



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LAS MUJERES PRIMIGESTAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEÓN, GTO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A N:
MARÍA DEL ROSARIO ALVARADO MARES
ROSA ISELA ARREDONDO MARES
PERALES ALFERÉZ MA. GUADALUPE
RAMÍREZ TAVARES ELVIRA

289620

DIRECTOR DEL TRABAJO:
Lic. María Magdalena Mata Cortés



MÉXICO, D.F.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

2000



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.

C O N T E N I D O

Introducción

1. Fundamentación de la Investigación.	4
1.1. Descripción de la Situación Problema.	4
1.2. Identificación del problema.	6
1.3. Justificación de la Investigación.	7
1.4. Ubicación del Tema de Estudio.	8
1.5. Objetivos	10
1.5.1 General	10
1.5.2 Específicos	10
2. Marco Teórico	11
2.1 Pedagogía en Relación a los Métodos Anticonceptivos	11
2.2 Aparato Reproductor Femenino.	13
2.3 Aparato Reproductor Masculino.	16
2.4 Concepto de Planificación Familiar.	18
2.5 Métodos Anticonceptivos.	18
2.5.1 Métodos de Barrera.	18
2.5.1.1 Condones Masculinos.	18
2.5.1.2 Condones Femeninos	21
2.5.2 Métodos Químicos	22
2.5.2.1 Espermicidas	22
2.5.3 D.I.U.	23
2.5.4 Métodos Hormonales	25
2.5.4.1 Anticonceptivos Orales Combinados.	25
2.5.4.2 Anticonceptivos Orales sólo de Progestágenos.	28
2.5.4.3 Anticonceptivos Inyectables	30
2.5.4.4 Implantes de Norplant.	32

2.5.5	Métodos Naturales o Fisiológicos	35
2.5.5.1	Método Billings.	36
2.5.5.2	Temperatura Basal.	36
2.5.5.3	Coito Interrumpido.	37
2.5.5.4	Amenorrea por la Lactancia	37
2.5.6	Métodos Quirúrgicos o Definitivos	39
2.5.6.1	Esterilización Femenina	39
2.5.6.2	Vasectomía	42
3.	Metodología	45
3.1.	Hipótesis.	45
3.1.1.	General	45
3.1.2.	De Trabajo	45
3.1.3.	Nula	45
3.2.	Variables e Indicaciones	46
3.2.1.	Variable Independiente	46
3.2.2.	Variable Dependiente	46
3.2.3.	Indicadores.	46
3.2.4.	Modelo de Relación Causal de las Variables.	48
3.2.5.	Definiciones Operacionales.	48
3.3.	Tipo y diseño de la Investigación.	51
3.3.1.	Tipo.	51
3.3.2.	Diseño.	52
3.3.3.	Criterios de Inclusión y Exclusión.	54
3.3.4.	Cronograma de Trabajo.	55
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Investigación	56
3.4.1.	Fichas de Trabajo.	56
3.4.2.	Entrevista.	56
3.4.3.	Cuestionario.	57

I N T R O D U C C I O N

Cuando los métodos anticonceptivos se pusieron a disposición del público hace más de 35 años, hubo un entusiasmo general sobre las posibilidades que ofrecían para evitar los embarazos no planeados, aunque también se expresaron preocupaciones sobre su seguridad a largo plazo.¹

De hecho se continua llevando a cabo extensas investigaciones en todo en mundo sobre los dispositivos y fármacos anticonceptivos para tener mayor conocimiento sobre su seguridad y ello ha permitido documentar la experiencia de muchos beneficios inesperados entre sus usuarios, de entre los que podemos mencionar la protección contra ciertos tipos de cáncer. La planificación familiar se considera una estrategia para prevenir muertes infantiles.

Hoy en día los consejeros de planificación familiar deben informar a sus clientes si el método de su elección les protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Cada año mueren más de 585, 000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y por la práctica de abortos arriesgados o clandestinos.²

Existe una gran demanda insatisfecha de planificación familiar en todo el mundo. Se calcula que en países en desarrollo más de 120 millones de mujeres quieren limitar sus embarazos o poner más espacio entre ellos, pero no están utilizando anticonceptivos. También existen millones de mujeres o parejas que necesitan métodos más eficaces o apropiados.

¹FEDERACION Internacional de Planificación Familiar "Manual de Planificación Familiar para Médicos". 1ra. Ed. Editorial Publicaciones médicas de LPPE. Inglaterra 1981. Pag. 3

²Op. cit. Pag. 5

A nivel internacional las mujeres dicen que no utilizan planificación familiar por sus efectos secundarios y las repercusiones en la salud, porque no disponen de suficiente información sobre los diferentes métodos y porque no tienen acceso a ellos.

También existen barreras culturales como: la falta de aprobación del marido, el limitado poder de decisión de la mujer y la presión familiar para tener hijos.

La planificación familiar es un derecho humano, el cual confiere a cada individuo la libre pero responsable elección de determinar el número de hijos que desea tener y su espaciamiento.

La falta de acceso a los servicios de planificación familiar obliga a la población a usar métodos anticonceptivos caseros y en forma extrema se recurre al aborto.

Algunas personas, entre las que se encuentran tanto proveedores de atención a la salud como sus clientes y personas que no utilizan anticonceptivos, no hacen distinciones entre los métodos actuales y los que existían anteriormente; así mismo, percepciones erróneas, rumores falsos e información inexacta proporcionada por los medios de comunicación sobre la tecnología actual han contribuido a crear confusión sobre la seguridad de los métodos disponibles.

Es necesario que los gobiernos revaloren y estudien experiencias existentes a nivel internacional en las cuales han de implementarse alternativas para que tanto el personal médico, paramédico y comunitario pongan a disposición de la población, la información y metodología necesarios para la planificación.

A lo largo de la vida de cada uno de nosotros, nos encontramos con situaciones donde hay que afrontar retos; uno muy importante lo constituye el decidir en forma consciente sobre el número de hijos que pretendemos procrear. No está por demás agregar que

esta decisión implica una responsabilidad compartida tanto del hombre como de la mujer.

De lo anteriormente expuesto surgieron las siguientes interrogantes:

- 1.) ¿Realmente las mujeres primigestas tienen conocimiento de la planificación?
- 2.) ¿Es importante dar orientación a las mujeres primigestas sobre la planificación familiar?
- 3.) ¿La orientación sobre planificación familiar a mujeres primigestas puede ser vistas como una estrategia de acción a fin de favorecer una paridad satisfecha, consciente y responsable?

El presente trabajo consta de ocho capítulos, en el primer capítulo se describe e identifica la situación problema, justificando la realización de esta investigación, ubicando el tema de estudio y planteando los objetivos.

En el segundo capítulo se presentan los fundamentos teóricos y metodológicos de autores expertos en el tema.

En el capítulo tercero se integrara la metodología y abarca los apartados de hipótesis, variables e indicadores, tipo y diseño y técnicas e instrumentos que se emplearon para la realización de la investigación.

En el capítulo cuarto se realiza la instrumentación estadística, detallando el universo y la población que sirvió de estudio, se procesan los datos obtenidos, la comprobación o disprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de los resultados.

En los capítulos quinto, sexto, séptimo y octavo se registran las conclusiones y sugerencias, los anexos, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

1. FUNDAMENTACION DE LA INVESTIGACION

1.1. Descripción de la situación problema.

El siguiente problema nació de la inquietud de que los datos estadísticos reportan números significativos en la morbi – mortalidad materno infantil y en lo que inferimos como uno de los causales el poco o nulo conocimiento que se tiene respecto a la planificación familiar.

La planificación familiar desempeña un papel crucial en la reducción de las tasas de mortalidad infantil. Muchos estudios subrayan que reduciendo la tasa promedio de fecundidad se puede mejorar la probabilidad de supervivencia de los niños.

DEMASIADOS NIÑOS, DEMASIADO PRONTO, DEMASIADO TARDE.

Los factores que amenazan al salud materna constituyen elementos negativos para la salud de los bebés; dichos factores incluyen el tener demasiados niños, parir demasiado pronto o demasiado tarde durante la vida de la madre. Las mujeres demasiado jóvenes (13 – 14 años) tienen pelvis poco desarrolladas y lo que se traduce en trabajos de parto de más de 36 hrs. Las mujeres de más de 40 años ponen en riesgo su vida en el embarazo, parto y puerperio y los inconvenientes presentados en estas etapas decidirán la calidad de vida de su producto.³

No todas las mujeres en riesgo mueren, hay quienes sobreviven pero con daños en la salud a corto o largo plazo como: incontinencia, prolapso uterino, infertilidad,

³ FAMILY Health International. Vol. 8 No. 1 Estados Unidos de Norteamérica.1993. Pag. 22,23.

enfermedades causadas por complicaciones del embarazo y el parto; lo que contribuye al sufrimiento crónico y al deterioro en la calidad de vida.⁴

Lo anteriormente expuesto fundamentó la importancia de una orientación de calidad, veraz y oportuna sobre la planificación familiar a las mujeres primigestas pues en gran parte, de ellas dependerá el número de hijos por tener y el espaciamiento de los mismos.

⁴ ROSENFELD, Allan "Manual de Reproducción Humana" Ed. Organización Panamericana. 2da edición Pag. 405

1.2. Identificación del problema.

¿Qué importancia tiene la participación de enfermería en la orientación sobre planificación familiar a las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno – Infantil de León, Gto. en el periodo de junio – agosto del 2000?

1.3. Justificación de la investigación.

La relación entre la salud y la formación de la familia tiene factores involucrados como riesgo a la seguridad de la maternidad y son:

- Número de embarazos o tamaño de la familia.
- Edad materna o secuencia de los embarazos.
- Intervalo y espaciamiento de los embarazos.
- Estado de salud de la futura madre.
- Índices prevalecientes de morbi – mortalidad.

El siguiente trabajo contribuye a fortalecer el primer nivel de atención pues presentamos información para que los usuarios tengan elementos para decidir en torno a la planificación familiar.

La información aquí contenida, permite que las primigestas (grupo más vulnerable) conozcan y elijan el método más adecuado, y al mismo tiempo contribuye a disminuir la morbi – mortalidad materno infantil y mejorar la calidad de vida familiar.

Los profesionales de enfermería tenemos el enorme compromiso de orientar y educar a las mujeres y a las parejas en el tema de planificación familiar.

La actividad representa una forma de incidir en disminuir las tasas de morbi – mortalidad materno infantil, garantiza los embarazos deseados y planeados y mantiene calidad de vida en el binomio.

El presente trabajo permite a las autoras obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia y con ello también damos nuestra aportación a los programas de investigación constituyendo los resultados obtenidos como una fuente de

información fidedigna, actualizada y con un marco geográfico delimitado en el área de la Planificación Familiar.

1.4. Ubicación del tema de estudio.

ENFERMERIA.- La sensibilidad del personal de enfermería, permite contemplar a la salud reproductiva con una visión integral, donde ha de destacarse su ardua labor en la promoción y educación. Se enfoca y rescata la responsabilidad social y el desarrollo humano, haciendo énfasis en el respeto a las creencias, costumbres, igualdad de derechos y a la autonomía. Todo enmarcado dentro de principios éticos y favoreciendo una real participación del individuo, pareja, familia y comunidad.

SALUD PUBLICA.- Sus funciones en esta área le permiten mantener y promover relaciones de coordinación con el equipo de salud, agentes comunitarios y parteras tradicionales para la ejecución de acciones de promoción de la salud, identificando oportunamente factores de riesgo. Se mantiene en un proceso de desarrollo y con derecho a una calidad de vida con responsabilidad social.

PEDAGOGIA.- La educación para la salud es una de las acciones más importantes de los programas de salud, es necesaria para que los individuos conozcan, acepten, aprovechen los servicios y participen en los programas. Sólo se consiguen los propósitos cuando quienes han recibido la información necesaria están dispuestos a atenderla y deciden cambiar su actitud y su conducta en relación con su salud y bienestar.

INVESTIGACION.- Nos plantea en forma detallada y organizada la secuencia de pasos que nos llevarán al descubrimiento de nuevos conocimientos. Es la base en la realización de este trabajo.

SOCIOLOGIA.- Describe en forma sistemática los comportamientos de la colectividad humana. Interpreta todo hecho ocurrido en el seno de un grupo, incluyendo su antecedente, la situación actual y sus repercusiones. Se basa en la constitución de modelos descriptivos.

EPIDEMIOLOGIA.- Al apoyarnos en esta ciencia vamos a poder estudiar los factores que determinan la frecuencia y distribución de los padecimientos que afectan a la población. Nos permite determinar un panorama de salud o enfermedad para un grupo a partir de un punto de vista cualitativo y cuantitativo. De los datos estadísticos que esta ciencia nos proporciona, tomamos las referencias de índices, tasas, promedios, frecuencia, etc., de una situación en estudio.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo General.

Determinar la importancia de la participación del personal de enfermería en la orientación sobre planificación familiar a las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno Infantil en el periodo de junio – agosto del 2000.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el conocimiento que tienen las primigestas sobre la planificación familiar.
- Determinar la frecuencia de la orientación sobre planificación familiar que el personal de enfermería brinda a las primigestas.
- Identificar las causas que determinan la elección inadecuada de métodos anticonceptivos en lo referente a la orientación que se les proporciona por el personal de enfermería.

2. MARCO TEORICO.

2.1 Pedagogía en relación a los métodos anticonceptivos.

En los últimos años, México ha conseguido notables avances en materia de salud, entre los que destacan el lograr disminuir la fecundidad y la natalidad, si bien es cierto que aún hay que trabajar en que estos programas tengan un avance homogéneo a lo largo y ancho del país y hacerlo llegar a las comunidades de difícil acceso podemos concluir que en promedio general los resultados son más que aceptables.

A la par de los cambios que se generan en nuestro país, el Sistema Nacional de Salud es objeto de reformas, las cuales se realizan priorizando los ejes estratégicos de importancia; La Salud Reproductiva y la Planificación Familiar son contempladas como programas básicos que contribuyen a favorecer la salud y considerarla como un componente indispensable para el pleno desenvolvimiento de las capacidades humanas, para el trabajo, la educación y la cultura.

Entendemos la Salud Reproductiva como la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Con este enunciado subrayado justifico nuestro actuar en donde tenemos el enorme compromiso de fungir como educadores para la salud, dar a conocer los métodos de planificación familiar y poder continuar con el rumbo que impera en el país. Esta educación no sólo cumple con el requisito de mantener informada a la población, sino rescatar y pugnar por la

equidad de géneros al hacer hincapié en la participación activa y en la responsabilidad compartida hacia la sexualidad y la reproducción que tienen tanto los hombres como las mujeres pues con ello fortalecen la estructura familiar.

Por su parte la Planificación Familiar pretende garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los (as) hijos (as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado.

Nuestra labor dentro de estos planes es garantizar el acceso a la información oportuna y actualizada con respecto a los métodos de planificación familiar, con lo que fortalecemos y ampliamos la cobertura y la calidad de la información, educación y comunicación de las acciones encaminadas a lograrlo; consolidaremos el derecho y conformaremos un pilar de la dignidad humana en la que dejamos a los individuos y a las parejas la libre decisión de optar por el método que consideren más conveniente. La difusión del concepto integral de salud reproductiva es un reto que el profesional de enfermería asume y para lo cual implementa como estrategia la educación. Otra razón por la que ha de intensificarse esta actividad es el hecho de que el mayor porcentaje de la población mexicana lo conforman los adolescentes y los jóvenes adultos (personas en edad reproductiva) y es en ellos en quienes hay que incidir pues son quienes van a determinar la tasa de fecundidad y la tasa bruta de natalidad

Mediante la difusión de los métodos de planificación familiar y el incremento en su uso pretendemos mejorar los niveles de bienestar y contribuir a modular en forma armónica el crecimiento demográfico del país, garantizando el uso correcto de los mismos.

Fortalecemos los Programas de Planificación Familiar haciéndolos del dominio público, ofreciendo información veraz y oportuna y a la vez esto representa un encuentro con la salud reproductiva.

2.2. Aparato reproductor femenino.

Los órganos de reproducción de la mujer se clasifican de acuerdo con su situación externa o interna. Los órganos externos y la vagina intervienen en el coito, en los órganos internos se verifica la ovulación y proporciona un lugar para la fertilización del óvulo, la importancia del cigoto y en definitivo un medio adecuado para el desarrollo y nacimiento del feto.

Genitales externos.- Los órganos genitales externos suelen designarse con el nombre de vulva que incluye desde el borde interior del pubis hasta el perineo esto es el monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris y vestíbulo de la vagina.

En monte de Venus es un conjunto adiposo situado por delante de la sínfisis del pubis, está cubierto por piel y después de la pubertad por vello en una zona triangular, oculta en su porción inferior al clítoris.

Los labios mayores son dos repliegues notables y alargados que se continúan hacia atrás entre los muslos y ocultan el resto de los órganos pudendos. Los labios mayores se adelgazan gradualmente hacia atrás y forman la comisura posterior de la vulva u horquilla, a 2.5 cm por delante del ano. Su piel de las superficies descubiertas

es semejante a la del escroto, con glándulas sebáceas voluminosas, pocos vellos y pigmentadas después de la pubertad.

Los labios menores o ninfas son dos pliegues delgados de piel, uno a menudo mayor que el otro, que limitan al vestíbulo de la vagina y están ocultos en la hendidura vulvar. Cada labio menor se bifurca hacia adelante en repliegues diminutos, que se unen con lo del lado opuesto para formar el prepucio a manera de capuchón por delante del clítoris y el frenillo por detrás del mismo. El labio menor consiste en dos capas de piel sostenidas por un centro delgado de tejido muy elástico que carece de grasa, poseen abundantes glándulas sebáceas que aumentan de volumen durante la gestación.

El vestíbulo de la vagina, en cuyo piso se observan el meato urinario y el orificio de vagina, se descubre al separar los labios mayores. El orificio uretral puede ser un agujero circular o una hendidura sagital con bordes algo elevados, situado a 2.5 cm por detrás del clítoris o inmediatamente por delante del orificio de la vagina.

Las glándulas periuretrales se abren en el vestíbulo a cada lado. En la mujer que no ha tenido relaciones sexuales el extremo inferior de la vagina está ocluido por el himen que es una membrana delgada, falciforme o anular. El primer coito suele desgarrarlo de manera radiada al cicatrizar forma las carúnculas mirtiformes.

Entre la porción posterior del orificio de la vagina y los labios menores están los orificios de los pequeños conductos de las glándulas de Bartholin, secretan un líquido incoloro que facilita el coito.

Las porciones eréctiles de los órganos genitales de la mujer son el clítoris y los dos bulbos vestibulares. El cuerpo del clítoris mide menos de 2.5 cm de longitud, está doblado sobre sí mismo y semeja al pené en estado flácido. Los bulbos vestibulares son masas cavernosas alargadas situadas a los lados de la uretra y de la vagina.

Los órganos genitales internos o pélvicos lo conforman los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina.

Los ovarios son los órganos que producen las células germinales femeninas u óvulos, están situados a cada lado de la pelvis. Miden aproximadamente 3.75 cm de longitud por 1.25 cm de grueso.

Las trompas de Falopio u oviductos son conductos musculares pares de 10 cm de longitud situados en el borde libre del ligamento ancho, conducen los ovarios hacia el útero y también conducen a los espermatozoos al encuentro del óvulo. La fecundación ocurre en el tercio posterior de la trompa. Una franja del pabellón o fimbria es llamada fimbria ovárica mantiene unido de manera laxa al ovario con el extremo lateral de la trompa. Para su estudio es dividida en tres partes: infundíbulo, ampolla e istmo.

El útero es un órgano muscular, piriforme, de pared gruesa, situado entre la vejiga y el recto, su forma se asemeja a una pera. Para su estudio se divide en cuello, cuerpo y fondo. Consiste en tres capas que son la mucosa, la serosa y la muscular. La pared principal del órgano corresponde a la gruesa pared de músculo liso: el miometrio. Durante el ciclo menstrual la capa basal delgada y profunda del estroma se modifica poco, pero la capa superficial se torna gruesa, más vascularizada, con glándulas tortuosas y dilatadas, y al ocurrir la hemorragia se disgrega y expulsa en su mayor parte con la menstruación; cada capa funcional vuelve a formarse a partir de sus propios restos o de la capa basal. Este es el órgano donde se implanta el cigoto una vez fecundado.

La vagina es un tubo fibromuscular de 7 a 10 cm de longitud que se extiende del útero hasta el surco interlabial o hendidura pudenda; está situada por detrás de la uretra y de la vejiga y por delante del recto y del conducto anal. Es el órgano que se dilata al momento del parto para constituirse como el canal. Alrededor del cuello uterino, cuyo orificio externo está en contacto con la pared posterior de la vagina, se presenta la fosa anular que se divide en cuatro fondos de saco: anterior, posterior y laterales (izquierdo y derecho). La vagina es el órgano de la cúpula.

2.3. Aparato reproductor masculino.

Los órganos del aparato reproductor masculino se agrupan de acuerdo a su función. El pené, el escroto y su contenido forman los genitales externos.

También se consideran como órganos reproductores a varios conductos que almacenan o transportan el espermatozoide hacia el exterior; a las glándulas sexuales o accesorias que adicionan secreciones que forman parte del semen.

El escroto.- Es una prolongación cutánea del abdomen que contiene a los testículos. La localización del escroto y la construcción de sus fibras musculares regulan la temperatura de los testículos. La producción y supervivencia de los espermatozoides requiere una temperatura menor a la temperatura corporal normal.

Testículos.- también se llaman gónadas, tienen como principal función, la producción de gametos que son los espermatozoides. Son glándulas de forma ovalada que se encuentra dentro del escroto son pares miden cerca de cinco cm de longitud y 2.5 cm de diámetro. Cada testículo pesa entre 10 y 15 grs. Contienen a los túbulos seminíferos, donde se originan los espermatozoides y producen la hormona sexual masculina testosterona.

Conductos.- El sistema de conductos de los testículos incluye a las vesículas seminales, el conducto deferente, el cordón espermático y el conducto eyaculador.

Los espermatozoides se expulsan de los testículos a través de los conductos eferentes. Los conductos eferentes almacenan espermatozoides y los expulsan hacia la uretra durante la eyaculación.

- La operación de los conductos eferentes que se realiza para prevenir la fertilización recibe el nombre de Vasectomía.

Los conductos eyaculadores se forman por la unión de los conductos de la vesícula seminal y los conductos deferentes y expulsan los espermatozoides hacia la uretra prostática.

La uretra masculina se subdivide en tres porciones: prostática, membranosa, y esponjosa (cavernosa).

Glándulas sexuales accesorias:

- Las vesículas seminales secretan un líquido alcalino viscoso que forman cerca del 60% del volumen del semen y contribuyen a la viabilidad espermática.

Las glándulas prostáticas secretan un líquido originalmente ácido que constituye cerca del 13 al 33% del volumen del semen y contribuye a la mortalidad espermática.

Las glándulas bulbouretrales (de Cowper) secretan moco para lubricación y una sustancia que neutraliza el ácido.

El semen (líquido seminal) es una mezcla de espermatozoides y secreciones de las glándulas sexuales accesorias que proporcionan el medio en el que se transportan los espermatozoides, proporcionando nutrientes y neutralizando lo ácido de la uretra masculina y de la vagina femenina.

El pené.- Es el órgano masculino de la copulación que esta formado de una raíz, un cuerpo y un glande. La expansión de sus sinusoides sanguíneos bajo la influencia de la excitación sexual se conoce como erección.

2.4. Concepto de planificación familiar.

Al hablar de planificación familiar nos referimos a los diferentes programas orientados a limitar la prole o para espaciar la concepción de los hijos. Se basa en el uso de los mecanismos de control de la natalidad ofreciendo opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espacio intergenésico de los (as) hijos (as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado.

Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.

2.5. Métodos anticonceptivos.

A continuación describiremos los diferentes métodos anticonceptivos, para lo cual los agrupamos en: métodos de barrera, métodos químicos, DIU, métodos hormonales, métodos naturales y métodos quirúrgicos.

2.5.1. Métodos de barrera.

2.5.1.1. Condones masculinos.

Introducción:

Un condón es una funda o cubierta hecha para ser colocada en el pene erecto del hombre.

También se les llama gomas, fundas, pieles y profilácticos y existen en el mercado comercial muchos nombres diferentes.

