

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACION**

9

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

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
VILLA ALVARO OBREGON, ISSSTE  
MEXICO, D.F.**

298569

**ACEPTACION DE LOS METODOS DE  
PLANIFICACION FAMILIAR EN LA POBLACION EN  
EDAD REPRODUCTIVA DE LA CLINICA VILLA  
ALVARO OBREGON DEL I.S.S.S.T.E.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

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

**P R E S E N T A**

**DRA. <sup>D.V.A.</sup> MARELVIRA ASTORGA ASTORGA**



**ISSSTE**

MEXICO D.F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ACEPTACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION  
FAMILIAR EN LA POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA DE  
LA CLINICA VILLA ALVARO OBREGON DEL I.S.S.S.T.E**

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

**DRA. MA. ELVIRA ASTORGA ASTORGA**

**AUTORIZACIONES:**



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**



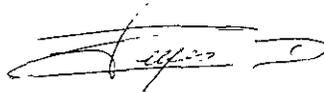
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

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

PRESENTA

DRA. MA. ELVIRA ASTORGA ASTORGA

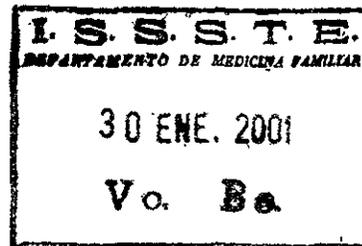
ACEPTACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
EN LA POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA CLINICA  
DE MEDICINA FAMILIAR VILLA ALVARO OBREGON DEL  
I.S.S.S.T.E.



DR. JAVIER REYES DOMINGUEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA DELEGACIONAL  
ZONA PONIENTE DEL D.F.



DR. FRANCISCO LIZCANO ESPERON  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

## INDICE

MARCO TEORICO -----	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	16
JUSTIFICACION -----	17
OBJETIVO GENERAL -----	19
HIPÓTESIS -----	20
METODOLOGIA -----	21
RESULTADOS -----	23
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS -----	27
CONCLUSIONES -----	28
ENCUESTA -----	30
BIBLIOGRAFIA -----	32
ANEXOS -----	

## DEFINICIÓN

La definición más usual de la **Planificación Familiar** es el control de los nacimientos, la planeación de ellos y la paternidad responsable.

## ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La historia de la humanidad ha representado una sucesiva serie de "Explosiones Demográficas", derivadas de las continuas luchas del ser humano, por obtener así el equilibrio entre su numero y los recursos alimenticios de que podía disponer.

La explosión demográfica de un conglomerado humano que puede lanzarlo a la invasión y a la guerra, puede también si tales medidas resultan del todo imposibles, orillarlos a la práctica de sistemas limitativos de aumento demográfico, aceptados como normales por la comunidad, por tanto dentro del criterio moderno pudiendo llamárseles legales.

Fue legal la actitud de los Espartanos, de matar a los niños nacidos con defectos físicos; y si muchas tribus salvajes hubieran tenido leyes escritas, la historia se habría visto, en la obligación de considerar "legal" el infanticidio, que ellos practicaban especialmente a los recién nacidos del sexo femenino, crimen cometido con el propósito exclusivo de limitar, el crecimiento de una población hasta equilibrarla con las posibilidades de alimento existente.

El infanticidio debe, haber representado sin duda, la primera manifestación de la reducción del número de hijos y ello fue una práctica exclusiva de comunidades primitivas, ya que civilizaciones de alto grado de desarrollo como las de Grecia y Roma lo practicaban sin que fueran perseguidos por la ley. ( 1 )

El continente americano presenta a la llegada de los europeos, una población abundante dentro de las posibilidades de una economía agraria de sustentación. Esta población se precipitó en un desastre vertiginoso que afecta todos los aspectos de la vida, pero que principalmente se expresa por el complejo "trabajo- dieta- epidemias", resultado de un cambio estructural de énfasis económico, y a mediados del periodo colonial esta población comienza a recuperarse lentamente, sujeta a los vaivenes de una sociedad estructurada feudalmente, con los límites de la economía natural bajo condiciones coloniales, éstos desajustes sociales dieron paso a la vía revolucionaria, que incendió el país en 1810, ocasionándose una fuerte pérdida de vidas humanas (aproximadamente el 10% de la población del país); el crecimiento demográfico ha cambiado de ritmo en varias ocasiones después de la independencia.

A partir de 1821 se inició un período agitado, con invasiones y guerras civiles, años en los cuales la población del país, dispersa y poco densa no podía crecer mucho, las epidemias eran importantes; el despoblamiento se interpretaba como una amenaza, para la independencia y la conservación de la soberanía nacional. La orientación poblacionista de la primera Ley General de la Población del 24 de agosto de 1936 era "Gobernar es Poblar", para los setentas el crecimiento demográfico de México fue de los más rápidos del mundo, secundada, por la disminución de la mortalidad, observándose la diferencia de población de 1910 a 1960 ( 15 a 34 millones ) mientras que en 1970 se incrementó a 70 millones. Se aprecia además un incremento en la esperanza de vida ( 2, 3, 4 ).

Este crecimiento, se explica por las distintas evoluciones que los índices generales de fecundidad y mortalidad han seguido. La fecundidad, ha conservado invariables sus niveles: 45.3 nacimientos anuales por cada 100,000 habitantes entre 1920 y 1934; 44.9 entre 1955 y 1959 y 43.7 entre 1970 y 1974. Como resultado de las acciones concertadas, y con el apoyo de los esfuerzos sectoriales, se ha producido una profunda transformación en la dinámica poblacional del país. Mientras que la fecundidad descendió en un 49 % de 1970 a la actualidad, al pasar, de 6.6 hijos por mujer a 3.4 ; la mortalidad, que inició un proceso de disminución en la tercera y cuarta décadas del siglo, continúa su tendencia hasta alcanzar, para 1989, una tasa bruta de 5.5 defunciones por cada 1000 habitantes y una esperanza de vida de 69.4 años.

La síntesis de los fenómenos mencionados, se traduce en una población de 86 millones de mexicanos, con una tasa de crecimiento de 2.2 % anual en 1989. De acuerdo con la tendencia prevista, se espera tener para el año 2000, 105 millones de habitantes, con una estructura por edad más envejecida que en la actualidad, ya que los menores de 15 años representarán cerca del 31% de la población total, frente a 38 % de la actualidad. (8).

En cambio la mortalidad, a raíz del impacto de la tecnología sanitaria y la creación de infraestructura en salud pública, junto con la constante mejoría en el nivel de vida de la población ha disminuido considerablemente, lo que ha traído importantes implicaciones demográficas. A partir de 1970 la población mexicana, ha disminuido su velocidad de crecimiento, gracias a la disminución de la fecundidad en las zonas de mayor desarrollo económico, los factores coadyuvantes han sido el aumento de la urbanización, el mejor nivel educativo y el aumento de la participación de la mujer en empleos remunerados.

A partir de la introducción de los programas de Planificación Familiar, el volumen de parejas que hacen uso de este servicio se ha incrementado, debido al crecimiento, la cobertura de los programas y al impacto individual que han tenido las actividades

promocionales del programa en materia de información, comunicación y educación. ( 5 y 6 ).

Las primeras acciones en servicio de Planificación Familiar, fueron llevadas al cabo en nuestro país, durante la gestión de Felipe Carrillo Puerto, como Gobernador de Yucatán (1918-1923): dichas actividades se apoyan en una red de clínicas con servicios de Planificación Familiar, dentro del programa de Medicina Preventiva, constituyéndose en el primer servicio oficial del mundo.

A nivel privado, las acciones de planeación se iniciaron en 1940, hacia el año de 1959 se funda la asociación " Pro " Salud Materno-Infantil, al año siguiente abren una clínica en la Ciudad de México, con tres programas rurales y estudios sobre investigación de métodos anticonceptivos hormonales. Hacia 1964 se construyó el Centro de Investigaciones sobre Fertilidad y Esterilidad.

En 1965 inició la Fundación de Estudios de la Población (Fepac) Y para 1983 se transformó en Asociación Mexicana de Planeación Familiar. En 1976 el Instituto Mexicano del Seguro Social, creó una unidad de Biología de la Reproductividad, en la que anteriormente se habían realizado investigaciones sobre fertilidad, utilizando productos hormonales. (7).

En 1972, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, inició los programas de Atención Materno-Infantil e introdujo los servicios de planeación familiar. Es en el año de 1973 cuando el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado inicia la campaña de " Paternidad Responsable " y en 1975, inicia el programa institucional de Planificación Familiar. (4,9).

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

Sin embargo a partir de 1982, aparecieron divergencias entre los niveles de crecimiento observados y las metas. En 1986, la tasa de natalidad programática era de 27 por mil, mientras que los últimos datos disponibles proponen valores de 30 a 32 por mil. ( 12, 13).

En Julio de 1989, se realizó en la ciudad de México, el VI Taller Nacional, de Programación y Evaluación del Programa de Planificación Familiar, durante las actividades del segundo semestre de 1988 y primer semestre de 1989 en el ámbito

nacional; analizando el cumplimiento de las metas en cobertura, material de curación y medicamentos para el programa de planificación familiar y para la estrategia de extensión de cobertura y retos para los próximos seis años; determinándose, a nivel nacional una meta de 974,518 usuarias nuevas y de 1,387 280 activas. Metas de consulta a otorgar en el ámbito institucional, a usuarias nuevas y activas es de 2,723 708, de las cuales 1,806 514 son subsecuentes y 917,194 de primera vez. ( 8 )

Las perspectivas hacia el siglo XXI, contemplan notables incrementos, de acuerdo a las tendencias observadas, la población crecería en 1994 a una tasa de 2.0 % y alcanzaría los 95.2 millones de habitantes, en tanto que en el año 2,000 la tasa sería de 1.7 % y el monto de población de 107 millones.

De fortalecerse las acciones en materia de población, la tasa de crecimiento llegaría, de acuerdo con una hipótesis baja de naturaleza programática, a 1.8 % en 1994 y a 1.5 en el año 2000, lo cual, en términos de volumen de población, se traduciría en 94.7 millones en 1994 y 105 millones en el año 2000; La estructura por edad de la población se verá progresivamente envejecida. La población de 0 a 11 años será de un 31 %, la de 15 a 64 años alcanzará el 64 % y el grupo de 65 años y más elevará su participación a 5 % en esos años. La natalidad se situará en 22 nacimientos por mil habitantes, la fecundidad sería de 2.4 hijos por mujer, en cuanto a la mortalidad, esta alcanzará una tasa bruta en 1994 de cinco decesos por mil habitantes, la esperanza de vida alcanzará los 71 años en 1994 y los 72 en el año 2000 para ambos sexos; Sin embargo la situación económica y social del país podría alterar estas expectativas en una forma poco previsible. (8).

## MARCO JURÍDICO

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

Ahora bien, estos fenómenos ó componentes demográficos no se presentan en forma autónoma, son parte de los procesos históricos. De esta manera las características económicas, políticas y sociales de una población, explican en gran medida sus rasgos demográficos más relevantes, como el crecimiento, edad y distribución espacial. (9 )

Es por ello que la Organización de las Naciones Unidas, se encuentra ampliamente interesada en la población demográfica, por lo que se ha colaborado con gran interés en las cuatro conferencias mundiales de población, celebradas en Roma, Belgrado, Bucarest y México, - 1954, 1965, 1975, y 1984 - respectivamente, a lo largo de estos

años se han realizado otros eventos auspiciados por organismos institucionales gubernamentales. En el plano moral la iglesia católica acentuaba su postura pronatalista.

Se dieron diversas soluciones con respecto a temas como los de la Conferencia internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, la misma en la que se declaró, derecho humano fundamental a la facultad de decidir libremente sobre el número de hijos y el espaciamiento de ellos. ( 2, 3 ).

En la Conferencia de Roma en 1954 se estableció que existía un aumento de la población y una disminución de la mortalidad, observándose que en 1750 la población era de 700 millones, en 1850, 2500 millones, se proponía que para 1980 sería de 3500 millones. En agosto de 1965 se plantea la condición jurídica y social de la mujer.

Los sesenta fueron, en el campo de lo demográfico los años de la reflexión, en base al alto crecimiento poblacional que podría constituirse en una limitante para un mayor y mejor desarrollo de la sociedad, (8, 9), por lo que se inician políticas de cambios en el artículo 24 que prohibía la propaganda y venta de métodos anticonceptivos (2, 3, 7).

La nueva Ley General de la Población, fue votada el 11 de diciembre y expedida el 7 de enero de 1974, en ella se asienta el objetivo central de la política de población, definido en su artículo primero: Regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social; incluyendo la fracción IX del artículo 5º de dicha ley, prescribiendo que en el aspecto educativo debía atenderse a la necesidad de concientizar en materia de Planificación Familiar, respetando la dignidad humana y su libertad. Los artículos 4, 11 y 73, fracción XVI de la Constitución Política de México son el fundamento para legislar en materia de población y, específicamente, en lo concerniente a la Planificación Familiar.

El artículo 4º, determina que " Toda persona tiene derecho de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos que desee tener ". (3,8,10).

El ejecutivo federal, expidió en forma oficial el reglamento de la Ley General de la Población, en el cual se contempla: Planeación Demográfica, Planeación Familiar, Familia y Distribución de la Población; el rubro de Planificación Familiar consta de 13 artículos, (del 18 al 30), que enunciaremos a continuación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 29.- Con base en los acuerdos que adopte el Consejo Nacional de Población y en las normas de la Ley General de la Población y de este reglamento, las autoridades competentes establecerán las reglas técnicas de planeación familiar en materia de educación y de información médico-asistencial y vigilarán su correcta aplicación.

Artículo 30.- Los jueces y oficiales del registro civil en los actos matrimoniales, proporcionan información sobre planeación familiar; igualdad Jurídica del varón y de la mujer, organización legal y desarrollo de la familia, elaborada de común acuerdo por las autoridades locales y con el Consejo Nacional de Población. ( 2, 3, 10 y 11).

## METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son: los medios, procedimientos o instrumentos que se utilizan para evitar la concepción; todos los métodos tienen ventajas y desventajas, por lo que se deberá hacer un estudio adecuado del estado de salud de cada pareja, para definir cuál es el más útil en cada caso.

Hoy en día, disponemos de una gran cantidad de métodos anticonceptivos. Clasificados por sus características en dos grupos:

### METODOS TEMPORALES:

Naturales: Coito interrumpido, Ritmo y Lactancia materna.

