
 CASADAS: 116 PACIENTES DIVORCIADAS Y OTRAS: 45 PACIENTES

Gráfica No. 2: En esta gráfica nos percatamos del estado civil de nuestras encuestadas, concluyendo que en nuestro estado aún prevalece la unión familiar y la relación de pareja en un 53%.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
 DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

ESCOLARIDAD



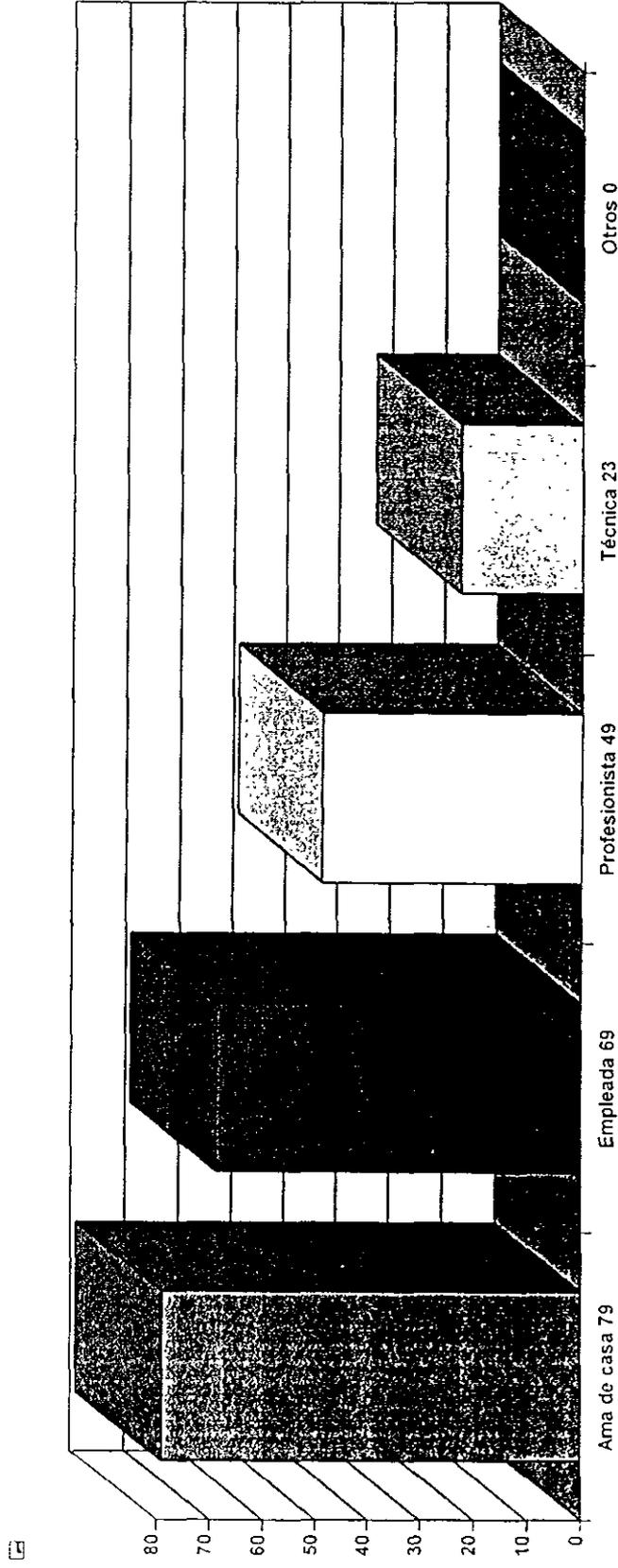
PRIMARIA:	38 PACIENTES	PROFESIONAL:	68 PACIENTES
SECUNDARIA:	71 PACIENTES	OTRAS:	43 PACIENTES.

Gráfica No.3: En esta gráfica obtenemos información que nos permite saber el grado de escolaridad de las encuestadas, observando que ninguna es analfabeta, y que tienen cierta preparación escolar y académica.

Fuente: Cédula de Recolección de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)**

**NUM. DE PACIENTES
OCUPACION**



Gráfica No. 4: Como podemos observar, esta gráfica nos da una idea del tipo de paciente con la que tratamos, sus ocupaciones, y el tiempo que le puede dedicar a su salud, además de su preparación, y desarrollo social y laboral.

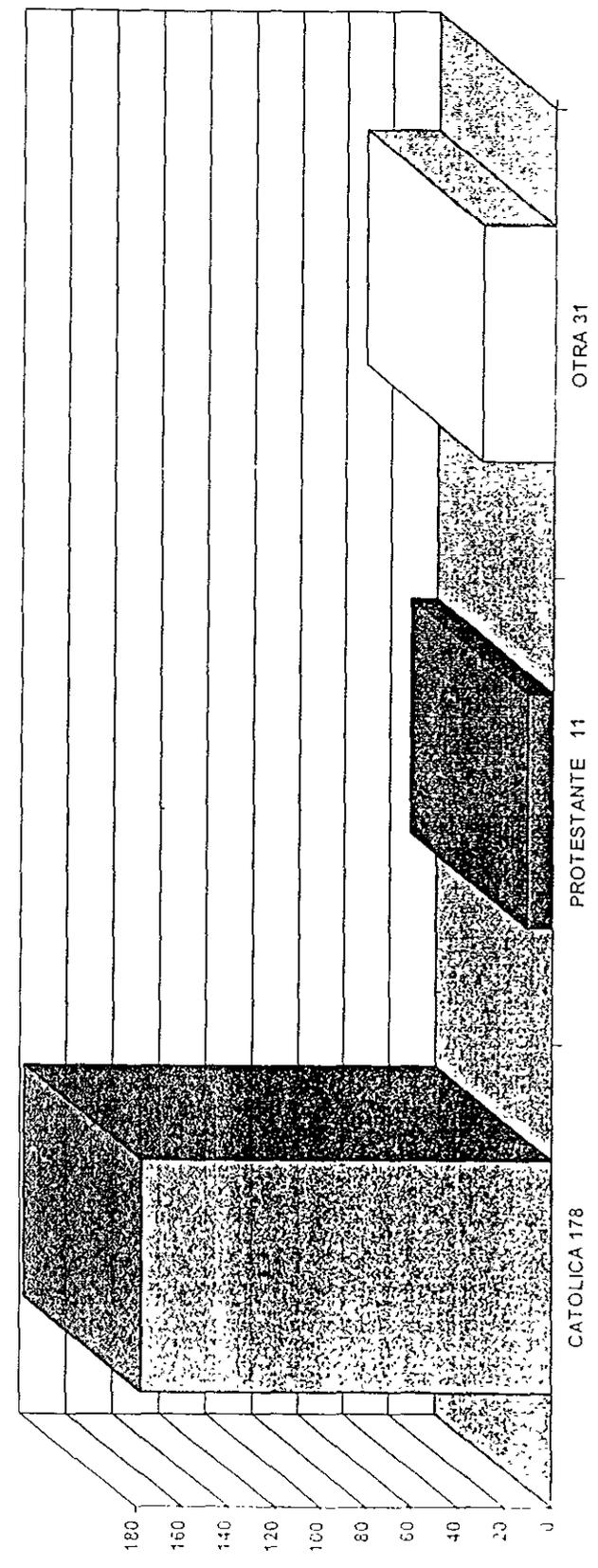
Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

RELIGION

NUM. DE PACIENTES.



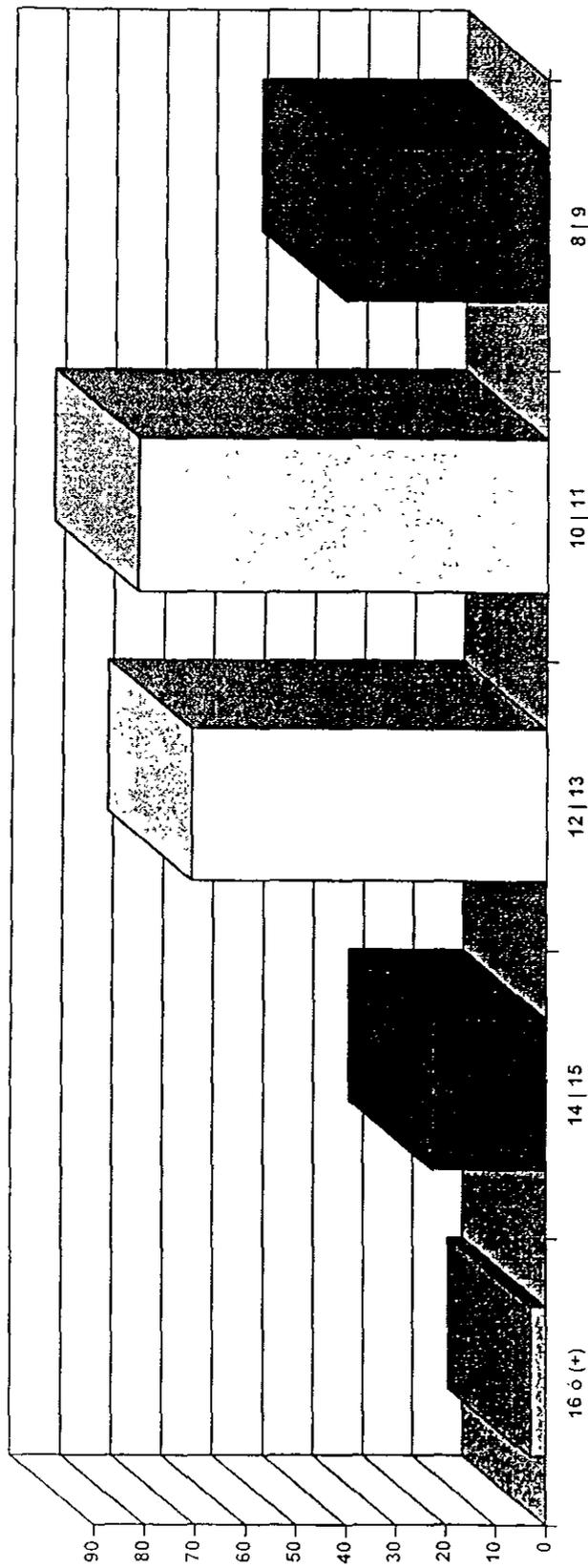
CATOLICA: 178 PROTESTANTE: 11 OTRAS: 31

Gráfica No. 5 En esta gráfica nos damos cuenta que tipo de religión predomina en nuestras encuestadas, ya que ciertas religiones impiden o van en contra de algunos métodos de planificación familiar.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES. MENARCA: Inicio de la primera menstruación.



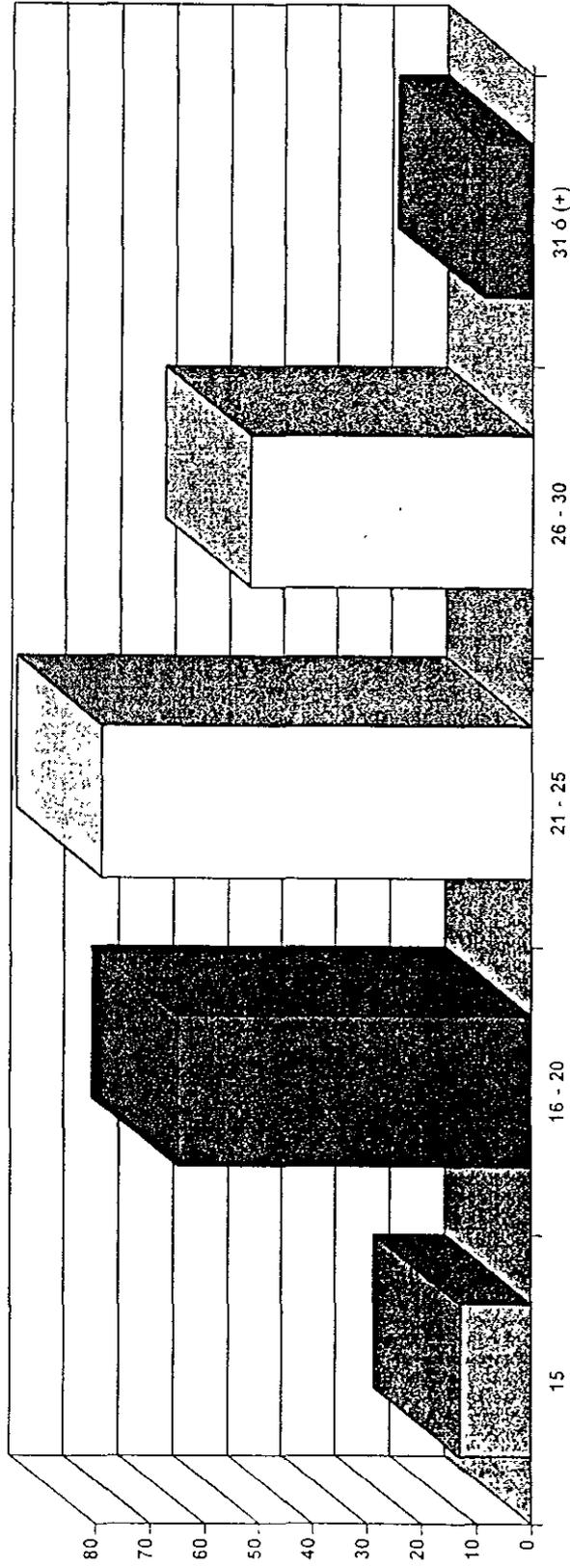
EDAD DE INICIO DE LA PRIMERA MENSTRUACION

Gráfica No. 6 En esta gráfica observamos la edad de inicio de, primera menstruación, siendo la edad más frecuente de los 10 a los 11 años.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)**

NUM. DE PACIENTES. I.V.S.A.



INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA.

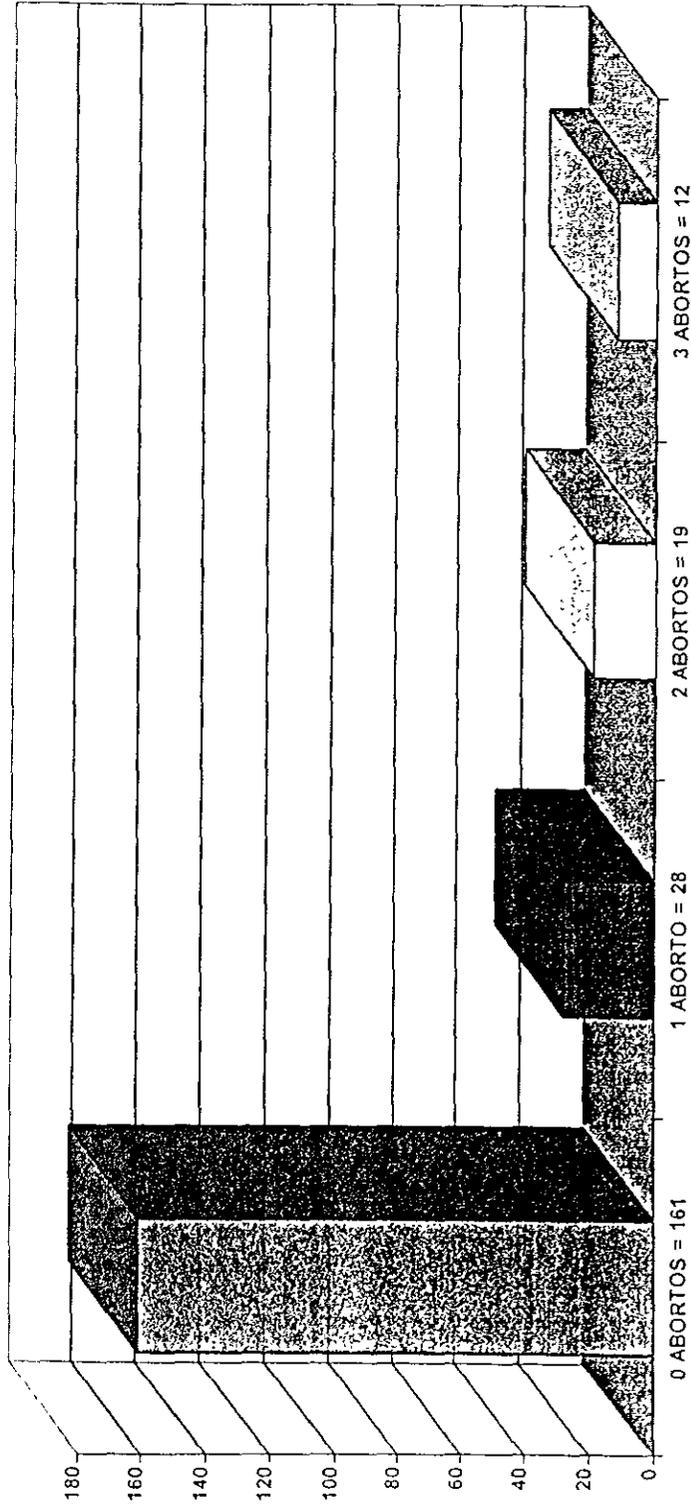
Gráfica No. 7 En esta gráfica podemos observar la edad de inicio de la vida sexual activa, concluyendo que la gran mayoría inició su actividad sexual a partir de los 21 a 25 años.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE ABORTOS. ¿ CUANTOS ABORTOS HA TENIDO ?



NUMERO DE PACIENTES EN RELACION CON NUMERO DE ABORTOS

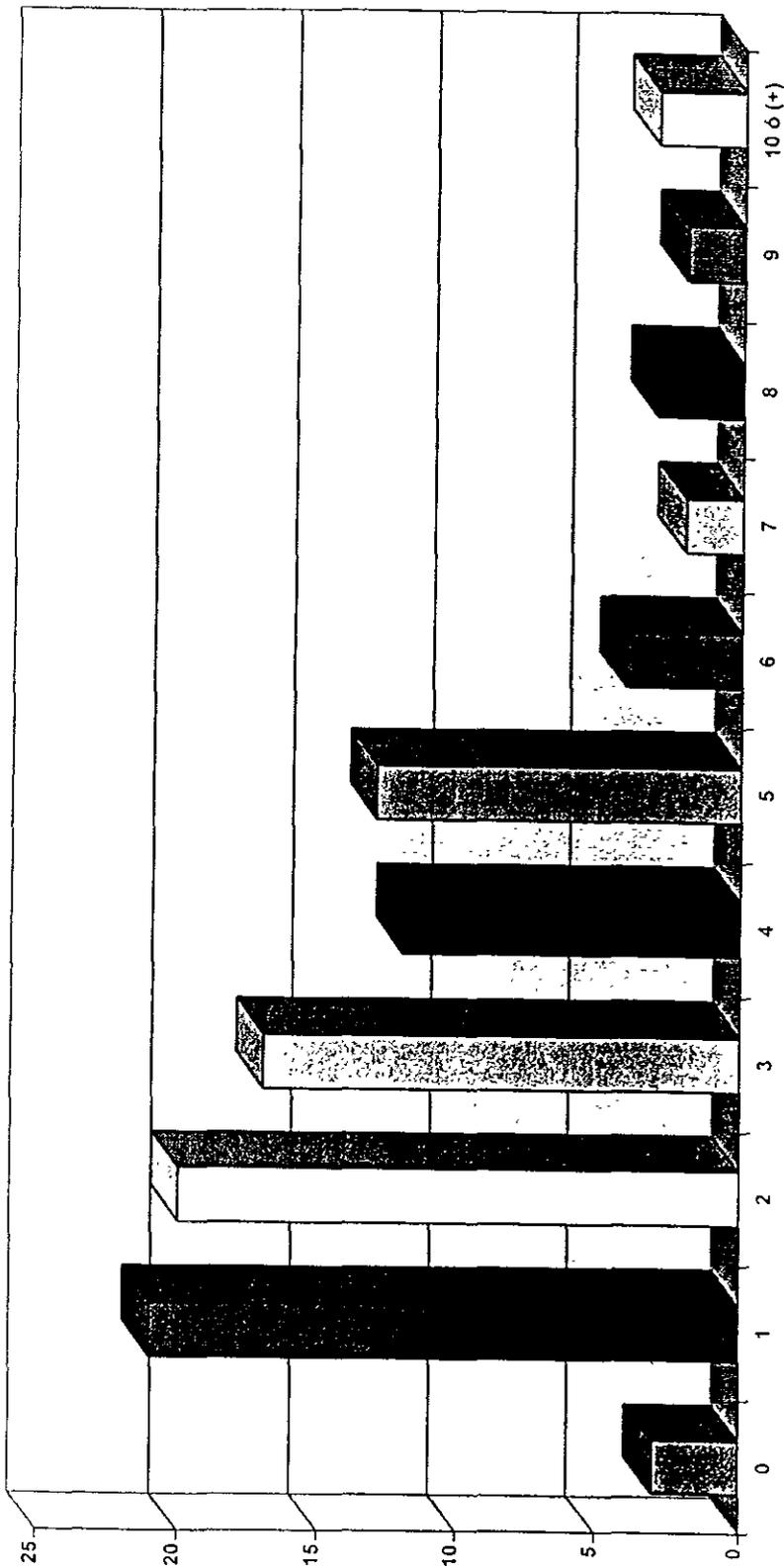
Gráfica No. 9: En esta gráfica se determinó el número de abortos por paciente, concluyendo que 161 pacientes no han presentado ningún aborto y solo 12 pacientes 3 abortos por causas y motivos diversos.

Nos podemos dar una idea de que la atención prenatal es la adecuada y el Programa de Planificación Familiar funciona de la misma manera.

Fuente: *Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).*

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)**

¿ CUANTOS HIJOS VIVOS TIENE ?



NUMERO DE HIJOS EN RELACION AL NUMERO DE PACIENTES

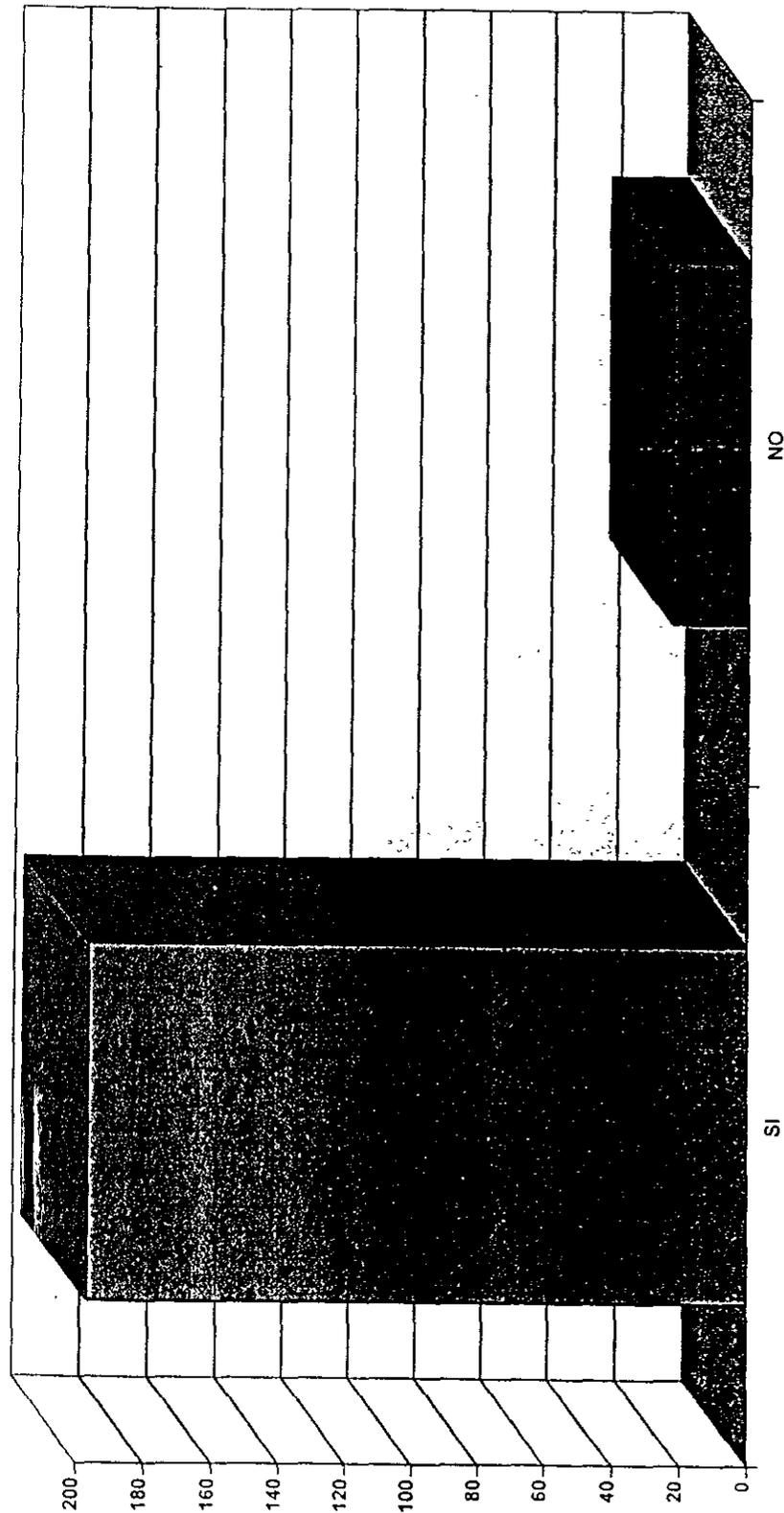
Gráfica No. 10: En esta gráfica nos percatamos del número de hijos vivos por paciente predominando el 21% 1 hijo y el 20% 2 hijos vivos.

Fuente: Cédula de Recolección de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES. ¿ UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ?