La mayoría de los condones son hechos de un látex delgado. Algunos condones están revestidos de un lubricante seco o un espermaticida y pueden hallarse disponibles en diferentes tamaños, formas, colores y texturas.

Mecanismo de Acción:

Los condones ayudan a prevenir el embarazo y las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual). Usados correctamente, impiden que los espermatozoides y cualquier organismo causante de enfermedad presente en el semen ingrese en la vagina. Asimismo, los condones impiden que todo tipo de organismos causantes de enfermedades en la vagina entren en el pené.

Importante:

Para ser altamente efectivo deben usarse correctamente cada vez. Muchos hombres no usan los condones en forma correcta o no lo usan cada vez que tienen relaciones sexuales. De esta manera, corren el riesgo de ocasionar un embarazo, contraer una ETS, o contagiar una ETS a su pareja.

- Son moderadamente efectivos para prevenir el embarazo cuando se usan en algunas ocasiones.
- Son efectivos para prevenir el embarazo cuando se usan correctamente todas las veces.
- Ayudan a prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Los condones pueden impedir la transmisión sexual de muchas enfermedades incluyendo el VIH/SIDA, la Gonorrea, Sífilis, Clamidiasis y tricomoniasis.

Los condones protegen parcialmente pero no con tanta eficacia contra el Herpes, el virus de la verruga genital (HPV), y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en las zonas de piel no cubiertas por el condón.

Ventajas.

- Previene las ETS, incluyendo VIH/SIDA, así como el embarazo, cuando se usan correctamente en cada relación sexual.
- Ayuda a proteger contra condiciones ocasionadas por el ETS, tales como enfermedades pélvicas inflamatorias, el dolor crónico posiblemente el cáncer cervical a la mujer, y la infertilidad tanto en el hombre como la mujer.
- Pueden usarse para prevenir infecciones el ETS durante el embarazo.
- Pueden usarse después del parto.
- Son seguros, sin efecto colateral por hormonas.
- Ayudan a prevenir los embarazos ectópicos.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- Ofrecen contracepción ocasional sin necesidad de tener que seguir un plan.
- Fáciles de mantenerse a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma inesperada.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Pueden utilizarse sin necesidad de visitar primero al proveedor de salud.

2.5.1.2. Condones femeninos.

Introducción:

Los métodos vaginales son anticonceptivos que una mujer coloca dentro de la vagina poco antes del acto sexual.

Existen varios métodos vaginales tales como:

- Diafragma: pequeña cúpula de hule que cubre el cuello del útero, debe usarse con jalea o una crema espermaticida.
- Capucha cervical: similar al diafragma pero más pequeño.

Mecanismos de Acción.

Bloquean la entrada de los espermatozoides al útero y a las trompas, en donde los espermatozoides podrían encontrarse con el óvulo.

Ventajas.

El diafragma puede insertarse hasta 6 horas antes del coito para evitar interrupciones durante el acto sexual.

El capuchón cervical puede insertarse con mayor tiempo de anticipación ya que protege hasta por 48 horas, después de la inserción.

2.5.2. Métodos químicos.

2.5.2.1. Espermicidas.

Incluyen supositorios o tabletas espumantes, supositorios que se derriten, espuma, películas que se derriten, jalea y crema.

Mecanismo de Acción:

Matan a los espermatozoides o hacen que los espermatozoides sean incapaces de movilizarse hacia el óvulo.

Ventajas.

- Pueden insertarse hasta una hora antes del coito para evitar interrupciones durante el acto sexual.
- Puede incrementar la lubricación vaginal.
- Pueden usarse inmediatamente después del parto.
- No es necesario visitar un proveedor de salud antes de iniciar su uso.

La efectividad depende si la mujer utiliza el método vaginal en la forma correcta cada vez que tiene relaciones sexuales y del método vaginal que ella esté usando.

Los métodos vaginales pueden ayudar a prevenir algunas enfermedades de transmisión sexual. (ETS).

No queda claro si los métodos vaginales previenen las ETS con igual eficacia que los condones.

Con todo, es mejor usar uno de los métodos vaginales aunque sea sólo, a no usar método anticonceptivo.

Ventajas comunes a todos los métodos vaginales.

- Métodos seguros, que pueden ser utilizados por casi todas las mujeres.

- Ayudan a prevenir algunas ETS y condiciones ocasionados por ETS tales como la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la infertilidad, el embarazo ectópico y posiblemente el cáncer del cuello uterino.
- Ofrecen contracepción sólo cuando es requerida.
- Previenen el embarazo en forma eficaz si se usan correctamente cada vez que se tienen relaciones sexuales. (a excepción del capuchón cervical en mujeres que han tenido hijos).
- Ningún efecto colateral por hormonas.
- Ningún efecto sobre la leche materna.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento.
- Fáciles de usar con poca práctica.

2.5.3. D. I. U.

El dispositivo intrauterino es un pequeño objeto de plástico, cobre o acero inoxidable que se inserta dentro de la cavidad del útero a través de la vagina.

- Casi todas las marcas de DIU tienen una o dos cuerdas o hilos atados a ellos. Las cuerdas quedan colgando en el punto en que la apertura del cuello uterino se une con la vagina. La usuaria puede verificar si el DIU está aún en su lugar tocando estos hilos. Un proveedor puede retirar el DIU tirando suavemente de los hilos con un fórceps.

- Los DIU son también llamados DCIU (dispositivos contraceptivos intrauterinos). Otros nombres específicos de DIU son: "el asa" Asa de Lípez (ya retirado del mercado en la mayoría de los países), la T de cobre, Tcu 380ª, MLCu-375 (Multiload) Nova T, Progestasert y LNG – 20.

El tipo de DIU más ampliamente usado es el:

- DIU portador de cobre (hecho de plástico con mangas de cobre e hilo de cobre enrolado sobre el plástico). La Tcu 380ª y MLCu –375 son de este tipo.

Mecanismo de Acción:

La función de los DIU es principalmente impedir el encuentro de óvulo y el espermatozoide. Quizás el DIU dificulta que el esperma se movilice a través del tracto reproductivo femenino y reduce la posibilidad de que el espermatozoide fecunde el óvulo.

Algunos investigadores creen que provocan cambios en el revestimiento uterino que origina la producción de una sustancia que destruye a los espermatozoides o al óvulo fertilizado.

Ventajas.

- Una sola decisión conduce a la prevención efectiva contra el embarazo a largo plazo.
- Duradero. La Tcu – 380ª, el DIU más ampliamente usado, dura por lo menos 10 años. Los DIU inertes no necesitan ser remplazados.
- Muy efectivo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.

- El goce sexual se ve aumentado porque no hay preocupación sobre el embarazo.
- Ningún efecto colateral por hormonas con los DIU portadores de cobre.
- Reversible en forma inmediata. Cuando las mujeres se quitan el DIU, pueden quedar embarazadas igual de rápido que las mujeres que no han usado los DIU.
- Los DIU portadores de cobre no tienen ningún efecto en la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto o después de un aborto (Cuando no hay indicio de infección).
- Pueden utilizarse a lo largo de la etapa que dura la menopausia.
- Ninguna interacción con otros medicamentos.
- Ayuda a prevenir el embarazo ectópico.

Desventajas.

- Puede que los periodos menstruales sean más abundantes y más prolongados, específicamente al comienzo.
- No es un buen método para la mujer expuesta a un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). Podría ser conducente a enfermedad pélvica inflamatoria.

2.5.4. Métodos Hormonales.

2.5.4.1. Anticonceptivos orales combinados.

- Es un método reversible y eficaz.
- Debe tomarse todos los días para lograr su máxima efectividad.

- Efectos colaterales, tales como sangrado vaginal irregular, amenorrea y malestar estomacal, ocurren en forma ocasional, especialmente durante los primeros meses de uso.
- Si bien estos efectos no son peligrosos, en algunas mujeres ocasionan malestar.
- Es un método sin riesgo para casi todas las mujeres. Los efectos secundarios graves son muy raros.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad, hayan tenido o no hijos.
- Se puede comenzar en cualquier momento mientras sea razonablemente seguro que la mujer no está embarazada no únicamente durante la menstruación.
- Protege contra ciertos tipos de cáncer, anemia, y otras condiciones.
- No recomendable para las mujeres que están dando de lactar. Puede reducir la producción de leche maternal.
- Puede usarse para la contracepción de emergencia después de tener relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo.

Introducción.

Los anticonceptivos orales combinados contienen dos hormonas muy parecidas a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer: un estrógeno y un progestágeno.

Hay dos tipos de presentaciones para la píldora. Algunos paquetes contienen 28 píldoras: 21 píldoras "activas" que contienen hormonas, seguidas por 7 píldoras de diferente color que no contienen hormonas y que sirven como "recordatorio". El otro tipo de presentación consiste en ciclos que contienen solo 21 píldoras "activas".

Mecanismos de acción.

- Impiden la ovulación (salida del óvulo de los ovarios).
- También aumentan la consistencia del moco cervical, NO actúan interrumpiendo la gestación.

Efectividad usual: de 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (de 1 de cada 17 a 1 en cada 12).

Ventajas.

- Muy efectivo cuando se usa correctamente.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- El placer sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo del embarazo.
- Los periodos menstruales son regulares; disminuye el volumen y duración del sangrado menstrual; así como los cólicos menstruales.
- Se puede usar mientras la mujer desee prevenir el embarazo sin necesidad de periodos de reposo.
- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la menopausia.
- Puede ser usado por mujeres que tienen hijos y mujeres que no los tienen.
- La usuaria puede interrumpir el uso en cualquier momento.
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso.
- Puede usarse como anticonceptivo de emergencia después de un coito sin protección contra el embarazo.
- Puede prevenir o disminuir la anemia por deficiencia de hierro.

Desventajas.

- Efectos secundarios comunes (no son señales de enfermedad):
 - Náuseas (muy común en los primeros tres meses).

- Sangrado en goteo o sangrado entre periodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar su píldora o se demora en tomarlas (muy común en los primeros tres meses).
- Dolor de cabeza leve.
- Sensibilidad anormal en los senos.
- Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja).
- Aumento en el espaciamiento de los periodos menstruales (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja).

2.5.4.2. Anticonceptivos orales sólo de progestágenos.

- Son una buena opción para las mujeres que están dando de lactar y desean un anticonceptivo oral .
- Muy efectivos durante la lactancia.
- Dosis muy baja.
- No disminuye la cantidad de leche materna.
- No tiene los efectos secundarios de los estrógenos.
- Si se usa cuando no se está dando de lactar, es probable que ocurran cambios en el sangrado menstrual, especialmente periodos irregulares y sangrados entre periodos. Esto no es peligrosos ni señal de peligro.
- Pueden usarse para la contracepción de emergencias después de tener relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo.
- Los anticonceptivos orales sólo de progestágeno son el mejor anticonceptivo oral para mujeres que están dando de lactar.

Introducción.

Las mujeres que usan anticonceptivos orales sólo de progestágeno toman cada día una píldora para prevenir el embarazo. Este anticonceptivo contiene cantidades muy pequeña de un solo tipo de hormona, un progestágeno.

Los anticonceptivos orales solo de progestágeno son el mejor anticonceptivo oral para mujeres que están dando de lactar.

Decidiendo sobre los anticonceptivos Orales Sólo de Progestágeno.

Mecanismo de acción.

- Los anticonceptivos orales sólo de progestágeno, aumenta la consistencia de moco cervical.
- Impiden la ovulación.
- No actúan interrumpiendo un embarazo existente.

Ventajas.

- Pueden ser usados por las mujeres en la etapa de lactancia a partir de las 6 semanas después del parto.
- El riesgo de sufrir efectos secundarios derivados del progestágeno (tales como el acné y aumento de peso) es menor que con los anticonceptivos orales combinados.
- Puede ayudar a prevenir:
 - La enfermedad benigna de mama.
 - El cáncer de endometrio y el cáncer ovárico.
 - La enfermedad pélvica inflamatoria.

2.5.4.3. Anticonceptivos inyectables.

- Muy efectivo y seguro
- Es probable que ocurran cambios en el sangrado vaginal (goteo, sangrado leve entre periodos o amenorrea). El aumento de peso es común. Esto no es peligroso ni señal de peligro. Es importante ofrecer previamente sesiones de consejería.
- Privado, otras personas no pueden darse cuenta de que una mujer puede estar usando DMPA.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad, tengan o no hijos.
- En promedio, el retorno a la fertilidad se demora 4 meses más que en mujeres que usan anticonceptivos orales combinados, DIU condones o métodos vaginales.
- Seguro durante la lactancia. Las madres que dan de lactar pueden usar DMPA a partir de las 6 semanas del parto.

Introducción.

El anticonceptivo inyectable, se administra cada tres meses y contienen un progestágeno parecido a la hormona natural producida en el cuerpo de la mujer. La hormona se libera lentamente en la corriente sanguínea. Depo-Provera, Depo, y Mejestrone. Noristeras, se administra cada dos meses, Clyclofem, Clycloprovera, y Mesigyna, son inyectables mensuales.

Mecanismo de Acción.

- Principalmente impide la ovulación.

- Aumenta la consistencia del moco cervical.
- El inyectable DMPA NO actúa interrumpiendo un embarazo ya existente.

Ventajas.

- Muy efectivo.
- Privado.
- No interfiere con el coito ni con el placer sexual.
- No se tiene que tomar una píldora diariamente.
- Se puede usar a cualquier edad.
- No alterara la cantidad y calidad de la leche materna. Puede ser usado por madres que dan de lactar tan pronto como 6 semanas después del parto.
- Ayuda a :
 - Prevenir embarazos ectópicos.
 - Prevenir el cáncer de endometrio.
 - Ayuda a prevenir los fibroides uterinos.
 - Posiblemente evita el cáncer ovárico.
 - Prevenir la anemia y a reducir la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia.
 - Disminuir la frecuencia y el dolor en las crisis de drepanocitos.

Desventajas.

- Es probable que ocurran cambios en el sangrado menstrual.

Incluyendo:

- Goteo o sangrado.
- Sangrado abundante.
- Amenorrea.
 - Retraso en el regreso a la fertilidad.
 - Requiere administrar una inyección cada tres meses.

- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida de cabello, disminución del deseo sexual, y/o acné en algunas mujeres.

2.5.4.4. Implantes de Norplant.

- Pueden ser efectivos por un mínimo de 5 años.
- Pueden ser usados por mujeres de cualquier edad hayan o no tenido hijos.
- La inserción y remoción de Norplant requiere de procedimientos quirúrgicos menores realizados por personal especialmente capacitado. La remoción de cápsulas debe ser conveniente y estar disponible cuando la mujer lo desee.
- No hay ninguna demora en el regreso a la fertilidad después de que las cápsulas se han retirado.
- Es probable que haya cambios en el sangrado vaginal, tales como goteo, o sangrado entre periodos, o amenorrea. Esto no es peligroso y tampoco es una señal de peligro. La consejería previa es importante.
- Seguro durante la lactancia. Las madres en la etapa de la lactancia pueden comenzar a usar implantes 6 semanas después del parto.

Introducción.

Norplant es un conjunto de 6 pequeñas cápsulas plásticas. Cada cápsula tiene el tamaño de un pequeño palillo de fósforo.

La cápsula de Norplant contienen un progestágeno similar a la hormona nacional producida por el cuerpo de la mujer las cápsulas liberan muy lentamente la hormona.

Un juego de cápsulas de Norplant pueden prevenir el embarazo por un mínimo de 5 años, sin embargo puede ser efectivo por un tiempo más largo.

Mecanismo de acción.

Los implantes del Norplant actúan sobre el moco cervical, aumentando su densidad. Detienen la ovulación.

Ventajas.

- Muy efectivos aún en mujeres de mayor peso.
- Protección contra el embarazo a largo plazo. Reversible. Una vez tomada la decisión, puede proveer contracepción muy efectiva por 5 años.
- No hay necesidad de tomar ninguna medida en el momento del coito.
- Aumento en el gozo sexual porque no existe el riesgo de quedar embarazada. No requiere tomar ninguna píldora diaria ni aplicarse inyecciones. No requiere visitas repetidas a la clínica.
- Efectivos dentro de las 24 horas después de la inserción.
- La fertilidad regresa casi inmediatamente después de que las cápsulas se retiran.
- La cantidad y calidad de la leche materna no parece alterarse. Puede ser usado por madres en la etapa de lactancia a partir de las 6 semanas después del parto.
- Ningún efecto secundario por estrógenos.
- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.
- Ayuda a prevenir embarazos ectópicos.
- Puede ayudar a prevenir el cáncer de endometrio.
- Puede ayudar a que las crisis de drepanocitos sean menos frecuentes y menos dolorosas.

- La inserción involucra dolor mínimo únicamente por la aguja con que se aplica el anestésico. Si el anestésico se aplica adecuadamente, no es doloroso.

Desventajas.

- Efectos secundarios comunes (no son señales de enfermedades):
 - Goteo leve o sangrado entre períodos mensuales (comunes),
 - Sangrado prolongado (infrecuente, y comúnmente disminuye después de los primeros meses), o
 - Amenorrea. (Algunas mujeres consideran la amenorrea como una ventaja).

Algunas mujeres tienen:

- Dolores de cabeza,
- Aumento en el tamaño de los ovarios o en el tamaño de los quistes ováricos.
- Mareos,
- Sensibilidad anormal en los senos o secreción,
- Nerviosismo,
- Náusea,
- Acné o sarpullido,
- Cambio de apetito,
- Aumento de peso (algunas mujeres pierden peso),
- Pérdida del cabello o crecimiento de pelo en la cara.

2.5.5. Métodos naturales o fisiológicos.

- La mujer aprende a reconocer cuando comienza y cuando termina el período fértil de su ciclo menstrual.
- Usando este conocimiento, la pareja puede evitar el embarazo. Puede abstenerse de tener relaciones sexuales, o bien emplear un método de barrera o el coito interrumpido durante a etapa fértil.
- Son solo moderadamente efectivos cuando se usan de la manera común. Pueden ser efectivos si se usan correctamente.
- Por lo general requieren estrecha cooperación entre ambos miembros de la pareja y compromiso real por parte del hombre.
- No tienen efectos secundarios físicos. Los métodos que implican abstinencia prolongada pueden resultar ser difíciles a algunas parejas.
- Pueden ser difíciles de utilizar cuando la mujer tiene fiebre o infección vaginal, después del parto, o durante la etapa de la lactancia.

Introducción a los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad.

Se refiere a que una mujer aprende a reconocer cuando comienza y cuando termina el período fértil de su ciclo menstrual.

- Cálculo por calendario: La mujer puede contar los días del calendario para identificar el comienzo o el final de su período fértil. El número de días depende de la duración de sus ciclos menstruales anteriores.
- **2.5.5.1. Método de Billings. Secreciones cervicales:** Una mujer puede estar en etapa fértil cuando ve o siente secreciones cervicales. Puede simplemente tratarse de una sensación de humedad vaginal.
- **2.5.5.2. Temperatura basal.** La temperatura de una mujer en reposo aumenta ligeramente cerca del momento en que ocurre la ovulación (salida de un huevo del ovario), que es cuando ella podría quedar encinta.
- Características del cuello uterino: Según comienza el período fértil, la apertura del cuello uterino se siente más blanca, húmeda y se abre ligeramente. En el período no fértil, la apertura está más firme y cerrada. (Rara vez se usa como la única señal).

Precauciones.

- Abstenerse del coito vaginal, es decir, evitar del todo el coito vaginal durante el período fértil. También se le llama abstinencia periódica o Planificación Familiar Natural (PFN).
- Usar métodos de barrera, como los condones, el diafragma junto con un espermicida, o el espermicida solo.
- **2.5.5.3. Coito interrumpido.** Es decir, sacar el pené de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. También se conoce como coitus interruptus y "salirse". Otra recomendación es que pueden tener contacto sexual sin penetración vaginal.

2.5.6.4. Amenorrea por la lactancia.

- MELA – Método anticonceptivo basado en la lactancia materna.
- La mujer usa el MELA cuando:
Su bebé recibe muy poco alimento o líquido, o ninguno, fuera de la leche Materna, y ella amamanta con frecuencia, tanto de día como de noche y
- No se han reiniciado sus períodos menstruales, o
- Su bebé es menor de 6 años de edad
- Efectivo por hasta 6 meses después del parto.
- Protege la disponibilidad de la leche materna, al evitar el embarazo.
- La mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Introducción .

El MELA brinda protección natural del embarazo y promueve la iniciación del uso de otro método en el momento apropiado. La mujer se encuentra protegida en forma natural del embarazo cuando:

- Al menos el 85% de la alimentación del bebé es solo por la leche materna.
- Que la leche materna sea dada con frecuencia.
- El MELA asegura que el bebé obtenga los nutrientes necesarios, así como protección contra enfermedades proporcionados a través de la leche materna.

Mecanismo de Acción.

Detiene la ovulación (salida del óvulo del ovario) ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales de la mujer.

Ventajas.

- Previene el embarazo en forma efectiva por al menos 6 meses.
- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de tomar precauciones en el momento del coito.
- No hay costos relacionados a la planificación familiar.

Desventajas.

- No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
- Crea inconvenientes o dificultades para las madres que trabajan.
- No brinda protección contra ETS.

2.5.6. Métodos Quirúrgicos o Definitivos.

2.5.6.1. Esterilización femenina.

- Método quirúrgico de planificación familiar para mujeres que están seguras de que no desean tener más hijos.
- Muy efectivo.
- Conveniente.
- Permanente.
- Procedimiento simple y seguro. Preferentemente efectuado sólo bajo anestesia local y sedación leve.
- Ningún afecto secundario conocido a largo plazo. La cirugía puede ocasionar algunas complicaciones a corto plazo.
- Requiere consejería y el consentimiento informado que sea apropiado.
- Requiere el uso de procedimientos apropiados para la prevención de infecciones.

Decidiendo sobre la esterilización femenina.

Mecanismo de acción.

Se realiza una pequeña incisión en el abdomen de la mujer para bloquear o cortar las trompas de Falopio. Las trompas son las que llevan los huevos (óvulos de los ovarios) al útero. Con las trompas bloqueadas, el huevo (óvulo de la mujer) no puede encontrarse con los espermatozoides del hombre.

Muy efectivo y permanente.

En el primer año después del procedimiento: 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres).

En los siguientes 10 años después del procedimiento: 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres).

La eficacia depende parcialmente de la técnica usada para bloquear las trompas, aunque todas las tasas de embarazo son bajas.

La ligadura de trompas posparto es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2.000 mujeres). En cada 100 mujeres (1 en cada 133).

Ventajas.

- Muy efectivo.
- Permanente. Un solo procedimiento permite la planificación familiar efectiva, segura y para toda la vida.
- No se tiene que recordar nada. No se necesita suministro ni visitas repetidas a la clínica.
- No interfiere con las relaciones sexuales. No afecta la capacidad de la mujer para tener relaciones sexuales.
- El gozo sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo.
- No afecta a la leche materna.
- Ningún efecto o riesgo para la salud conocido a largo plazo.
- La minilaparatomía puede realizarse inmediatamente después de que una mujer da a luz.
- Ayuda a proteger contra el cáncer de ovarios.

Desventajas.

- Comúnmente doloroso al principio, pero el dolor disminuirá, gradualmente después del primer o segundo día.
- Complicaciones infrecuentes de la cirugía como:
 - Infección o sangrado en el lugar de la incisión.
 - Sangrado o infección interna.
 - Daño a órganos internos.
 - Riesgos de la anestesia.
- Con la anestesia local sola o con sedación, los riesgos de reacción alérgica o sobredosis son raros.
- Con la anestesia general, ocasionalmente la recuperación es más lenta y hay efectos secundarios. Las complicaciones son más severas que con la anestesia local; riesgo de sobredosis.
- Muy rara vez ocurre la muerte por sobredosis de anestésico u otra complicación.

- En casos raros cuando ocurre un embarazo, la probabilidad de que sea un embarazo ectópico es más alta que en una mujer que no usó ningún método contraceptivo.
- Requiere un examen físico y cirugía menor efectuada por un proveedor especialmente capacitado.
- Comparada con la vasectomía, la esterilización femenina es:
 - Ligeramente más riesgosa.
 - Con frecuencia, más cara si debe hacer un pago.
- La cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en la mayoría de los lugares. No puede garantizarse el éxito de la recanalización. **Las mujeres que tal vez desearían quedar embarazadas en el futuro deben escoger un método diferente.**
- Ninguna protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH/SIDA.