Locales: Preservativo o condón, Diafragma, Espermaticidas (óvulos, espumas).

Hormonales: Orales, inyectables, implantes.

Dispositivo intrauterino: Asa de Lippers, T de cobre, 7 de cobre.

### METODOS DEFINITIVOS.

Oclusión Tubaria Bilateral y Vasectomía.

## METODOS NATURALES.

Existen referencias sobre el coito interrumpido que datan de los tiempos bíblicos, hablan de la utilización y su extensión en Europa; se le atribuye la declinación de la fecundidad observada durante los siglos XVII y XVIII, consiste en que la pareja lleve a cabo la relación sexual y antes de la eyaculación, el varón debe de retirar el pene de la vagina de su pareja, para que la salida del semen ocurra fuera de ésta; es un método poco seguro ya que en la mayoría de los casos puede ocurrir que haya secreción de líquido antes de la eyaculación, su efectividad es baja, puede presentarse embarazo en el 30% de las parejas que lo practican, se asocia además a sentimientos de insatisfacción.

La ducha post-coital es un medio por el cual se trata de prevenir el ascenso de los espermatozoides en el tracto femenino, se realiza mediante un lavado vaginal, con un antiséptico después del coito, su efectividad es muy baja.

La abstinencia sexual es un intento de contener la satisfacción de exigencias sexuales, utilizándolo como un medio para evitar la fecundidad. Pueden presentarse disfunciones sexuales.

La lactancia materna es el período de anovulación que le sigue al parto, se presenta una infecundidad relativa, durante los meses posteriores al parto, la hipófisis segrega altas cantidades de prolactina y la producción y excreción de las gonadotropinas folículoestimulante (FSH) y lúteoestimulante (LTH) se encuentran parcialmente inhibidas, por lo que no se produce ovulación, su efectividad es mínima. ( 13, 14).

El método del ritmo toma en consideración:

- 1.- Que el método ovulatorio se da aproximadamente dos semanas antes que la siguiente menstruación.
- 2.- La capacidad fecundante del espermatozoide es de 48 a 72 horas.
- 3.- La duración de la vida del óvulo (24 horas).

Este método llamado Ogine-Knaus consiste, en la abstinencia de las relaciones sexuales durante los días fértiles del ciclo menstrual, instruyendo a las pacientes de acuerdo a sus ciclos. En las mujeres con ciclos irregulares, en ocasiones largos y otros cortos es complicado el uso del método y el índice de falla es mayor (28).

El ritmo termométrico, consiste en la detección del cambio de la temperatura basal, que se produce como un efecto de la sesión de progesterona por el cuerpo amarillo, la mujer debe tomarse la temperatura, en el recto o en la boca, en forma diaria por 8 meses al despertarse o antes de iniciar cualquier actividad. Se grafican estas tomas y

cuando baja la temperatura se puede realizar la relación sexual sin posibilidades de embarazo, no se recomienda en mujeres con ciclos irregulares.

El método de Billing o de moco cervical, se basa en la observación diaria de las características del moco en la vagina de la mujer, en fase preovulatoria y ovulatoria, el moco es claro como el agua y viscoso, con capacidad para formar hilo de 5 centímetros o más (spinbarkeit) por la acción estrogenica, cuando se seca, forma imágenes de helecho. En fase pre y posmenstrual, cuando la influencia del estrógeno es baja o queda compensada por la progesterona, el moco es escaso, espeso y turbio, al secado no produce imagen de helecho.

Es importante porque es el único método aceptado por la iglesia, la tasa de embarazos es elevada, superior al 14%, aunque la conjunción de los métodos antes descritos, reduce las fallas de cualquiera utilizados aisladamente. (15,27,28)

## METODOS LOCALES

Los Espermaticidas, son sustancias químicas que actúan inactivando a los espermatozoides en la vagina evitando su ascenso al útero, se recomienda que su uso se acompañe de otro método local, como el preservativo o el diafragma para incrementar su efectividad, dentro de sus indicaciones se recomienda en pacientes con actividad sexual esporádica, se contraindica en pacientes hipersensibles a la fórmula, patología vaginal, uterina o pélvica. (13,14).

El diafragma es un dispositivo intravaginal que constituye una barrera mecánica para el paso de los espermatozoides, su seguridad es directamente proporcional a la educación y a la edad de la paciente, e inversamente proporcional al número de embarazos previos; sus efectos secundarios son vaginitis, acumulación de las secreciones, exulceraciones o verdaderas úlceras (13,14).

El preservativo o condón, se piensa que su origen fue en el primer decenio del siglo XVII; la idea de utilizar una funda de membrana animal para cubrir el pene con el fin de evitar la gestación y/o un posible contagio, como se podrá ver, es muy antigua, el preservativo es actualmente utilizado por 40 millones de personas en todo el mundo. En México, anteriormente era poco utilizado, sin embargo su incremento fue a partir del temor a contraer enfermedades venéreas, o una enfermedad mortal, como lo es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, este método de alguna forma favorece la participación del hombre en la planificación familiar, tiene una efectividad de alrededor del 97%, siempre y cuando la técnica sea adecuada. En la actualidad, la técnica de fabricación se basa en métodos electrónicos y el control de calidad es más estricto, por lo que su índice de fracaso oscila entre 8 % años mujer, es inocuo y de

fácil aplicación. La colocación debe ser antes del coito y retirarlo antes de la detumescencia del miembro. La desventaja más común, es que los usuarios refieren disminución de la sensibilidad. Disminuye la libido y en ocasiones anula el orgasmo, existe el riesgo de rotura, goteo y deslizamiento del condón (13,14,16,17,2

## METODOS HORMONALES

Este procedimiento anticonceptivo nació en 1953, al ser introducido por Pincus y posteriormente miles de investigadores han dedicado su atención a mejorar de alguna manera sus características.

La anticoncepción hormonal, con sus diferentes variantes, es sin duda el procedimiento de más amplia difusión en todo el mundo.

Componentes de la fórmula. Básicamente, se utilizan dos tipos de elementos hormonales que son de efecto estrogenico y efecto progestacional. Los estrógenos son derivados de 17 B-estradiol (estrógeno natural) y son el etinilestradiol y el 3 metil-éter del etinilestradiol (mestranol). Los progestágenos pueden ser derivados de la 17 hidroxiprogesterona (Clormadinona, megestrol, medroxiprogesterona) o de la 19 nortestosterona (noretindrona, noretinodrel, D-norgestrel, Diacetato de etinodiol etc.).

Mecanismo de acción. Los estrógenos, administrados en la primera fase del ciclo producen a nivel hipotalámico bloqueo en la producción de factor liberador de HFE y por tanto, el ovario se mantiene en reposo con inmadurez del foliculo. Los estrógenos del tratamiento anticonceptivo no producen cambios endometriales, tubarios o cervicales con efecto anticonceptivo en la primera fase del ciclo.

Los progestágenos, cuando son administrados en la primera fase del ciclo, producen también bloqueo hipotalámico que impide la producción de factor liberador, pero esto, a las dosis habituales, es menos efectivo que el efecto estrogenico; sin embargo, el progestágeno también actúa sobre el endometrio que está en fase proliferativa, produciendo una transformación temprana e irregular ya que no se ha completado la proliferación, por lo que el resultado es un endometrio poco proliferativo y con mala secreción, inadecuado para la nidación del huevo; otro efecto es una alteración en la peristalsis tubaria que interfiere en el transporte ovular y por último, es también importante su efecto a nivel de las secreciones del epitelio endocervical, produciendo un moco inadecuado para la penetración del espermatozoide.

Esquemas de tratamiento.- Las posibilidades básicas de tratamiento son: el tratamiento secuencial, tratamiento combinado (simultáneo) y tratamiento continuo.

**Tratamiento secuencial:** Se inicia al quinto día del ciclo, en los primeros 11 a 14 días se administra estrógeno, en los restantes 10 o 7 días la tableta contiene además el progestágeno. Si analizamos, solo el estrógeno actúa como anticonceptivo, al interferir en el hipotálamo en la primera fase del ciclo, el progestágeno hará que el endometrio se transforme y posteriormente se descame, en caso de haber ovulación, todo estará a favor de la fecundación y de la nidación. Este tratamiento produce sangrados cíclicos normales.

**Tratamiento combinado. (Simultáneo).** Se inicia al quinto día del ciclo, pero todas las tabletas contienen estrógeno y progestágeno. A nivel hipotalámico, el bloqueo se suma y es mayor que el del estrógeno sólo, por lo que resulta más segura la anovulación, además el progestágeno en la primera fase produce cambios endometriales que dificultarían una posible nidación, así como cambios a nivel tubario y de moco cervical.

**Tratamiento continuo.** Consiste en la administración continuada durante todos los días del ciclo de un progestágeno, sólo se logra anovulación en un 40% de los ciclos por ello su efectividad es muy baja.

**Tratamiento combinado mensual oral.** Se utilizan estrógenos y progestágenos con cambios químicos de radicales que les confieren acción prolongada. La tableta se ingiere al 25° día del ciclo. Tiene el inconveniente de que los cambios que pudieran existir en el tubo digestivo, interfieren con su absorción, dando más índice de falla.

**Tratamiento combinado mensual parenteral.-** Son componentes de estrógenos y progestágenos administrados por vía intramuscular al 7° o 10° día del ciclo. Como ventaja tiene el que se evita la omisión de las tabletas, pero tiene efectos colaterales e indeseables como las alteraciones en el sangrado, retardo en el restablecimiento de la fertilidad después del tratamiento.

**Tratamiento con progestágenos parenterales (de depósito).** Consiste en la administración parenteral trimestral de un progestágeno (sin estrógeno) que es liberado de su sitio de aplicación, paulatinamente. Los Fármacos usados son el Acetato de medroxiprogesterona en dosis de 150 mg cada 90 días y el Enantato de 19 noretinil-testosterona, 200 mg. cada 84 días. Es muy cómoda por su aplicación, pero un efecto colateral importante es la atrofia endometrial con amenorrea, la cual se presenta en el 90% de las pacientes después de la 3o. o 4o. dosis, por lo que no es muy recomendable en pacientes jóvenes que desean retornar a la fertilidad en cualquier momento.

**Efectividad anticonceptiva.-** El índice de efectividad de los métodos anticonceptivos, se mide en relación al número de embarazos que se presentan en la cantidad total de

ciclos de aplicación del procedimiento anticonceptivo ( ÍNDICE DE PEARL ). Una población normal que no lleva ningún método anticonceptivo el índice de Pearl es de 80; mientras más bajo sea el índice de un procedimiento anticonceptivo, más efectivo es el mismo. En relación con los tratamientos descritos, el más efectivo es el de progestágenos sintéticos combinados con estrógenos de ingestión diaria, siendo su índice de Pearl de 0.2 ( 0.2 embarazos por 100 años mujer, 1200 ciclos). El combinado parenteral mensual tiene un índice de 0.5 a 0.8; el secuencial oral diario ofrece un índice de 0.8 a 2.0; el parenteral trimestral es de 0.5 a 1.5; los progestágenos continuos orales diarios tienen un promedio de 4.0 a 8.0 y por último el índice es de 2.0 a 8.0 para el tratamiento combinado oral mensual (28).

Los progestágenos de depósito, inhiben la secreción de las hormonas estimulantes del foliculo luteinizante, por consiguiente inhiben la ovulación. Dentro de sus contraindicaciones tenemos a la enfermedad tromboembólica, el accidente vascular cerebral, cáncer mamario, migraña, hipertensión, colecistitis, diabetes. Se han encontrado algunos efectos colaterales, del tipo de la cefalea, aumento o pérdida de peso, depresión, distensión abdominal o mamaria, este método es ideal para las mujeres que acepten mejor una inyección que ingerir hormonas orales, que se encuentren en los últimos años de la reproducción, donde las complicaciones con las tabletas aumentan, en las que han tenido complicaciones con los hormonales orales por su contenido de estrógenos, en mujeres con retraso mental. (13,14,16,18)

Implantes Subdérmicos: Consisten en seis cápsulas de silástic no biodegradables, que contienen el progestágeno levonorgestrel. El progestágeno activo se difunde a través de la membrana de silástic, de una manera lenta y constante para producir concentraciones sanguíneas sostenidas de levonorgestrel. Se ha encontrado en algunos estudios que los implantes con liberación de 3-keto-desogestrel, puede ser un método prometedor, pero que necesita ser más investigado, este es un simple implante donde se establece una duración de cuando menos un año. (19, 20).

Existen tres formas básicas de anticonceptivos disponibles: monofásicas, bifásicas y trifásicas. Las tabletas monofásicas fueron las primeras en ser desarrolladas, constando de una dosis constante de estrógenos (35 ug) y progesterona (1.0); las tabletas bifásicas, introducidas en 1982, contaban con una dosis constante de estrógenos (35 ug) y con una dosis de progestina ( 0.5 mg), sólo durante los primeros 11 días de actividad, este tipo era considerado como el más natural, mientras que el trifásico se introdujo en 1984, con bajo contenido de progestina (0.5 a 0.75 ug), en comparación con el monofásico.

Los contraceptivos, actúan simultáneamente en varios niveles del sistema reproductivo, a nivel central producen disminución de la respuesta de FSH a la estimulación de los factores de liberación de las gonadotropinas (gnrh). La

sensibilidad de la hipófisis a la estimulación de GnRh, esta dada por los niveles cíclicos de estrógenos y progesterona.

La acción más importante de estos compuestos sobre hipófisis, se traducen en la supresión de la liberación de Folículo Estimulante y Luteinizante (LH). El pico de LH para la ovulación está bloqueado y, además, la disminución de FSH impide el desarrollo folicular y la producción de estradiol por el ovario, efecto más notable en aquellos compuestos que contienen más de 50 ug de estrógenos.

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

El metabolismo de estos compuestos en general, es llevado a cabo por desmetilación, hidroxilación, desacetilación e hidrogenación que se lleva a cabo por las enzimas microsomaes hepáticas y se excretan sus metabolitos por orina principalmente, en menor porcentaje a través de la bilis, es adecuado pensar que cualquier fármaco que induzca la formación de enzimas microsomaes puede indirectamente aumentar el metabolismo de los compuestos anticonceptivos y por lo tanto disminuir su eficacia. En cuanto a los efectos metabólicos de estos compuestos, se ha informado de alteraciones en el metabolismo de la glucosa, los lípidos, las proteínas y los factores de coagulación, efectos que aparentemente guardan relación con las dosis administradas (13,16,18,21)

## DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

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

Afortunadamente, sus efectos metabólicos asociados son escasos y su eficacia, excelente. Podemos dividirlos en dispositivos inertes y activos, los primeros son construidos sólo de un material inerte (plástico o polietileno), y los segundos tienen un agregado de metal ( cobre ), o una hormona que hace más potente su acción para modificar las condiciones locales del endometrio y moco cervical, todos los dispositivos que se utilizan actualmente, solo tienen una cola monofilamentada.