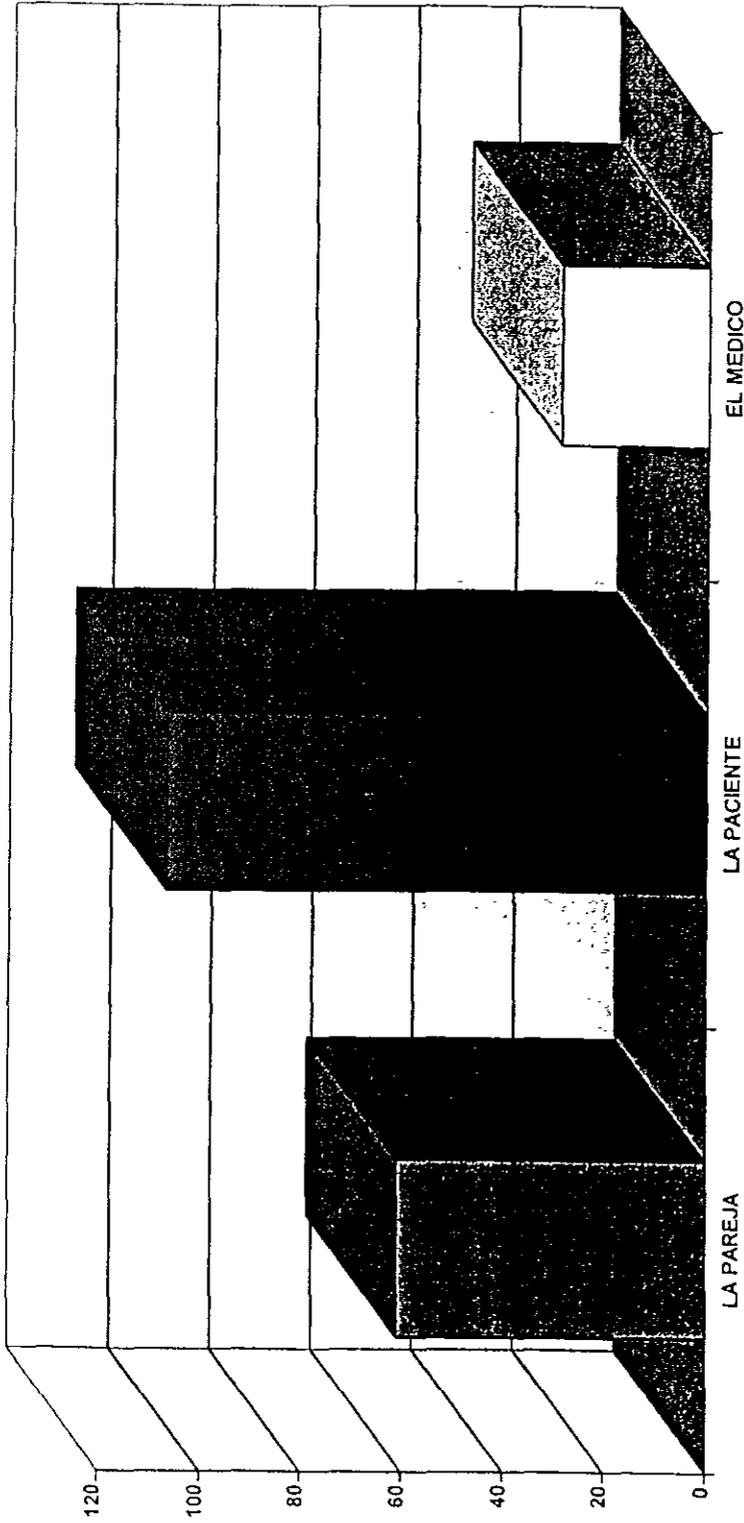
Gráfica No. 12: En esta gráfica valoramos que el 197% de las pacientes utilizan métodos de planificación familiar.

Fuente: Cédula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿ QUIEN ELIGIO EL METODO QUE UTILIZA ?

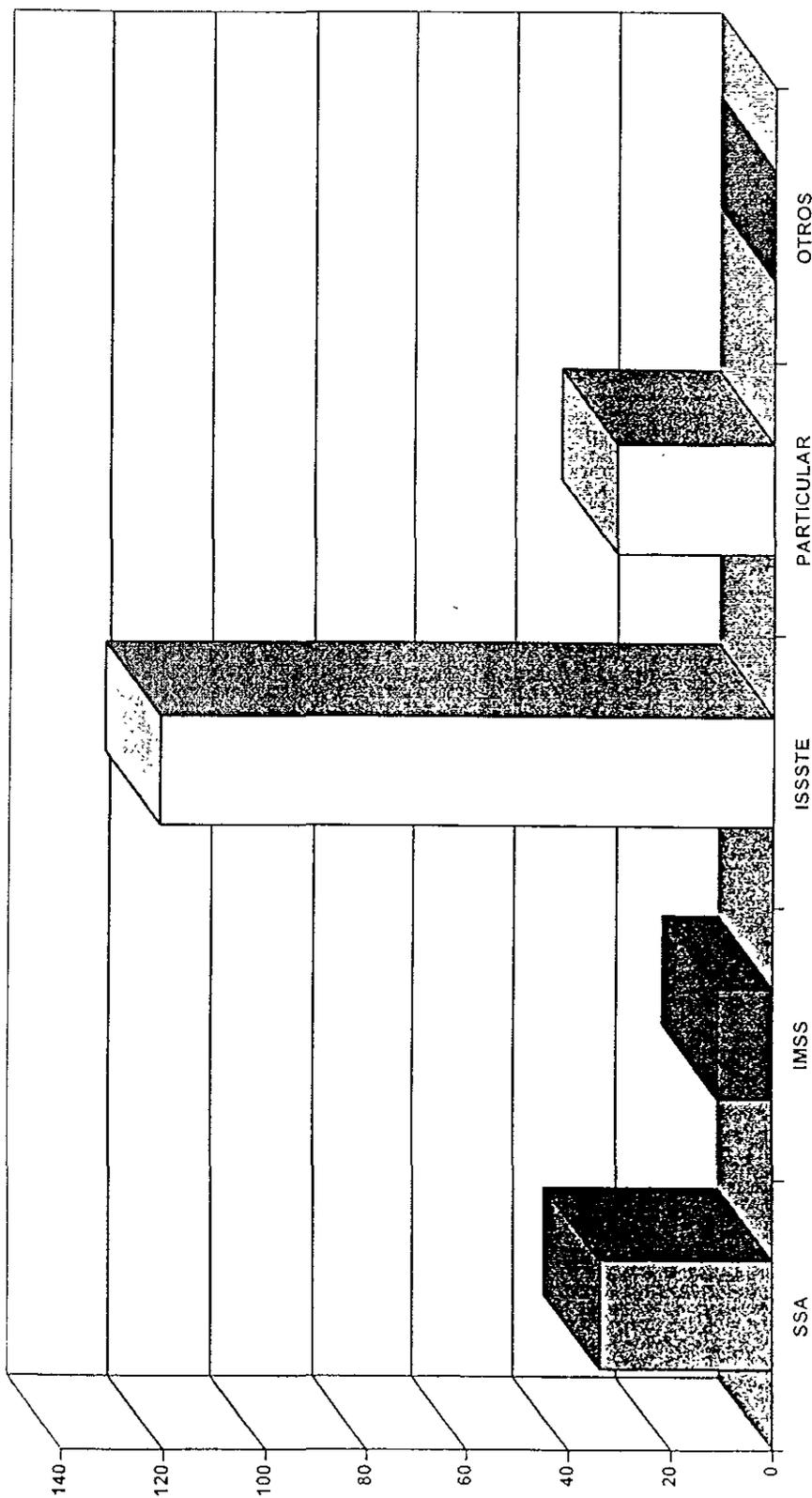


Gráfica No. 14: En esta gráfica concluimos que 107 pacientes deciden por si solas que método les conviene utilizar para espaciar sus embarazos o bien cuando su paridad ya está satisfecha, lo que nos hace reflexionar que debemos involucrar más a la pareja en este concepto tan amplio de la planificación familiar, ya que es decisión de pareja.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)**

NUM. DE PACIENTES ¿ DONDE OBTUVO EL METODO QUE UTILIZA ?



Gráfica No. 15: En esta gráfica nos damos cuenta que la gran mayoría de nuestras encuestadas obtienen sus métodos o bien lo obtuvieron de manera definitiva en nuestra institución.

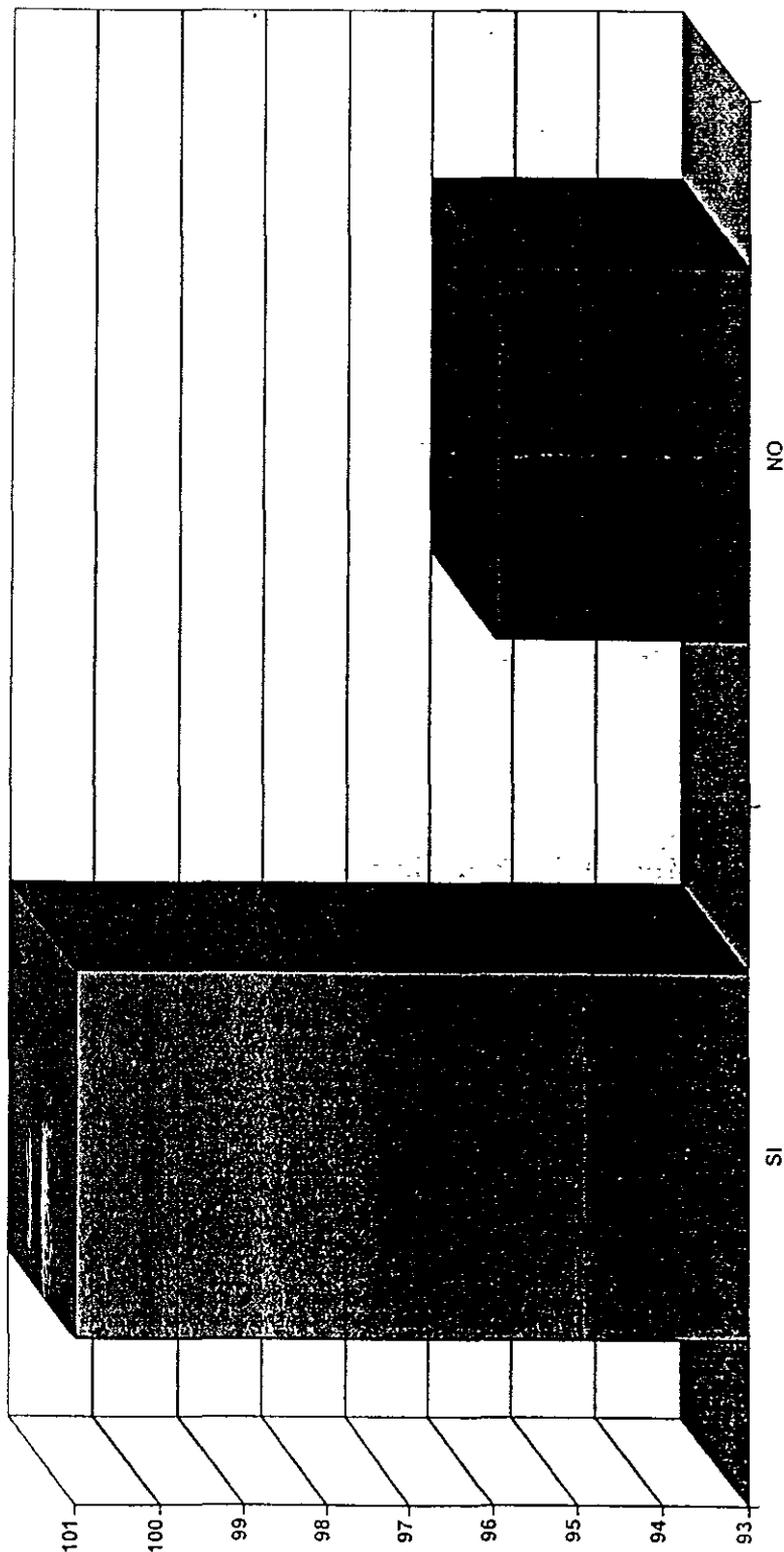
Fuente: Cédula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES.

¿ TIENE CONTROL PERIODICO ?



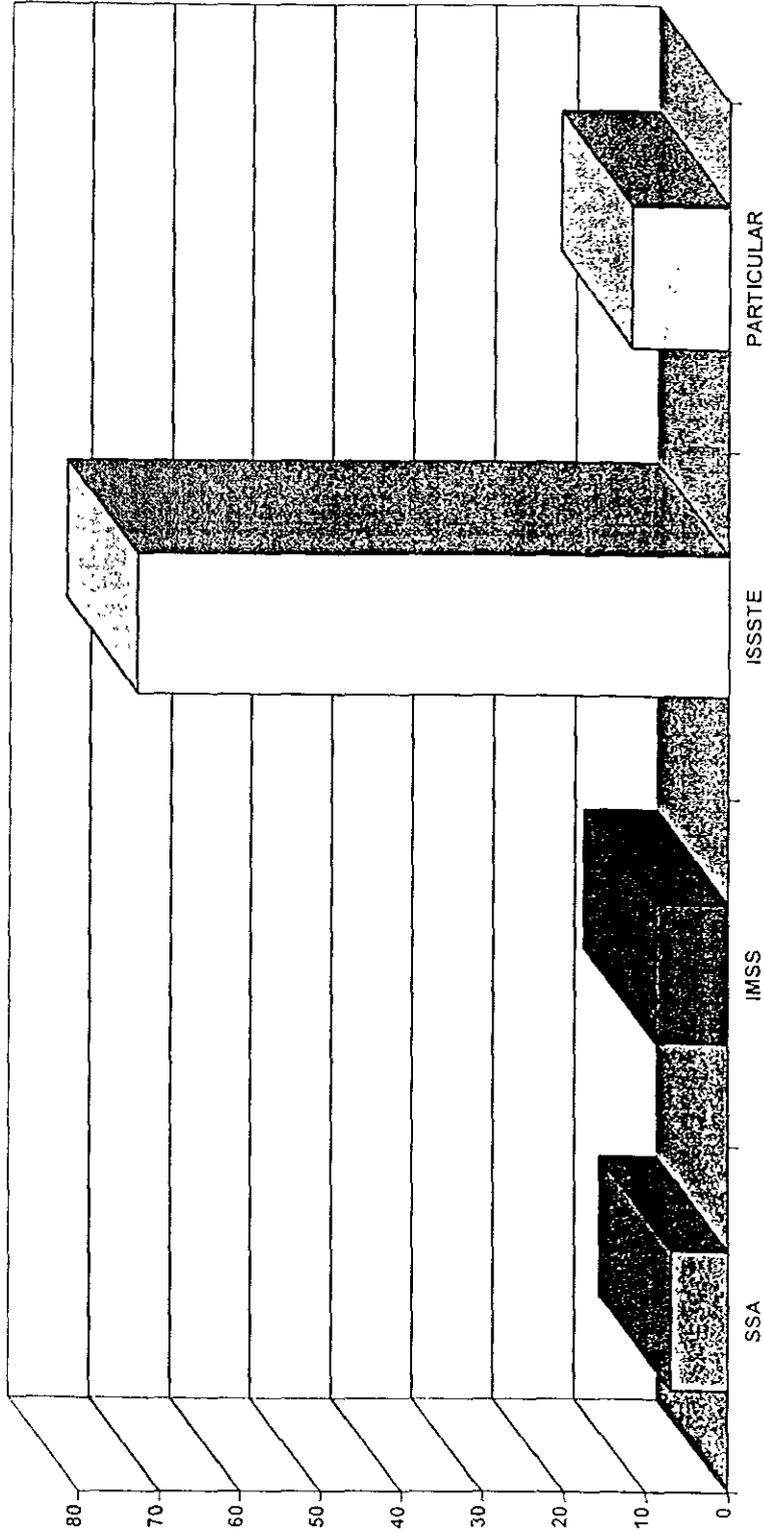
Gráfica No. 16: Esta gráfica nos muestra que 101 pacientes no tienen control periódico de su método de planificación familiar correspondiendo al 51.26%, esta cifra nos lleva a indagar el motivo por el cual es alta la incidencia de pacientes que no se realizan su control.