IMPORTANTE: Pregunte a la clienta si cree que ella podrá tener o podría contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS). (¿tiene más de una pareja sexual? ¿Su pareja tiene además de Ud., otras parejas sexuales? ¿Podría darse este caso en el futuro?).

Si ella tiene o podría contraer una ETS, indíquele que use condones regularmente. Entregue condones. De todas maneras, ella aún puede utilizar la esterilización femenina.

2.5.6.2. Vasectomía.

- Método quirúrgico de planeación familiar para hombres que están seguros de que no quieren tener más hijos.
- Muy efectiva.
- Conveniente.
- Permanente.
- No tiene efectos en el placer ni en el desempeño sexual.
- Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- Totalmente después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses el hombre deberá usar condones o la pareja deberá usar otro método.
- Requiere consejería y el consentimiento informado que sea apropiado.
- La vasectomía provee contracepción permanente a los hombres que han decidido no tener más hijos.
- Es un procedimiento quirúrgico seguro, simple y rápido. Puede hacerse en una clínica o en un consultorio que cumpla con los requisitos para la adecuada prevención de infecciones.
- No es una castración, no afecta los testículos y tampoco afecta la capacidad sexual.
- También se le conoce con el nombre de esterilización masculina o contracepción quirúrgica para hombres.

Se realiza una pequeña incisión en el escroto del hombre (la bolsa de piel que recubre los testículos) y bloquea los dos conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos. Mediante este procedimiento se impide que el semen contenga espermatozoides. El hombre aún puede tener erecciones y eyacular semen. Sin embargo, no podrá dejar embarazada a una mujer pues su semen no contiene ningún espermatozoide.

Ventajas.

- Muy efectiva.
- Permanente. Un solo procedimiento rápido conduce a una forma de planificación familiar que es segura, muy efectiva y que dura toda la vida.
- No hay necesidad de recordar nada, excepto usar condones u otro método efectivo por lo menos por las primeras 20 eyaculaciones o durante los primeros 3 meses, lo que ocurra primero.
- No interfiere con el sexo. No afecta la capacidad del hombre para tener relaciones sexuales.
- El placer sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo.
- No hay necesidad de abastecerse de nada ni de hacer vistas repetidas a la clínica.
- Ningún riesgo evidente para la salud a largo plazo.

- Comparada con la esterilización voluntaria femenina, la vasectomía es:
 - Probablemente un poco más efectiva.
 - Ligeramente más segura.
 - Más fácil de realizar.
 - Si tiene algún costo, éste es frecuentemente menor.
 - Se puede verificar la eficacia en cualquier momento.
 - Si la pareja llega a quedar embarazada, la probabilidad de que ese embarazo sea ectópico es menor que el embarazo ocurrido en una mujer que ha sido esterilizada.

Desventajas.

- Las complicaciones menores a corto plazo que comúnmente ocurren son:
 - Generalmente hay un leve malestar por 2 a 3 días .
 - Dolor en el escroto, hinchazón y magulladuras.
 - Sensación pasajera de desmayo después de la intervención.

- Las complicaciones infrecuentes de la cirugía son:
 - Sangrado o infección en el lugar de la incisión o por dentro de la incisión.
 - Coágulo en el escroto.

- Requiere cirugía menor por parte de un proveedor especialmente capacitado.

- No es efectivo en forma inmediata. Puede que al menos las primeras 20 eyaculaciones posteriores a la vasectomía contengan espermatozoides. La pareja debe ponerse de acuerdo en usar otro método anticonceptivo por lo menos para las primeras 20 eyaculaciones o los primeros 3 meses, lo que ocurra primero

3. METODOLOGIA.

En este capítulo se presentan las hipótesis, variables e indicadores, el tipo y diseño de investigación, así como las técnicas que se utilizaron para desarrollar la investigación.

3.1. Hipótesis.

3.1.1. Hipótesis general.

La orientación sobre planificación familiar que se les da a las mujeres primigestas que acuden al Hospital materno infantil influye en la elección del método.

3.1.2. Hipótesis de trabajo.

Las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno infantil carecen de información suficiente sobre planificación familiar lo que influye en la mala elección del método anticonceptivo.

3.1.3. Hipótesis nula.

La orientación sobre planificación familiar que se les da a las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno infantil no influye en la elección del Método.

3.2. Variables e indicadores.

3.2.1. Variable independientes.

Nivel de conocimientos sobre planificación familiar.

3.2.2. Variable dependiente.

Nivel de apropiación de los conocimientos.

3.2.3. Indicadores.

Variable Independiente.

Nivel de conocimiento sobre:

- Planificación familiar.
- Métodos Anticonceptivos.
- DIU.
- Hormonales.
- De Barrera.
- Químicos.
- Quirúrgicos (vasectomía, salpingoclasia).
- Naturales.

Variable Dependiente.

Nivel de apropiación de los conocimientos dependiendo de:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Inicio de vida sexual activa.
- Primigestas.
- Planificación familiar.
- Métodos Anticonceptivos.
- DIU.
- Hormonales.
- De barrera.
- Químicos.
- Quirúrgicos.
- Naturales.

3.2.4. Modelo de relación causal de las variables.

Variable independiente		Variable dependiente
Nivel de conocimientos sobre planificación familiar.		Nivel de apropiación de los conocimientos sobre P. F.

3.2.5. Definiciones operacionales

Indicadores independientes.

ORIENTACION: Es importante proporcionar información sobre los diferentes métodos de planificación familiar existentes para las necesidades de cada usuario. Dentro de este apartado se trata de exponer aquellos conceptos básicos sobre los métodos de planificación familiar para que la usuaria este informada sobre su eficiencia, riesgo, efectos, modo de uso y seguimiento para la toma de decisiones, esto favorece que a la hora de elegir algún método se tome en forma libre y voluntaria. La orientación es un proceso continuo que debe incluirse en todos los aspectos de los servicios de planificación familiar, se trata de educar a las parejas para que puedan elegir, cuando y cuantos hijos desean tener utilizando un método anticonceptivo eficaz. La información debe proporcionarse para facilitar la elección o decisión de la usuaria, no para persuadir, presionar o inducir a la persona a que use un método en particular. Más aún tanto la decisión de aceptar un método, como la decisión de rechazarlo, debe estar basado en una información adecuada.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Son los programas basados en líneas de acción que contribuyen a disminuir los niveles de fecundidad, reducir el número de embarazos no planeados, no deseados o de alto riesgo al ampliar el espacio intergenésico propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.

IMPORTANCIA DE ORIENTAR SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: La estrategia principal de la Planificación Familiar la constituye la información, por lo que promover la orientación al respecto, garantiza que la decisión de participar o no en este tipo de programas es una elección responsable, voluntaria y ante todo informada.

Indicadores dependientes.

PRIMIGESTA: Es la mujer que por primera vez se embaraza.

EDAD: Número de años de la persona. La edad influye en la utilización de algún método ya que puede considerarse que a mayor edad es mayor la posibilidad de acceso a la información. La edad muy temprana o muy tardía condiciona riesgo en el embarazo por lo que resulta casi obligado para la mujer, utilizar algún método anticonceptivo.

SEXO: La mujer generalmente es la que usa algún método de planificación familiar. Según El Programa Nacional de Población 1995 – 2000, es la mujer en edad fértil (con pareja) quien en forma comparativa con el hombre se da una relación de 3 (mujeres) a 1 (hombre) para la utilización de estos métodos. En el caso de esta investigación, nuestro sujeto en estudio es la mujer.

I.V.S.A: Los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática revelan que la edad media de la primera unión es a los 19 años, y que en promedio el nacimiento del primer hijo en la mujer es a los 21 años; esto nos habla de los años que tiene por delante la mujer y con la consecuente oportunidad de seguir teniendo hijos. A más temprana edad de inicio de vida sexual activa, mayor probabilidad de crear familias numerosas.

NIVEL DE APROPIACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Una vez recibida la información, la persona es capaz de asimilar y guardar en su memoria los contenidos que se le brindaron. De darse este proceso la persona deja para sí, “se apropia” de lo que se informó.

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Es el resultado de la evaluación cualitativa y cuantitativa que corresponde al entorno social, acceso a los servicios de calidad de vida y recursos económicos con que se cuenta y que generalmente determinan la oportunidad de los mismos.

NIVEL ACADEMICO: Es el grado de preparación académica de una persona. A mayor grado de nivel de estudio mayor aceptación de información sobre planificación familiar.

3.3. Tipo y diseño de investigación.

3.3.1. Tipo.

El tipo de investigación que se realizó es: prospectiva, transversal, analítica y descriptiva.

Prospectiva, porque registramos los hechos en la medida en que se fueron presentando y los resultados de esta investigación sirven para brindar educación continua al personal de enfermería y principalmente para prevenir problemas y disminuir la morbi-mortalidad Materno Infantil.

Es transversal por que en esta investigación se estudiaron las variables en un tiempo determinado, es decir, durante los meses de Mayo - Agosto del 2000.

Es analítica por que para medir las variables de Nivel de conocimientos y Nivel de apropiación de los conocimientos se detallaron sus indicadores básicos para poder estudiarlos y medirlos. Una vez emitidos y analizados los juicios se tuvo elementos que permitieron la construcción de un todo.

Es descriptivo porque se analizaron y explicaron cada una de sus variables.

3.3.2. Diseño.

El diseño de investigación se realizó atendiendo a los siguientes aspectos:

- Asistencia al curso de "Seminario de Tesis" como materia de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Búsqueda de un programa de investigación que permitió conducir la teoría en enfermería.
- Asistencia continua a la biblioteca para sustentar el Marco Teórico y de igual modo nos permitió fundamentar las variables en estudio.
- Elaboración del instrumento de recolección de datos con base a los indicadores de la variables.
- Se realizó prueba de instrumento.
- Se aplicó el instrumento al universo seleccionado.
- Captura, recuento, clasificación y procesamiento de los datos para la elaboración de cuadros y gráficos.
- Comprobación o negación de hipótesis utilizando las técnicas estadísticas pertinentes.
- Análisis e interpretación de resultados para el planteamiento de alternativas.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones para solucionar la problemática estudiada.
- Presentación del informe.

LIMITES.

ESPACIO: Hospital Materno Infantil de León, Guanajuato.

TIEMPO: De Mayo – Agosto 2000.

RESPONSABLES: 4 Pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
María del Rosario Alvarado Mares.
Rosa Isela Arredondo Mares.
Ma. Guadalupe Perales Alferéz.
Elvira Ramírez Tavares.

ASESOR: Lic. Ma. Magdalena Mata Cortés.

RECURSOS:

HUMANOS: 4 Pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

MATERIALES: Computadora,
Impresora,
Hojas,
Borrador,
Lápiz.

FINANCIEROS: Bajo la responsabilidad de las Investigadoras.

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Para realizar nuestra investigación nuestro sujeto a estudio fueron todas las pacientes primigestas que acudieron al Hospital Materno Infantil durante el periodo Mayo-Agosto del 2000.

Criterios de exclusión.

- Las mujeres primigestas que no desearon participar realizando la encuesta.
- Primíparas añosas.

3.3.4. Cronograma de trabajo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO					
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
No.	ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1.	Elección del Tema.	X			
2	Búsqueda de Información.	X	X		
3	Recopilación de Información.	X			
4	Elaboración de fichas bibliográficas.	X	X		
5	Estructuración del protocolo de investigación.		X		
6	Presentación del Protocolo.		X		
7	Aplicación de cuestionario.	X	X	X	
8	Elaboración Marco Teórico.		X	X	
9	Tabulación de datos.				X
10	Análisis de datos.				X
11	Elaboración de cuadros y gráficas.				X
12	Asesoría	X	X	X	X
13	Correcciones y observaciones			X	X
14	Redacción del trabajo final.				X
15	Presentación de la Investigación				X

3.4 Técnicas e instrumentos de investigación

3.4.1. Fichas de trabajo.

Con fichas de trabajo fue posible ordenar y clasificar el material recopilado para la elaboración del Marco Teórico. Nos permitieron organizar el material obtenido, contando así con un breve resumen de los contenidos.

En los caso en que se consideró conveniente nos apoyamos en las fichas de campo con el fin de anotar los datos recogidos mediante la observación.

3.4.2. Entrevista.

El personal de enfermería aplica el proceso administrativo al planear, implementar y al llevar un control de las acciones programadas. En este orden de ideas y de manera entrelazada con la presente investigación, la entrevista constituyó la etapa de interrelación entre el enfermero y el usuario y le permitió al primero obtener y recopilar la información y los datos que giran en torno al problema de estudio.

La entrevista fue entendida también como una oportunidad para el enfermero de mostrar interés, apoyo y comprensión al usuario.

Antes de solicitar la participación de las pacientes primigestas en el Hospital Materno Infantil, entablamos una pequeña plática donde en forma verbal se les mencionó lo registrado como "introducción del cuestionario" y se les dieron las instrucciones para su llenado; haciéndoles ver lo importante de su participación y fomentando la empatía.

3.4.2. Cuestionario.

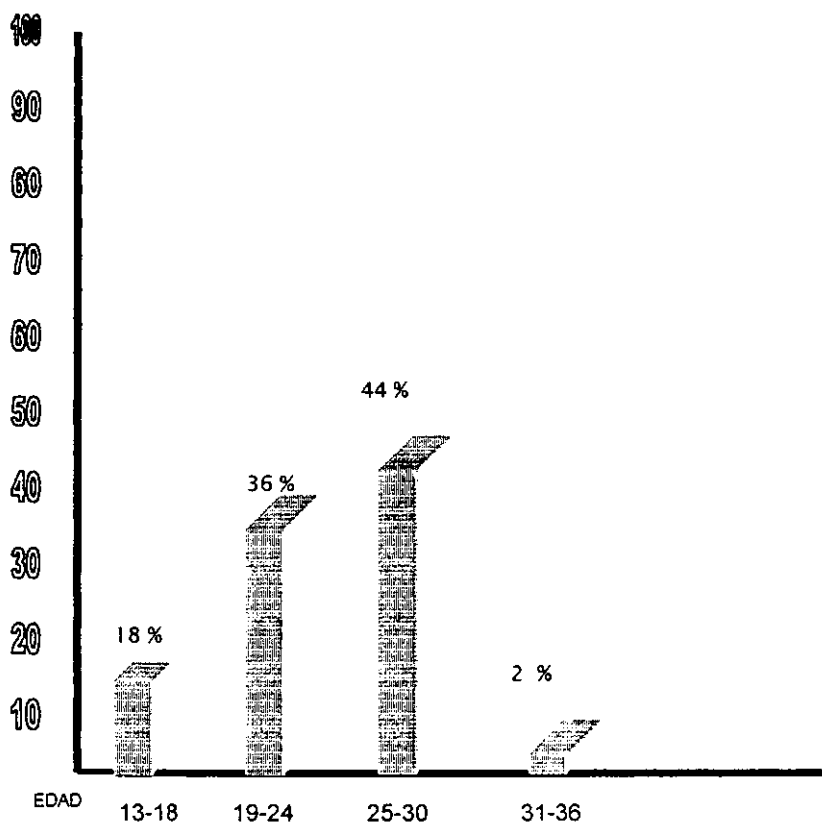
Este fue el principal instrumento de recolección de datos, las preguntas que en él se incluyeron derivaron de los indicadores de las variables. El cuestionario inicia con los datos personales de las pacientes, en los siguientes apartados se hicieron preguntas sobre el conocimiento, la percepción a la disponibilidad y accesibilidad que tienen sobre los métodos de planificación familiar y por último las preguntas se encaminaron a que las pacientes evalúen la calidad de la información proporcionada por el personal de enfermería o en su defecto determinaran si esta actividad no se está realizando. El cuestionario que sirvió para la obtención de resultados y permitió la medición de las variables se encuentra en el apartado de ANEXOS.

CUADRO No. 1		
EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.		
INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 13 – 18 años.	36	18 %
De 19 – 24 años.	72	36 %
De 25 – 30 años.	88	44 %
De 31 – 36 años.	4	2 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Encuestas aplicadas a las pacientes primigestas atendidas en el Hospital Materno-Infantil de León, Gto., Mayo a agosto del 2000.

GRAFICA No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



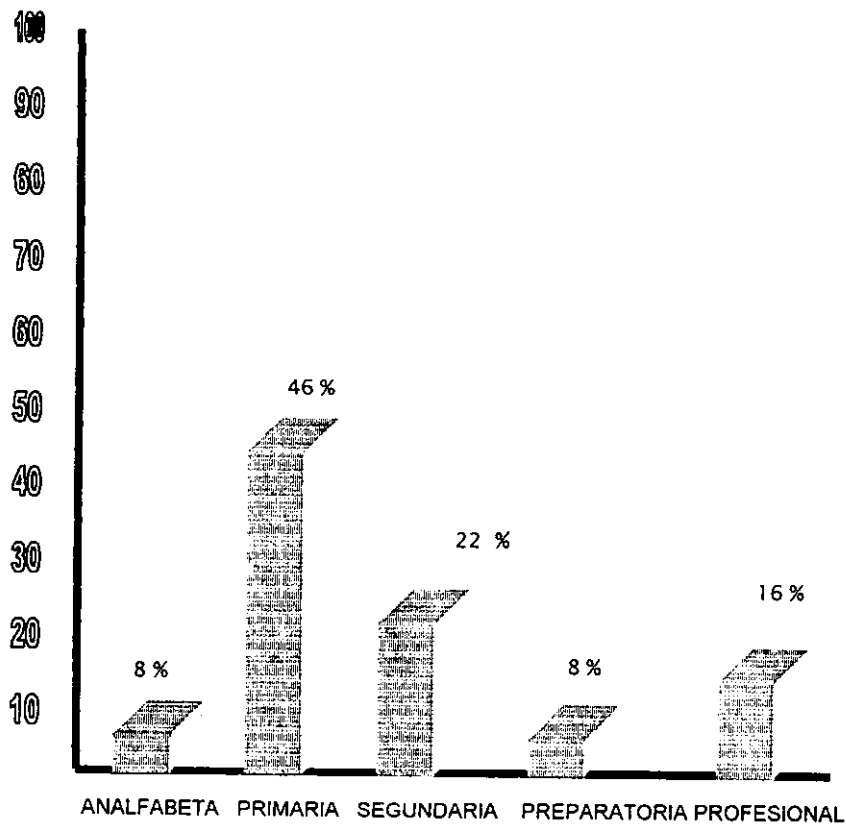
FUENTE: ENCUESTAS PUBLICADAS A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL, LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.

CUADRO No. 2		
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.		
INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA.	16	8 %
PRIMARIA.	92	46 %
SECUNDARIA.	44	22 %
PREPARATORIA.	16	8 %
PROFESIONAL.	32	16 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 2

EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

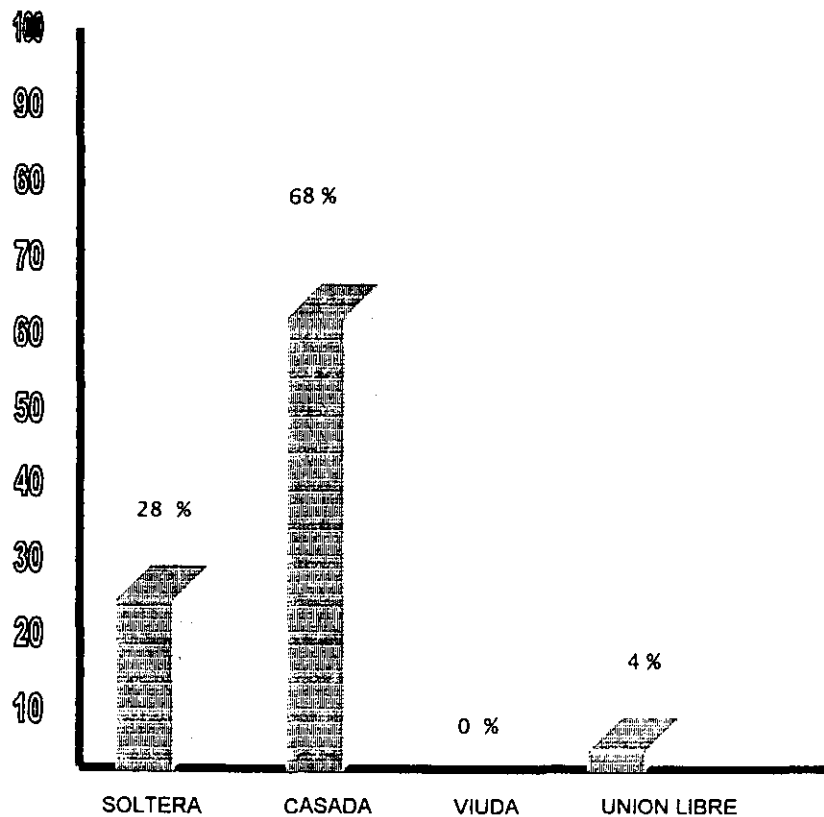
CUADRO No. 3**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M.
I. DE LEÓN, GTO. DE MAYO A AGOSTO DEL 2000.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SOLTERA.	56	28 %
CASADA.	136	68 %
VIUDA.	0	0 %
UNION LIBRE.	8	4 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No.1

GRAFICA No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 4

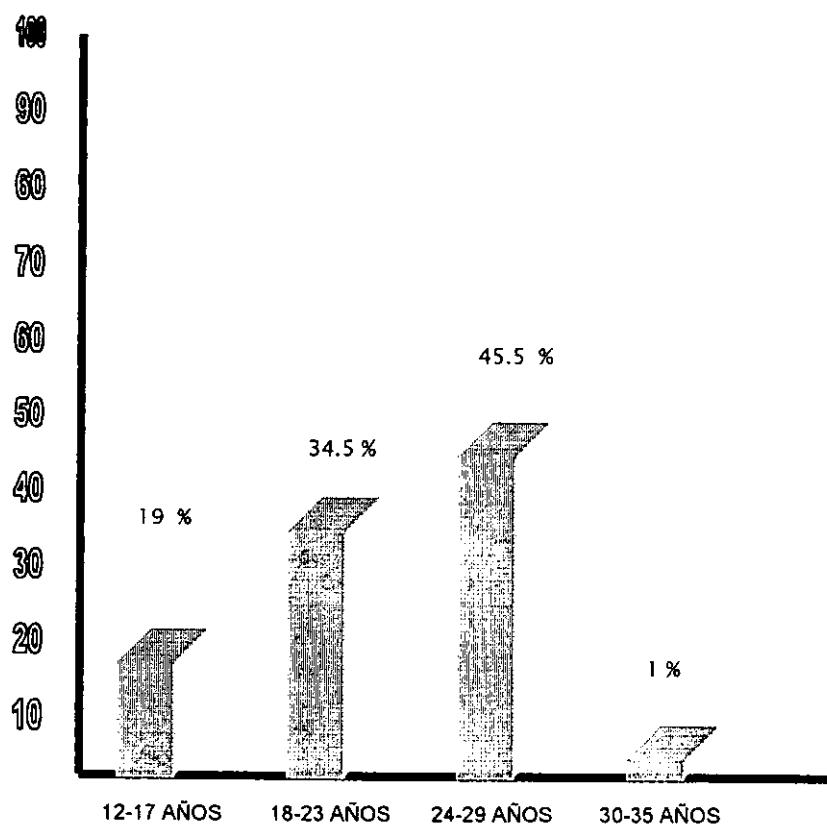
**EDAD EN QUE INICIAN VIDA SEXUAL ACTIVA LAS PACIENTES
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DE MAYO A
AGOSTO DEL 2000.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
De 12 – 17 años.	38	19 %
De 18 – 23 años.	69	34.5 %
De 24 – 29 años.	91	45.5 %
De 30 – 35 años.	2	1 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 4

EDAD EN QUE INICIAN VIDA SEXUAL ACTIVA LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