Los efectos colaterales son frecuentemente dolor y sangrado, con los dispositivos liberadores de progestágeno, aparentemente disminuye el volumen de perdida sin afectar la hemoglobina. Las complicaciones más frecuentes son la infección, que se

manifiesta como una enfermedad pélvica ( 2 a 8 veces más que en las no usuarias ), la perforación uterina o cervical, es más frecuente en el puerperio inmediato, también se puede presentar el embarazo extrauterino e intrauterino. ( 13, 14, 17, 22).

## MÉTODOS DEFINITIVOS:

Los procedimientos de anticoncepción quirúrgica deben ser considerados como permanentes y definitivos, pueden ser llevados a cabo tanto en el hombre como en la mujer. La persona que se someta a ellos debe hacerlo en forma voluntaria con una justificación de orden sociocultural o médica. ( 13, 14, 17).

## SALPINGOCLASIA

La oclusión tubárica bilateral, consiste básicamente en interrumpir la continuidad de las trompas de falopio, con lo cual se impide la unión del espermatozoide y el óvulo, produciendo esterilidad. Las técnicas para realizar la cirugía son múltiples, tenemos la de Pomeroy, Mendlener, Maclener, Irving y la de Ushida, así mismo, existen métodos endoscópicos como son la laparoscopia, la culdoscopia y la histeroscopia.

Las complicaciones que se pueden presentar son, la perforación uterina, lesiones vesicales e intestinales, laceraciones y desgarros del mesosálpinx con hemorragias y hematomas del mismo, la eficacia varía de 0 hasta 1% con un promedio de falla de 0.3%.

## VASECTOMÍA

La vasectomía, es la esterilización quirúrgica del hombre, es segura y eficaz, se caracteriza por ser un procedimiento relativamente sencillo que puede realizarse con anestesia local, en 5 a 15 minutos. Se efectúa una incisión en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra, ambos extremos seccionados se cierran generalmente por electrocoagulación ó ligadura, el procedimiento se repite en el otro conducto, se cierra la pequeña incisión del escroto y se da por terminado el acto. Las tasas de embarazo, después de la vasectomía son muy bajas, menos del 1%, se debe tener cuidado con la expulsión posterior de todos los espermatozoides a través de varias eyaculaciones (15 a 20 ).

Las complicaciones son raras, aproximadamente la mitad de los hombres presentan edema y dolor, en menos del 5% se producen complicaciones más graves, como hematomas, epididimitis o infección, algunas veces se forman granulomas espermáticos. A largo plazo, no se han observado efectos adversos, se ha disipado la duda de que la vasectomía contribuye a aumentar el riesgo de contraer cardiopatías y

otras enfermedades del sistema circulatorio o trastornos inmunológicos. Se ha sospechado, que el desarrollo de anticuerpos espermáticos después de la vasectomía, pudiera dar lugar a estos problemas. En cuanto a la reversión de la vasectomía, se ha visto que se ha logrado volver a unir los vasos y restituir la fertilidad en un 50% de los casos seleccionados (25, 26).

Actualmente se practica la vasectomía sin bisturí, un nuevo procedimiento desarrollado en China, consiste en dos pequeñas punciones en vez de un corte con el bisturí. Este método es más rápido, tiene menos complicaciones y despierta menor temor al no utilizarse el bisturí, con ambos métodos los conductos deferentes, se ligan, se cortan o se cauterizan. El único material especial que se utiliza son las pinzas de argolla y el fórceps disecador; con esta se ha logrado que se incremente escasamente la participación masculina, este método no requiere de hospitalización, se efectúa sin necesidad de programación quirúrgica y es accesible al hacerse en el ámbito de consulta externa de medicina familiar, evitando tiempos de espera se reducen diferimientos y las complicaciones son mínimas

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El crecimiento de la población en los países altamente capitalizados es lento, con tendencia a ser nulo, mientras que en los países subdesarrollados aumenta a tasas elevadas, calculándose que para el año 2,000 el 78 % de los 6,500 millones de habitantes del planeta, corresponderán a los países subdesarrollados. Esta situación es de alcance mundial y será más agudo conforme pasa el tiempo, por lo que actualmente, científicos, demógrafos, economistas, sociólogos y hombres de estado se ocupan de esta situación. Aunado a las altas tasas de natalidad, tenemos que en los países desarrollados, las tasas de mortalidad han declinado, especialmente en niños desde su primer año de vida hasta los 10 años, y con la mejor salud de la madre y su supervivencia en edad reproductiva la natalidad ha aumentado; el desarrollo económico y social no aumenta con la rapidez suficiente para elevar los niveles de vida, lo que hace que estos países tengan cada vez más desempleo y subempleos.

En México con problemas demográficos estrechamente relacionados con sus características socioculturales, nacen 4458 niños diariamente, por lo que su población aumenta cada año 1, 627,305; crece a un ritmo aproximado de 3.2 % ocupando uno de los primeros lugares en el mundo. Es de todos conocida la contraindicación médica del embarazo por razones de salud materna y/o infantil, así como la gran multiparidad y el embarazo en mujeres menores de 18 años y de más de 35 años, las gestaciones repetidas a intervalos frecuentes, son factores desfavorables para la salud, aunadas a las secuelas en los aspectos emocionales y de estabilidad social en la familia. De gran importancia el aborto ilegal, por su agresividad a la salud y el aumento que está teniendo en nuestra población. Basándose en estos aspectos se abren los programas de planificación familiar en México, en 1974 con objetivos muy precisos, a partir de haberse instituido el Programa Nacional del Sector Salud de Planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos se ha ido incrementando, principalmente por las mujeres, observándose en la poca participación del cónyuge una razón importante para el uso de anticonceptivos por parte de la mujer. Con este estudio valoraremos en la Clínica de Medicina Familiar " Villa Alvaro Obregón" del ISSSTE, las repercusiones que se han presentado en la unidad por el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, en virtud de que a pesar de estar cumpliendo con las metas establecidas, la atención de control prenatal, referencias para atención de partos y abortos, sigue siendo elevada (28).

## JUSTIFICACION

Debido al acelerado crecimiento de la población en México, se plantean dos tendencias opuestas: La primera considera que la tecnología aumentará la productividad de la tierra, la ciencia permitirá aumentar el número de hectáreas cultivables y se extenderá el cultivo y aclimatación de otras plantas, por lo tanto el ingreso per cápita, la educación y el mejoramiento nutricional reducirá el excesivo crecimiento de la población; La segunda considera que la extensión de nuestro territorio será insuficiente a corto plazo, que nuestro crecimiento ya supera los cálculos sobre la producción de materias alimenticias y que los bienes de consumo y servicios públicos no se multiplican en la forma deseable para evitar el desempleo e improductivos, que anualmente se requieren 510,000 nuevos empleos y que además la ignorancia, la desnutrición y la pobreza agravan el problema. (28)

En la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia realizada en jóvenes de educación media superior, durante el período lectivo 86-87 en México con un total de 1,523,827 alumnos inscritos; se resumen datos que demuestran el escaso conocimiento que se tiene sobre planificación familiar. (27)

El 93.8 % de jóvenes sabe cual es la edad óptima en la mujer para el embarazo; 62.2 % de hombres y el 68.2 % de las mujeres conocen cuales son los gametos femenino y masculino. 43.9 % de jóvenes conocen la posibilidad de embarazo en la mujer desde la primera relación sexual. (27)

El 36.8 % saben que en el período de ovulación del ciclo menstrual, toda mujer puede quedar embarazada si tiene relación sexual. El 53.8 % de jóvenes conocen los métodos anticonceptivos y sólo 23.3 % sabe como usar el ritmo. El inicio de relaciones sexuales para ambos sexos, fue entre los 14 y 19 años; los varones iniciaron entre 14 y 17 años, de los cuales 63.2 % conoce métodos anticonceptivos, el 32.3% sabe algo sobre los métodos y el 3.9 % no los conoce. Las mujeres iniciaron su vida sexual entre los 16 y 19 años, de las cuales el 46.2 % conoce los métodos anticonceptivos, el 52.4 % sabe algo sobre los métodos mientras que el 4.8 % no los conoce. Los métodos anticonceptivos más conocidos por los varones, son los preservativos 81.6 %, píldora 71.8 %, vasectomía 42.3 % ; en las mujeres la píldora en un 71.7 %, preservativos 45.4 % e inyectables 41.1 % . En el consenso general el 36.4 % de hombres y el 41.8 % de mujeres no usan métodos anticonceptivos.

Durante cuatro meses del año de 1995 se aplicó una encuesta en la Clínica de Medicina Familiar Villa Álvaro Obregón del I.S.S.S.T.E., a fin de saber el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos.

Para que la planificación familiar tenga éxito se debe contar con el conocimiento e interés de la población, disponer de la tecnología adecuada y aceptable y que el equipo de salud (médicos, enfermeras y trabajo social) utilicen estos elementos. En los programas de planificación familiar el elemento básico es la educación al usuario, en la que se debe fomentar el concepto de paternidad responsable y elevar la dignidad con que cada individuo y cada pareja debe contemplar su función procreativa evitando riesgos innecesarios para el binomio madre - hijo (27,28)

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la aceptación de los métodos de planificación familiar, en la población en edad reproductiva, de la Clínica de Medicina Familiar Villa Alvaro Obregón del ISSSTE.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos existentes.
- Cuantificar el grado de aceptación del método usado por la mujer y su pareja.
- Determinar el grado de aceptación de la vasectomía entre los varones.

### **HIPÓTESIS:**

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no requiere de hipótesis.

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO:

En la presente investigación, se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal y prospectivo.

### POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO:

Las unidades de observación, fueron derechohabientes en edad reproductiva, de la Clínica de Medicina Familiar Villa Alvaro Obregón del ISSSTE.

El estudio se realizó durante los meses de mayo a agosto de 1995.

### TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se seleccionó una muestra al azar, por cuotas dando un total de 400 personas encuestadas.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

Población femenina en edad reproductiva de 15 a 49 años de edad, adscritas a la Clínica Villa Alvaro Obregón del ISSSTE:

- Que estén o no embarazadas.
- Que tengan o no, vida sexual activa.
- Población masculina a mayores de 15 años.
- Población abierta que solicita algún método de planificación familiar.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes femeninas menores de 15 años de edad y mayores de 49 años.
- Pacientes con infertilidad - esterilidad.

### CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes que no deseen colaborar para responder el cuestionario, aunque cubran los requisitos de inclusión.

Cuestionarios incompletos.

### PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.

En los meses de mayo, junio, julio y agosto de 1995 se aplicó una encuesta a 400 derechohabientes en edad reproductiva de la Clínica de Medicina Familiar Villa Alvaro Obregón del ISSSTE.

La información a recolectar está contenida en formato de trabajo que contiene parámetros como: Ficha de identificación, antecedentes gineco-obstétricos, preguntas dirigidas a planificación familiar, contempla personas que están fuera del programa así como preguntas dirigidas a varones sobre la vasectomía.

#### CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki, y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la S.S.A

## RESULTADOS

En la encuesta aplicada a 400 derechohabientes de la Clínica Villa A. Obregón, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, relacionado con la aceptación de los métodos de Planificación Familiar en la población en edad reproductiva, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la distribución por sexos 278 (70%) son mujeres y 122 (30%) son varones. Gráfica No. 1.

El mayor grupo de edad de los derechohabientes encuestados está en el rango de 20 a 39 años, comprendiendo un total de 336 (84%) Gráfica No. 2.

La variable de escolaridad nos demuestra que solo dos personas son analfabetas, mientras que la gran mayoría se aprecia en una distribución uniforme en los diferentes grados (Primaria, Secundaria, Preparatoria, Técnicos y Profesionales). Cuadro No. 1.

De acuerdo al estado civil apreciamos que el 72.6% de las mujeres son casadas, 12.9% solteras, así como 11.6% viven en unión libre; el porcentaje de divorciadas y viudas es muy bajo. Gráfica No. 3.

Referente a la Religión se observa que 370 personas (92.5%) profesa la religión católica, a pesar de que en ésta solo se acepta como método de anticoncepción el ritmo, el uso de éste método solo es utilizado por 32 mujeres encuestadas. Gráficas No. 4 y 8.

La ocupación es otra variable que se analizó entre las personas encuestadas, predominando las amas de casa, empleados y secretarias, en menor cantidad se aprecian los grupos profesional, técnicos y otros. Cuadro No. 2.

El 66% (186) de las mujeres tuvieron su menarca entre los 11 y 13 años de edad, de las cuales el 50% iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años. Gráfica No. 5.

El número de embarazos y de hijos vivos son factores determinantes que favorecen el uso de métodos de planificación familiar; en éste estudio se observa que las familias desean un menor número de hijos a quienes se les pueda proporcionar un mayor bienestar bio-psico-social.

En el Cuadro No. 3, se aprecia que de 278 mujeres encuestadas el 73.3% (204) han tenido de una a tres gestaciones y el mayor número de paridades se presentó en el

grupo de 1 a 3 hijos (177) que corresponde al 63.7% mientras que el 25% nos revela cero paridad.