Fuente: Cedula de Recolección de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿ EN DONDE LLEVA SU CONTROL ?



PORCENTAJE DE PACIENTES

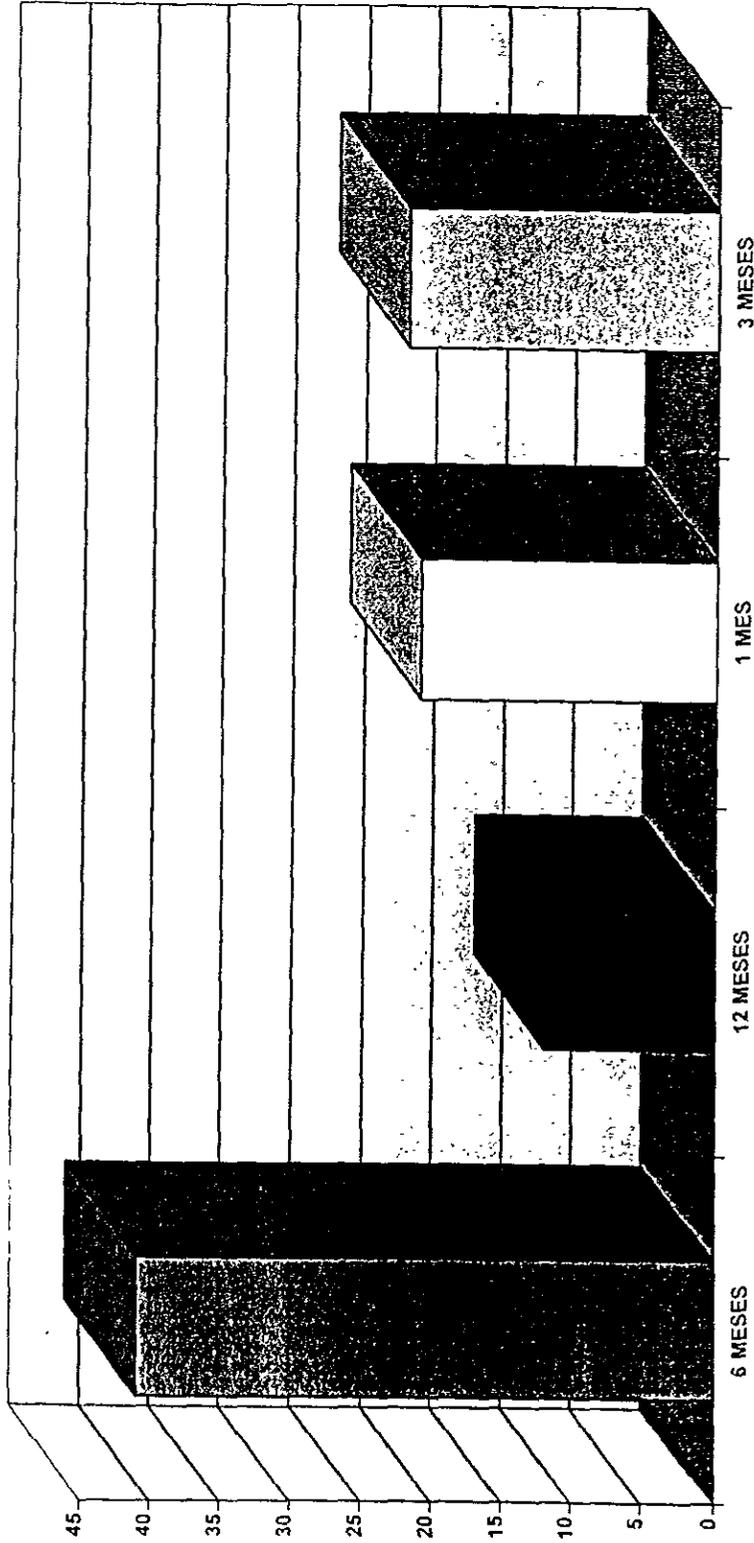
Gráfica No. 17 En esta gráfica nos percatamos que el 76% de las pacientes que llevan control periódico de su método, lo realizan en el ISSSTE.

Fuente: Cédula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿ CADA CUANTO TIEMPO LLEVA SU CONTROL ?

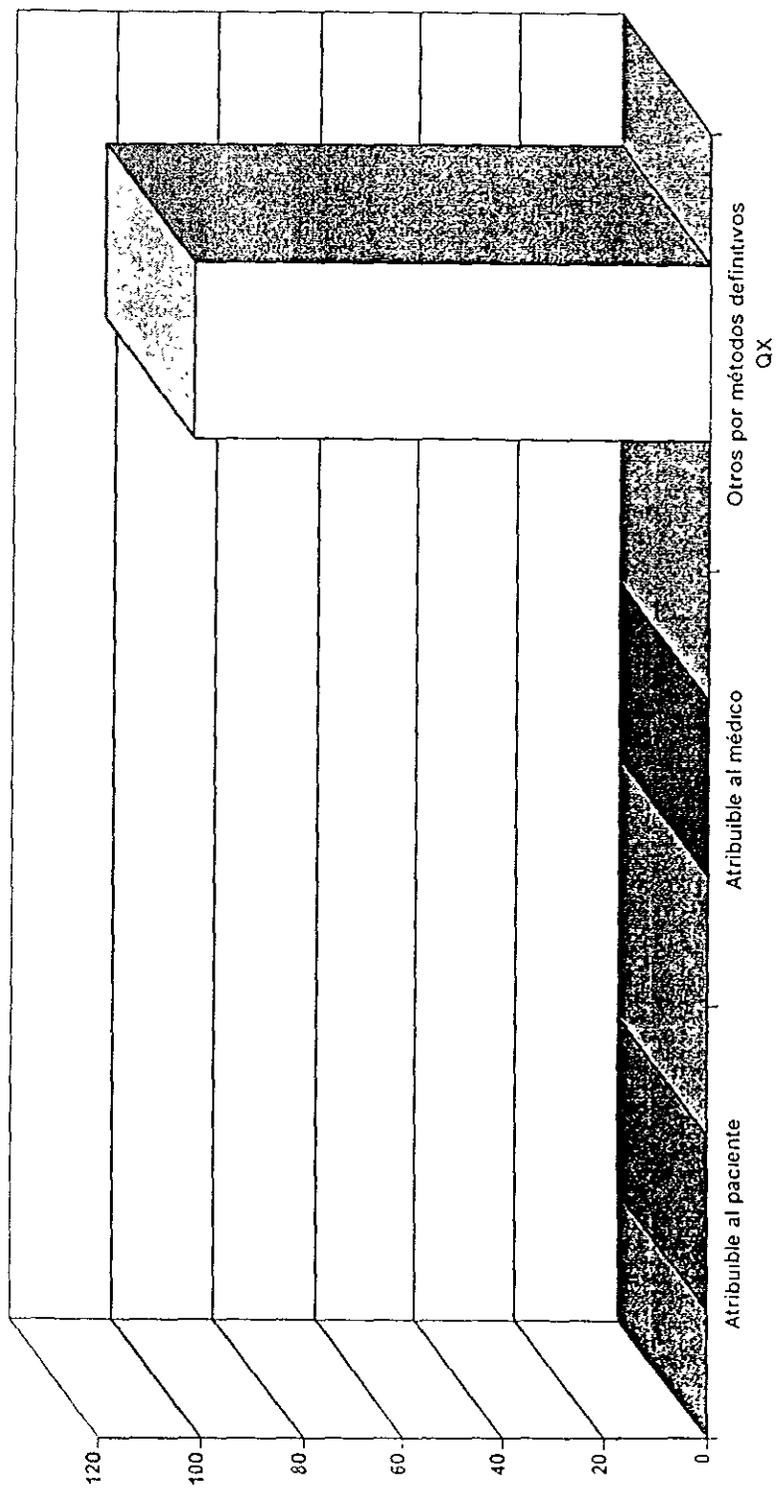


Gráfica No. 18: En esta gráfica observamos cada cuanto tiempo se realizan su control de planificación familiar, acudiendo a cualquier módulo de Planificación familiar y la gran mayoría lo realiza cada 6 meses, lo que habla de concientización que se realiza en nuestra población usuaria.

Fuente: Cédula de Recolección de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)**

NUM. DE PACIENTES ¿ POR QUE NO TIENE CONTROL ?

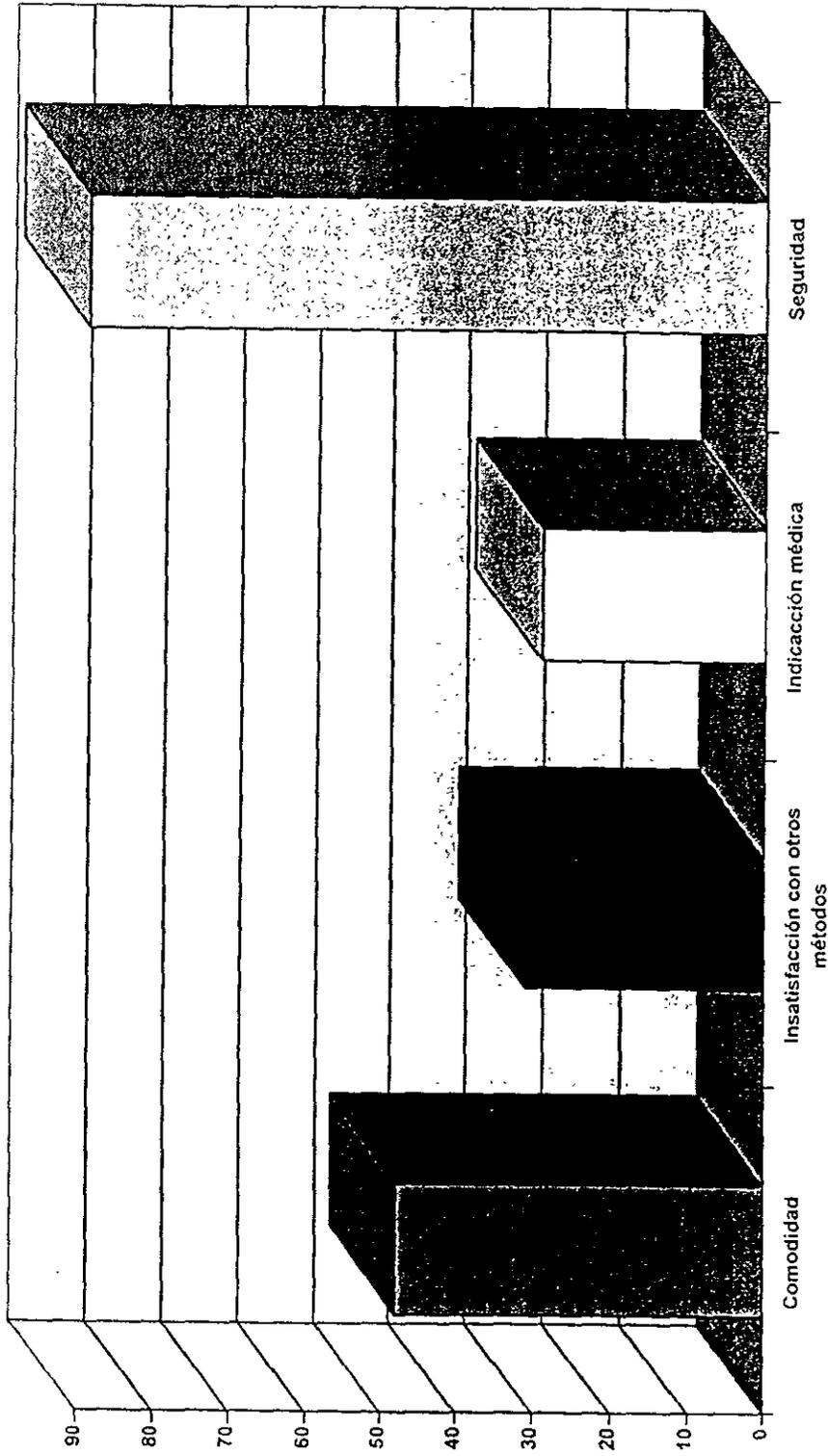


Gráfica No. 19: En esta gráfica podemos darnos cuenta del motivo por el cual existen pacientes que no llevan control periódico de planificación familiar y la mayoría es por que ya tienen un método definitivo de planificación familiar que puede ser vasectomía o bien OTB (oclusión tubaria bilateral).

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿ POR QUE UTILIZA ESTE METODO ?