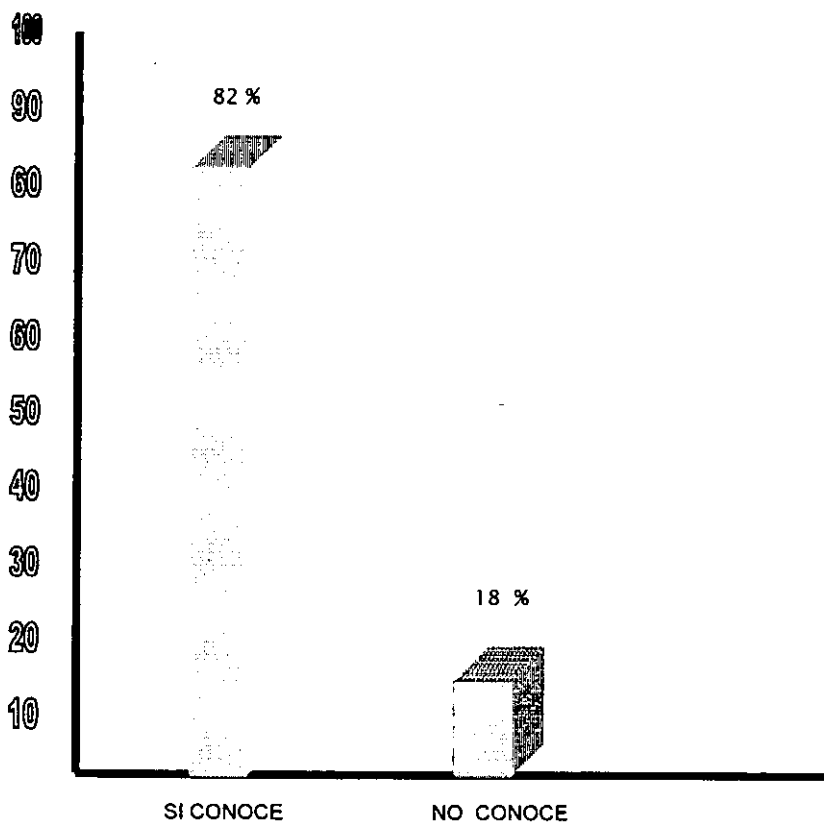
CUADRO No. 5**CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI TIENEN CONOCIMIENTO.	164	82 %
NO TIENEN CONOCIMIENTO.	36	18 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 5

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

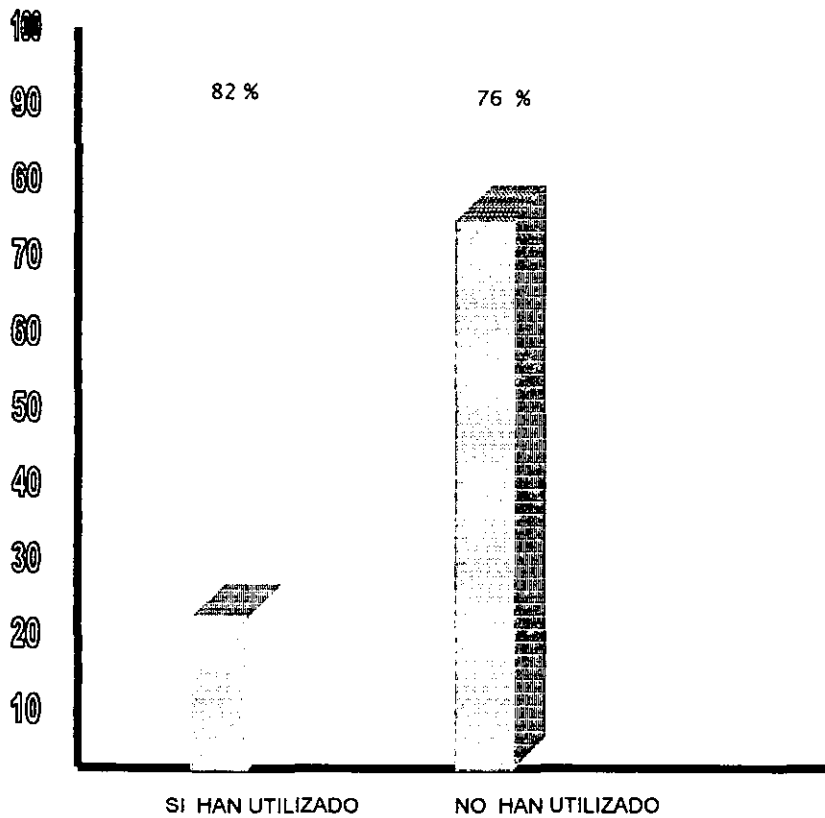
CUADRO No. 6**PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. QUE HAN UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI HAN UTILIZADO ALGUN METODO.	48	24 %
NO HAN UTILIZADO ALGUN METODO.	152	76 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 6

PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, QUE HAN UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

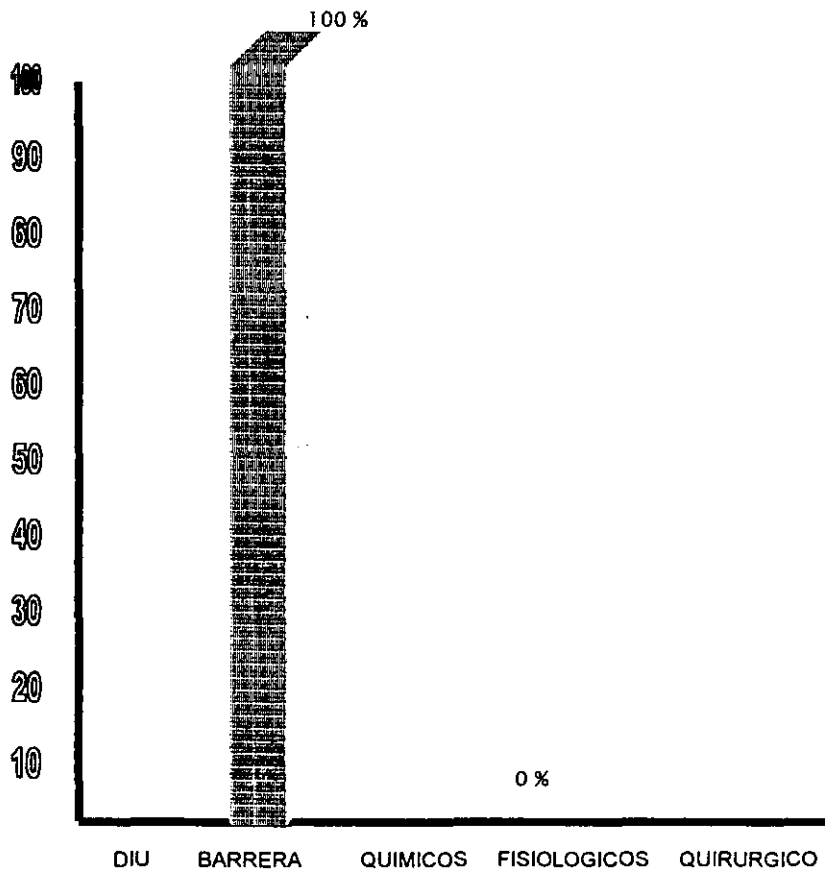
CUADRO No. 7**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EMPLEADOS POR LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
HORMONALES.	2	1 %
FISIOLOGICOS.	8	4 %
DE BARRERA.	16	8 %
DIU.	22	11 %
TOTAL.	48	24 %

FUENTE.- Igual que la del CUADRO No. 1

GRAFICA No. 7

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EMPLEADO POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

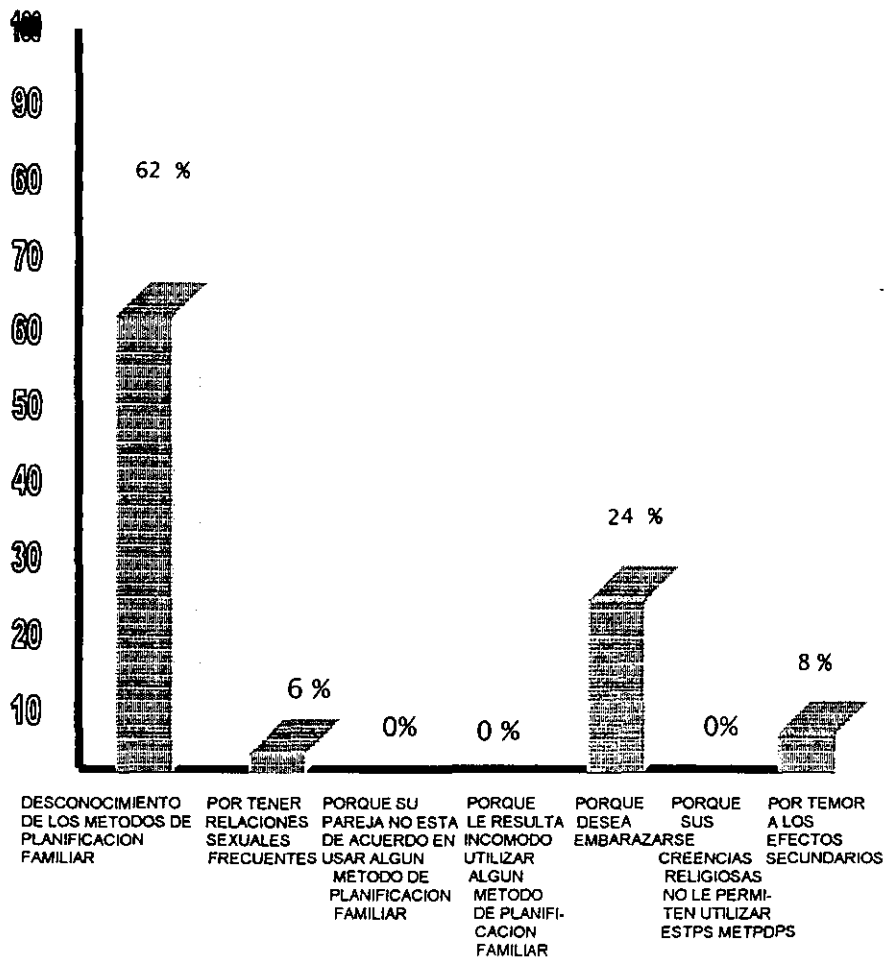
CUADRO No. 8**RAZONES POR LAS QUE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS DEL H. M. I.
NO HAN UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

INDICADORES.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	
POR DESCONOCIMIENTO.	124	62 %
RELACION SEXUAL POCO FRECUENTE.	12	6 %
LA PAREJA NO ACEPTA UTILIZARLOS.	0	0 %
POR QUE LE RESULTAN INCOMODOS.	0	0 %
POR QUE DESEABA EMBARAZARSE.	48	24 %
POR SUS CREENCIAS RELIGIOSAS.	0	0 %
POR TEMOR A LOS EFECTOS SECUNDARIOS	16	8 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 8

RAZONES POR LO QUE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; NO HAN UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



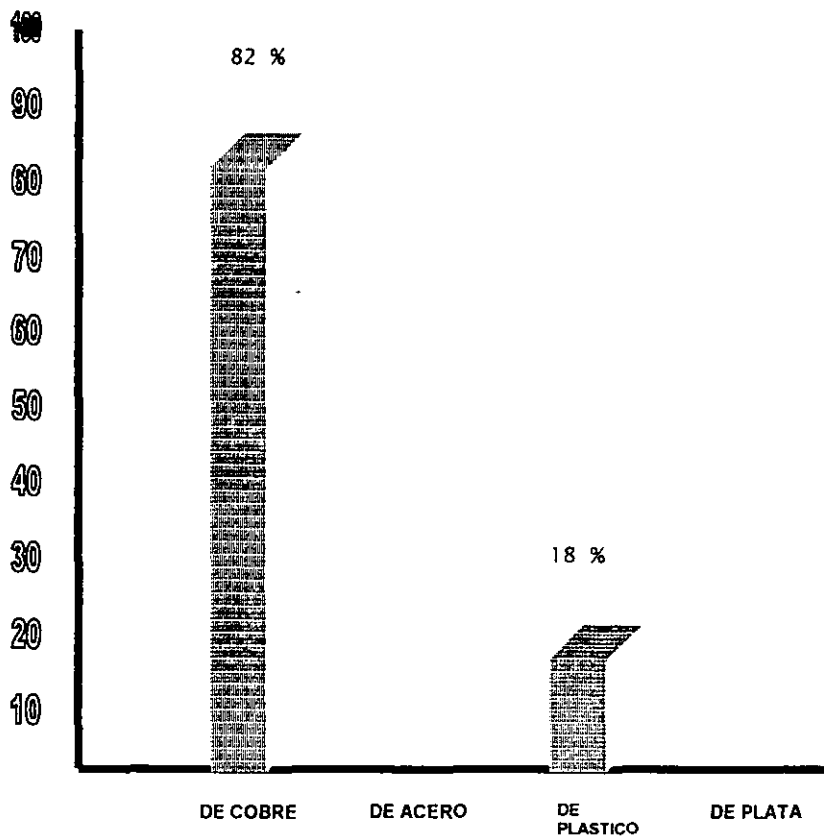
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 9		
CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. ACERCA DEL MATERIAL DE QUE ESTA HECHO EL DIU.		
INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
COBRE.	164	82 %
ACERO.	0	0 %
PLASTICO.	36	18 %
PLATA.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 9

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, ACERCA DEL MATERIAL DE QUE ESTA HECHO EL DISPOSITIVO INTRA UTERINO.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

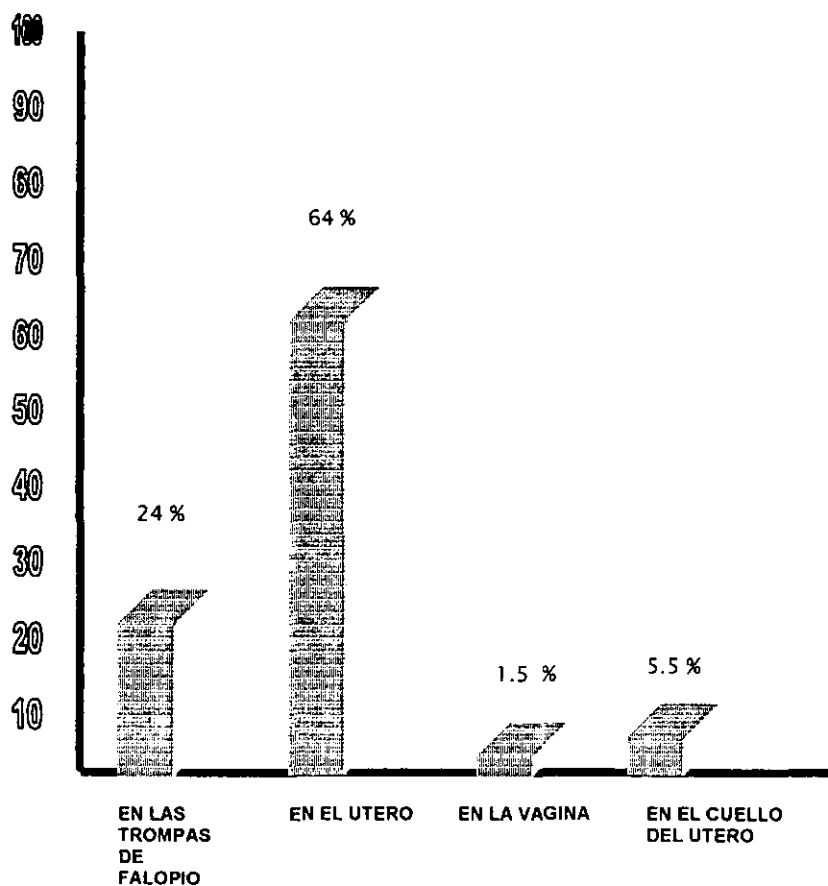
CUADRO No. 10**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. SOBRE EL LUGAR ANATOMICO EN QUE SE INSERTA EL DIU.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
EN LAS TROMPAS DE FALOPIO.	48	24 %
EN EL UTERO.	128	64 %
EN LA VAGINA.	3	1.5 %
EN EL CUELLO DEL UTERO.	11	10.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 10

EDAD EN QUE INICIAN VIDA SEXUAL ACTIVA LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

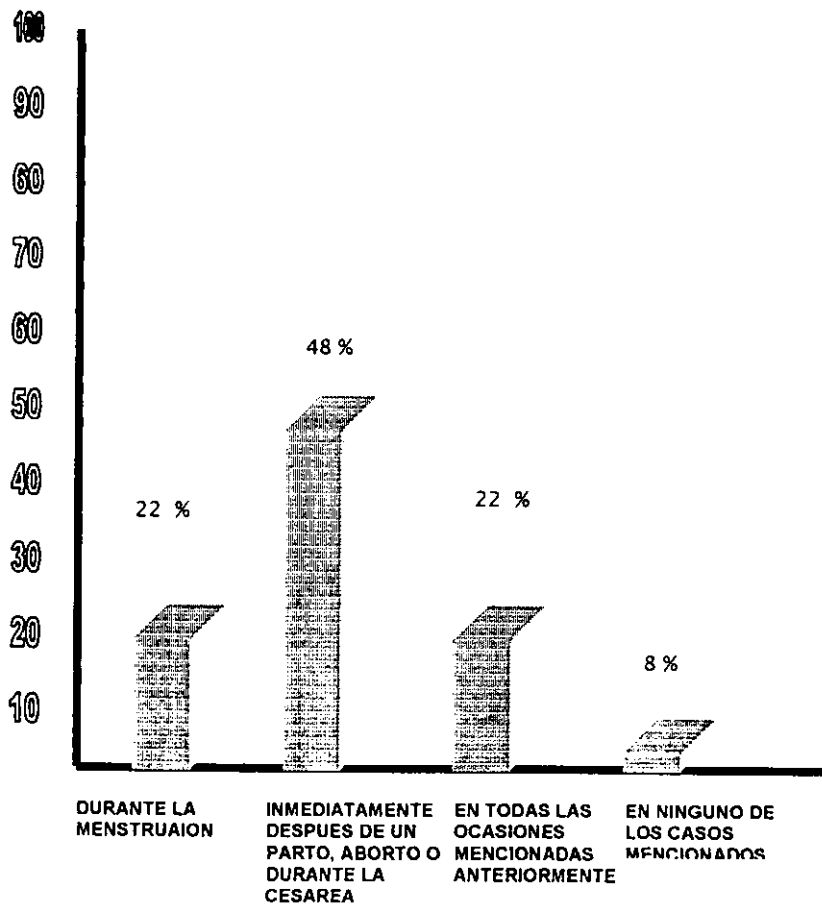
CUADRO No. 11**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. ACERCA DEL MOMENTO ADECUADO PARA INSERTAR EL
DIU**

INDICADORES.	FRECUENCI A	PORCENTAJE
TRASMESTRUAL.	44	22 %
POST EVENTO OBSTETRICO.	96	48 %
EN TODOS LOS CASOS ANTERIORES.	44	22 %
EN NINGUN CASO DE LOS MENCIONADOS.	16	8 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 11

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000., ACERCA DEL MOMENTO ADECUADO PARA INSTALAR EL DIU.



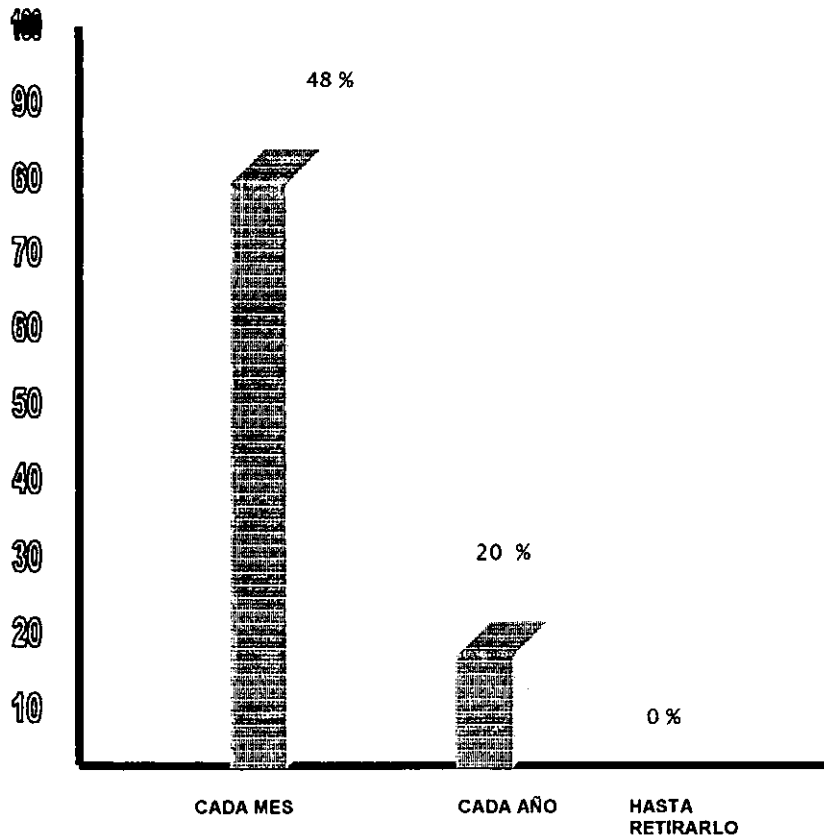
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 12		
CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DEL TIEMPO RECOMENDADO PARA REALIZARSE REVISION EN CASO DE TRAER DIU.		
INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
CADA 6 MESES.	160	80 %
CADA AÑO.	40	20 %
HASTA RETIRARLO.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 12

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000., DEL TIEMPO RECOMENDADO PARA REALIZARSE REVISION EN CASO DE TRAER DIU.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 13

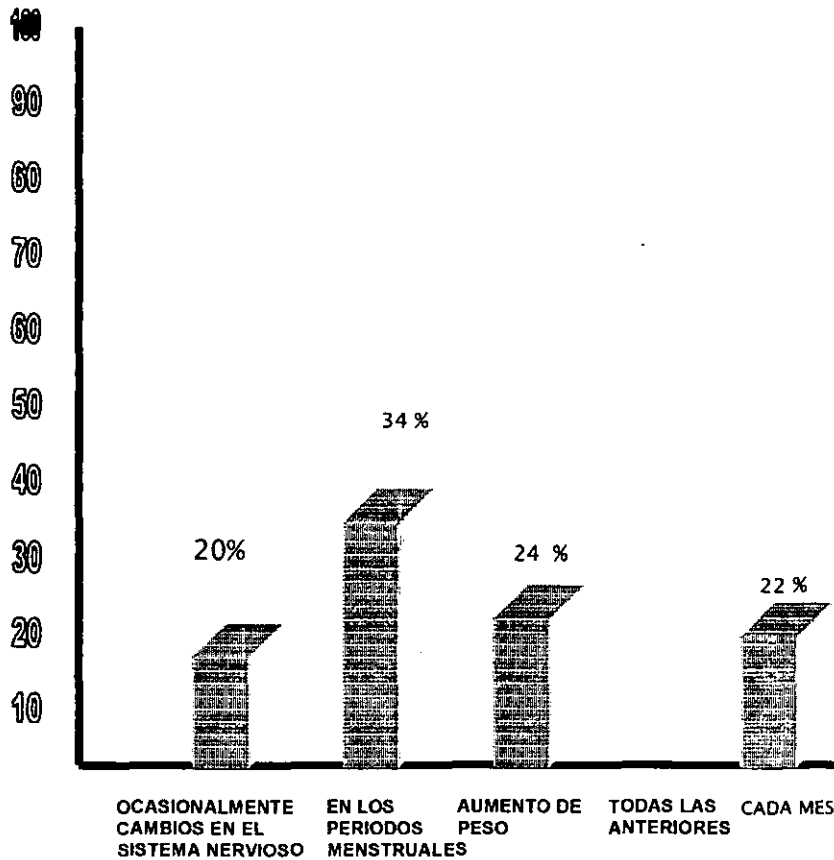
**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES POR
EL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
	A	
CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO.	40	20 %
ALTERACIONES MENSTRUALES.	68	34 %
AUMENTO DE PESO.	48	24 %
TODO LO MENCIONADO ANTERIORMENTE.	0	0 %
NINGUNO DE LOS MENCIONADOS.	44	22 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 13

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000., SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES POR EL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