El 100% de las personas encuestadas conocen los métodos de planificación familiar y sólo dos personas no los han utilizado nunca por motivos religiosos. Cuadro No. 4 y Gráfica No. 6

Del grupo de mujeres encuestadas 242 (87%) son usuarias de métodos de planificación familiar y 36 mujeres (13%) no son usuarias por motivos como: embarazo, lactancia, menopausia o por carecer de pareja. Cuadro No.5 y Gráfica No. 7

La decisión de elegir los diferentes métodos de planificación familiar, surgen principalmente por el deseo de no tener más hijos 118 (32.24%). Evitar efectos indeseables 77 (21.03%), comodidad 63 (17.21%), práctico y sencillo 52 (14.20%), seguidas por la seguridad 22 (6.01), recomendación médica 19 (5.19%), necesidad por embarazo de alto riesgo 8 (2.18%) y por ser natural 7 (1.91%). Cuadro No. 6

Respecto a los métodos de planificación familiar más usados, se encontró en el grupo femenino que 92 pacientes (38%) se les ha realizado la salpingoclasia, 34% se controlan con el dispositivo intrauterino, le siguen el ritmo y los hormonales orales; el uso de hormonales inyectables en la Clínica ya no se prescriben por los problemas secundarios a que se expone a la paciente, las 12 personas (5%) que continúan usando este método lo obtienen en forma particular. Gráfica No. 8

En los varones en contraste con las mujeres, solo 24 (20%) se controlan con la vasectomía, mientras que 91 (75%) continúan controlándose con preservativos y 7 (6%) con el coito interrumpido Gráfica No. 9

Entre las usuarias femeninas se aprecia:

El 75% de las mujeres encuestadas obtienen los métodos de planificación familiar en diversas instituciones de gobierno y el 25% en forma particular. Gráfica No.10

El 79% refiere no haber presentado efectos indeseables y el 21% refiere haber presentado efectos como metrorragias, náuseas, dolor pélvico, mastalgia, nerviosismo, dispareunia, infección de vías urinarias y embarazo. Gráfica No.11

El 57% de las mujeres no llevan un control periódico y el 43% si lo llevan. Gráfica No.12

La información sobre los métodos de planificación familiar, principalmente la obtienen del personal de salud, predominando los médicos en el 67% y las trabajadoras sociales en el 9%. Las demás personas como se aprecia en la Gráfica No. 13; han obtenido la información en los sitios donde se desenvuelven y/o desempeñan sus labores.

La elección de los métodos en un 53% ha sido por la pareja, un 41% por la mujer, mientras que la decisión del médico y el cónyuge ha sido mínima. Gráfica No. 14

Antes de decidir sobre los métodos definitivos (Salpingoclasia y Vasectomía ) o bien por los efectos indeseables que éstos ocasionaban, las personas han usado otros métodos de planificación familiar, entre los que predominan el hormonal oral, dispositivo intrauterino y el preservativo. Gráfica No. 15

El cónyuge ha estado de acuerdo con su pareja para utilizar métodos de planificación familiar en el 91%, el 6% lo ha rechazado y el 3% lo ignora. Gráfica No. 16

El 98% de los varones encuestados conoce la vasectomía y opinan que es un buen método de Planificación Familiar. Gráfica No. 17

La información la han obtenido los varones principalmente de los medios informativos (39%), instituciones de salud (38%), seguida por la que obtienen a través de compañeros de trabajo, los familiares y en las escuelas. Gráfica No. 18

El 18% de los varones encuestados tienen la vasectomía, el 66% aceptaría que se les practicara y el 16% definitivamente no la acepta. Gráfica No. 19

Los argumentos esgrimidos por los varones para aceptar la vasectomía son en beneficio de llevar un mejor control de planificación familiar, y apoyo a la esposa, ya que la vasectomía es una cirugía tan rápida y sin complicaciones en contraste con la cirugía a que se expone la mujer. Los cónyuges están haciendo conciencia de que la mejor decisión en apoyo a la planificación familiar y a la pareja es la vasectomía, por ser un método definitivo, seguro, cómodo y sencillo. Gráfica No. 20

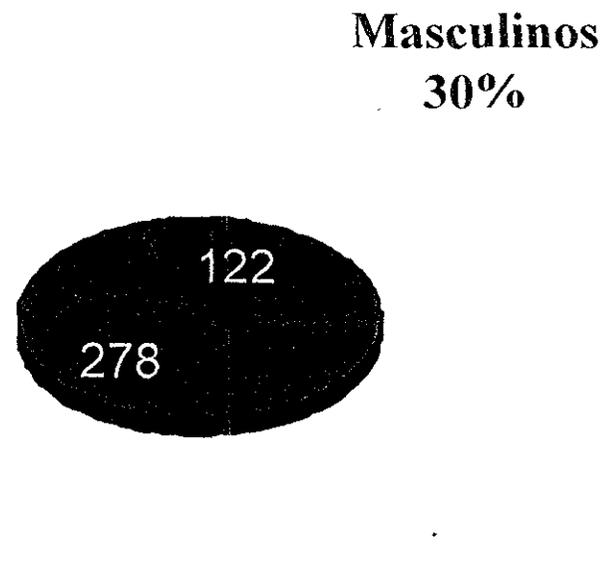
En la Gráfica No. 21 se observan los argumentos referidos por las personas que no aceptarían la vasectomía: Opinan que se opere la esposa, no los convence el método y otros por perjuicio a la sexualidad; no podemos hablar de los escasos conocimientos que se tienen sobre la cirugía, ya que esta opinión la externaron principalmente profesionales de la salud.

La Pirámide Poblacional en edad reproductiva de la clínica en estudio, revela 10570 personas del sexo femenino y 10875 del sexo masculino; acuden a consulta de

planificación familiar de primera vez durante el año 8850 personas, a control subsecuente 12228 de ambos sexos agregándose las personas referidas a oclusión tubaria *bilateral*. Las metas de planificación familiar programadas para la clínica durante 1995 fueron 3432 de nuevos aceptantes y 12805 de consultas subsecuentes.

Gráfica No. 22

**POR SEXO**

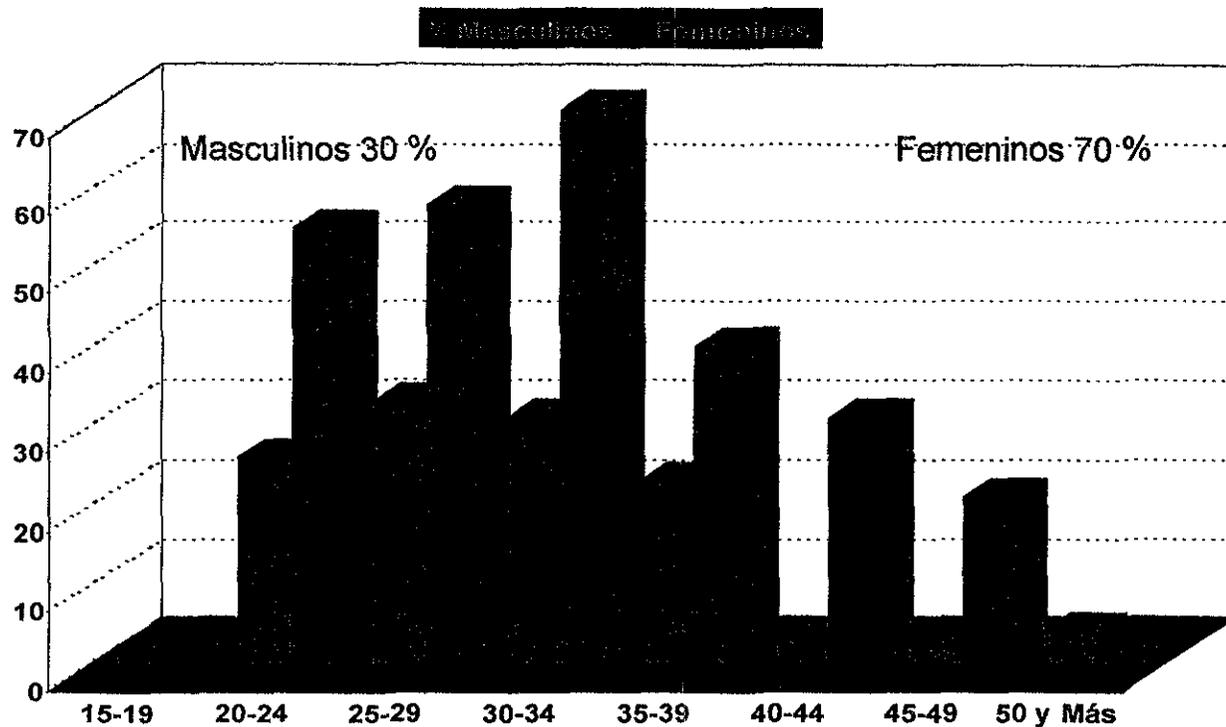


24

Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

**Grafica #1**



Masculinos	0	26	33	31	23	3	2	4
Femeninos	3	55	58	70	40	31	21	0

Fuente.- Cedula de Recolección

1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

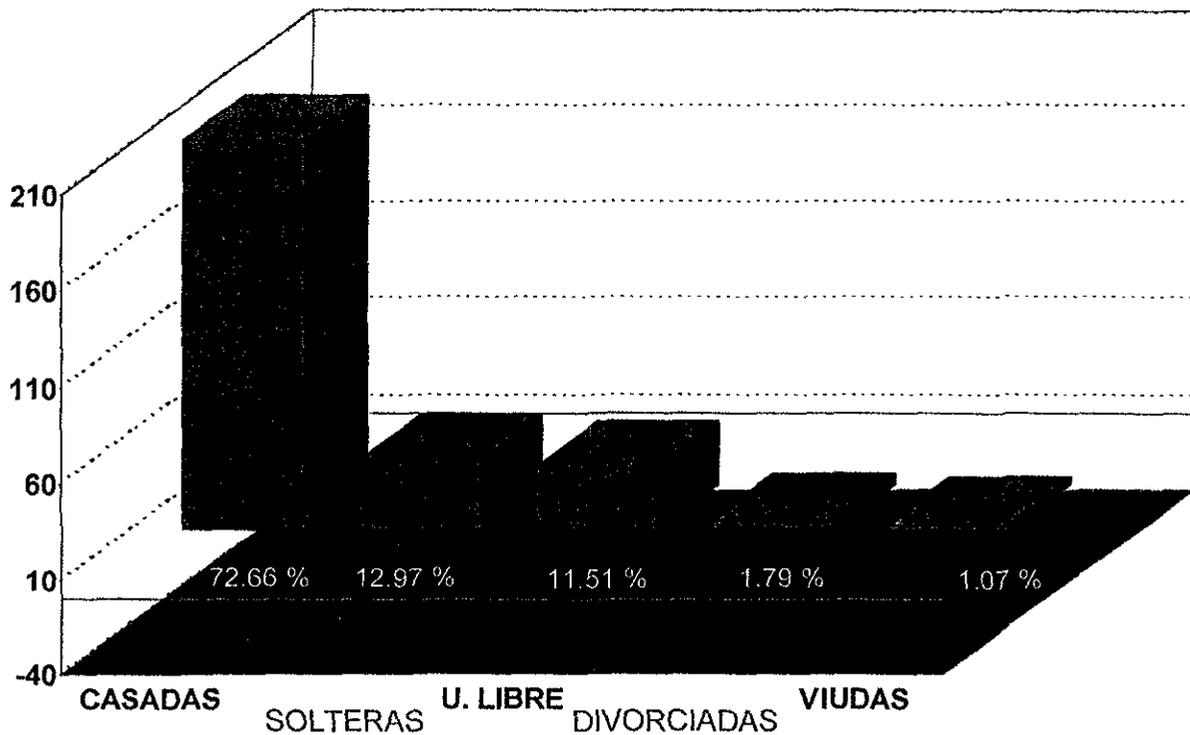
Grafica #2

***DISTRIBUCION DE DERECHOHABIENTES  
ENCUESTADOS DE ACUERDO A ESCOLARIDAD***

<i>Escolaridad</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje %</i>
Primaria	75	18.75%
Secundaria	108	27.00%
Preparatoria	75	18.75%
Técnicos	70	17.50%
Profesional	70	17.50%
Analfabetas	2	0.50%
Total	400	100.00%

Fuente.- Cédula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Álvaro Obregón, I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 1



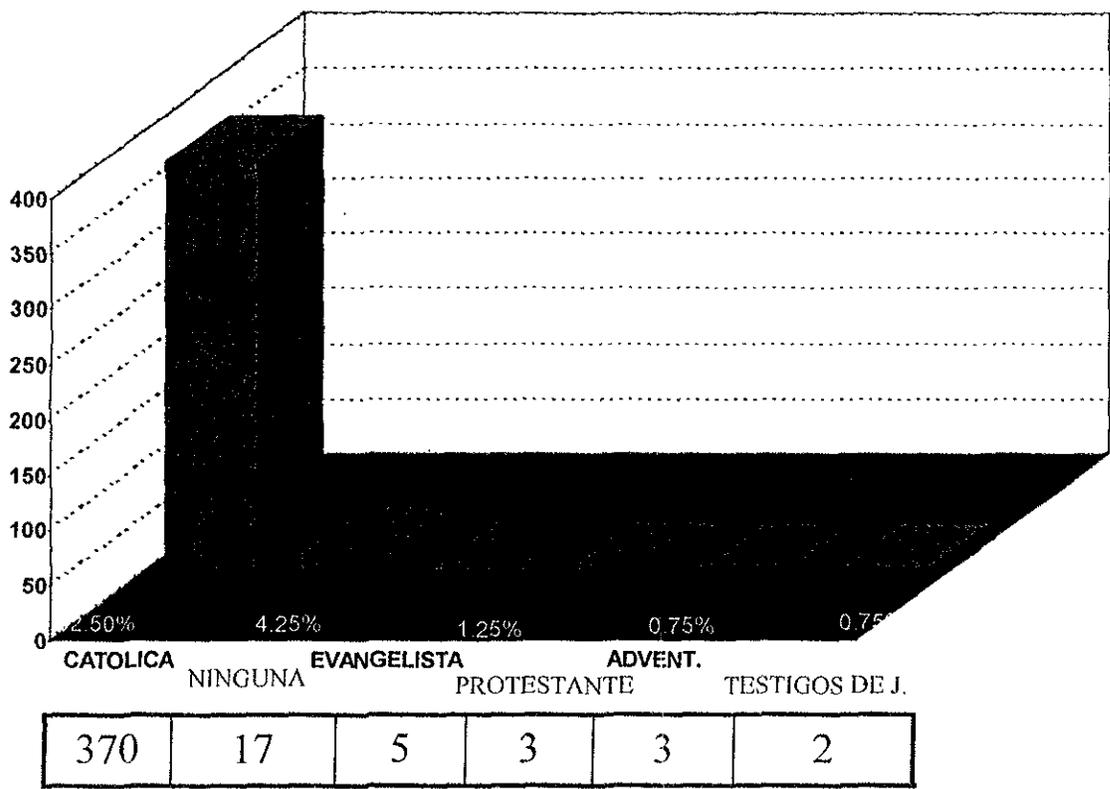
Estado Civil	202	36	32	5	3
--------------	-----	----	----	---	---

Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

**Grafica #3**

# DISTRIBUCION DE ACUERDO A RELIGION



Fuente.- Cedula de Recolección  
 1995  
 Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #4

**OCUPACION DE DERECHOHABIENTES QUE USAN  
METODOS ANTICONCEPTIVOS**

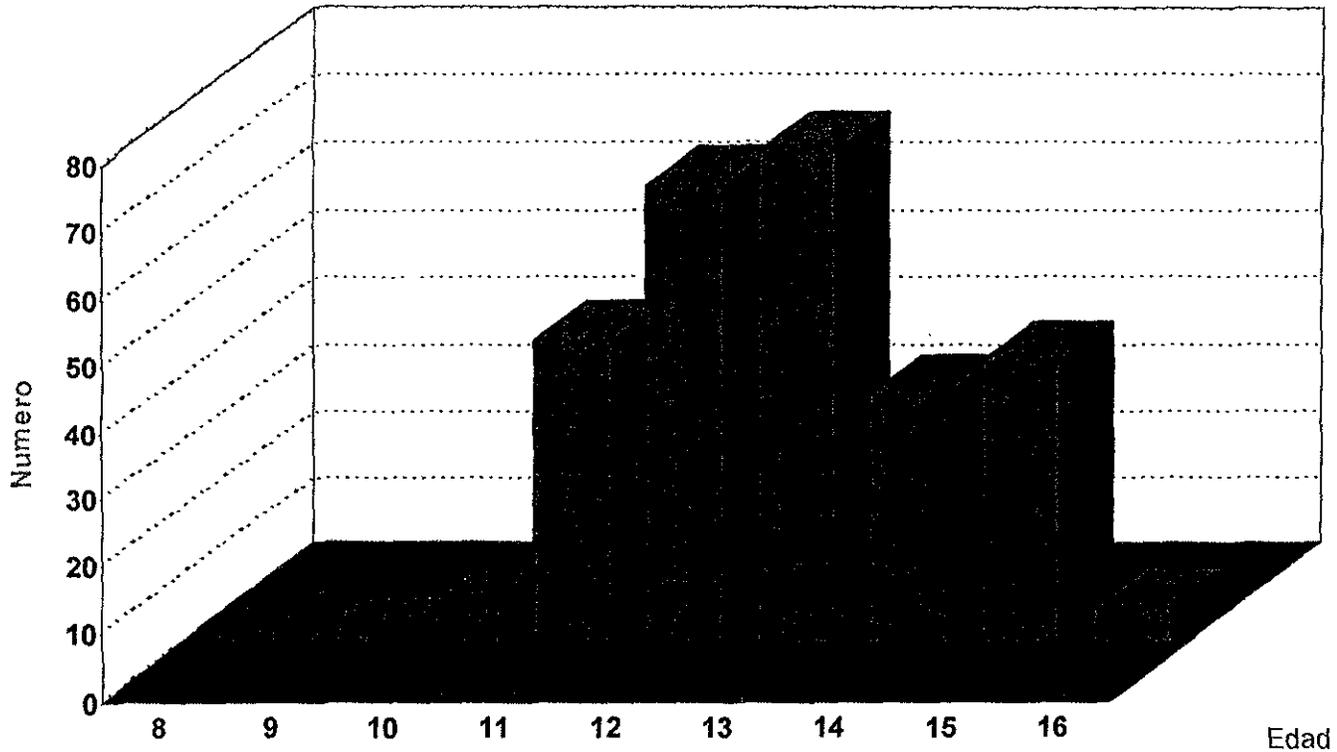
<i>Ocupación</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje %</i>
Hogar	140	35.00%
Empleado	78	19.50%
Secretarias	42	10.50%
Profesional	32	8.00%
Técnicos	30	7.50%
Varios	29	7.25%
Maestros	20	5.00%
Comerciantes	16	4.00%
Enfermeras	13	3.25%
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cédula de Recolección  
1995

Clínica Villa Álvaro Obregón, I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 2

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES DE ACUERDO A MENARCA



Menarca	2	1	5	45	68	73	37	42	5
---------	---	---	---	----	----	----	----	----	---

Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #5

## DISTRIBUCIÓN DE MUJERES DE ACUERDO A GESTACIONES Y PARIDAD

Gestaciones y paridad	0	1	2	3	4	5	6 o Más	Total
Gesta	9	52	89	63	31	19	15	278
Para	71	69	66	42	14	8	8	278
Porcentaje %	25%	24%	23%	15%	5%	2.8%	2.8%	

63.67%

Fuente: Cédula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Álvaro Obregón, I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 3

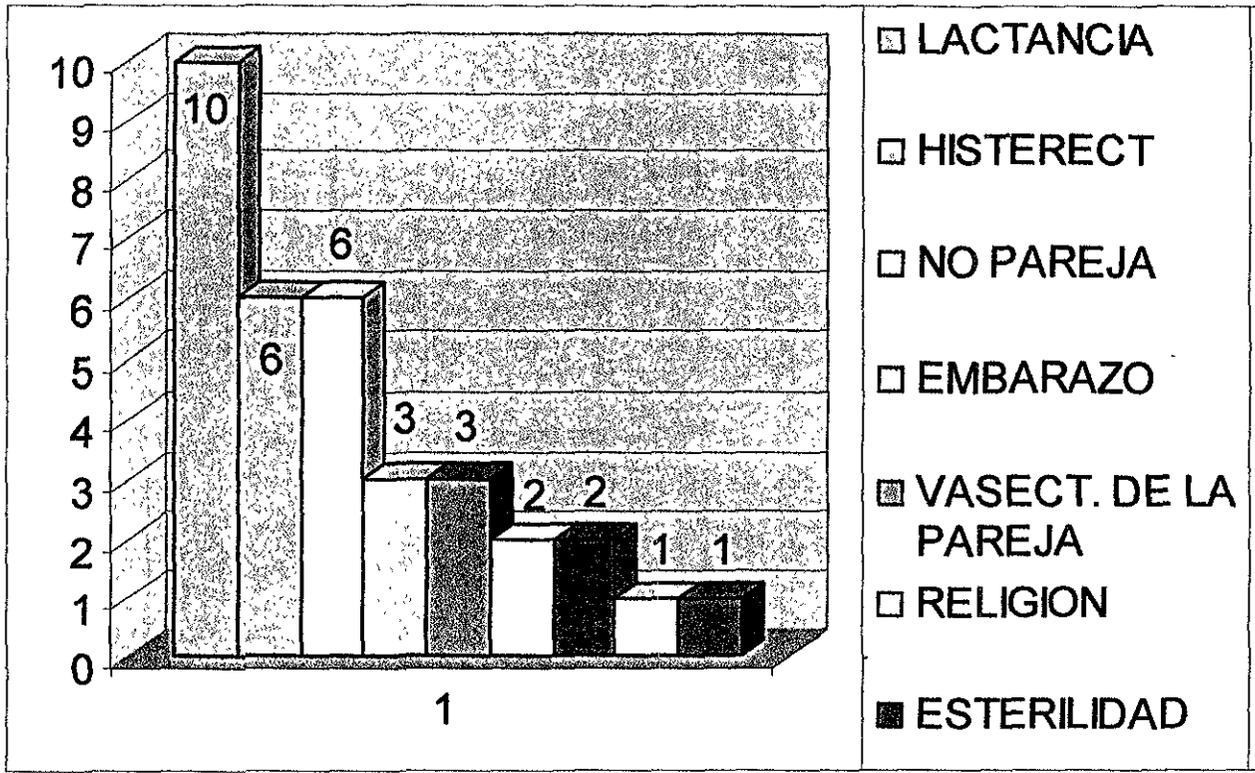
## MUJERES ENCUESTADAS QUE HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

<b>Sí</b>	<b>398</b>	<b>99.5 %</b>
<b>No</b>	<b>2</b>	<b>0.5 %</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100.00 %</b>

Fuente: Cédula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Álvaro Obregón, I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 4

# ¿ PORQUE NO USA METODOS DE P.F. ?



Fuente.- Cedula de Recolección  
 1995  
 Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #6

**SITUACION DE LAS MUJERES QUE NO LLEVAN  
CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR**

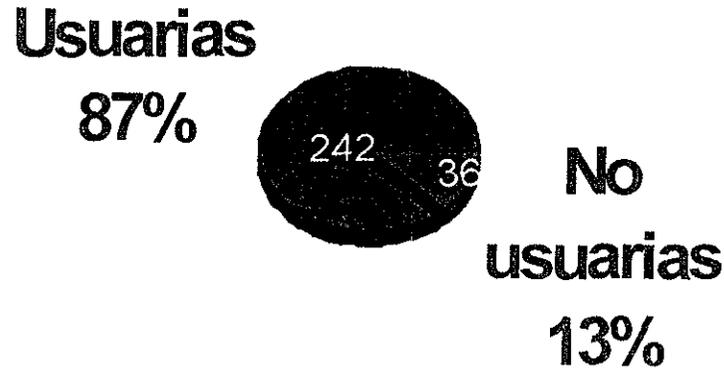
<i>Situación</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje %</i>
<b>Lactancia</b>	<b>10</b>	<b>29.40%</b>
<b>Histerectomía</b>	<b>6</b>	<b>17.60%</b>
<b>No pareja</b>	<b>6</b>	<b>17.60%</b>
<b>Embarazo</b>	<b>3</b>	<b>8.80%</b>
<b>Esterilidad</b>	<b>2</b>	<b>5.80%</b>
<b>Religión</b>	<b>2</b>	<b>5.80%</b>
<b>Menopausia</b>	<b>1</b>	<b>2.90%</b>
<b>Infertilidad</b>	<b>1</b>	<b>2.90%</b>
<b>Vasectomía del Esposo</b>	<b>3</b>	<b>8.80%</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.00%</b>

Fuente.- Cédula de recolección  
1995  
Clínica Villa Álvaro Obregón, I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 5

# DISTRIBUCION DE MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

---



Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #7

**PORQUE SE ELIGIERON ESTOS METODOS DE  
PLANIFICACION FAMILIAR**

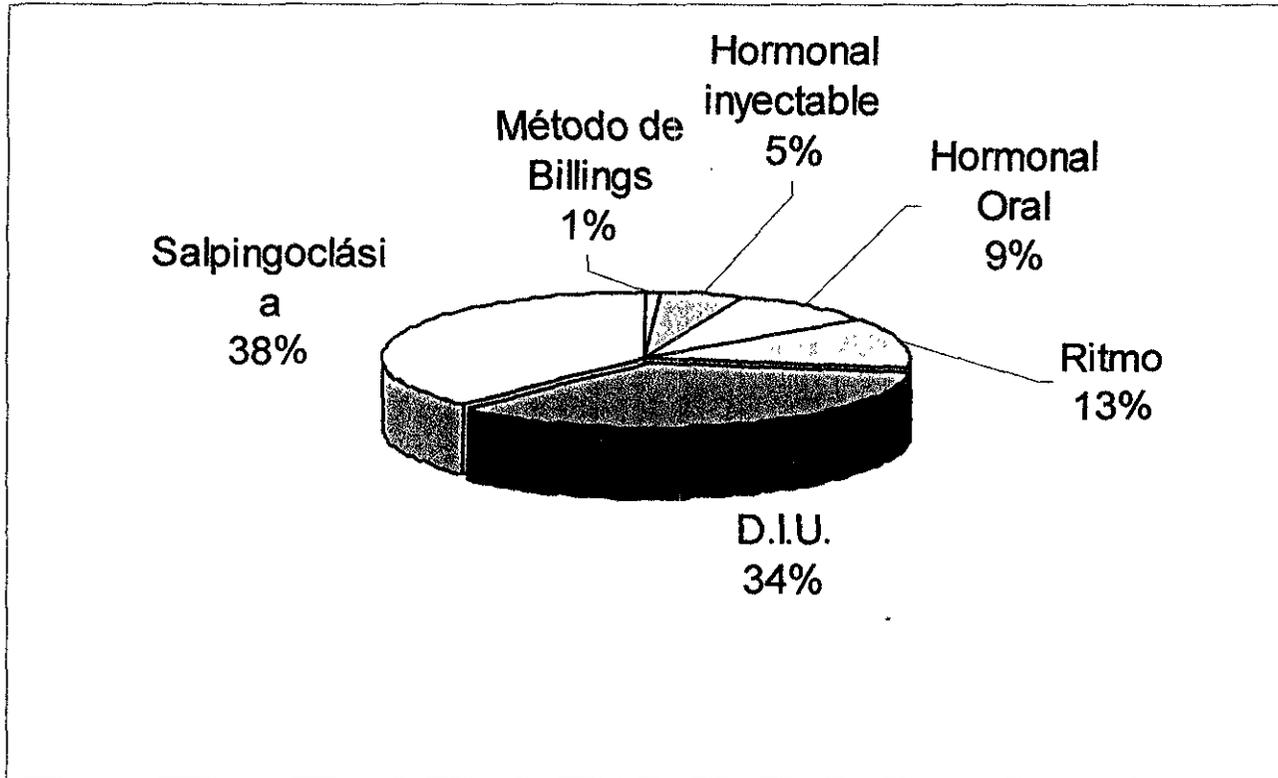
<i>Descripción</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje %</i>
<b>No tener más hijos</b>	<b>118</b>	<b>32.24 %</b>
<b>Evitar efectos indeseables</b>	<b>77</b>	<b>21.03%</b>
<b>Comodidad</b>	<b>63</b>	<b>17.21%</b>
<b>Práctico y sencillo</b>	<b>52</b>	<b>14.20%</b>
<b>Seguridad</b>	<b>22</b>	<b>6.02%</b>
<b>Recomendación del médico</b>	<b>19</b>	<b>5.20%</b>
<b>Embarazo alto riesgo</b>	<b>8</b>	<b>2.19%</b>
<b>Por ser natural</b>	<b>7</b>	<b>1.91%</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100%</b>

Fuente.- Cédula de recolección  
1995

Clínica Villa Álvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Cuadro No. 6