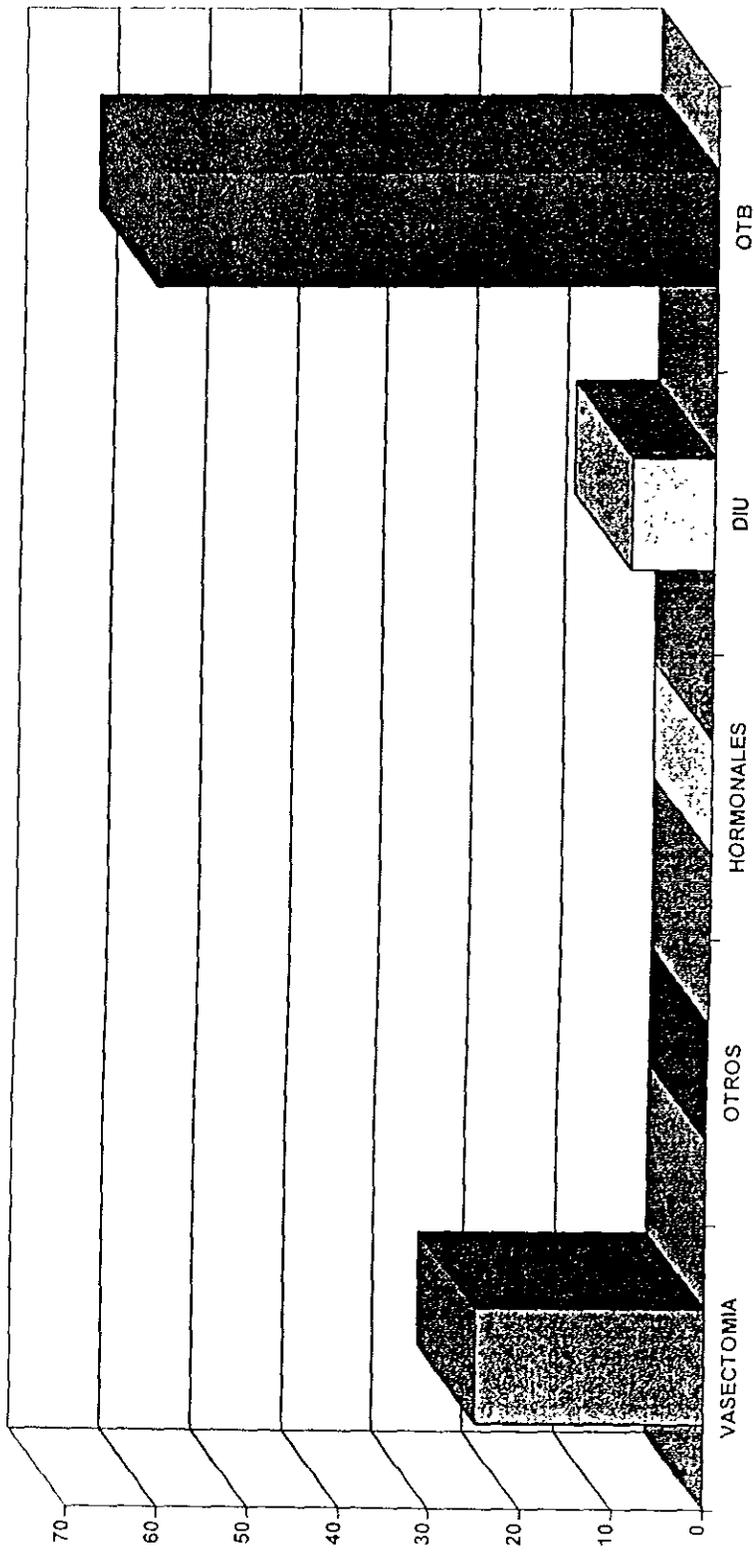


Gráfica No. 20: En esta gráfica nos damos cuenta del motivo principal de escoger cierto o cual método de planificación familiar, optando la mayoría por el que les proporciona más seguridad.

Fuente: Cédula de Recolección de Datos (Cuestionario).

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)
NUM. DE PACIENTES ¿ CUAL METODO LE GUSTARIA UTILIZAR ?**

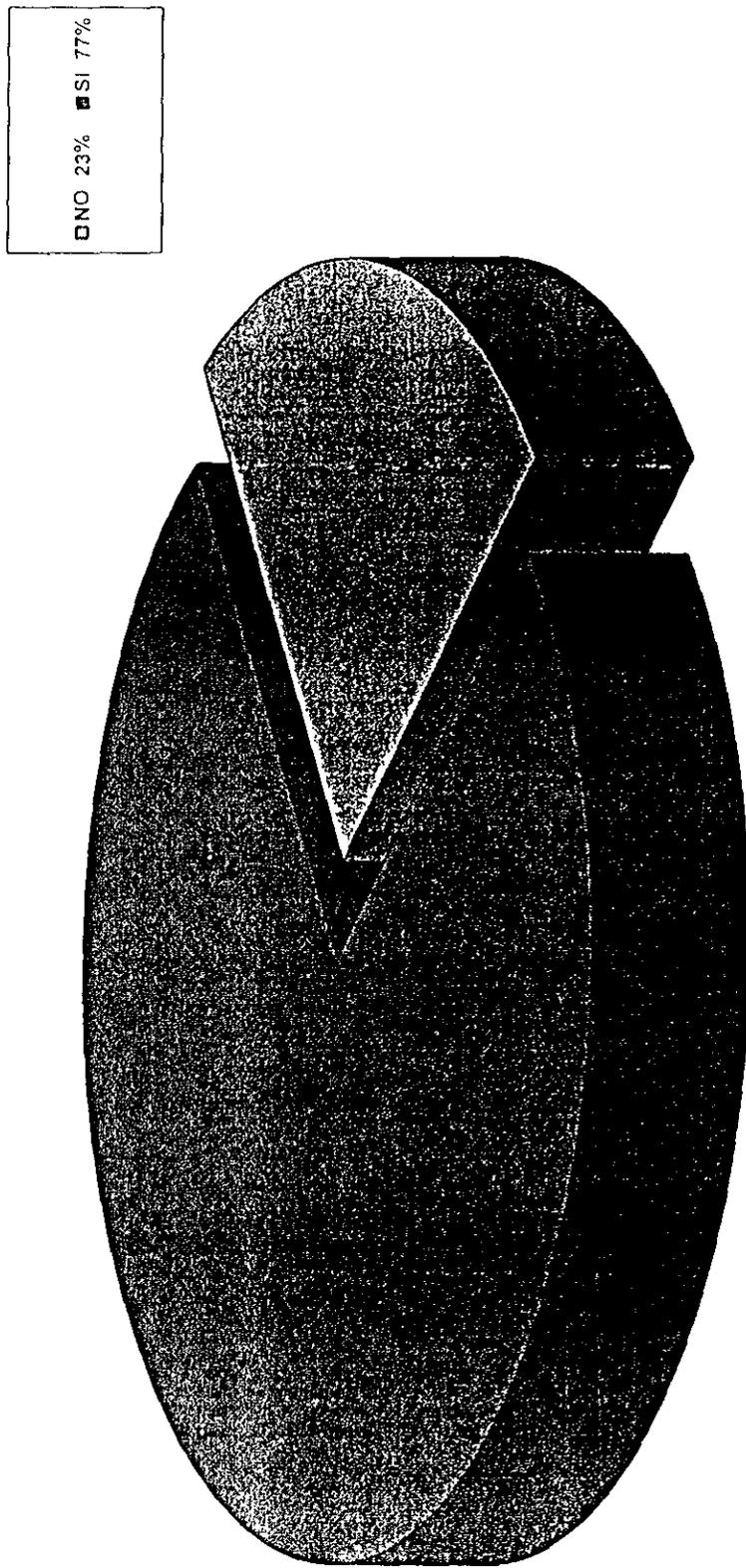


Gráfica No. 22: En esta gráfica nos percatamos que el método que más les gustaría utilizar a nuestras encuestadas es la oclusión tubaria bilateral, lo que nos hace pensar que actualmente no desean muchos hijos, que su paridad esta satisfecha prontamente y que desean seguridad definitiva en cuanto a métodos de planificación familiar.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)**

¿ HA UTILIZADO OTRO METODO ANTES DEL ACTUAL ?

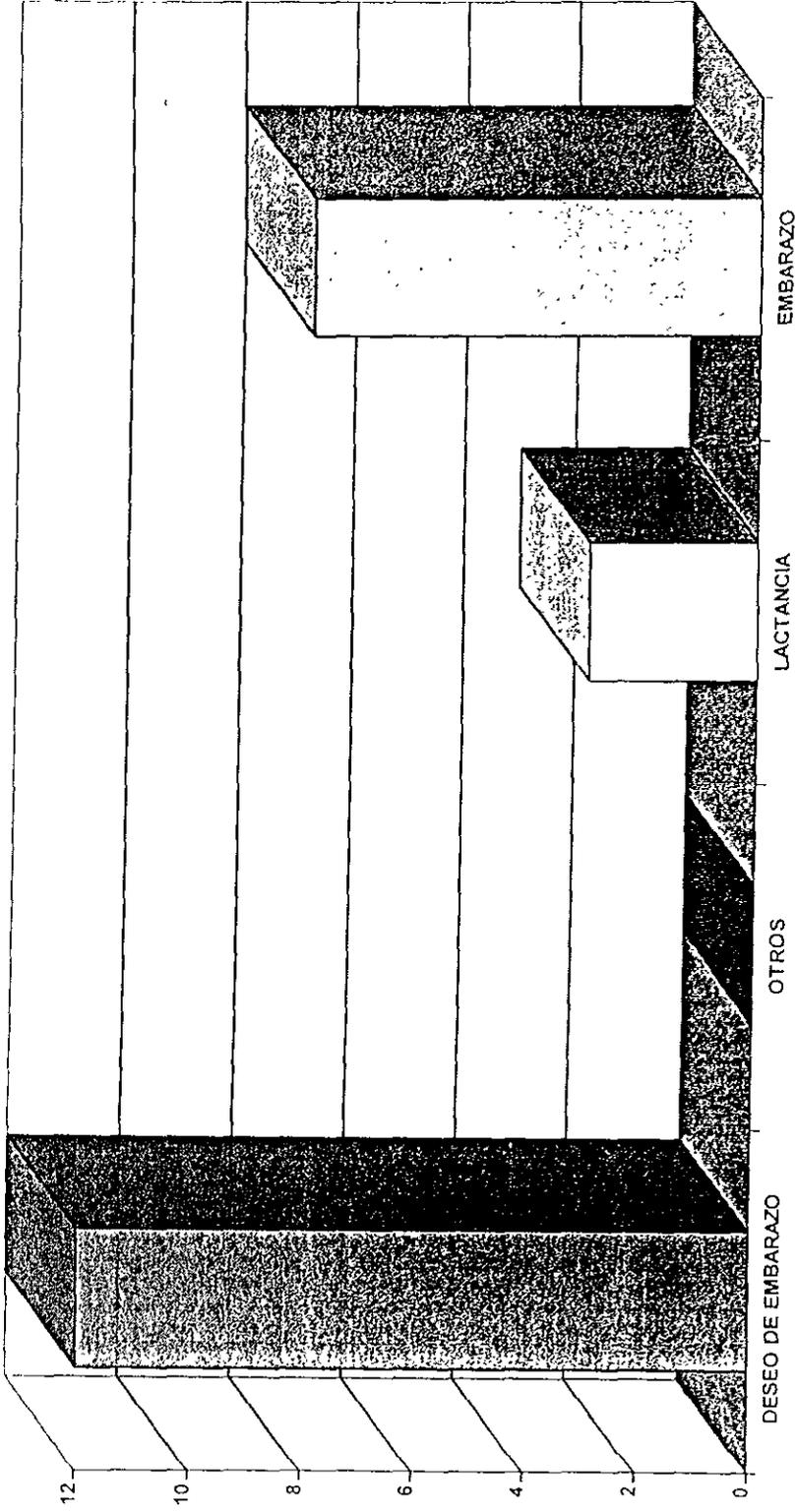


Gráfica No. 23: Esta gráfica nos habla de que la gran mayoría de las pacinetes conoce ampliamente los métodos de planificación familiar, ya que el 77% ya ha utilizado otros métodos antes que su actual.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿PORQUE NO UTILIZA METODO ALGUNO DE PLANIFICACION FAMILIAR?