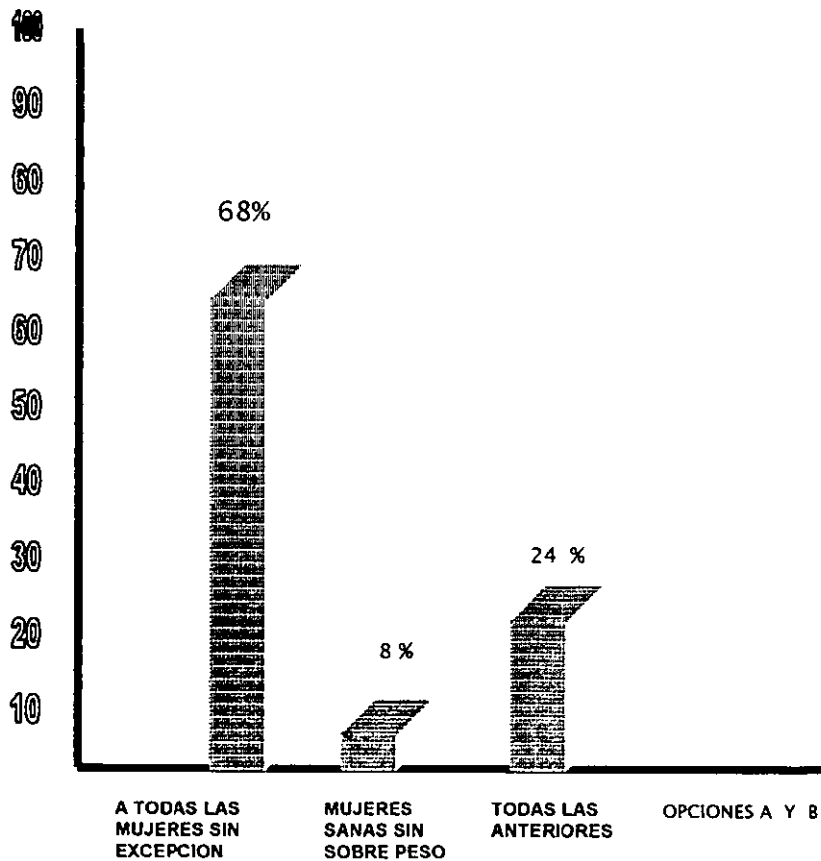
CUADRO No. 14**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DE LA PREESCRIPCION DEL USO DE
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
A TODAS LAS MUJERES SIN EXCEPCION.	136	68 %
A LAS MUJERES SANAS Y SIN SOBREPESO.	16	8 %
A LAS MAYORES DE 35 AÑOS.	48	24 %
SOLO B Y C SON CORRECTAS.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 14

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000., SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES POR EL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

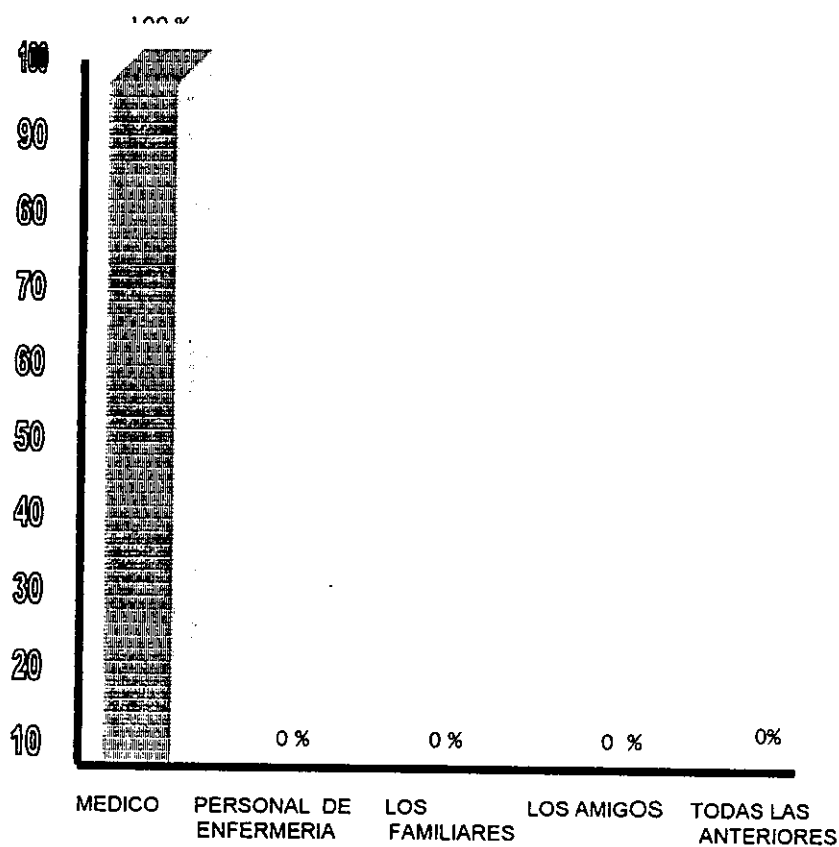
CUADRO No. 15**PERSONA QUE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I.
IDENTIFICAN COMO RESPONSABLE DE INDICAR LAS PASTILLAS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
EL MEDICO.	200	100 %
EL PERSONAL DE ENFERMERIA.	0	0 %
LOS FAMILIARES.	0	0 %
LOS AMIGOS.	0	0 %
TODOS LOS ANTERIORES.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 15

PERSONAS QUE IDENTIFICA COMO RESPONSABLE DE INDICAR LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO. EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM A CUADRO No. 1

CUADRO No. 16

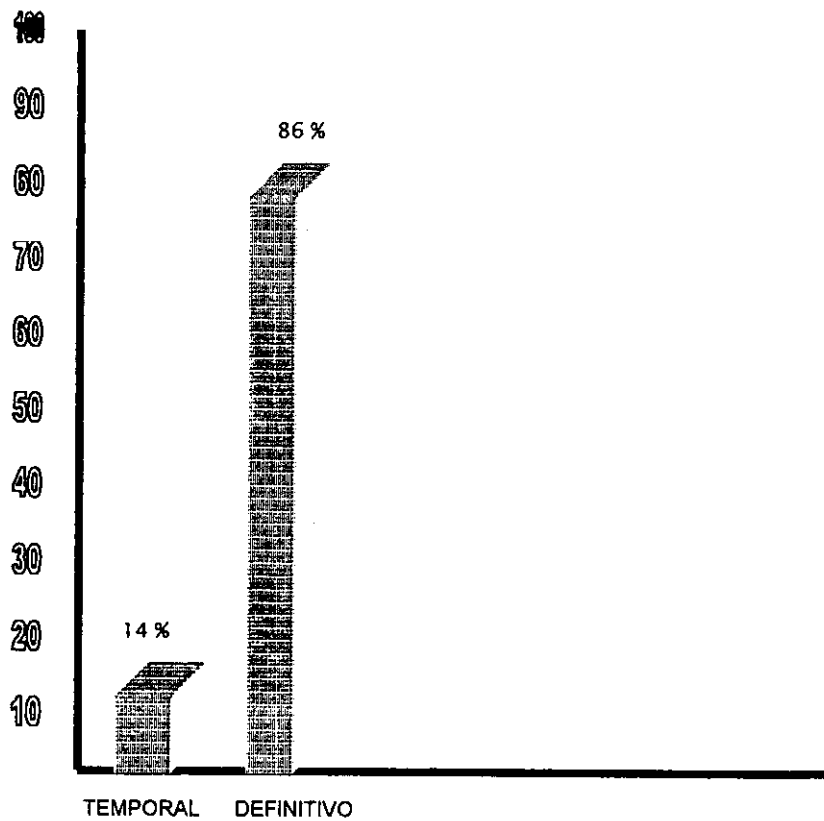
**CLASIFICACION DEL METODO DE PLANIFICACION QUE ES LA
VASECTOMIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
METODO TEMPORAL.	28	14 %
METODO DEFINITIVO.	172	86 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 16

CLASIFICACION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE ES LA VASECTOMIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO. EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



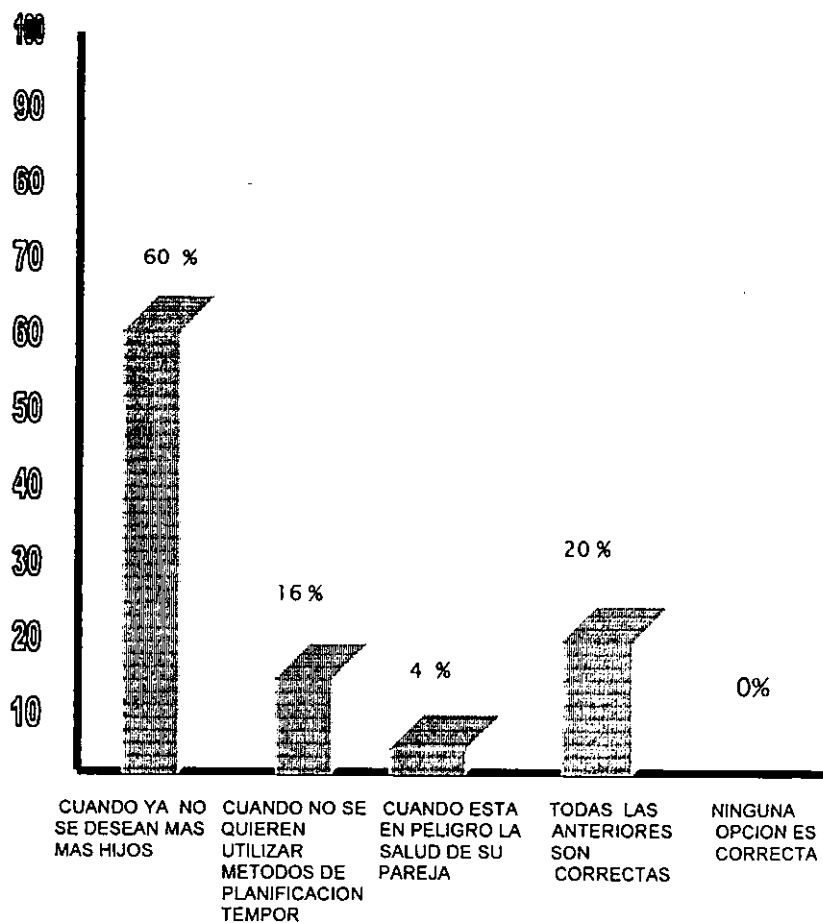
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 17		
CONOCIMIENTO DEL MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICARSE LA VASECTOMIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.		
INDICADORES.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	.
CUANDO NO SE DESEAN MAS HIJOS.	120	60 %
PARA NO UTILIZAR METODOS TEMPORALES	32	16 %
POR PELIGRAR LA SALUD DE SU PAREJA.	8	4 %
TODAS LAS ANTERIORES SON CORRECTAS	40	20 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 17

CONOCIMIENTO DEL MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICARSE LA VASECTOMIA DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 18

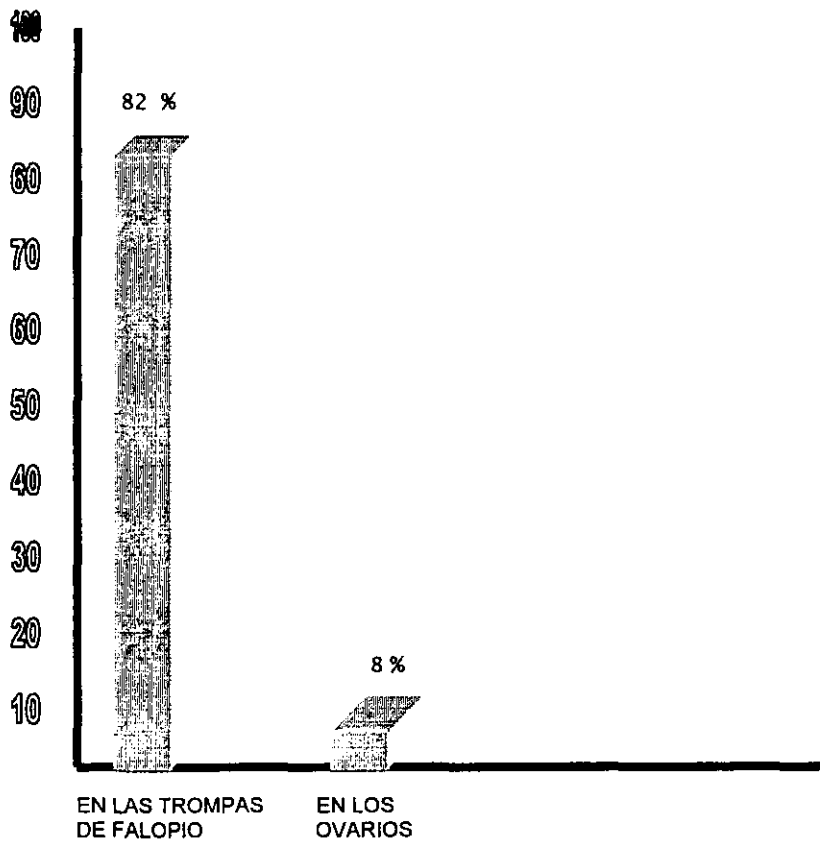
**CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. SOBRE LA REGION ANATOMICA
DONDE SE REALIZA LA SALPINGOCLASIA.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
EN LAS TROMPAS DE FALOPIO.	164	82 %
EN LOS OVARIOS.	16	8 %
DESCONOCE EL AREA CORPORAL.	20	10 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 18

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; SOBRE LA REGION ANATOMICA DONDE SE REALIZA LA SALPINGO.



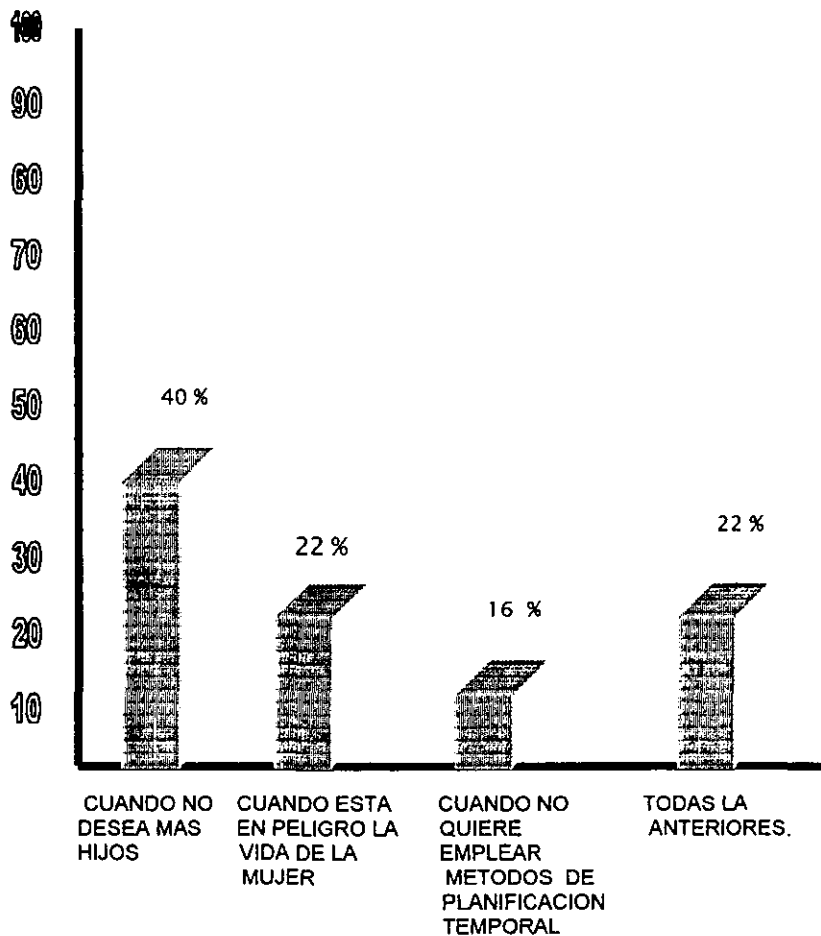
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 19		
CONOCIMIENTO DEL MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICARSE LA SALPINGOCLASIA DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.		
INDICADORES.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	.
CUANDO NO DESEAN MAS HIJOS.	80	40 %
POR PELIGRAR LA VIDA DE LA MUJER.	44	22 %
PARA NO UTILIZAR METODOS TEMPORALES.	32	16 %
TODOS LOS ANTERIORES.	44	22 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 19

CONOCIMIENTO DEL MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICAR LA SALPINGOCLASIA DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



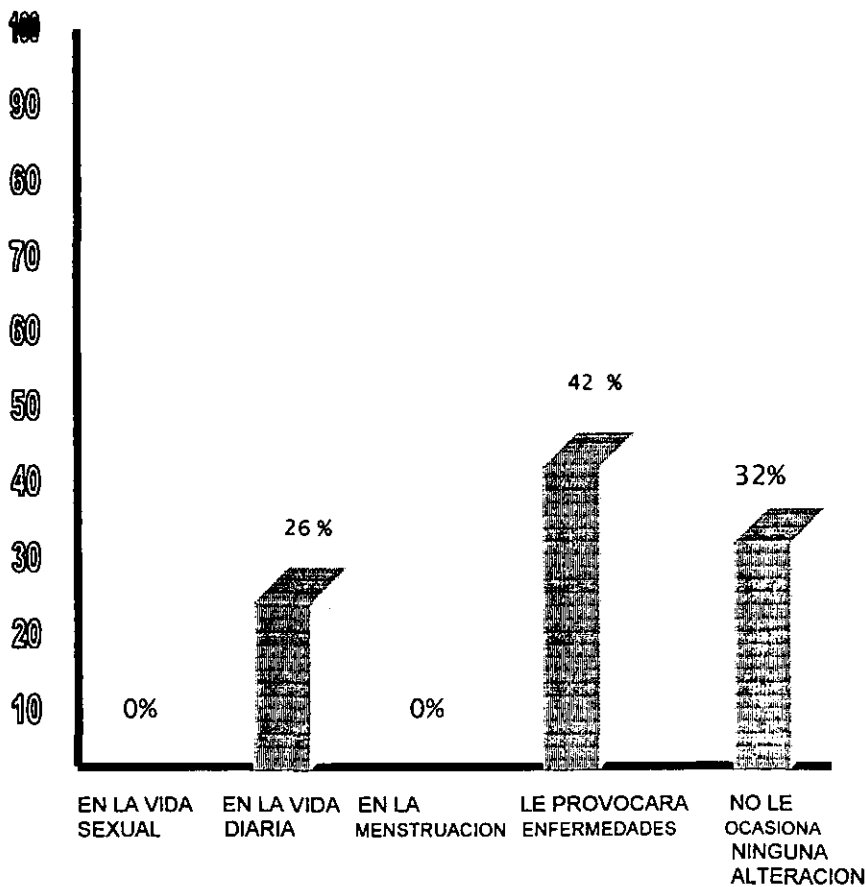
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 20		
CAMBIOS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. COMO CONSECUENCIA DE LA SALPINGOCLASIA.		
INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
EN LA VIDA SEXUAL.	0	0 %
EN LA VIDA DIARIA.	52	26 %
EN LA MENSTRUACION.	0	0%
CONDICIONARA ENFERMERDADES.	84	42 %
NO OCASIONA ALTERACIONES.	64	32 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 20

CAMBIOS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, COMO CONCECUENCIA DE LA SALPINGO.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

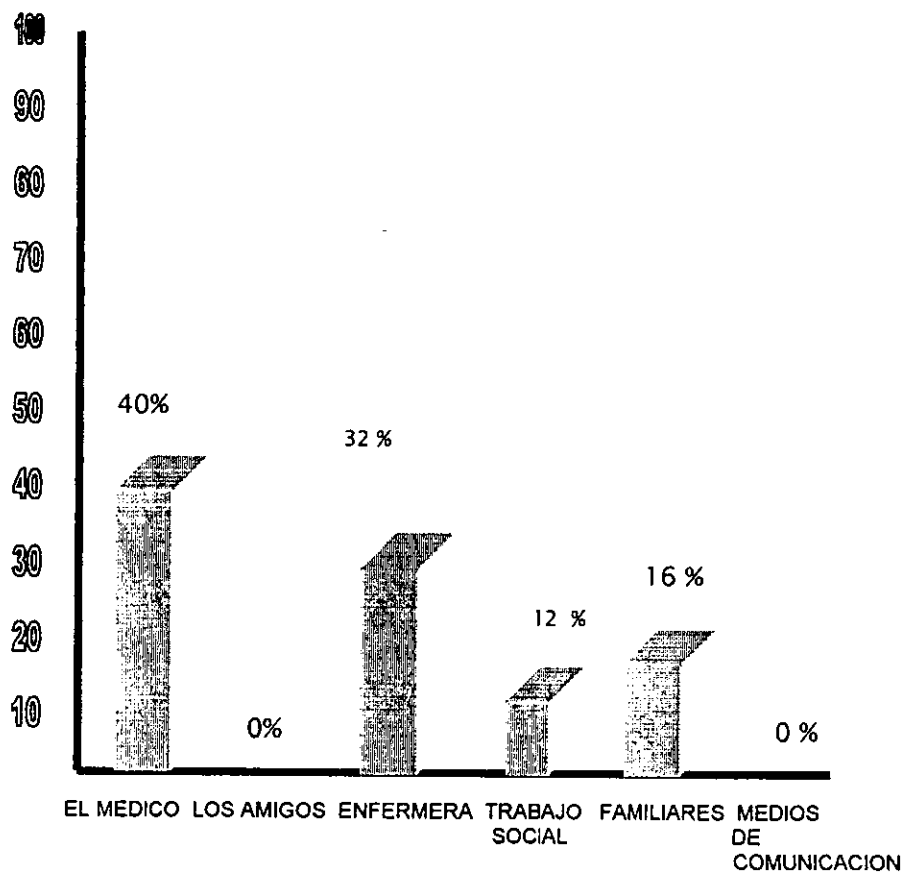
CUADRO No. 21**FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H.M.I.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
EL MEDICO.	80	40 %
LOS AMIGOS.	0	0 %
EL PERSONAL DE ENFERMERIA.	64	32 %
LA TRABAJADORA SOCIAL.	24	12 %
LOS FAMILIARES.	32	16 %
LOS MEDIOS DE COMUNICACION.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 21

FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

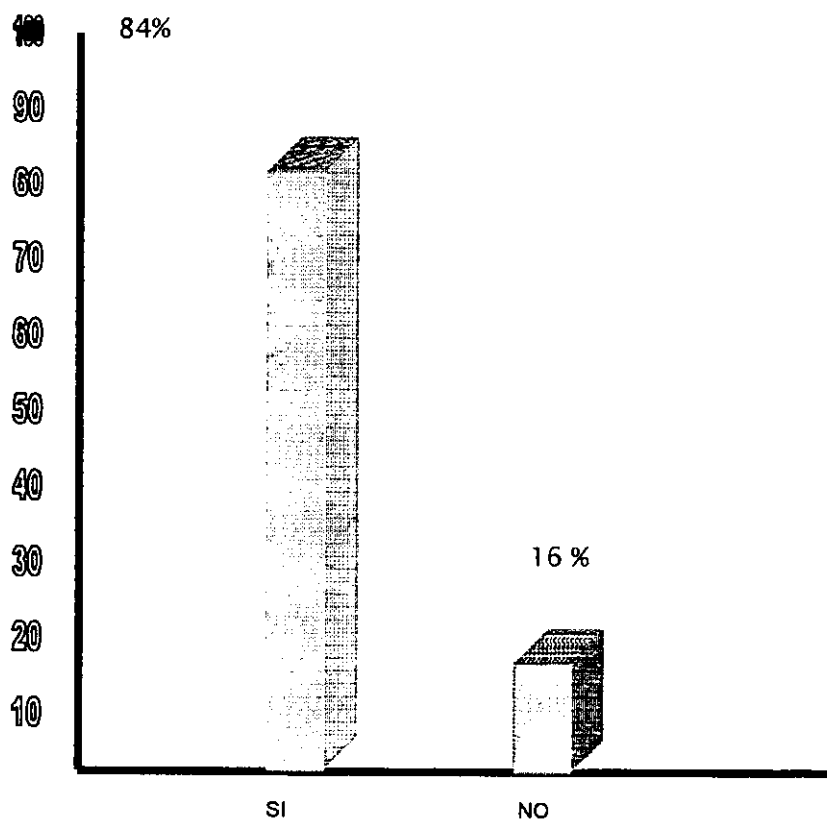
CUADRO No. 22**INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE EL CONTROL
PRENATAL QUE RECIBIERON LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H.M.I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	168	84 %
NO RECIBIERON INFORMACION	32	16 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 22