## CONSEJO FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS MUJERES



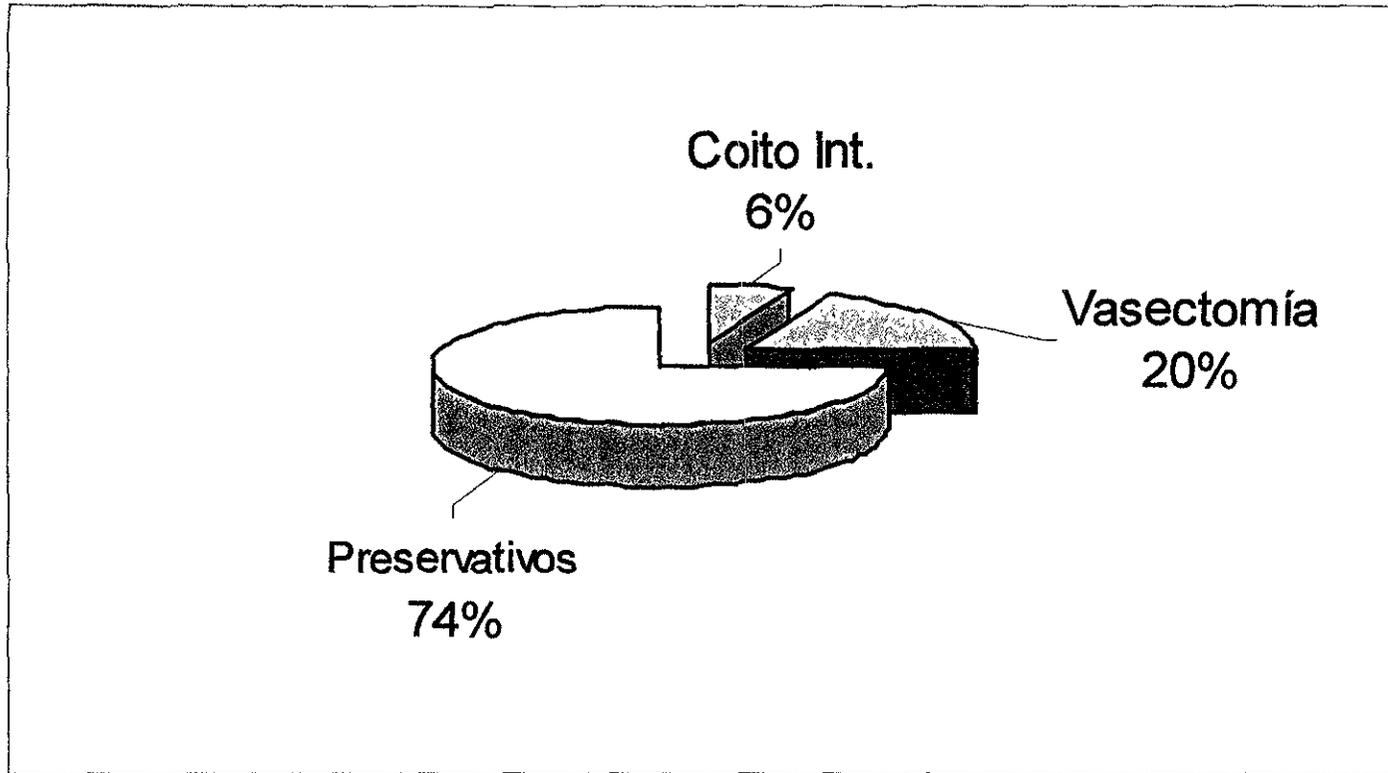
Fuente.- Cedula de Recolección

1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #8

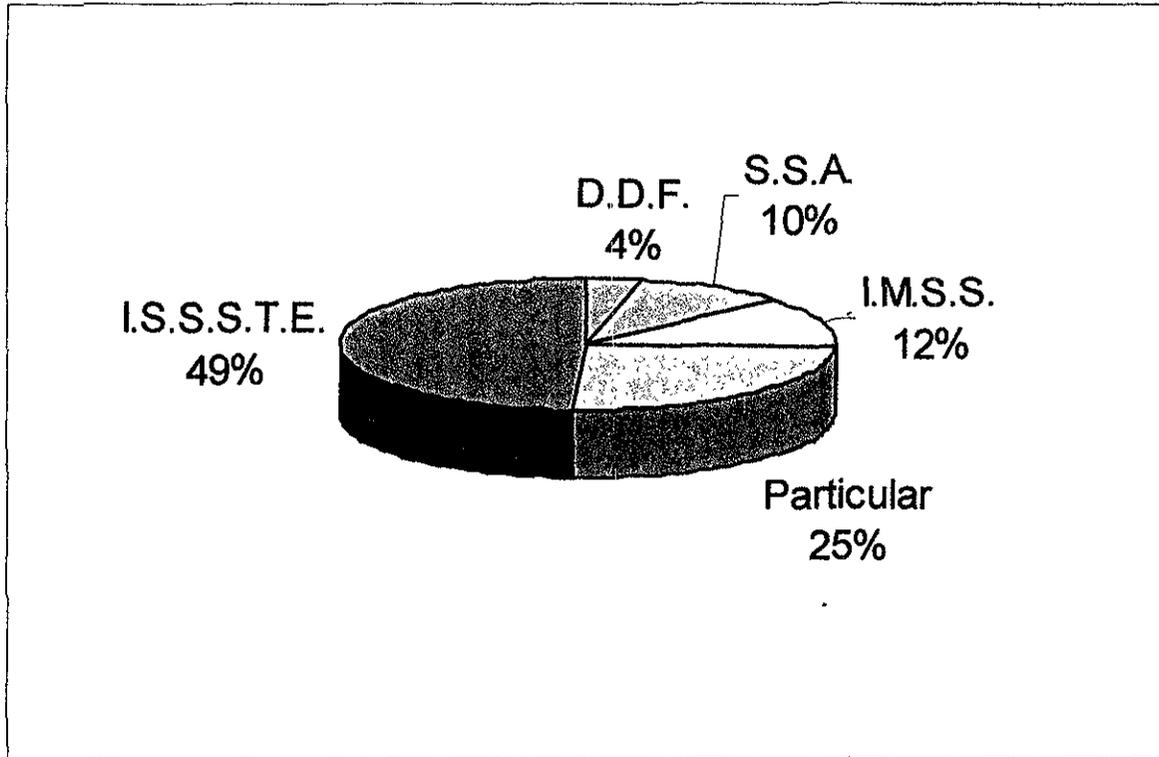
# DISTRIBUCION DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS POR LOS VARONES



Fuente.- Cedula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

**Grafica #9**

# DONDE OBTIENEN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente.- Cedula de Recolección

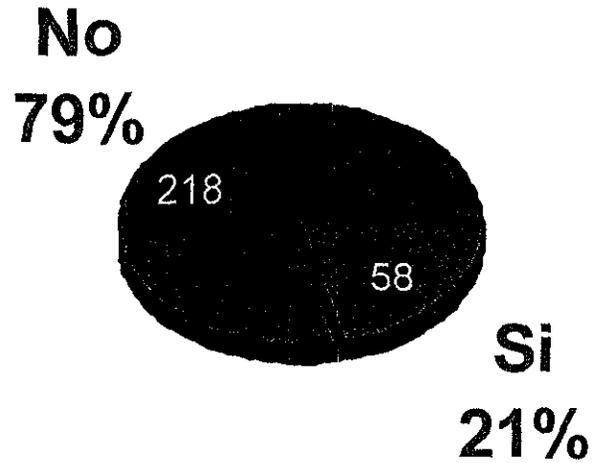
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #10