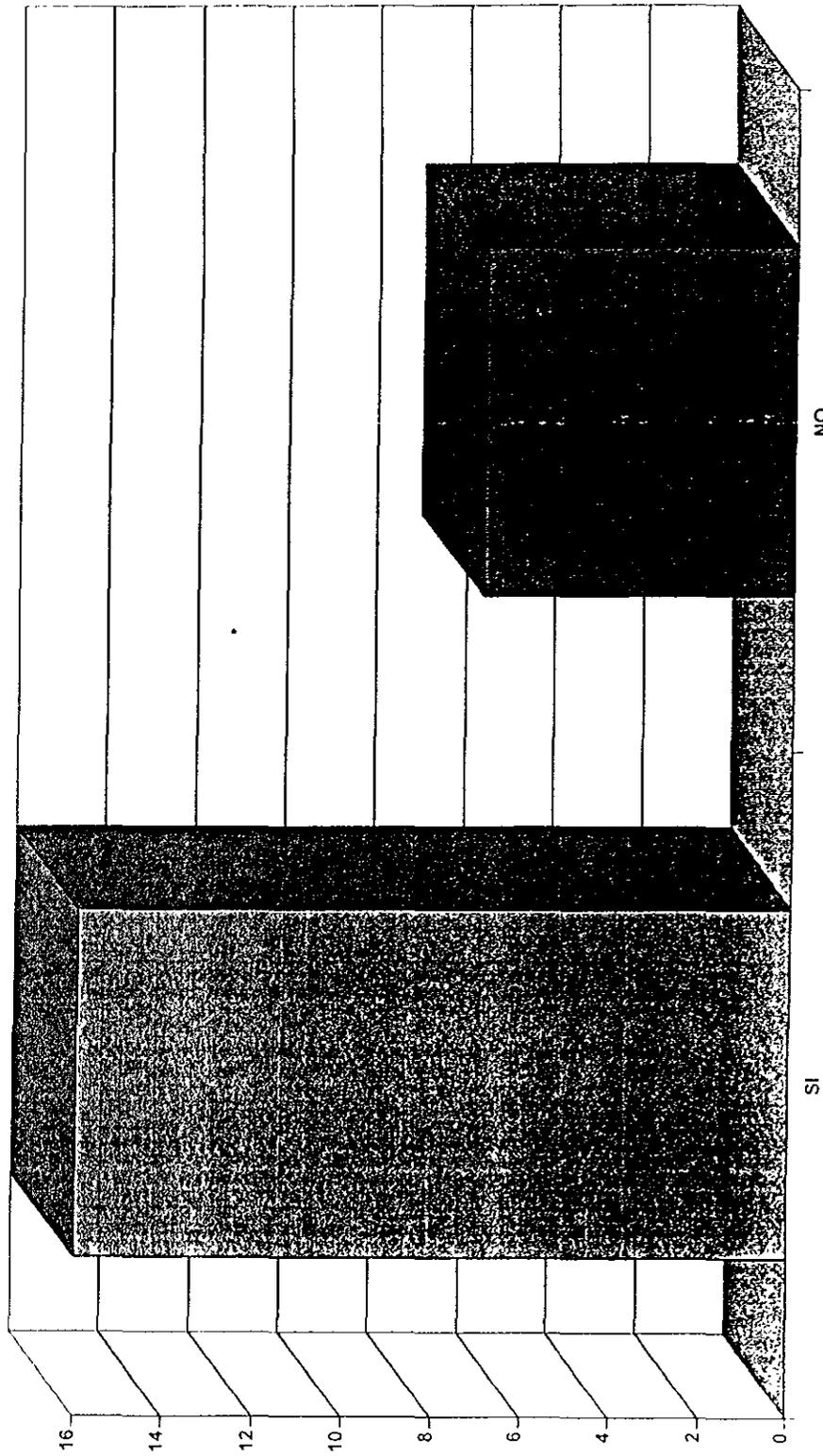


Gráfica No. 25: En esta gráfica observamos que de las 23 pacientes que no utilizan método de planificación familiar, la mayoría (12 pacientes) es por deseo de embarazo, 8 por embarazo, 3 por lactancia.

Fuente: Cédula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES. ¿HA UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ANTES?



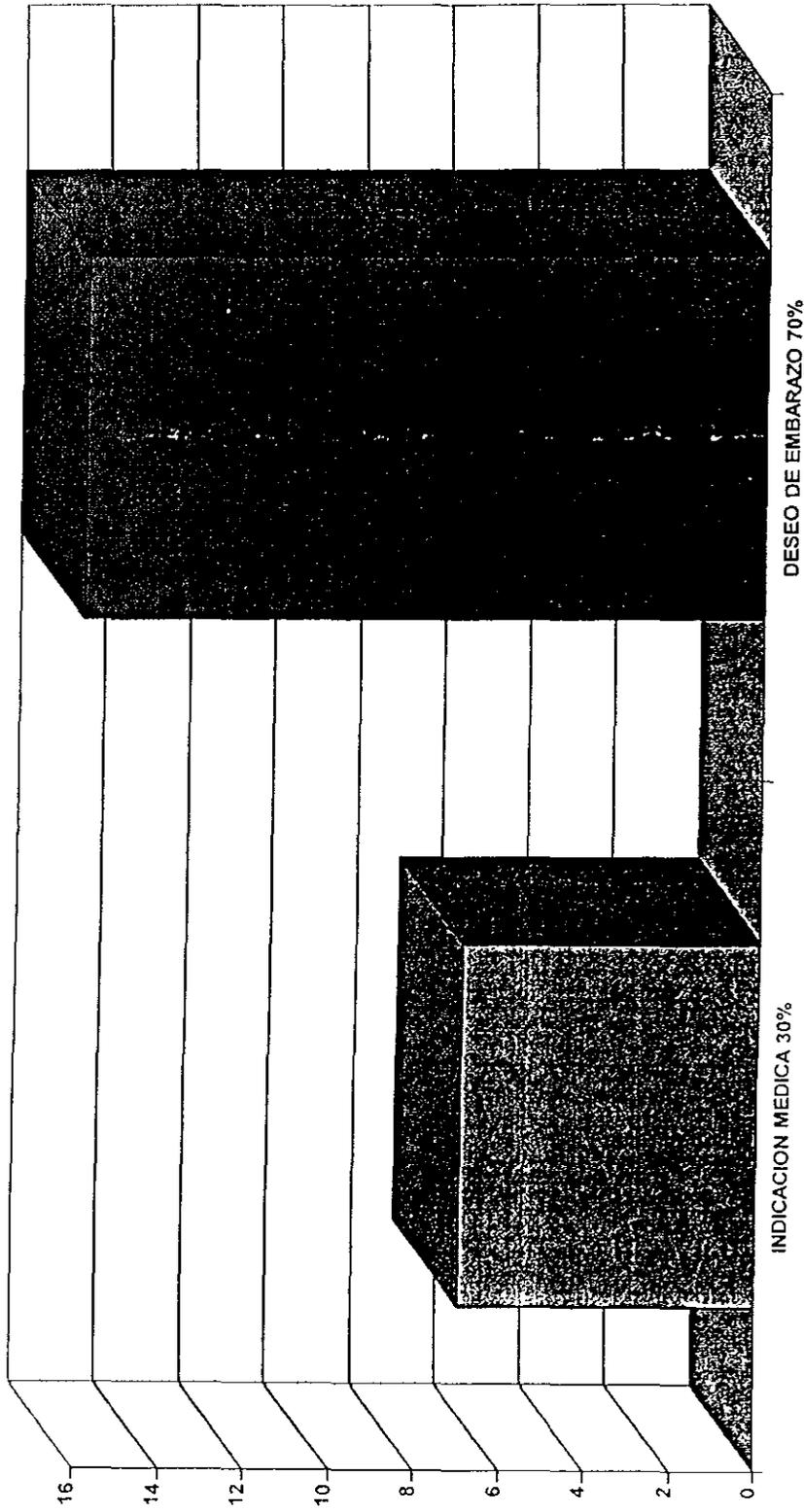
Gráfica No. 26: En esta gráfica indagamos que de las 23 pacientes que no utilizan actualmente algún método de planificación familiar, 16 de ellas ya han utilizado anteriormente otro método.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES. ¿ POR QUE MOTIVO LO ABANDONO ?

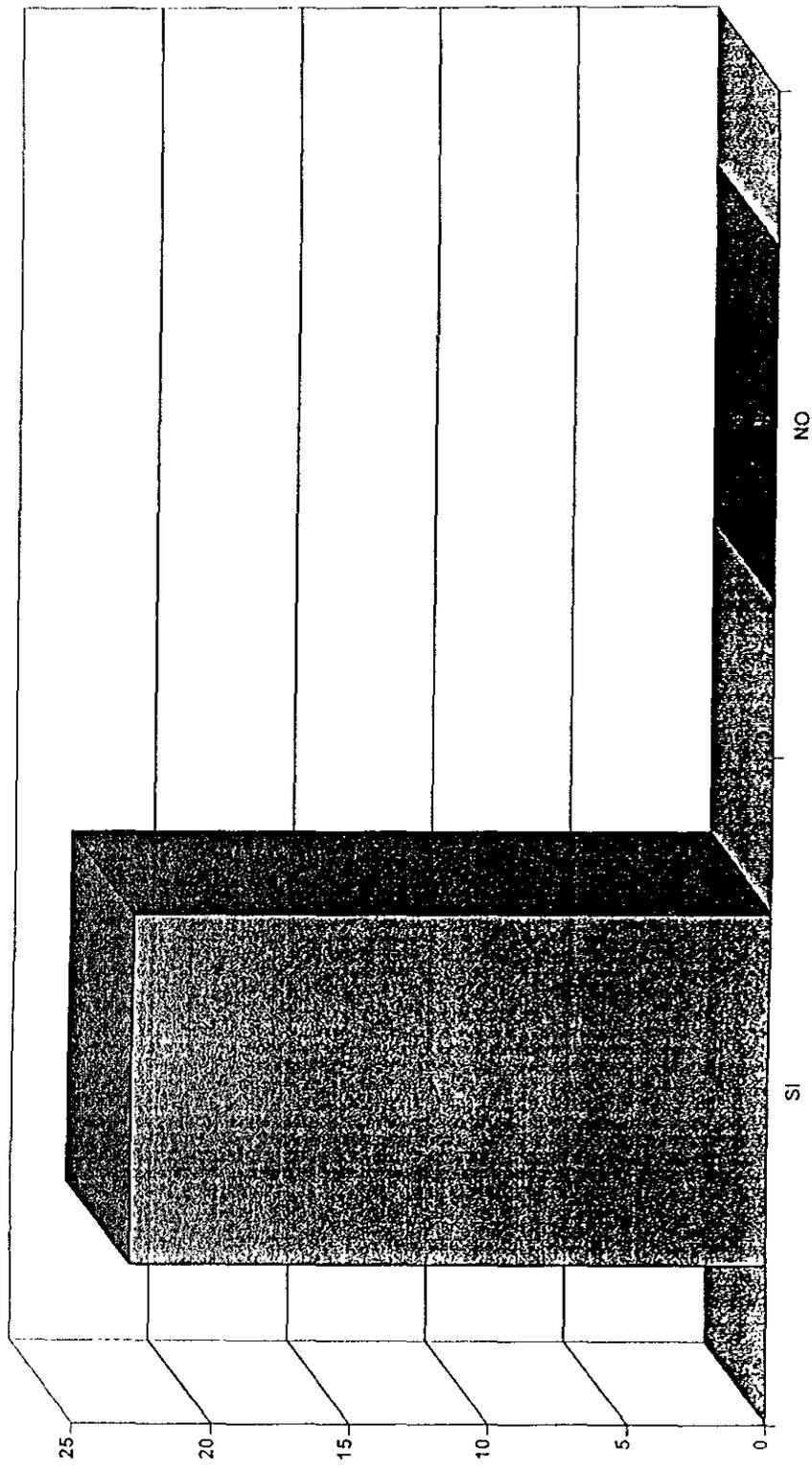


Gráfica No. 28: En esta gráfica indagamos que de las 23 pacientes que no utilizan métodos de planificación familiar, 16 abandonaron por deseo de embarazo y 7 por indicación médica.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES. ¿ PIENSA UTILIZAR ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ?



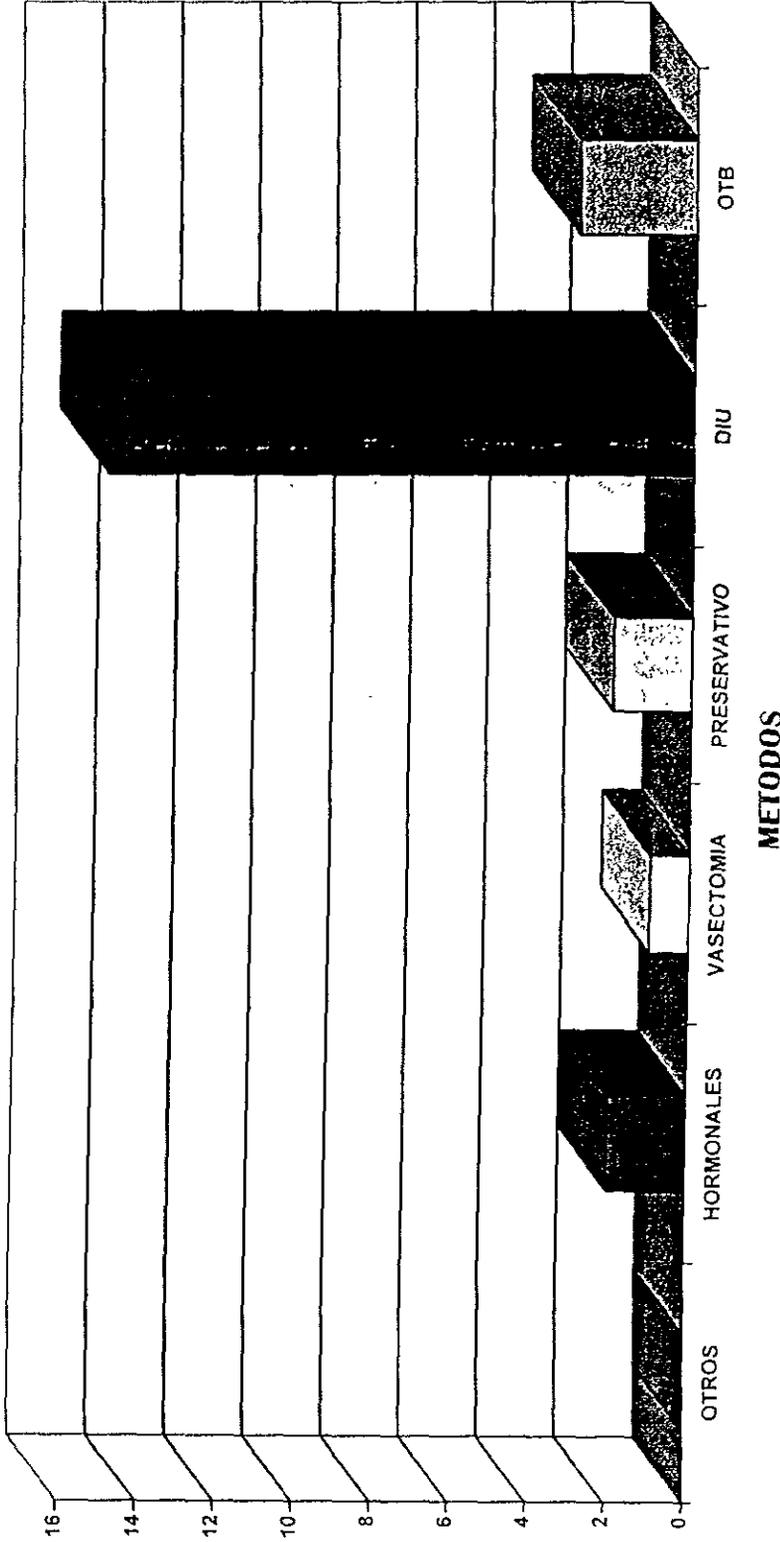
Gráfica No. 29: En esta gráfica nos damos cuenta que las 23 pacientes desean utilizar algún método de planificación familiar posteriormente.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

**FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES
DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. T. E.)**

NUM. DE PACIENTES

¿ CUAL ?