INFORMACION RECIBIDA SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



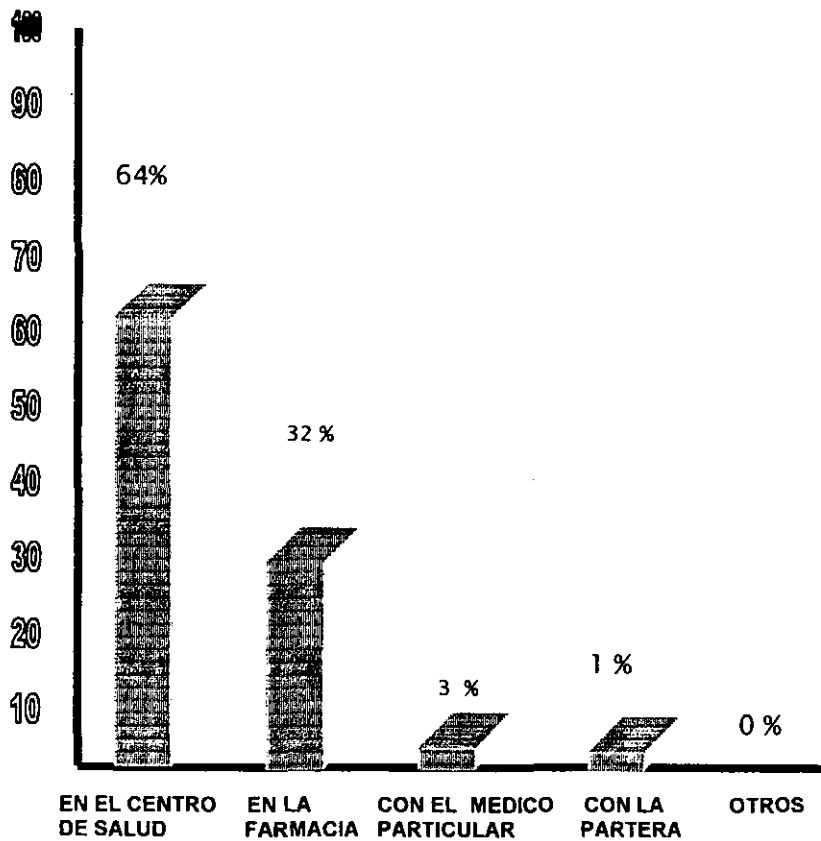
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 23		
FUENTES IDENTIFICADAS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. COMO PROVEEDORAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.		
INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
EL CENTRO DE SALUD.	128	64 %
LA FARMACIA.	64	32 %
EL MEDICO PARTICULAR.	6	3 %
LA PARTERA.	2	1 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 23

FUENTES IDENTIFICADAS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, COMO PROVEEDORAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

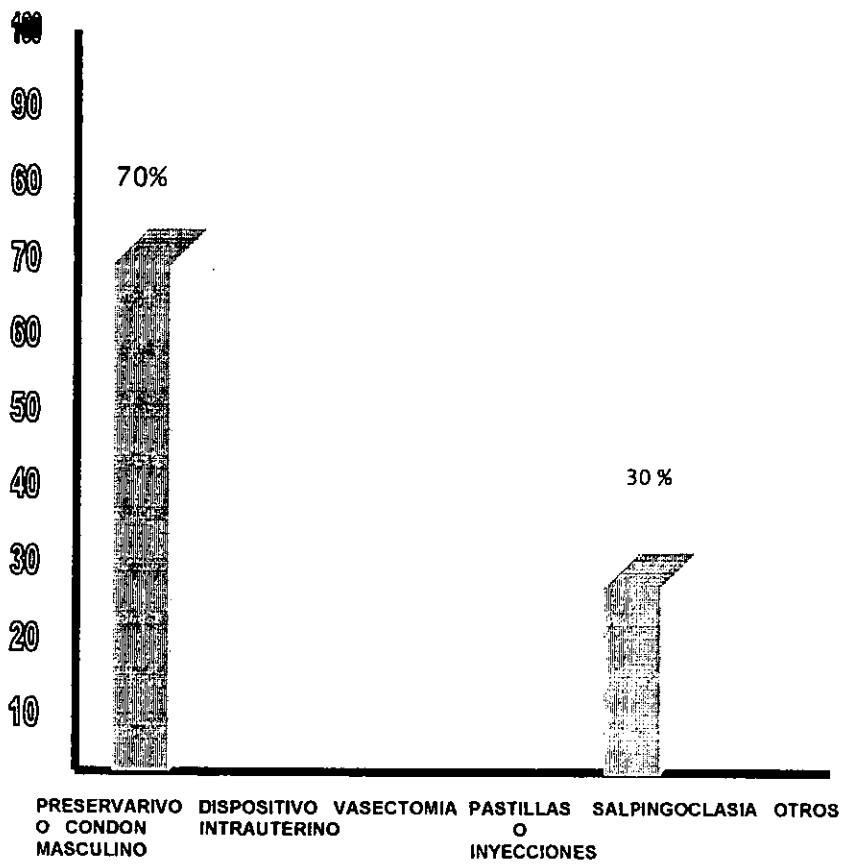
CUADRO No. 24**METODOS ANTICONCEPTIVOS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I DE LEON, GTO.
COMO OFRECIDOS EN ESTA INSTITUCION.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
PRESERVATIVO MASCULINO.	0	0 %
DIU.	140	70 %
VASECTOMIA.	0	0 %
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.	0	0 %
SALPINGOCLASIA.	60	30 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 24

METODOS ANTICONCEPTIVOS OFRECIDOS A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 25

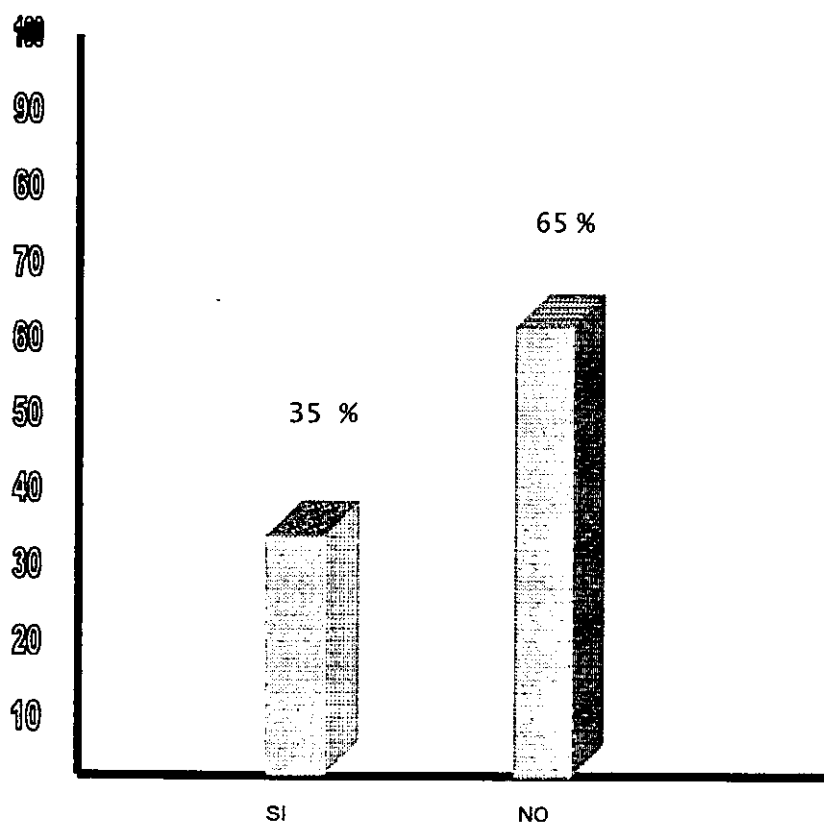
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. SOBRE LA
IMPORTANCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI LE INFORMO EL ENFERMERO.	70	35 %
NO LE INFORMO EL ENFERMERO.	130	65 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 25

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 26 A.

COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE EL DIU, PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.

INDICADORES.	FRECUENCI A	PORCENTAJE
SI COMPRENDIO LA INFORMACION.	150	75 %
NO COMPRENDIO LA INFORMACION.	50	25 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

CUADRO No. 26 B.

COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE HORMONALES, PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.

INDICADORES.	FRECUENCI A	PORCENTAJE
SI COMPRENDIO LA INFORMACION.	113	56.5 %
NO COMPRENDIO LA INFORMACION.	87	43.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

CUADRO No. 26 C.

**COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE EL PRESERVATIVO,
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI COMPRENDIO LA INFORMACION.	78	39 %
NO COMPRENDIO LA INFORMACION.	122	61 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

CUADRO No. 26 D.

**COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE LA SALPINGOCLASIA,
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI COMPRENDIO LA INFORMACION.	44	22 %
NO COMPRENDIO LA INFORMACION.	156	78 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

CUADRO No. 26 E.

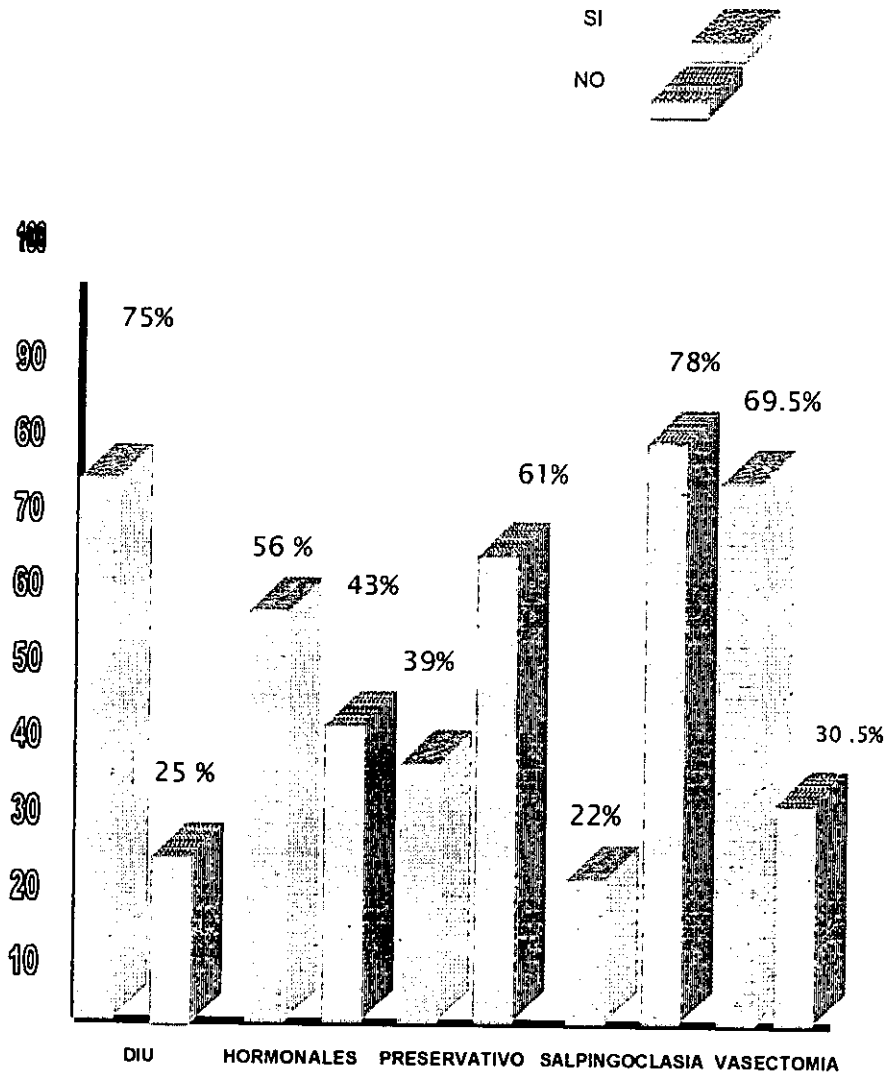
**COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE LA VASECTOMIA,
ROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA, A LAS PACIENTES
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI COMPRENDIO LA INFORMACION.	139	69.5 %
NO COMPRENDIO LA INFORMACION.	61	30.5 %
TOTAL.		

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 26

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE LA COMPRESION Y EN QUE CONSISTEN LOS METODOS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 27

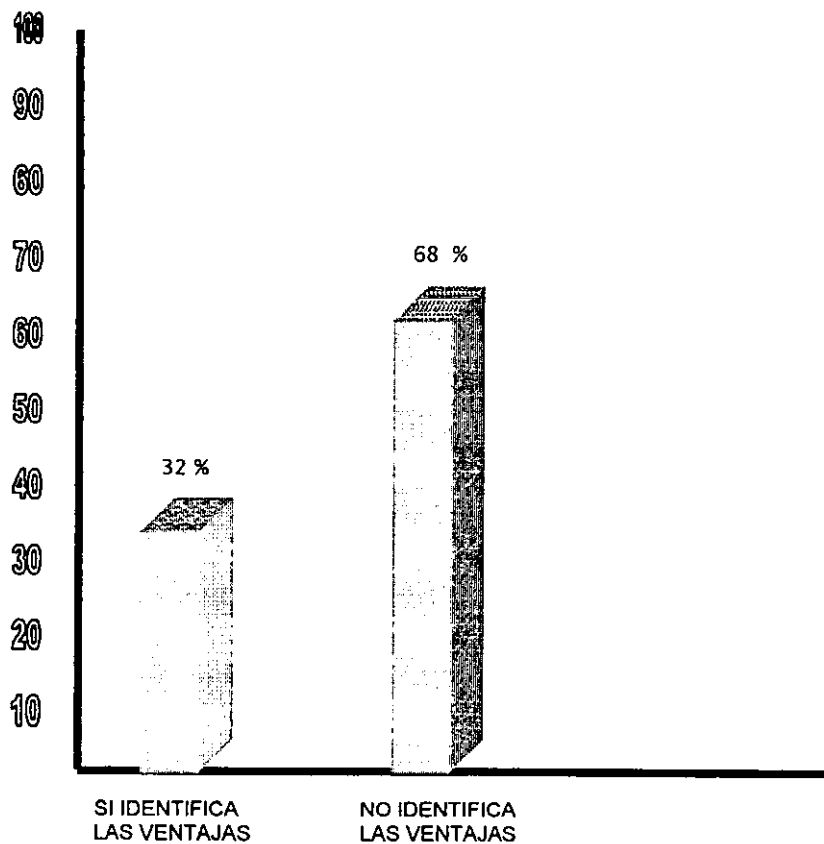
**CONOCIMIENTO DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL
H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI IDENTIFICA LAS VENTAJAS.	64	32 %
NO IDENTIFICA LAS VENTAJAS.	136	68 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 27

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 28

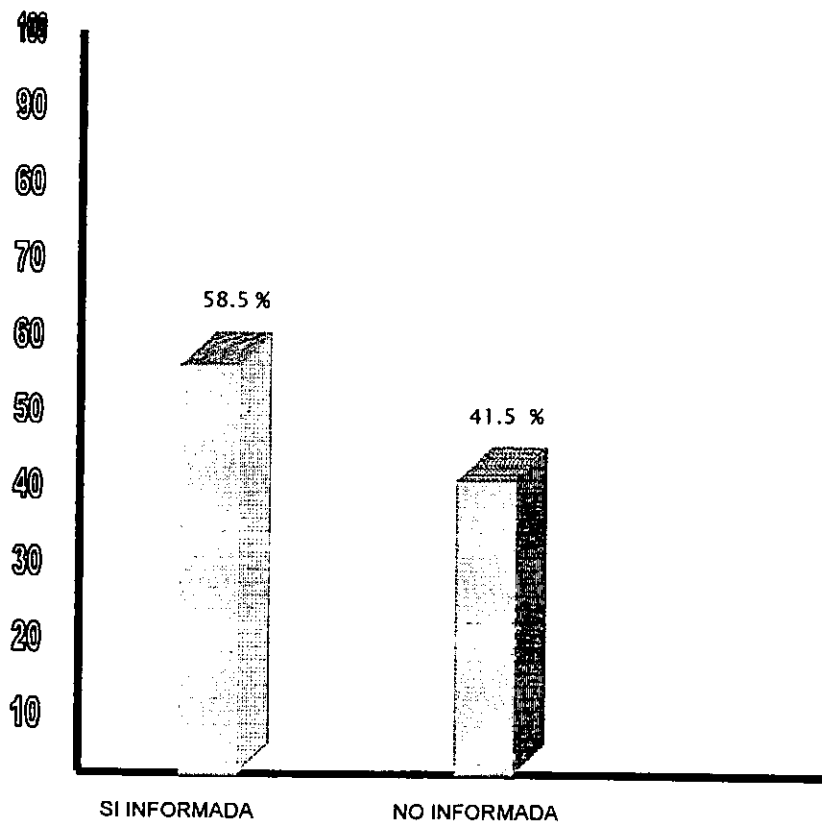
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE EL EFECTO TERAPEUTICO DE LAS PASTILLAS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	117	58.5 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	83	41.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 28

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE EL EFECTO TERAPEUTICO DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 29

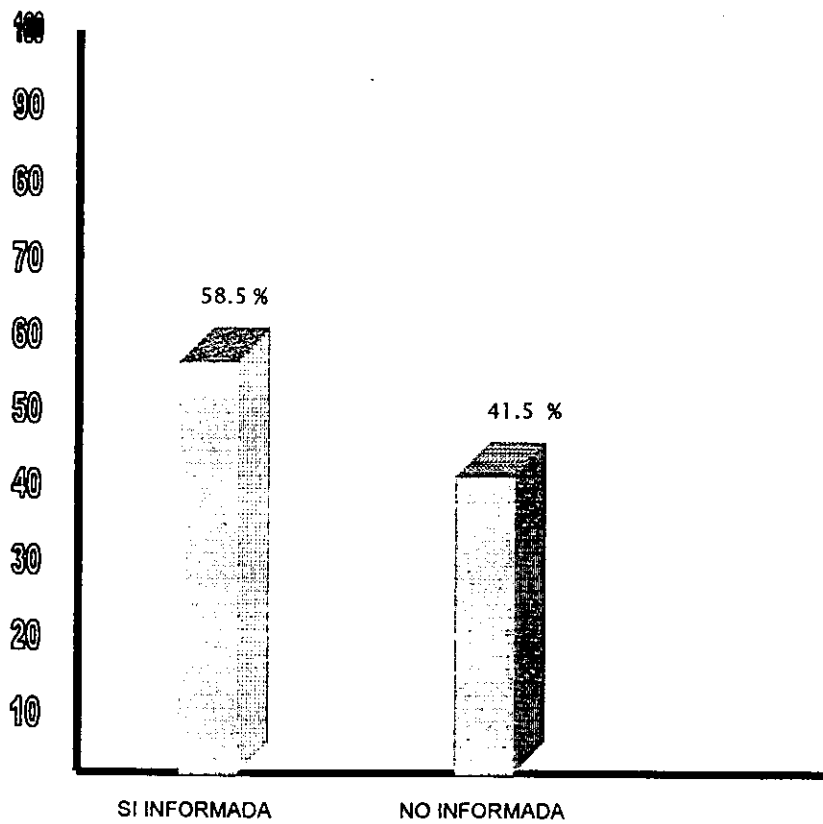
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE LA INDICACION DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.**

INDICADORES.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	.
SI RECIBIERON INFORMACION.	117	58.5 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	83	41.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 29

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE LA INDICACION DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 30

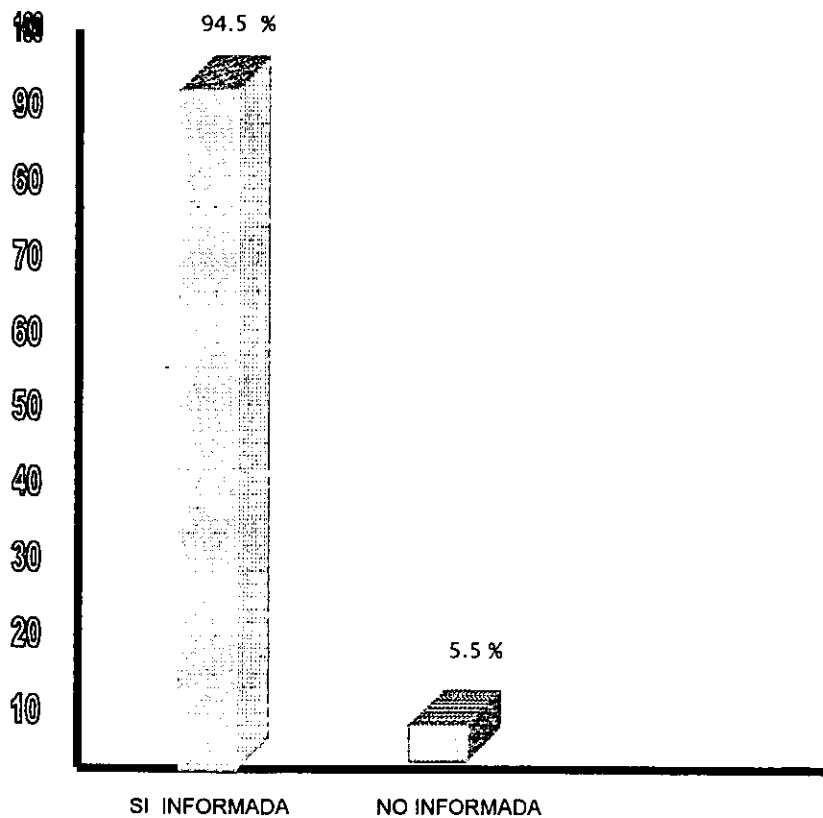
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE LA VASECTOMIA.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	189	94.5 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	11	5.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 30

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE LA VASECTOMIA.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 31

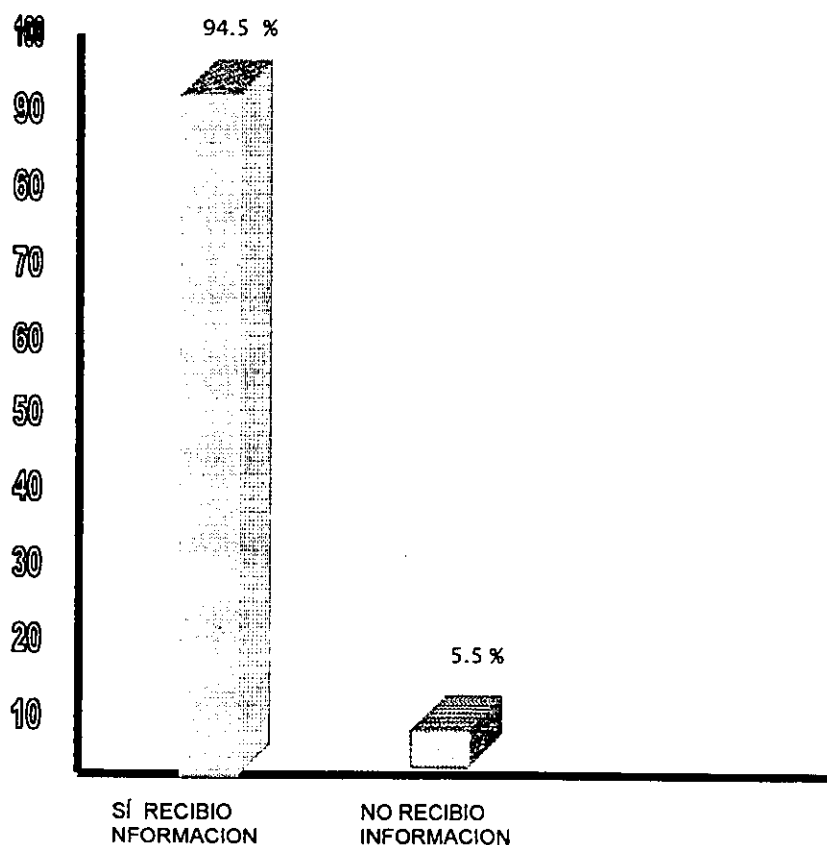
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA REALIZARSE LA VASECTOMIA.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	189	94.5 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	11	5.5 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 31

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA REALIZARSE LA VASECTOMIA.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 32