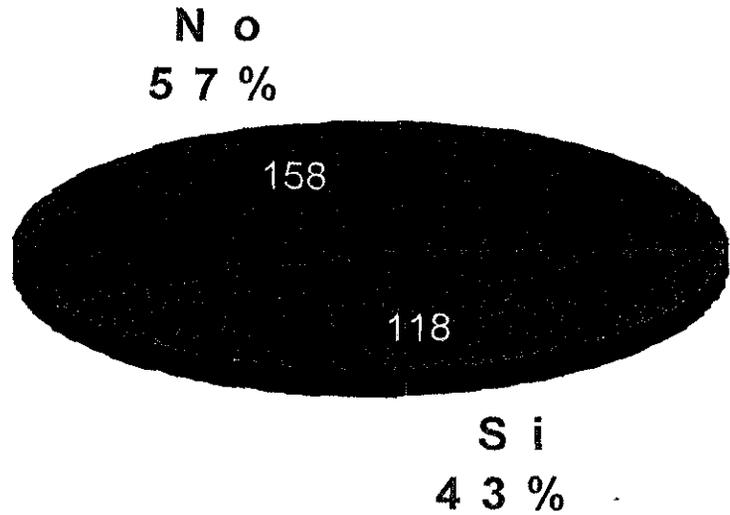
# EFECTOS INDESEABLES

---



Fuente.- Cedula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

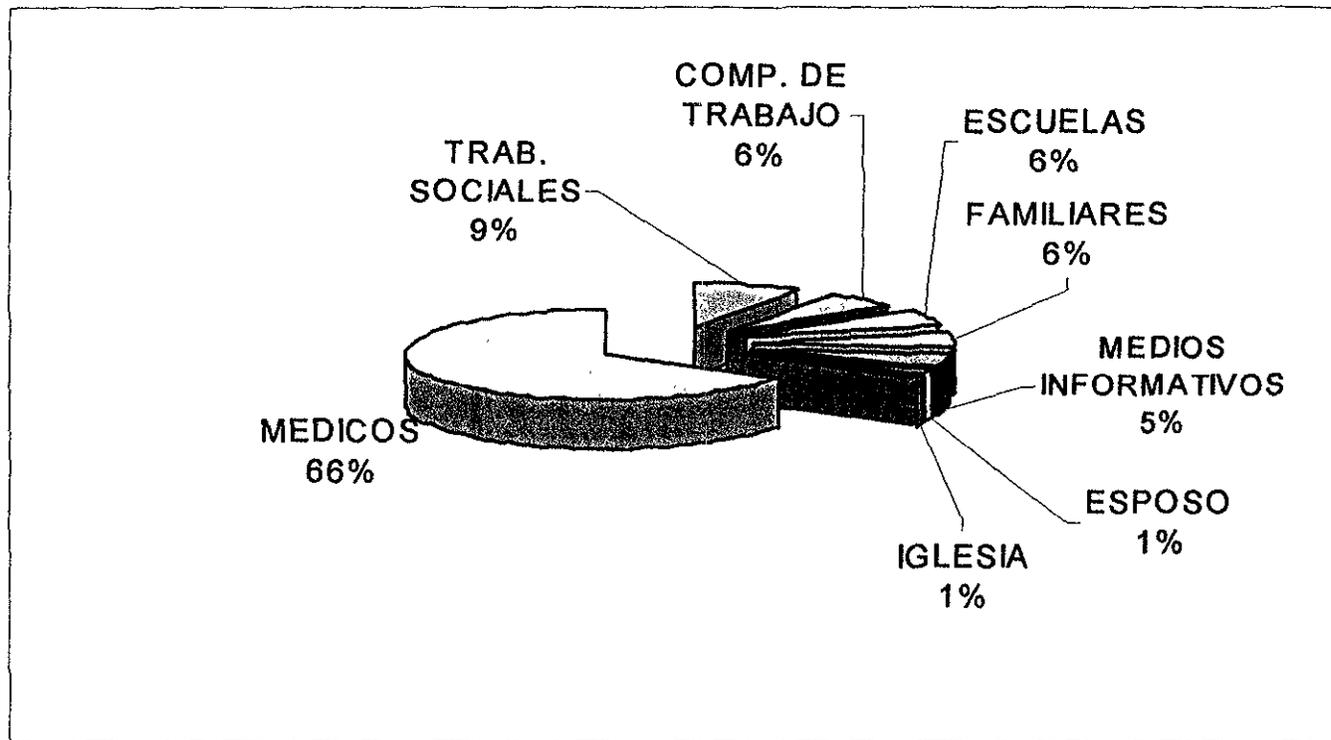
Grafica #11



Fuente.- Cedula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #12

# ¿DÓNDE OBTIENEN LAS MUJERES LA INFORMACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

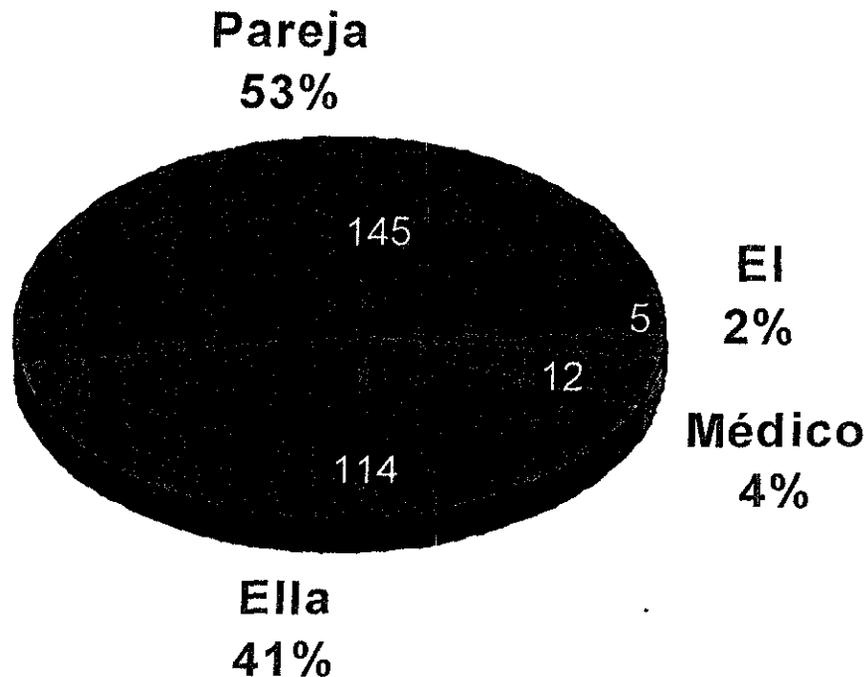


Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

**Grafica #13**

# QUIÉN ELIJIÓ EL MÉTODO



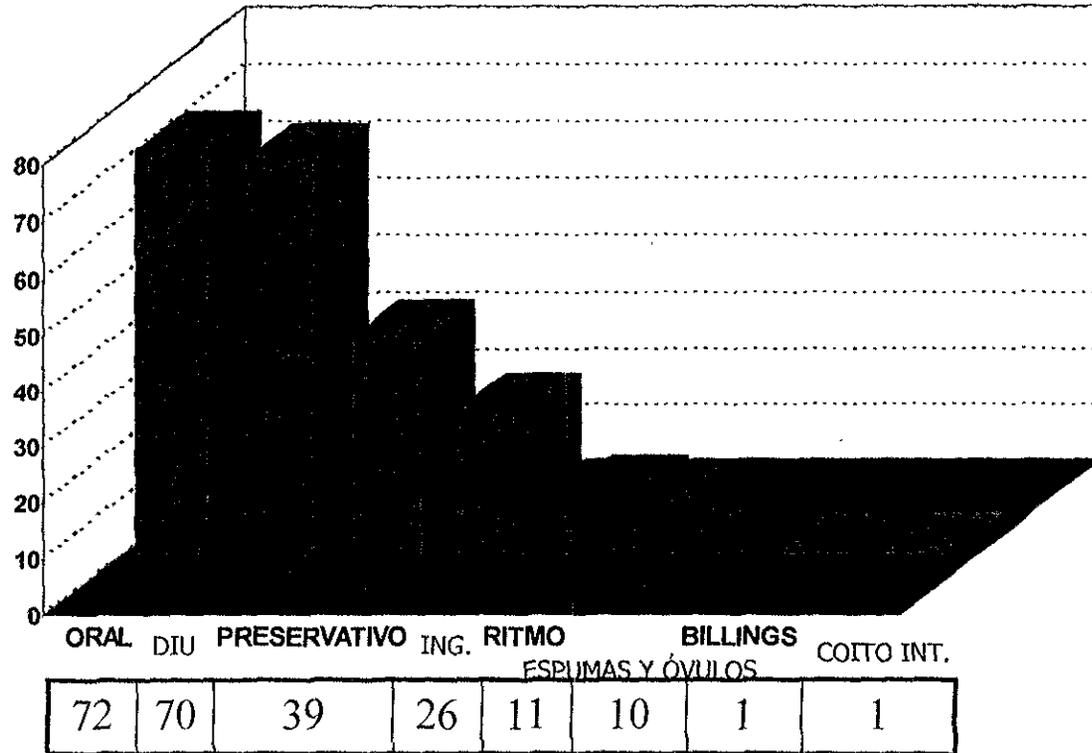
Fuente.- Cedula de Recolección

1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #14

# ¿ HAN USADO ALGUN OTRO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ?



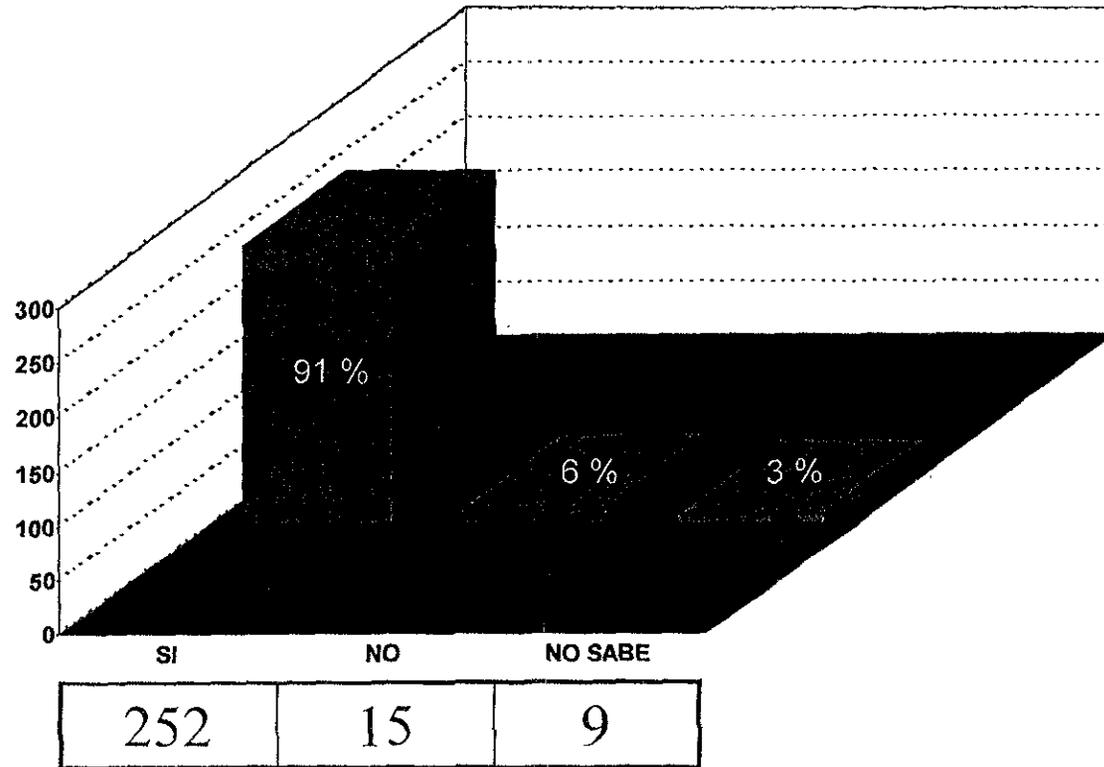
Fuente.- Cedula de Recolección

1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #15

# METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ?



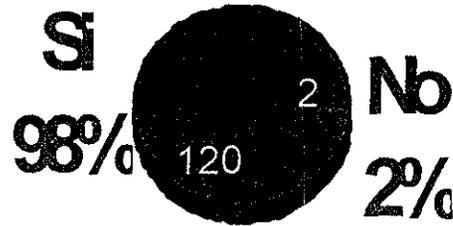
Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #16

# ¿ CONOCE LA VASECTOMIA Y OPINA SI ES O NO BUEN MÉTODO?

---

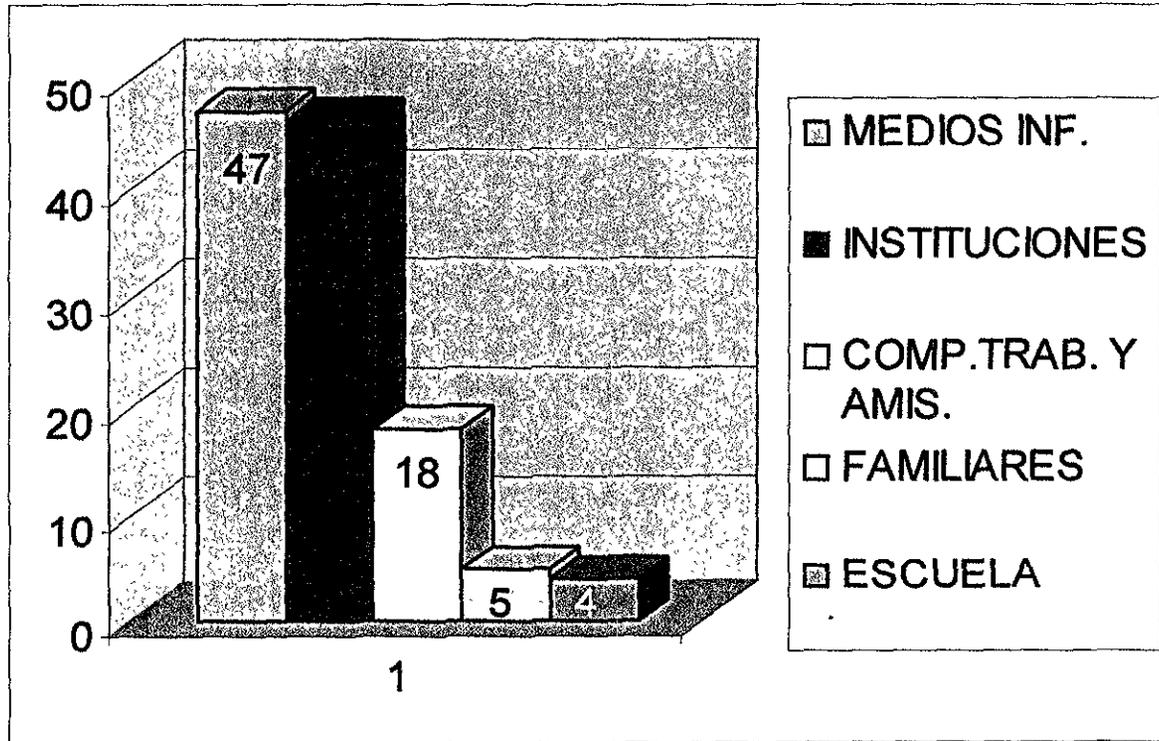


Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

**Grafica #17**

# SOBRE LA VASECTOMIA ?



Fuente.- Cedula de Recolección

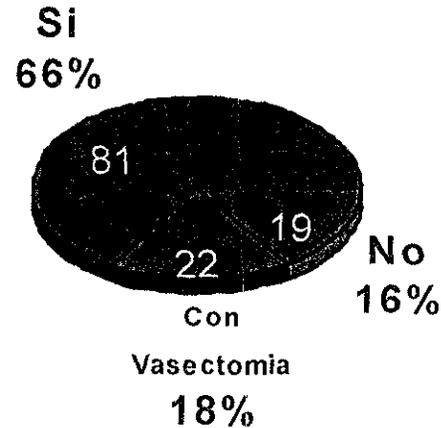
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #18

# ¿ ACEPTARIA UD. LA VASECTOMIA ?

---

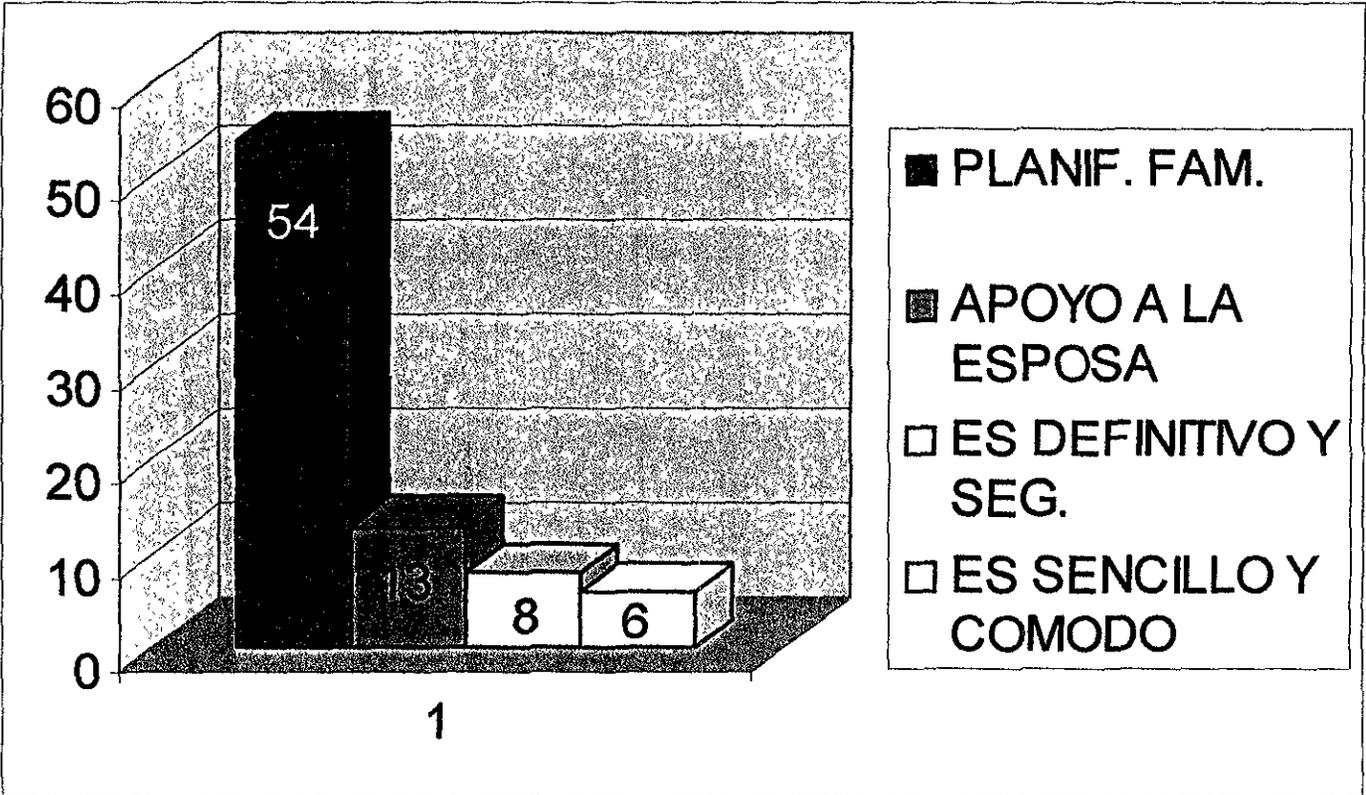


Fuente.- Cedula de Recolección  
1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

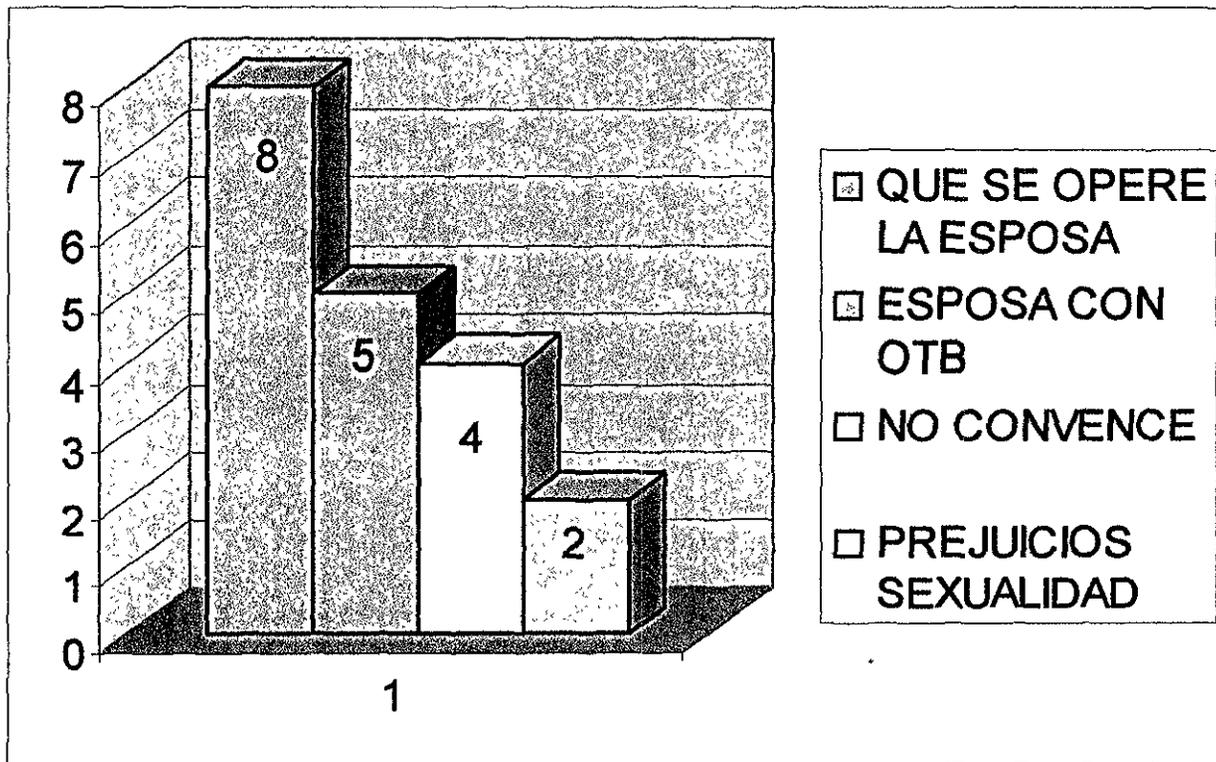
Grafica #19

# ¿PORQUE SI ACEPTARIA LA VASECTOMIA ?



Fuente.- Cedula de Recolección  
1995  
Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #20