Gráfica No. 30: En esta gráfica vemos la preferencia sobre los métodos de planificación familiar, predominando dispositivo intrauterino en 15 pacientes, oclusión tubaria bilateral en 3 pacientes, preservativos 2, hormonales 2, vasectomía 1, otros 0.

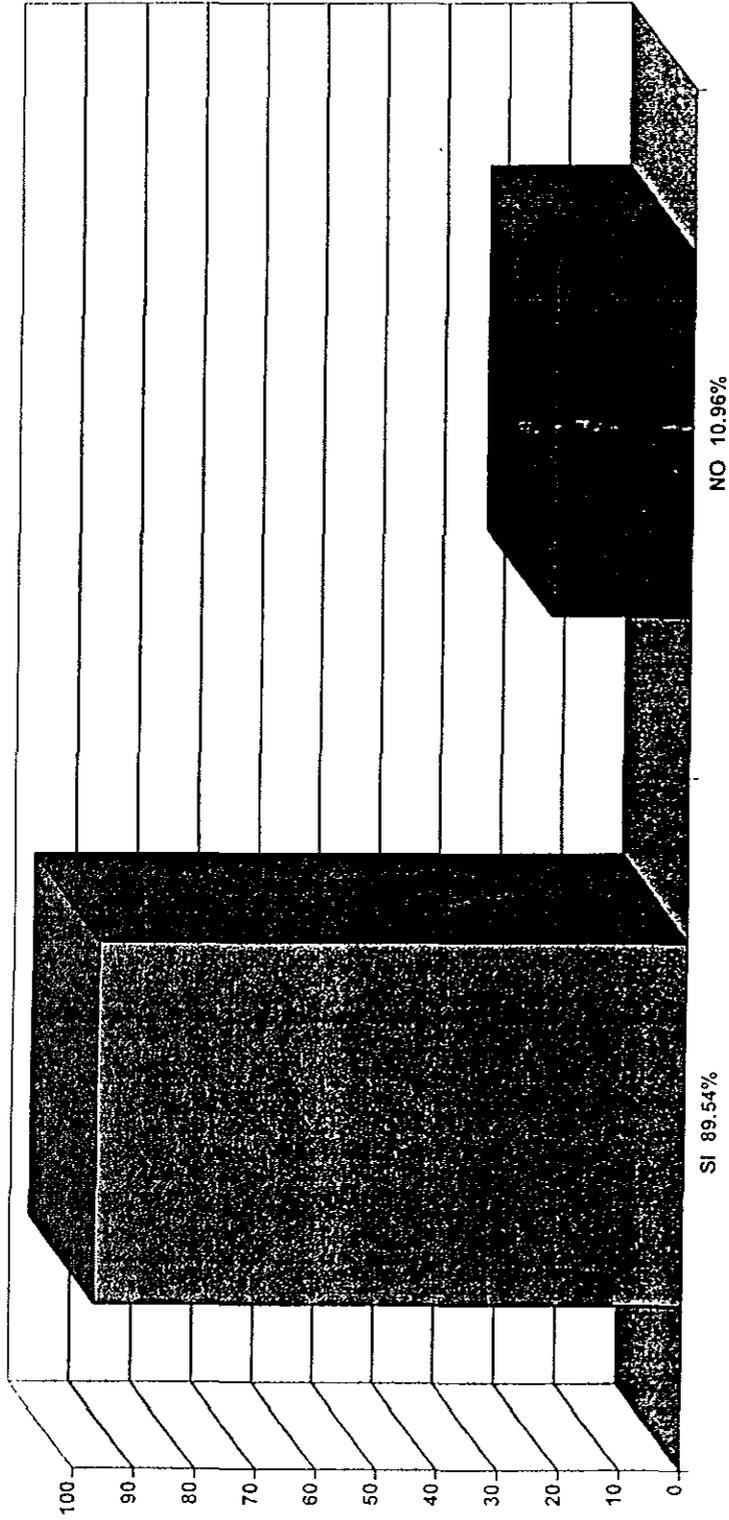
Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES

DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

¿ INFLUYE EN USTED EL SEXO DEL PERSONAL MEDICO QUE LA ASISTE EN EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ?

NUM. DE PACIENTES.

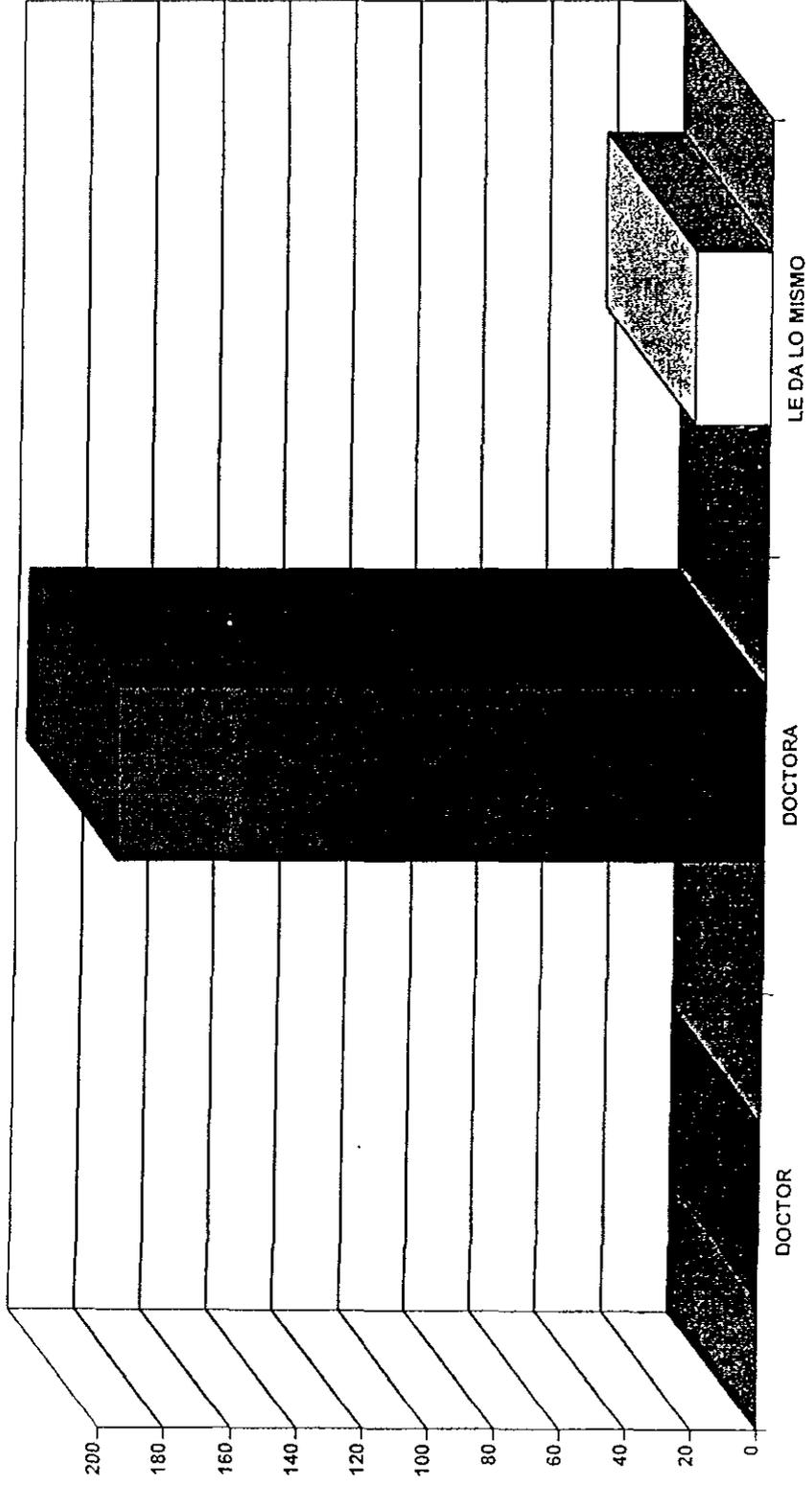


Gráfica No. 31: En esta gráfica nos damos cuenta que el sexo del personal médico que atiende el módulo de planificación familiar es de vital importancia ya que el 89.54% de las pacientes así lo consideran.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

FRECUENCIA EN EL USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN DERECHOAHABIENTES DE LA CLINICA HOSPITAL DR. MIGUEL TREJO OCHOA (I. S. S. S. T. E.)

NUM. DE PACIENTES ¿ EN CASO DE RESPONDER SI, PREFERIRIA QUE LA ATENDIERA: ?



Gráfica No. 32: En esta gráfica notamos que la preferencia de las pacientes por un personal médico del sexo femenino es notoria, ya que cuando el servicio está atendido por un personal médico del sexo masculino baja la captación de usuarias al programa de Planificación Familiar.

Fuente: Cedula de Recoleccion de Datos (Cuestionario).

ANALISIS

Si comparamos el resultado del estudio publicado en 1990 ⁽²⁹⁾ en donde el método más usado fue la salpingoclasia o ligadura con un 36.2%, posteriormente el dispositivo intrauterino 19.4%; la píldora con 18.2%, el ritmo con 8%. Llama la atención que este estudio es muy similar a los resultados obtenidos, ya que en nuestra investigación efectivamente encontramos que el método más utilizado es la salpingoclasia o ligadura en un 40.90% y el dispositivo intrauterino en un 18.63%, la píldora en el 10%, el preservativo en el 9.5%, el ritmo en el 5.45% y en último lugar la vasectomía con un 5%.

Ha habido cambios significativos en cuanto a los métodos anticonceptivos mayormente utilizados, esto reflejado en un ligero incremento comprobado en nuestro estudio. Resulta inquietante que hoy en día los métodos de Planificación Familiar aún continúen recayendo básicamente en la mujer, pues la participación del hombre a pesar de que en fechas recientes se incrementó se mantiene todavía en niveles bajos como podemos observar.

Asimismo podemos comparar que hace algunos años las mujeres no se preocupaban tanto por su preparación académica y actualmente valoramos la escolaridad lo que nos permite saber que aunque mínima pero sí existe una preparación escolar en el 17% de las encuestadas ya que la gran mayoría tiene preparación técnica o académica, lo cual nos facilita la comunicación, la difusión y el fomento de los métodos de Planificación Familiar. La educación es uno de los aspectos que mayor influencia ejerce en la decisión para que las mujeres acepten el control de la natalidad a través de cualquier método.

Si realizamos una comparación en cuanto al estudio de 1990 ⁽²⁹⁾ las mujeres unidas que utilizaban algún método de Planificación Familiar en ese entonces correspondía al 63.5%, corroborando que nuestras encuestadas, mujeres casadas corresponde al 53%, esto nos habla que aún en estos tiempos predomina la unión de pareja.

Es notorio que las mujeres menores de 30 años son las más preocupadas por llevar a cabo algún método de Planificación Familiar y recurren preferentemente a métodos temporales a diferencia de las mujeres mayores de 30 años que optan por métodos definitivos.

Concluimos que la gran mayoría de nuestras encuestadas pertenece a la religión católica y una mínima cantidad de pacientes pertenecen a otras religiones a pesar de sus creencias utilizan algún tipo de métodos de Planificación Familiar.

Sospechamos que el motivo de abandono de los métodos de Planificación Familiar es en un mínimo porcentaje por deseo de embarazo, lactancia e insatisfacción con el método utilizado, así como por indicación médica.

Nos percatamos que definitivamente el sexo del personal de salud que atiende el módulo de Planificación Familiar influye de manera directa en la asistencia de las pacientes a dicho programa, impidiendo que aumente el índice de usuarias captadas en Planificación Familiar, este rubro es muy variable pero nos invita a reflexionar que debemos hacer conciencia en nuestra población usuaria que el sexo del personal de salud que la atenderá en este programa no debe de influir en su inasistencia, ya que la atención, la calidad y la calidez del servicio es el mismo.

Debemos de recomendar y fomentar que la pareja se involucre

en el mismo porcentaje en lo que es el concepto de Planificación Familiar, haciendo hincapié que el sexo masculino también es un factor importante en el control de la natalidad.