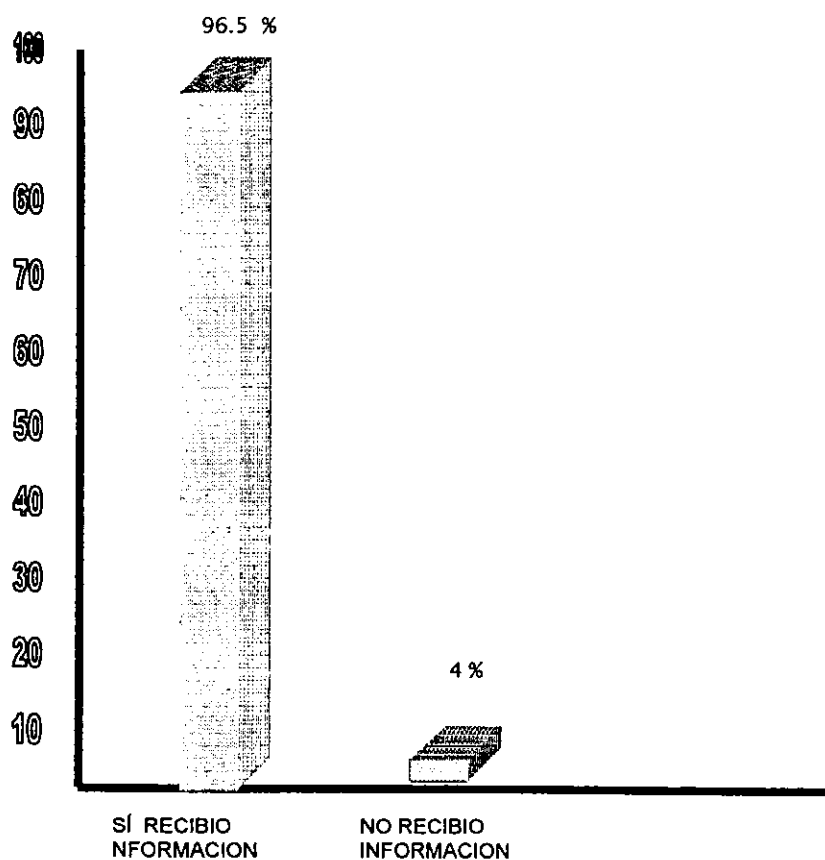
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE SALPINGOCLASIA.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	192	96 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	8	4 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 32

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE LA SALPINGOCLASIA.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 33

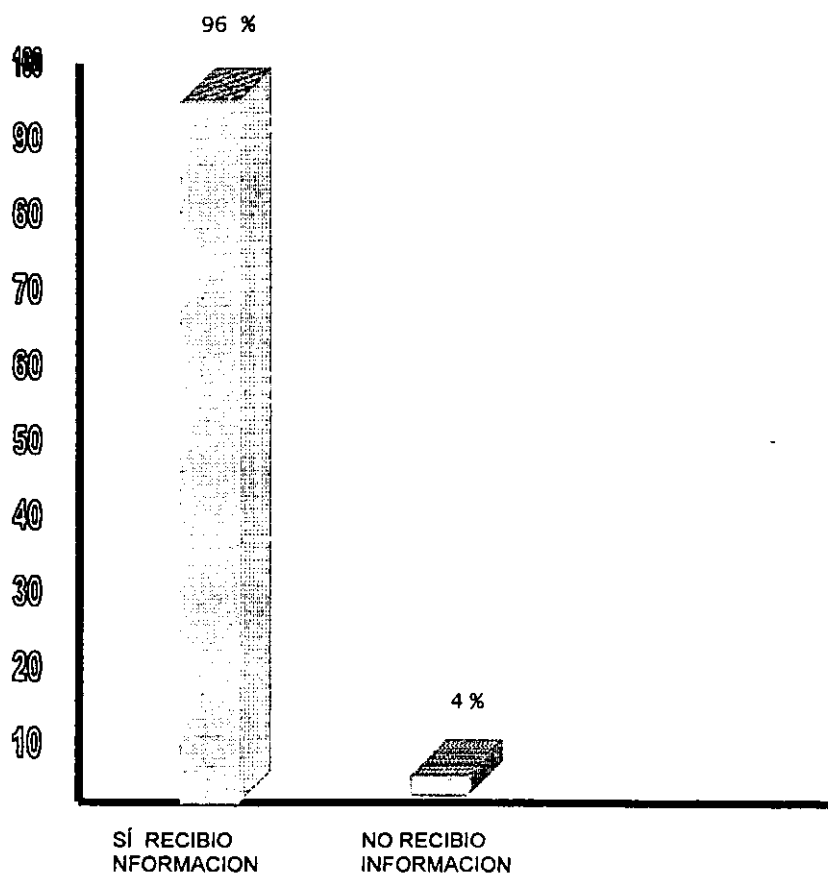
**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.
SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA REALIZARSE LA SALPINGOCLASIA.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE
SI RECIBIERON INFORMACION.	192	96 %
NO RECIBIERON INFORMACION.	8	4 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 33

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA REALIZARSE LA SALPINGOCLASIA.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 34

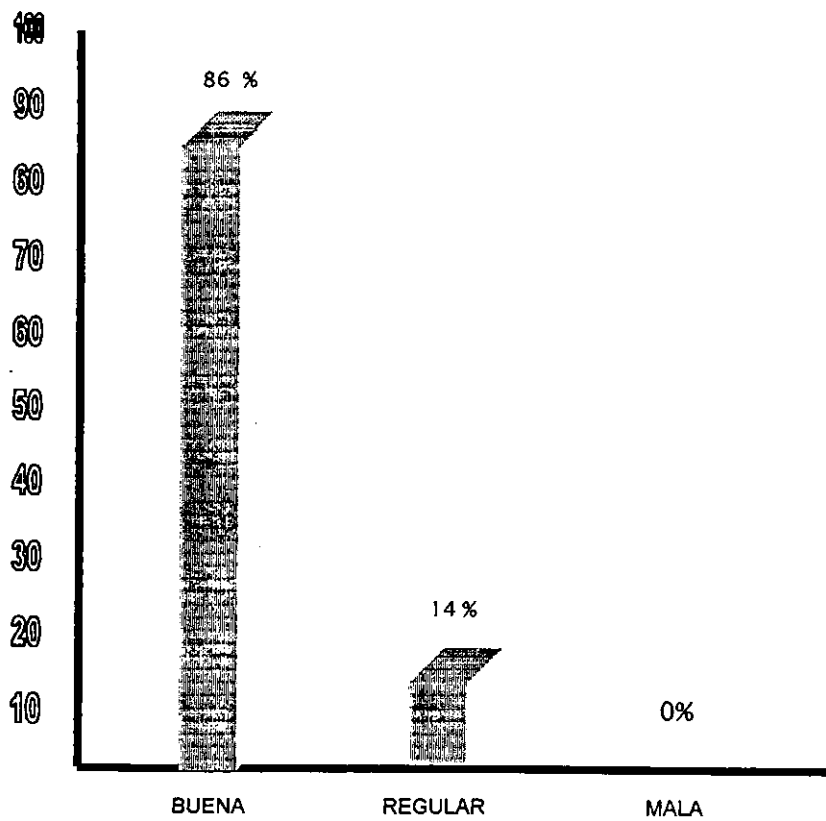
**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION BRINDADA POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
BUENA.	172	86 %
REGULAR.	28	14 %
MALA.	0	0 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 34

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



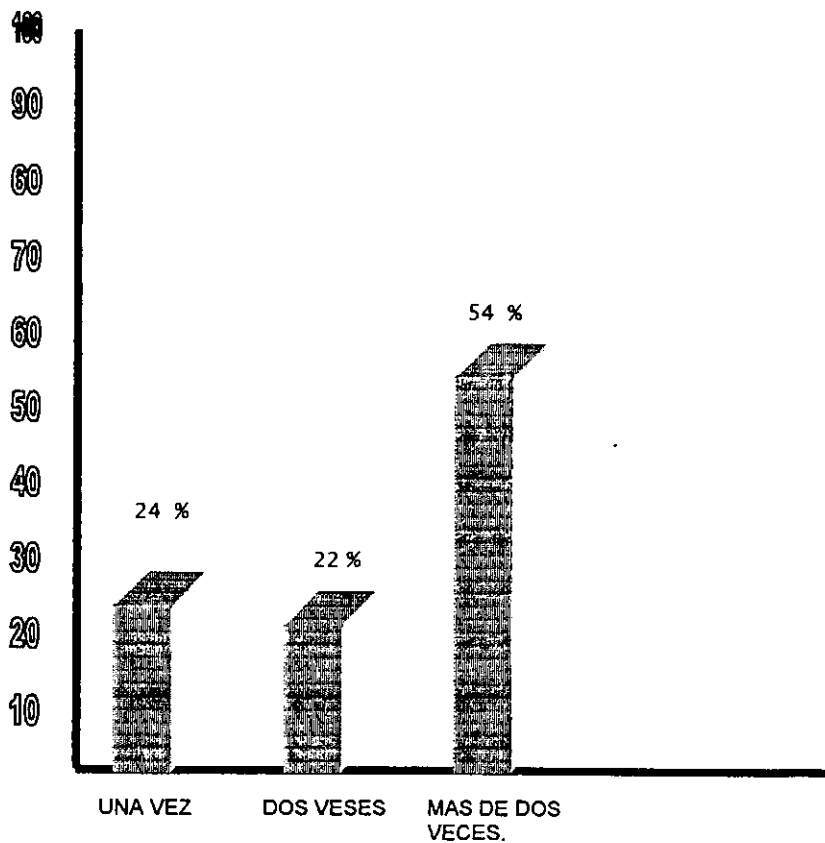
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 35		
NUMERO DE VECES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA PROPORCIONO INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.		
INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
1 VEZ.	48	24 %
2 VECES.	44	22 %
MAS DE 2 VECES.	108	54 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 35

NUMERO DE VESES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA PROPORCIONO INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 36

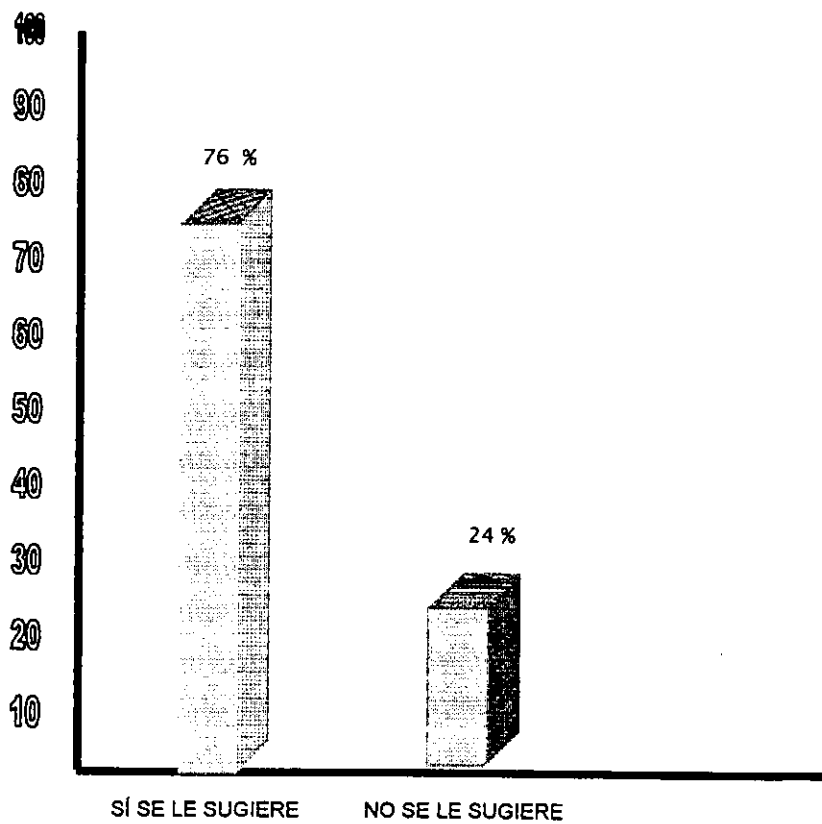
RECOMENDACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. PARA QUE UTILICEN UN DETERMINADO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
SI SE LE SUGIERE.	152	76 %
NO SE LE SUGIERE.	48	24 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 36

RECOMENDACIÓN ESPECIAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 37

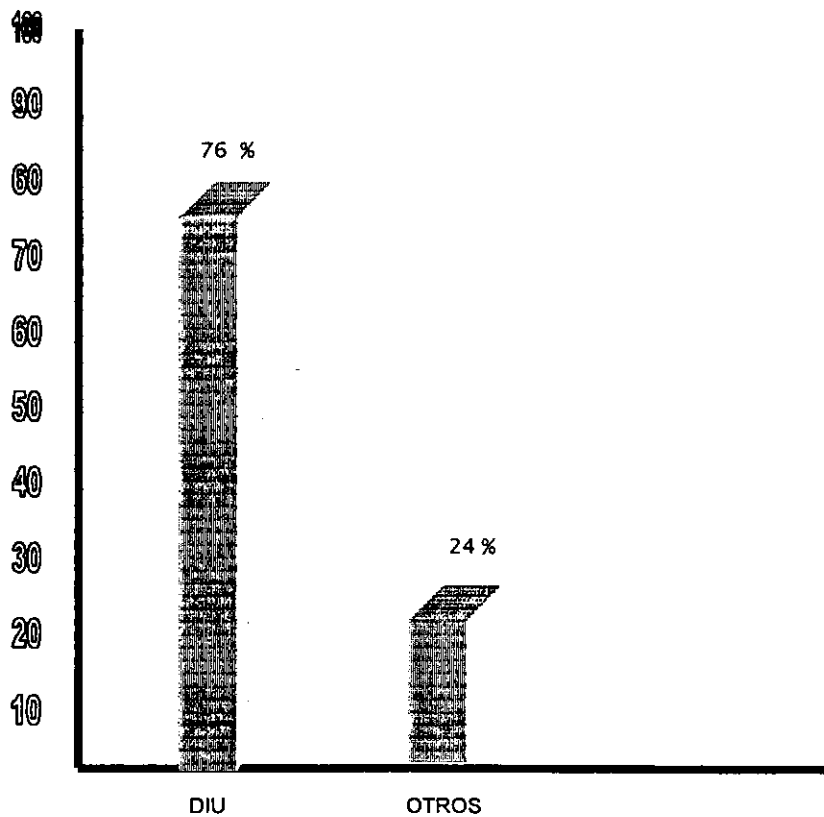
**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR RECOMENDADO POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS
EN EL H. M. I. DE LEON, GTO.**

INDICADORES.	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
DIU.	152	76 %
TOTAL.	152	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 37

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR RECOMENDADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000.



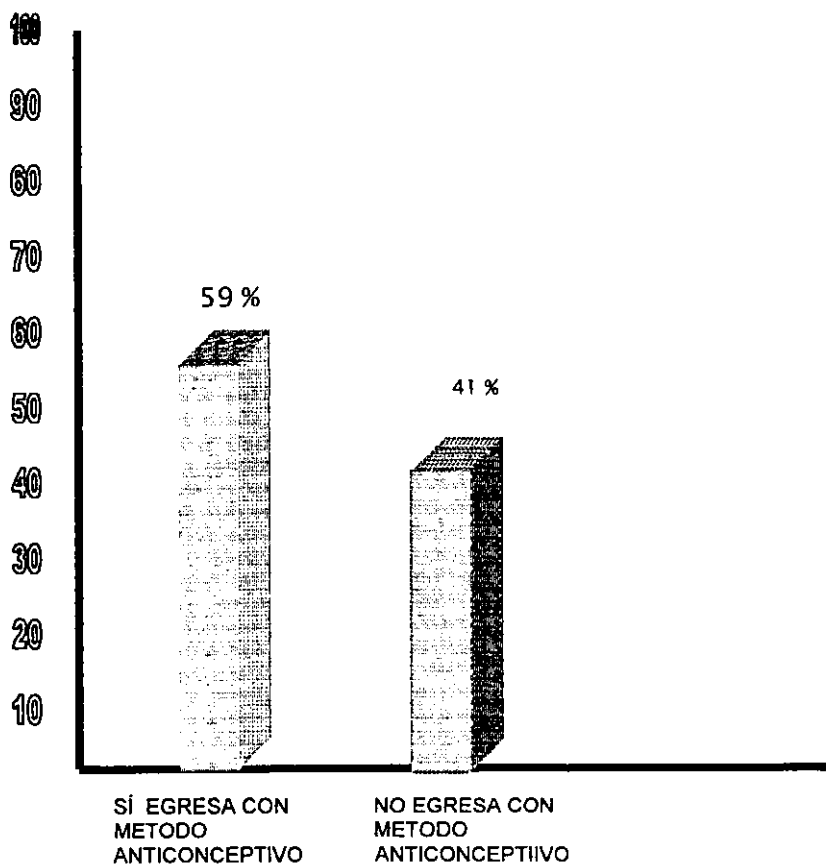
FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 38		
PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. QUE EGRESAN CON ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO.		
INDICADORES.	FRECUENCI A	PORCENTAJE
EGRESAN CON METODO ANTICONCEPTIVO.	118	59 %
EGRESAN SIN METODO ANTICONCEPTIVO.	82	41 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 38

PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, QUE EGRESARAN CON ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, (DIU).



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

CUADRO No. 39

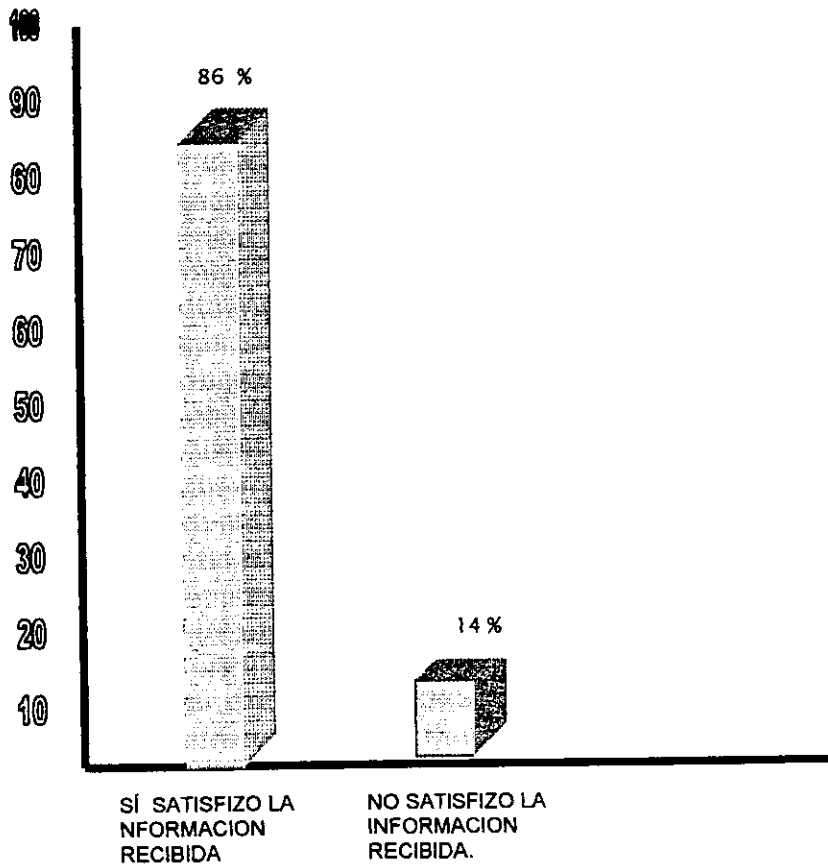
**SATISFACCION EXPERIMENTADA POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS
ATENDIDAS EN EL H. M. I. DE LEON, GTO. DEBIDO A LA INFORMACION
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.**

INDICADORES.	FRECUENCI A	PORCENTAJE
SATISFIZO LA INFORMACION RECIBIDA.	172	86 %
NO SATISFIZO LA INFORMACION RECIBIDA.	28	14 %
TOTAL.	200	100 %

FUENTE.- Igual que el CUADRO No. 1

GRAFICA No. 39

SATISFACCION EXPERIMENTADA POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LEON, GTO; EN EL PERIODO DE MAYO-AGOSTO DEL 2000, DEBIDO A LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.



FUENTE: IDEM AL CUADRO No. 1

4.1 Comprobación de hipótesis.

El presente trabajo de investigación permite **aprobar** la hipótesis general, ya que nuestro universo en estudio lo constituyeron 200 pacientes primigestas atendidas en el Hospital Materno - Infantil de León, Gto. y de ellas el 59% egresan con algún método de planificación familiar siendo en la totalidad de los casos el Dispositivo intrauterino. El personal de enfermería que labora en el Hospital Materno Infantil proporciona una información general sobre los diferentes métodos de planificación familiar, pero hace énfasis en la utilización del Dispositivo intrauterino y lo recomiendan como el ideal al 100 % de las usuarias. Por lo tanto tenemos elementos para concluir que **la orientación sobre planificación familiar que se da a las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno - Infantil de León, Gto. Si influye en la elección del método.**

4.2. Análisis e interpretación de los resultados.

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

Observamos que el mayor porcentaje (80%) son mujeres de 19 a 30 años, lo que consideramos como una edad aceptable para tener al primer hijo. El 18% son mujeres jóvenes adolescentes de 13 a 18 años que entran al grupo de embarazos de riesgo a causa de la edad. El 2% restante son mujeres de 31 a 36 años, por lo tanto podemos decir que las mujeres tienen su primer embarazo a una edad adecuada.

CUADRO No. 2

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

En lo referente al nivel académico que tienen las mujeres primigestas encuestadas se observa que el mayor porcentaje (46%) son mujeres que solo cuentan con estudios de primaria, el 22% terminaron la secundaria y solo el 8% tienen estudio de preparatoria, el 16% son profesionales y en el otro extremo tenemos 8% analfabetas. Por lo que podemos mencionar que la mayoría de la población no es adecuada para el aprovechamiento de la orientación sobre los métodos de planificación familiar que se les brinda en el hospital ya que el mayor porcentaje solo cursaron hasta la primaria.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 68% son casadas, y cerca de la tercera parte (28%) entran al grupo de madres solteras. Sólo el 4% se encuentran en unión libre. Se podría decir que nuestro mayor riesgo de ignorar los métodos anticonceptivos se encuentra en las madres solteras aunque no sea el porcentaje mas alto.

CUADRO No. 4

EDAD EN QUE INICIAN VIDA SEXUAL ACTIVA LAS PACIENTES PRIMIGESTAS

80 % inician entre los 18 y 29 años, el 1 % inició después de los 30 años y la quinta parte (19 %) tuvieron su primer experiencia sexual entre los 12 y los 17 años.

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

El 82 % de las pacientes primigestas registraron que si tienen conocimiento y el 18 % no tienen conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Más adelante detectaremos que esta respuesta no es válida, ya que al realizarse preguntas específicas el 50 % o más carece de la información.

CUADRO No. 6

PRIMIGESTAS QUE HAN UTILIZADO ALGUN METODO DE PLANIFICACION .

El 76 % de las encuestadas no han utilizado algún método de planificación familiar y sólo el 24 % si lo utiliza. Comparando los resultados obtenidos en el cuadro No 5 y No 6 es evidente las contradicciones en las respuestas debido a que no utilizan un método de planificación familiar por no tener el conocimiento de los mismos.

CUADRO No. 7

METODOS ANTICONCEPTIVOS EMPLEADOS POR LAS PRIMIGESTAS.

Del 24 % de las pacientes encuestadas que han utilizado métodos anticonceptivos, cerca de la mitad de ellas (11 %) utilizan el DIU, el 8 % emplea métodos de barrera, el 4 % controla la natalidad por medio de métodos fisiológicos y sólo el 1 % ha utilizado hormonales. Resulta obvio que las primigestas utilizan un método de planificación familiar aún sin conocerlos bien. Esto se reflejara en los resultados de los siguientes cuadros.

CUADRO No. 8

RAZONES POR LAS QUE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS NO UTILIZAN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Más del 50 % (62 %) reportaron que es por no tener la información, el 24 % tenía planeado embarazarse, el 8 % teme a los efectos secundarios y el 6 % por tener relaciones sexuales poco frecuentes. De acuerdo a los resultados anteriores el personal de enfermería tiene una gran responsabilidad en orientar a las mujeres primigestas en relación a los métodos de planificación familiar.

Haciendo un análisis de los cuadros No 9,10,11 y 12 en relación al conocimiento que tienen las mujeres sobre el DIU en cuanto al material, momento de inserción y el momento de la revisión. Consideramos que aunque los resultados reflejan que la mayoría conoce bien la información sobre el DIU sus conocimientos no han sido del todo asimilados ya que durante la encuesta dudaron o tardaron en contestar las preguntas o simplemente la información obtenida no fue del todo completa debido a que se les dio la información después del parto o cesárea.