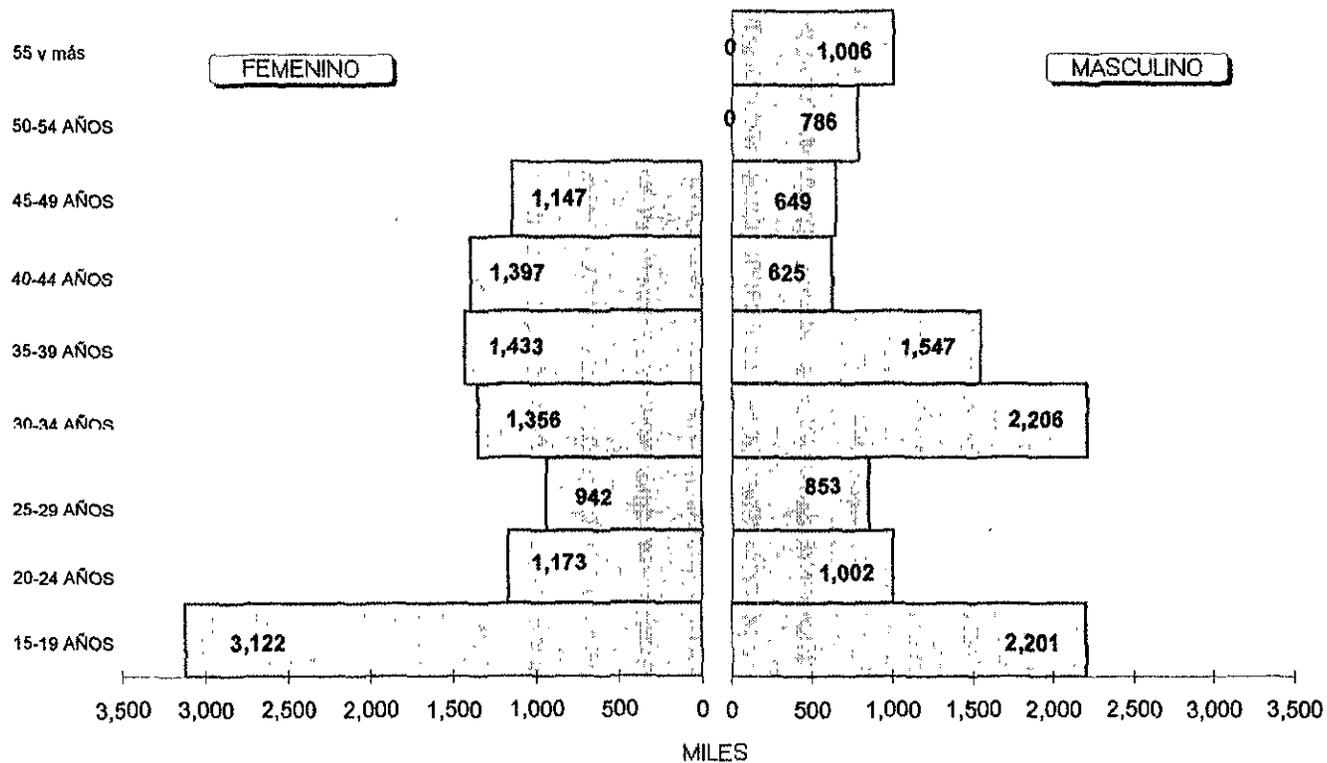
Fuente.- Cedula de Recolección

1995

Clínica Villa Alvaro Obregón I.S.S.S.T.E.

Grafica #21

## POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA EN LA CLINICA VILLA ALVARO OBREGON DEL ISSSTE



FUENTE: VIGENCIA DE DERECHOS (1995)

GRAFICA # 22

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Actualmente 366 personas (91.5%) usan los diferentes métodos de planificación familiar, los 34 restantes (8.5%) no los utilizan por variados motivos (Cuadro No. 5). Comparando éstos resultados con un estudio similar realizado en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE en 1990, donde solo el 68% eran usuarias y 32% no lo eran, se aprecia que el incremento en el uso de métodos anticonceptivos ha sido significativo.

Analizando los resultados obtenidos en las diversas variables, observamos que 152 mujeres y 98 varones se encuentran en riesgo reproductivo, se agregan las 22 mujeres del grupo de no usuarias temporales y las dos personas que se abstienen por motivos religiosos, así como las que corren riesgo de embarazos por las fallas de los métodos quirúrgicos, en virtud de que tres de las personas encuestadas han tenido embarazos posteriores a la salpingoclasia.

## CONCLUSIONES

La escasa participación activa del hombre, en los programas de Planificación Familiar, se debe a la falta de promoción educativa específicamente dirigida hacia este tipo de población, la desinformación o el conocimiento erróneo sobre supuestos efectos secundarios perjudiciales de la vasectomía, así como el desconocimiento de la técnica que se realiza sin bisturí, con una evolución satisfactoria, menor riesgo y rápida recuperación post-quirúrgica.

Basándose en la encuesta realizada se observa que los hombres jóvenes apoyan y en el futuro aceptarían la vasectomía ya que lo consideran el mejor método de planificación familiar para ellos, mientras que los hombres adultos casi no le dan crédito, dudan que se lesione su integridad sexual, por lo que prefieren que sea la mujer quien se intervenga quirúrgicamente o se controle con otros métodos anticonceptivos.

En la Clínica Villa A. Obregón del ISSSTE se está realizando la vasectomía sin bisturí desde octubre de 1993, hasta el mes de noviembre de 1995 se han practicado 146 vasectomías sin complicaciones y con satisfacción de los pacientes. Cabe hacer mención que se han sensibilizado por parte del equipo de salud a gran cantidad de varones pero no se han decidido, en contraste con las mujeres que acuden con su médico solicitando la salpingoclasia.

Es obligación de todo el equipo de salud promover los métodos de planificación familiar para obtener los resultados óptimos; en este estudio se refleja que el personal de enfermería no aparece en las respuestas de las personas encuestadas, por lo que debemos hacer hincapié que la participación de ellas es de suma importancia.

En esta Clínica se ha dejado un consultorio expreso para que la población abierta, acuda sin cita ni horario a solicitar el servicio de planificación familiar, lo que nos ha permitido que las metas se estén alcanzando plenamente. Es necesario continuar la difusión en forma adecuada y repetitiva sobre los mencionados métodos, dar las facilidades necesarias para la obtención de los mismos y no permitir que el programa decaiga por desabasto del material necesario.

En virtud del inicio de la vida sexual en edades tempranas, no debemos descuidar el grupo de 15 a 19 años, donde se aprecia basándose en la encuesta realizada al respecto sobre el escaso conocimiento que se tiene sobre el sistema reproductor y los métodos anticonceptivos.

Debemos hacer mayor difusión entre los jóvenes para que hagan conciencia de los problemas a que se exponen como son: Incremento en la morbi-mortalidad Materno-Infantil, truncan sus metas por un embarazo o un matrimonio no deseado, el inicio de una responsabilidad para la cual no están preparados ni física ni psicológicamente.

La aplicación de dispositivos intrauterinos post-parto, no debe otorgar total confianza a las pacientes, en virtud de que en la practica de revisión de DIU en algunas personas lo encontramos fuera del cérvix o bien en la vagina. Como éstas pacientes tienen derecho al Instituto, deberíamos implantar que así como acuden al registro de sus hijos y la dotación láctea, sean canalizadas al servicio de planificación familiar para la aplicación del DIU cuando el útero esté involucionado.

En las mujeres observamos que el mayor porcentaje de personas en edad reproductiva está en el grupo de 15-19 años donde existe mayor desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Es por ello que debemos enfocar nuestra atención, principalmente a este grupo, para que comiencen su control desde el inicio de su vida sexual, así como concientizarlos sobre los beneficios que aportan las familias pequeñas y la importancia que conlleva la paternidad responsable.

**ENCUESTA**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
VILLA ALVARO OBREGON DEL ISSSTE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACION DE INVESTIGACION**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

**FECHA DE CAPTURA**

Nombre \_\_\_\_\_

Número del Expediente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Ingreso per cápita \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

Menarca \_\_\_\_\_

Vida sexual activa \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_

---

Cesáreas

---

¿Desea tener más hijos?

---

**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR:**

¿Conoce los métodos anticonceptivos?

---

¿Está usando algún método?

---

¿Qué método? :

---

¿Porqué lo eligió?

---

¿Dónde lo obtiene?

---

¿Ha tenido efectos indeseables?

---

¿Lleva un control periódico?

---

¿De dónde ha obtenido la información?

---

¿Quién eligió el método?

---

¿Ha utilizado algún otro método?

---

¿Está de acuerdo su pareja? :

---

**PERSONAS QUE ESTAN FUERA DEL PROGRAMA**

¿Porqué no usa ningún método anticonceptivo?

---

**ESPECIAL PARA VARONES.**

¿Conoce el método de la Vasectomía? Si ( ) No ( )

¿Qué opina de la Vasectomía? Buen método ( ) Mal método ( )

¿Dónde se ha informado sobre éstos métodos?

¿Lo aceptaría Usted? Si ( ) No ( )

¿Por qué?

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pick de Weiss, S. Estudios Sociológicos de la Planificación Familiar. Ed. Siglo XXI, México, 1985.
- 2.- Mora B. M. El Derecho a la Planeación Familiar. Marco Jurídico. CONAPO 1986. Pag. (41-146).
- 3.- Consejo Nacional de Población, México. Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de la Población 1990. Pag. (3 - 42).
- 4.- Zavala M. Políticas de Población en México. Revista Mexicana de Sociología. 1990. Enero/Marzo. Pag. ( 15-33 ).
- 5.- Campos-Ortega C. S. Situación Demográfica en México . "Anticoncepción " 1984. Pag. (534).
- 6.- Urbina F. M., Palma C., Figueroa P. y Castro M. P. Fecundidad, Anticoncepción y Planificación
- 7.- Consejo Nacional de Población. 1989-1994. Pag. (47-56).
- 8.- Urbina F. M. La Investigación Psicosocial de Servicios sobre Planificación Familiar en México. Salud Pública, 1985. Julio-Agosto. Pag. (266- 285)
- 9.- Consejo Nacional de Población. Declaración Oficial de México ante la Conferencia. 1985. Pag. (20 - 25).
- 10.- Paxman A. Leyes Políticas y Planificación Familiar. 1986. Pag. (5-40).
- 11.- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Memorias del curso monográfico para los médicos cirujanos, sobre indicaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos. Del 18 al 22 de Febrero de 1980. Pag (1 - 60).
- 12.- Gally E. Métodos anticonceptivos. Sexualidad Humana y Planificación Familiar. México. Pax 1986. Pag. (75 - 126).
- 13.- Adams M. Oral Contraceptives, Lipoproteins and Atherosclerosis. A.J. Obstet Ginecol . 1990 October. Pag. (1388-93).

- 14.- Palma C. Dinámica del Uso de Métodos Anticonceptivos en México. Revista Mexicana de Sociología. 1990 Marzo.
- 15.- Masters W. Sexualidad y Planificación Familiar, Tratado de Medicina Sexual. México. Salvat 1988. Pag. (75-126).
- 16.- Gaviño G. Anticonceptivos Hormonales. Actualidades en Medicina ISSSTE 1988 Febrero 2. Pag. (11- 16).
- 17.- Díaz S. Clinical Assessment of Treatments for Prolonged Bleeding in the Norplants Implants. Source. 1990. Jul 42. Pag. (97-109).
- 18.- Koifman. Complicaciones y Efectos Secundarios del Norplant. Rev. Chil. Obstet Gynecol. 1989 May 21. Pag. (513-522).
- 19.- G.S. Phillip. Selección del mejor Método Anticonceptivo Oral. Clin. Obst. Gynecol. 1989 Jun 32. Pag. (307-316).
- 20.- Guzmán A. Alternativas de la Extracción del Dispositivo Intrauterino sin Hilos Visibles. Ginec. Obstet. Mex. 1988 Junio. Pag. (154 -57).
- 21.- Yan J. Comparative Study of Filshie Clip and Pomeroy Method for Pospartum Sterilization. int J. Gynecol Obstet 1990 Nov. 23. Pag.(263-267).
- 22.- Vanderheyden J. Female Sterilization Failure after Bipolar Electrocoagulation a 6 year Retrospective Study. Eur J. Obstet Gynecol Reprod-Biol. 1990 December 3. Pag. (23-46).
- 23.- Belker A. Resultados de la Reversión de la Vasectomía. The Journal of Urology 1991 Marzo. Pag. (145, 505-511).
- 24.- Programas de Planificación Familiar. Vasectomía. Population Reports 1988 Oct. 4 Pag. (110-119).
- 25.- Novak, Jones. Tratado de Ginecología. Octava edición. Pag. ( 342 ).
- 26.- Nuñez, G. Eduardo. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. No. 3. IMSS 3a. ed.
- 27.- Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia .- CONAPO 1988.

28.- Primer Seminario Regional de Consejería en Planificación Familiar. ISSSTE  
1993.