Determinamos el número de usuarias que no desean tener más hijos concluyendo que 134 de las encuestadas tiene paridad satisfecha y que 49 solo desean un hijo más; 29 pacientes desean 2 hijos, y 8 pacientes 3 hijos, esto nos da una idea de que el programa de planificación familiar está funcionando de manera adecuada e influye directamente en la decisión de las pacientes.

120 pacientes obtuvieron el método que actualmente utilizan en el ISSSTE Colima, esto nos hace pensar que aunque es una cifra aceptable debemos de intensificar las acciones de difusión y fomento sobre planificación familiar para aumentar y lograr el 100% deseado.

CONCLUSIONES

Esta investigación nos ayuda a conocer la frecuencia en el uso de métodos de planificación familiar, donde observamos que más del 89% de las pacientes utilizan algún método de planificación familiar, en cuanto a este dato mencionaremos que la encuesta se realizó por cuota, en el área de consulta externa de medicina familiar y planificación familiar, donde cabe la posibilidad de que las entrevistas se realizaran en su mayoría a las mujeres que acudían al servicio de planificación familiar, no es un dato exacto es un resultado sesgado.

El método de planificación familiar más utilizado es la oclusión tubaria bilateral y en segundo lugar el dispositivo intrauterino, lo anterior nos habla de que los programas de planificación familiar están ejerciendo un buen impacto en nuestra población, pero eso no es todo, aun existe mucho por hacer, contribuyendo por ejemplo en la concientización de la sociedad sobre los problemas de crecimiento de la población y así desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida.

Con esta investigación nos percatamos que la gran mayoría de las encuestadas son pacientes jóvenes, pero observamos que a pesar de ello, la cantidad de pacientes que fluctúan entre los 15 a 20 años de edad es baja, lo cual nos hace reflexionar que la población adolescente no está acudiendo a nuestros módulos de planificación familiar o bien necesitamos llegar a este grupo de población por medio de pláticas a jóvenes, dándoles información, orientación y con ello concientizarlas de que existe la sexualidad responsable y evitar los embarazos no deseados en adolescentes.

La gran mayoría de nuestras encuestadas corresponde a mujeres menores entre los 20 a 30 años quienes optan preferentemente por métodos temporales.

Observamos que más de la mitad de nuestras encuestadas son mujeres con una relación de pareja estable, lo cual nos indica que estas mujeres son las más preocupadas por ejercer un control de la natalidad, en cambio las mujeres sin una relación estable pueden con mayor facilidad presentar un embarazo no deseado por descuido y a consecuencia de su misma inestabilidad emocional o sentimental, o bien, porque terminan una relación y piensan que ya no van a encontrar otra pareja y posteriormente la encuentran y surge un nuevo embarazo en la gran mayoría de ellas.

Por todo lo anterior hacemos de nuevo hincapié en que debemos de buscar la manera de llegar a todo este grupo de población con nuestros programas de Planificación Familiar.

Nos dimos cuenta que un tercio de la población corresponde a mujeres profesionistas, lo cual nos hace sospechar que este grupo de pacientes debido a su trato social pudieran acudir a otras instancias como son las particulares para su control de natalidad, ya que este grupo de personas son quienes tienen mayores posibilidades económicas para ello, pero esto no está comprobado.

Notamos que la mayoría de las mujeres son trabajadoras, mujeres productivas y útiles a la sociedad, ya que son ellas las que mejor toman conciencia de la responsabilidad de procrear.

Observamos que cuatro quintos de la población es católica, esto nos indica que a pesar de la religión, de los mitos y tabúes existentes en cuanto a la prevalencia y uso de los métodos anticonceptivos no naturales, en las mujeres prevalece su propio criterio del control de la natalidad, optando por el método que les brinde seguridad, ante todo, de lograr un buen control de la natalidad, decidiendo cuantos hijos desean tener y en que momento, ya que debido a la crisis económica existente no es posible lograr en estos tiempos una familia muy numerosa.

Tres quintos de la población entrevistada no desean ningún hijo más, y el resto desea no más de 2 hijos en promedio, lo que nos da un alto porcentaje de mujeres que ya satisficieron su maternidad, y el resto tiene control de la natalidad.

Con el programa de Planificación Familiar aportamos en gran medida al mejoramiento de la salud en la población, reduciendo el número de embarazos no deseados, y como consecuencia tendremos disminución en el índice de natalidad, así mismo evitamos o diferimos el embarazo en mujeres con factores de riesgo que se traduce en disminución en el índice de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil, por todo lo anterior tenemos que fortalecer aún más este programa, con pleno respeto a la dignidad y decisión de cada pareja.

En cuanto a este último, pudimos observar que la gran mayoría de las pacientes eligen por decisión propia el método anticonceptivo que desean utilizar, y un tercio de las encuestadas es por decisión de pareja y un mínimo porcentaje es por recomendación médica, ello nos indica que nuestra labor no es buena, ya que la gran mayoría de las pacientes deben acudir con su facultativo para que les explique los pros y contras del uso de tal o cual método de Planificación Familiar, analizando antes sus factores de riesgo, gran parte de las mujeres entrevistadas eligen su método anticonceptivo sobre todo, cuando de hormonales se trata, para automedicarse sin saber si es el indicado para su organismo.

Por lo anterior la labor del personal médico y paramédico es importantísima en este programa, y nos indica que tenemos que hacer nuestro mejor esfuerzo para involucrar a la pareja en todo este gran concepto de la Planificación Familiar, por medio de pláticas, entrevistas, información, orientación y concientización de que no es un programa propio de la mujer, si no que es un programa para la pareja, ya que ambos son responsables de la creación de un nuevo ser, definiendo según sus deseos, posibilidades y

recursos cuando es el mejor momento para procrear.

Casi la mitad de nuestras pacientes obtuvieron su método en nuestro instituto, por lo cual debemos intensificar nuestra campaña de difusión y promoción en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en nuestra población derechohabiente, ya que esta cifra no es del todo satisfactoria. Así mismo realizar actividades de promoción intra y extramuros, capacitar a nuestros médicos y personal paramédico, sobre la importancia de la planificación familiar como un parámetro importante de la asistencia materno infantil, acentuando la calidez y la calidad del servicio.

Encontramos que en un mínimo porcentaje utilizan métodos naturales, esto debido a la poca tolerancia de otros métodos anticonceptivos temporales principalmente, lo cual nos indica que la mayoría de nuestras mujeres desean optar por un método anticonceptivo independientemente del que sea, y no encontramos negativa de aceptación de los mismos.

Aproximadamente la mitad de las pacientes encuestadas no llevan control de Planificación Familiar, debido a que utilizan métodos anticonceptivos definitivos como la salpingoclasia o la vasectomía, el porcentaje de pacientes con vasectomía es mínimo, por ello nuevamente hacemos mención de que tenemos que involucrar al sexo masculino en este programa y darle a conocer las ventajas de la vasectomía, y una décima de las encuestadas no utilizan métodos de planificación por deseo de embarazo, embarazo o lactancia.

Un 89.54% de nuestras mujeres encuestadas desean usar algún método de Planificación Familiar y de ellas el 43.63% realizan su control periódicamente y el resto no lleva control debido a la implementación de métodos definitivos.

Finalmente concluimos que entre los factores que influyen de manera más importante en el nivel de uso de métodos anticonceptivos por la

población, se encuentra la oferta de los mismos, así como la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de Planificación Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **MANUAL OPERATIVO DE PLANIFICACION FAMILIAR, I.S.S.S.T.E. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA, PATHFINDER, MEXICO. Nov. 1994 pp. 5-138.**
- 2.- **A. ARZATE. "Métodos anticonceptivos", gaceta médica de México. 1993, 129-1. pp. 69-74.**
- 3.- **POPULATION REPORTS, El medio ambiente y el crecimiento de la población, mayo 1993; SM:10; pp. 1-29.**
- 4.- **PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR, I.S.S.S.T.E. 1991. Subdelegación Médica pp. 1-8.**
- 5.- **PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR, Consejo Nacional de Población. 1era. edición, julio 1991. pp. 13-23.**
- 6.- **A. J. GALLEGOS; "Programa para la introducción y adaptación de tecnología anticonceptiva", Piact de México 1994. Vol. 8:3 pp. 1-12**
- 7.- **PROGRAMA NACIONAL DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA 1996. Secretaría de Salud y Bienestar Social 1996. pp. 14-56.**
- 8.- **ENCUESTA NACIONAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA 1992. Departamento de Estadística e Informática, INEGI Colima.**
- 9.- **ENCUESTA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 1995. Departamento de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Gobierno del Estado.**

- 10.- Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud y Bienestar Social 1996.
- 11.- Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y Bienestar Social Colima 1997, Proyecciones de Población CONAPO. pp. 51-53.
- 12.- CONTEO 95 DE POBLACION Y VIVIENDA, INEGI, COLIMA. Departamento de Estadística e Informática INEGI Colima. 1995
- 13.- POBLACION DERECHOHABIENTE USUARIA POR GRUPOS DE EDAD. Subdelegación de Prestaciones Económicas ISSSTE Colima. 1996
- 14.- SALUD PUBLICA DE MEXICO. "Indicadores y noticias de salud"; 1994. 36;3: pp. 2-18.
- 15.- LEY GENERAL DE POBLACION 1976. Capítulo I. pp. 37-59.
- 16.- LEY GENERAL DE SALUD 1992, Ed. Porrúa S.A. pp. 1167.
- 17.- IPPF, MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MEDICOS, Ed. Publicaciones Médicas de IPPF. pp. 263.
- 18.- NORMA OFICIAL MEXICANA NO MOOS-SSA. 1993. De los Servicios de Salud, Programa de Planificación Familiar. pp. 78-95.
- 19.- BROWN J.B. BLACKWELL L.F. BILLINGS J.J. "Et al Natural Family Planning", Am J. Obstet Gycecol 1987; 157:1082-9.
- 20.- Liskin L. Fox G. "Periodic abstinence how well do new approaches work". Population Reports I 1981; 9:33-71.

- 21.- Vassey M. Lawless, M. Veates D.; "Efficacy of diferent Contraceptive Methodes". Lancet 1982 1:841-2.
- 22.- WHO "Implantes Subdémicos de Norplant". WHO/MCH/89 Ginebra 1991. pp. 134.
- 23.- SIVIN I; "International Experience with NORPLANT and NORPLANT-2 Contraceptives"; Stud Fam Plann 1981; 19:81-94.
- 24.- SIVIN I; Greensdale F. Schimidt F. Waldam S; "The Cooper I 380 Intrauterine Device". Popul Council 1992 4;1: 30-31.
- 25.- SIVIN I, Tatum H. J., "Four yerars of experience with tehe TC 380 A Intrauterine Contraceptive Device". Fertil Steril 1981; 36: 159-163.
- 26.- P. Palacios, G. Garza, J. Rowen; "Avances recientes en regulación de la fertilidad". 1992. Dispositivos Intrauterinos, ed. Piensa. Vol. 12:11-45.
- 27.- WHO "Esterilización femenina"; OMS, Ginebra 1993. pp. 158-159
- 28.- G. B. Martson, A. S. Vansintejam G.; "No scapel vasectomy ssociation for valuntary surgical contraception" 1992. New York 2:2; 54-58.
- 29.- SECRETARIA DE SALUD. "La Salud de la Mujer en México" Cifras comentadas. Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". 1990. México. pp. 113-124.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE INVESTIGACION
CUESTIONARIO

FICHA DE IDENTIFICACION: _____ FECHA: _____

- 1.- Nombre: _____
 2.- Cédula: _____
 3.- Unidad Médica: _____ 4.- Edad: _____
 5.- Estado Civil: _____ 6.- Escolaridad: _____
 7.- Ocupación: _____ 8.- Religión: _____
 9.- Menarca: _____ 10.- IVSA: _____ 11.- G: _____
 12.- A: _____ 13.- Hijos vivos: _____
 14.- Hijos que desea tener: _____
 15.- ¿ Utiliza algún método de Planificación Familiar ? : _____
 (de constestar No pase a la pregunta 28)
 16.- ¿ Cuál método de Planificación Familiar utiliza ? : _____
 17.- ¿ Quién eligió el método que utiliza ? : _____
 18.- ¿ Dónde obtuvo el método que utiliza ? : _____
 19.- ¿ Tiene control periódico ? : _____
 (de contestar No pase a la pregunta 22)
 20.- ¿ En dónde lleva su control ?
 21.- ¿ Cada cuánto tiempo lleva su control ?
 22.- ¿ Por qué no lleva control de Planificación Familiar ? _____
 23.- ¿ Por qué utiliza este método ? : _____
 24.- ¿ Le gustaría utilizar otro método ? : _____
 25.- ¿ Cuál ? : _____
 26.- ¿ Ha utilizado otro método de Planificación Familiar antes que el actual ? : _____
 27.- ¿ Cuál ? : _____

PARA LAS PACIENTES QUE UTILIZAN ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR PASAR A LA PREGUNTA 34.

- 28.- ¿ Por qué no utiliza método de Planificación Familiar ? : _____
 29.- ¿ Ha utilizado algún método antes ? : _____
 30.- ¿ Cuál ? : _____
 31.- ¿ Por qué motivo lo abandonó ? : _____
 32.- ¿ Piensa utilizar algún método de Planificación Familiar Posteriormente ? : _____
 33.- ¿ Cuál ? : _____
 34.- ¿ Influye en Usted el sexo del personal médico que atiende el módulo de Planificación Familiar ? : _____
 35.- ¿ En caso de responder SI quién preferiría que la atendiera ? : _____
 36.- ¿ Está Usted conforme con la atención que el personal médico le brinda en el Programa de Planificación Familiar ? : _____
 En caso de responder NO explique Por qué ? : _____