CUADRO No. 9

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ACERCA DEL MATERIAL DE QUE ESTA HECHO EL DIU.

El 82 % identifican que se realiza de cobre y el 18 % consideran que esta hecho de plástico.

CUADRO No. 10

CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL LUGAR ANATOMICO EN QUE SE INSERTA EL DIU.

El 64 % mencionan que se inserta en el útero, el 24 % maneja que es las Trompas de Falopio, el 10.5 % reporta el cuello del útero y el 1.5% refiere la vagina.

CUADRO No. 11

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS ACERCA DEL MOMENTO ADECUADO PARA INSERTAR EL DIU.

El 22 % refieren que es durante la menstruación, el 48 % menciona que posterior a un evento obstétrico, otro 22 % considera que es en los dos casos anteriores y el 8 % menciona que no se reportó la respuesta correcta.

CUADRO No. 12

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS DEL TIEMPO RECOMENDADO PARA REALIZARSE REVISION EN CASO DE TRAER DIU.

El 80 % maneja que debe realizarse cada seis meses mientras el 20 % considera que la revisión debe realizarse cada año.

En relación a los resultados reflejados en los cuadros No 13,14 y 15 respecto a los anticonceptivos orales nuevamente se refleja la mala información o la inadecuada orientación sobre su uso no conociendo las ventajas o desventajas que estos ofrecen. Y por último en el cuadro No 15 el 100% de las primigestas acentúan que el médico es el responsable para prescribirlas.

CUADRO No. 13

EFFECTOS COLATERALES POR EL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 34 % considera que habrá alteraciones menstruales, el 24 % piensa que ganará peso, el 20 % refiere que provocará alteraciones en el sistema nervioso y el 22 % reporta que no habrá efectos colaterales.

CUADRO No. 14

CONOCIMIENTO QUE TIENE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS DE LA PREESCRIPCION DEL USO DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.

El 68 % reportan que se le indica a todas las mujeres sin excepción, el 24 % que sólo a las mayores de 35 años y el 8 % considera que las mujeres sanas y sin sobrepeso son las candidatas a tomar pastillas anticonceptivas.

CUADRO No. 15

PERSONA QUE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS IDENTIFICAN COMO RESPONSABLE DE INDICAR LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.

El 100 % identifica al médico como la persona responsable de prescribirlas.

En lo referente a los métodos de planificación familiar definitivos (Vasectomía y salpingoclasia) de los cuadros No 16 ,17,18,19 y 20 las primigestas presentan una información incompleta pero a la vez un poco más detallada con respecto a otros métodos de planificación. La confusión que presentan las primigestas es sobre los cambios o repercusiones que se generan con la salpingoclasia y vasectomía ;esto pudiera ser valioso en determinado momento ya que influirá en la morbi-mortalidad materno-infantil si no se lleva a cabo una buena orientación sobre dichos métodos.

CUADRO No. 16

CLASIFICACION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE ES LA VASECTOMIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 86 % lo identifican como un método definitivo y el 14 % consideran que es temporal.

CUADRO No. 17

MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICARSE LA VASECTOMIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 60 % mencionan que se realiza cuando no se desean más hijos, el 16 % la consideran una opción para no utilizar métodos temporales, el 4 % reporta que la vasectomía se practica al peligrar la salud de la pareja y el 20 % dice que las tres opciones son correctas.

CUADRO No. 18

REGION ANATOMICA IDENTIFICADA POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS COMO LUGAR DONDE SE REALIZA LA SALPINGOCLASIA.

El 82 % considera que es en las Trompas de Falopio, el 10 % desconoce el área corporal y el 8 % menciona que la salpingoclasia se realiza en los ovarios.

CUADRO No. 19

MOMENTO ADECUADO PARA PRACTICARSE LA SALPINGOCLASIA, DE ACUERDO A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 40 % menciona que el momento adecuado para realizarse la salpingoclasia es cuando no se desean más hijos, el 22 % considera que se indica por peligrar la vida de la mujer, el 16 % la consideran una opción para no utilizar métodos temporales y otro 22 % reporta que las tres opciones anteriores son correctas.

CUADRO No. 20

CAMBIOS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS COMO CONSECUENCIA DE LA SALPINGOCLASIA.

El 42 % menciona que le condicionará enfermedades, el 32 % opina que no ocasiona alteraciones y el 26 % considera que hay cambios en la vida diaria posterior a que se practican la salpingoclasia.

Los resultados reflejados en los cuadros No 21,22 y 23 indican que el personal de salud brinda una buena orientación a las mujeres primigestas sobre los métodos de planificación familiar durante su Control Prenatal y durante su permanencia en el hospital; haciendo un análisis de todos los cuadros anteriores sobre el conocimiento y uso que tienen las mujeres primigestas sobre los métodos de planificación familiar se puede observar que el personal de salud sobre todo enfermería no está realizando una buena promoción y educación a las pacientes sobre los métodos.

CUADRO No. 21

FUENTES DE INFORMACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

En el 40 % es el médico, en el 32 % es el personal de enfermería, en el 16 % son los familiares y en el 12 % es la trabajadora social quien le proporciona información sobre los métodos de planificación familiar.

CUADRO No. 22

PACIENTES PRIMIGESTAS QUE RECIBIERON INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL.

El 84 % recibió información y el 16 % no recibieron información sobre planificación familiar durante el control prenatal.

CUADRO No. 23

FUENTES IDENTIFICADAS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS COMO PROVEEDORAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

El 64 % recibe suministros de anticonceptivos del Centro de Salud, el 32 % los adquiere en la farmacia, el 3 % con el médico particular y el 1 % con la partera.

CUADRO No. 24

METODOS ANTICONCEPTIVOS IDENTIFICADOS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS COMO OFRECIDOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL.

El 70 % menciona que el Hospital Materno Infantil proporciona DIU y el 30 % registra que el Hospital ofrece la salpingoclasia. El Hospital Materno infantil ofrece el DIU como el mejor método para el espaciamiento y control de la natalidad por ser mujeres primigestas ,en relación al 30 % restante, se ofrece la salpingoclasia a las mujeres mayores de 30 años por considerarse la edad como un factor de riesgo para un embarazo posterior.

CUADRO No. 25

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Al 65 % no se le informó y el 35 % si recibió información de parte del personal de enfermería respecto a la importancia del uso de métodos anticonceptivos.

Considerando los resultados obtenidos de la información proporcionada por el personal de enfermería sobre los métodos de planificación familiar a las mujeres primigestas se concluye que en los cuadros No 26 A,26 B y 26 E si hay una buena comprensión sin embargo en los cuadros No 26 C y 26 D no la hay por lo que el personal de enfermería tiene que retomar nuevamente dichos temas.

CUADRO No. 26 A.

COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE EL DIU PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 75 % menciona que comprendió la información y el 25 % reporta que no comprendió la información proporcionada por el personal de enfermería.

CUADRO No. 26 B.
COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE HORMONALES
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 56.5 % menciona que comprendió la información y el 43.5 % reporta que no comprendió la información proporcionada por el personal de enfermería.

CUADRO No. 26 C.
COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE EL PRESERVATIVO
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 61 % menciona que no comprendió la información y el 39 % reporta que si comprendió la información proporcionada por el personal de enfermería.

CUADRO No. 26 D.
COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE SALPINGOCLASIA
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 78 % no comprendió la información y el 22 % comprendió la información proporcionada por el personal de enfermería.

CUADRO No. 26 E.
COMPRESION DE LA INFORMACION SOBRE VASECTOMIA
PROPORCIONADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 69.5 % comprendió la información y el 30.5 % no comprendió la información proporcionada por el personal de enfermería.

CUADRO No. 27

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
IDENTIFICADAS POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 68 % no identifica las ventajas y el 32 % si identifica las ventajas y las desventajas de los métodos anticonceptivos, en conclusión el personal de enfermería debe poner mayor énfasis en el desarrollo de esta labor tan importante elaborando nuevas tácticas de enseñanza para lograr una mejor comprensión de los métodos de planificación familiar.

CUADRO No. 28

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL EFECTO TERAPEUTICO DE LAS
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.

El 58.5 % recibieron información y el 41.5 % no recibieron información al respecto.

CUADRO No. 29

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE LA INDICACION DE LAS
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS.

El 58.5 % recibieron información y el 41.5 % no recibieron información al respecto.

CUADRO No. 30

INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE LA VASECTOMIA.

El 94.5 % recibieron la información y el 5.5 % no recibieron la información.

CUADRO No. 31

**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA
REALIZARSE LA VASECTOMIA.**

El 94.5 % recibieron la información y el 5.5 % no recibieron la información.

CUADRO No. 32

**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE SALPINGOCLASIA.**

El 96 % recibió información y el 4 % no recibió información.

CUADRO No. 33

**INFORMACION BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS
PACIENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL MOMENTO INDICADO PARA
REALIZARSE LA SALPINGOCLASIA.**

El 96 % recibieron información y el 4 % no recibieron información.

CUADRO No. 34

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION BRINDADA POR EL
PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.**

El 86 % califica como buena y el 14 % califica como regular la calidad de la información proporcionada por el personal de enfermería respecto a la planificación familiar. Aquí se refleja que el personal de enfermería realiza una buena labor en relación a su trabajo como promotora en los diferentes métodos de planificación familiar ,pero no lo suficiente para que las pacientes asimilen la totalidad de la información ya que se quedan con algunas dudas y por temor o pena no las expresan.

CUADRO No. 35

NUMERO DE VECES QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA PROPORCIONO INFORMACION SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

El 54 % fue abordada por el personal de enfermería más de dos veces para hablar sobre planificación familiar, al 22 % se le habló en dos ocasiones y al 24 % en una ocasión. En cuanto a este cuadro solo podemos mencionar que el personal de enfermería ejerce su labor con esmero de hasta tres visitas o platicas pero cantidad no significa calidad ya que tal vez con un método diferente de presentar la información quedaría mejor comprendida dicha información.

CUADRO No. 36

RECOMENDACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS PARA QUE UTILICEN UN DETERMINADO METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Al 76 % se le sugiere en forma especial la utilización de un determinado método de planificación familiar y al 24 % no se le sugiere. Referente a este resultado el personal brinda un método de planificación adecuado para la edad y/o necesidad de la usuaria.

CUADRO No. 37

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR RECOMENDADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES PRIMIGESTAS.

Del 76 % de primigestas a quienes se les sugiere utilizar en particular un método, al 100 % de ellas el personal de enfermería le recomienda el DIU.

CUADRO No. 38
PACIENTES PRIMIGESTAS QUE EGRESAN CON ALGUN METODO
ANTICONCEPTIVO.

El 59 % egresa con algún método de planificación familiar y el 41 % egresan sin método.

CUADRO No. 39
SATISFACCION EXPERIMENTADA POR LAS PACIENTES PRIMIGESTAS
DEBIDO A LA INFORMACION PROPORCIONADA
POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

El 86 % se muestra satisfecho y al 14 % no le satisfizo la información proporcionada por el personal de enfermería.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las instituciones públicas de salud realizan esfuerzos para brindar servicios de planificación familiar y salud reproductiva a quienes lo deseen y necesiten y a la par existe la preocupación y el interés por mejorar la calidad de los mismos y aumentar su capacidad de atender al creciente y cuantioso número de personas que día a día se suman a la demanda efectiva de servicios de planificación familiar, el Hospital Materno Infantil de León, Gto. se integra a estos propósitos pero no cuenta con un proyecto oficial que sirva de guía y permita en un forma estructurada, planeada y detallada ofrecer información a sus usuarios.

La información proporcionada por el personal de enfermería que labora en este Hospital no reúne los distintivos de calidad, pues en primer lugar y como ya lo comentamos no existe un Programa por escrito, en forma consecuente obtenemos que la orientación que se proporcione respecto a planificación familiar queda a criterio personal de cada trabajador y está condicionada por las políticas propias de la institución donde es prioritario que el bebé reciba alimentación del seno materno por lo que se restringe u omite hablar sobre métodos como por ejemplo los hormonales.

El hecho de que el Hospital Materno Infantil ofrece en forma preferente el DIU y la salpingoclasia deja con poca oportunidad de elección a su población ya que limita el acceso hacia los demás métodos. El personal de enfermería no considera la condición particular del posible usuario de métodos anticonceptivos y en forma indiscriminada recomienda la utilización del DIU.

Al hablar de planificación familiar resulta obligado retomar que es necesario rescatar la participación del profesional de enfermería en el primer nivel y que involucrarnos en esta actividad sólo nos ofrece ventajas pues implica la reducción de costos y el procurar una situación de bienestar pues damos elementos para prevenir

y en el caso contrario la población enfrenta embarazos no deseados, no planeados, embarazos de riesgo y en casos extremos se recurre a técnicas para controlar la natalidad e incluso al aborto con lo que se expone la vida de la mujer.

En estadísticas nacionales se reporta que hay avances importantes en materia de control de la natalidad, pero hay que recordar que estos resultados no se dan en forma homogénea a lo largo del territorio nacional, por ejemplo y con base en los resultados obtenidos en esta investigación es importante mencionar que la mujer inicia vida sexual activa a edad temprana, el 20 % (una quinta parte) de las primigestas en estudio tienen su primer experiencia sexual entre los 12 y los 17 años lo que nos permite reflexionar en que la diferencia a futuro estribará en el uso o no de los métodos de planificación familiar, pues podemos establecer un promedio de hijos posibles para cada caso tomando en cuenta la edad en que inician vida sexual y la edad en que aún pueden tener hijos.

La orientación sobre planificación familiar debe ser vista como una estrategia de acción a fin de favorecer una paridad satisfecha, consciente, informada, libre y responsable, por lo que proponemos la creación de un Programa de Información a desarrollarse por el personal de Enfermería y por llevarse a cabo en el Hospital Materno Infantil y que tenga un enfoque especial de equidad de género, que propicie la participación del hombre y garantice la igualdad de oportunidades y responsabilidades para los hombres y las mujeres. El Programa deberá incluir el total de los métodos existentes e informar en una forma suficiente, de tal modo que sea la pareja o el usuario quienes decidan cual es el método que satisface su demanda particular.

6. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

**Cuestionario sobre la Participación del personal de enfermería
en la orientación sobre la Planificación Familiar
a las mujeres primigestas que acuden al
Hospital Materno – Infantil de León, Gto.**

PRESENTAN.

Alvarado Mares Ma. del Rosario.

Arredondo Mares Rosa Isela.

Perales Alferéz Ma. Guadalupe.

Ramírez Tavares Elvira.

México, D.F.

Agosto del 2000.

I. PRESENTACION.

El presente cuestionario le será proporcionado por una de las cuatro participantes en un proyecto de investigación, que tiene como finalidad determinar que características tiene la orientación sobre planificación familiar que el personal de enfermería le proporciona, con que periodicidad se le informa y sus actuaciones al respecto..

La realización de esta investigación permitirá a cuatro enfermeras obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Usted podrá consultar los resultados obtenidos en los murales designados para difundir información en este Hospital y nos permitirán detectar fallas, plantear alternativas para mejorar o modificar el tipo y el modo en que se le ofrece la información respecto a Planificación Familiar.

II. INSTRUCCIONES.

El presente cuestionario consta de cuatro secciones, al inicio de cada una encontrará las indicaciones a seguir para el adecuado llenado del mismo.

POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN !!!!MUCHAS GRACIAS!!!!

C U E S T I O N A R I O

I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

INSTRUCCIONES.- Anote los datos solicitados y marque con una X la opción que identifica su respuesta.

1.- Edad: _____

2.- Escolaridad. Analfabeta. Primaria. Secundaria.
 Preparatoria. Profesional.

3.- Estado civil. Soltera. Casada. Viuda.
 Unión libre.

4.- Edad en que inicia vida sexual activa.

II.- CONOCIMIENTOS EN RELACION A LA PLANIFICACION FAMILIAR.

INSTRUCCIONES.- Marque con una X el inciso de la respuesta que Ud. considera correcta. En los apartados de Si y No identifique con una X su respuesta y en los casos de pregunta abierta conteste lo que se le solicita.

5.- ¿Conoce usted algunos métodos de Planificación Familiar?.

Sí _____

No _____

¿Cuáles?

6.- ¿Ha utilizado algún método de planificación familiar?

Sí _____

No _____

7.- Si ha utilizado algún método de planificación familiar, mencione que método.

8.- Si no utiliza algún método de planificación familiar, marque cual es la razón.

- a) Desconocimiento de los métodos de planificación existentes.
- b) Por tener relaciones sexuales poco frecuentes.
- c) Porque su pareja no está de acuerdo en usar métodos de planificación.
- d) Porque le resulta incómodo utilizar algún método de planificación.
- e) Porque desea embarazarse.
- f) Porque sus creencias religiosas no le permiten utilizar estos métodos.
- g) Por temor a los efectos secundarios de los métodos de planificación.

9.- ¿De qué material está hecho el dispositivo intrauterino?

- a) De cobre.
- b) De acero.
- c) De plástico.
- d) De plata.

10.- ¿En que parte del cuerpo se coloca el dispositivo intrauterino?

- a) En las Trompas de Falopio.
- b) En el útero.
- c) En la vagina.
- d) En el cuello del útero.

11.- ¿Cuál es el momento adecuado para instalar el dispositivo intrauterino?

- a) Durante la menstruación.
- b) Inmediatamente después de un parto, aborto o durante la cesárea.
- c) En todas las ocasiones mencionadas anteriormente.
- d) En ninguno de los casos mencionados.

12.- ¿Cada cuánto tiempo debe acudir a revisión la mujer que trae instalado el dispositivo?

- a) Cada seis meses.
- b) Cada año.
- c) No debe de revisarse, hasta que se lo vayan a retirar.

13.- ¿Cuales son los efectos secundarios de tomar pastillas para evitar el embarazo?

- a) Ocasionalmente hay cambios en el sistema nervioso.
- b) Provoca alteraciones en los periodos menstruales.
- c) Aumento de peso.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Ninguna opción de las anteriores es cierta.

14.- ¿A qué mujeres se les recomienda utilizar las pastillas como método anticonceptivo?

- a) A todas las mujeres sin excepción.
- b) A las mujeres sanas (no padezcan alguna enfermedad) y no tengan sobrepeso.
- c) Sólo a las mujeres mayores de 35 años.
- d) Las opciones B y C son correctas.

15.- ¿Quién es la persona responsable de recetar las pastillas anticonceptivas?

- a) El médico.
- b) El personal de enfermería.
- c) Los familiares.
- d) Los amigos.
- e) Todos los anteriores.

16.- La vasectomía está clasificado como un método de planificación familiar:

- a) Temporal.
- b) Definitivo.

17.- ¿Cuándo está recomendado realizarse la vasectomía?

- a) Cuando ya no se desean más hijos.
- b) Cuando no se quiere utilizar métodos de planificación temporales.
- c) Cuando está en peligro la salud de su pareja.
- d) Todas las anteriores son correctas.
- e) Ninguna opción es correcta.

18.- ¿En qué región anatómica se realiza la salpingoclasia?

- a) En las Trompas de Falopio.
- b) En los ovarios.
- c) Desconoce en que área corporal se realiza la salpingoclasia.

19.- ¿En qué casos se considera conveniente emplear la salpingoclasia como un método de planificación familiar?

- a) Cuando no desea más hijos.
- b) Cuando está en peligro la vida de la mujer.
- c) Cuando no quiere emplear métodos de planificación temporal.
- d) En todos los casos anteriores.

20.- ¿Qué cambios se presentan en el organismo, como consecuencia de la salpingoclasia?

- a) En la vida sexual.
- b) En la vida diaria.
- c) En la menstruación.
- d) Le provocará enfermedades.
- e) No le ocasiona ninguna alteración.

III. PERCEPCION DE LA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

INSTRUCCIONES.- Marque con una X la opción que considere la correcta y en los casos de Sí y No marque con una X según sea su respuesta.

21.- ¿Quién es la persona que le proporciona información de los métodos anticonceptivos?

- a) El médico.
- b) Los amigos.
- c) El personal de enfermería.
- d) La Trabajadora social.
- e) Los familiares.
- f) Los medios de comunicación.

22.- Durante su control prenatal, ¿recibió orientación sobre la planificación familiar?

Sí _____

No _____

23.- Sabe Usted, ¿dónde le pueden proporcionar métodos anticonceptivos?

- a) En el Centro de Salud.
- b) En la Farmacia.
- c) Con el médico particular.
- d) Con la partera.
- e) Otros. (Especifique quien).

24.- ¿Qué métodos anticonceptivos le ofrecen en el Hospital Materno Infantil?

- a) Preservativo o condón masculino.
- b) Dispositivo intrauterino.
- c) Vasectomía.
- d) Anticonceptivos en pastillas o inyectables.
- e) La salpingoclasia.
- f) Otros. (Especifique cuales).

IV. PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ORIENTACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

INSTRUCCIONES.- Identifique con una X su respuesta a cada una de las siguientes preguntas.

SI NO

25.- El personal de enfermería ¿le informó de la importancia del uso de métodos anticonceptivos?

26.- La información que le proporcionó el personal de enfermería, ¿Le permitió comprender en qué consisten los siguientes métodos?

Dispositivo intrauterino.

Hormonales.

Preservativo.

Salpingoclasia.

Vasectomía.

27.- La información que le proporcionó el personal de enfermería, ¿Le permite identificar las ventajas y las desventajas de cada uno de los métodos?

28.- El personal de enfermería ¿le informó del efecto terapéutico de las pastillas?

29.- ¿Le informó en que casos están indicadas las pastillas como método anticonceptivo?

30.- Le informó ¿en qué consiste la vasectomía?

31.- Le informó ¿Cuál es el momento indicado para realizarse la vasectomía?

32.- Le informó ¿en qué consiste la salpingoclasia?

33.- Le informó ¿Cuál es el momento indicado para realizarse la salpingoclasia?

34.- La información que le brindó el personal de enfermería, fue:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

35.- Durante su estancia hospitalaria, ¿cuántas veces el personal de enfermería le habló sobre planificación familiar?

1 vez _____ 2 veces _____ Más de 2 veces _____

36.- El personal de enfermería, ¿le recomendó en especial algún método de planeación familiar?

Sí _____ No _____

37.- En caso de haber respondido sí, especifique cual .

38.- ¿Egresará del Hospital con algún método anticonceptivo?

Sí _____ No _____

Cual _____

39.- ¿Quedó satisfecho con la información que le proporcionó el personal de enfermería respecto a planificación familiar?

Sí _____ No _____

40.- Ocupe el siguiente espacio para realizar alguna observación, sugerencia o comentario.

7. GLOSARIO DE TERMINOS.

Aborto.- Interrupción o pérdida prematura del embrión o feto cuando no es viable (antes de las 20 semanas de gestación).

Anticonceptivos Orales.- Compuesto hormonal en presentación de tableta, que se ingiere para prevenir la ovulación y en consecuencia el embarazo.

Conducto deferente.- El que conduce los espermatozoides del epidídimo al conducto eyaculatorio. También llamado conducto seminal.

Conductos eferentes.- Conjunto de tubos contorneados que transportan los espermatozoides de la red testicular al epidídimo.

Dispositivo Intrauterino (DIU).- Pequeño objeto metálico y con un componente mínimo de plástico que se introduce en el útero para prevenir el embarazo.

Embarazo.- Conjunto de fenómenos que incluyen la fecundación, implantación desarrollo embrionario y fetal; normalmente termina con el nacimiento del producto de la gestación.

Enfermedad inflamatoria pélvica.- Término genérico que designa cualquier infección bacteriana diseminada de los órganos pélvicos, en especial el útero, trompas de Falopio y ovarios.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS).- Término que engloba cualquiera de las enfermedades que se diseminan en la relación sexual.

Erección.- Agrandamiento y rigidez del pene (o clítoris) como resultado del llenado de su tejido esponjoso eréctil con sangre.

Espermatozoide.- Célula germinal madura del varón.

Espermicida.- Agente que da muerte a los espermatozoides. Sustancia química que se coloca en la vagina 10 a 15 minutos antes de la relación sexual.

Estrógenos.- Hormonas sexuales de la mujer que se produce en los ovarios y guardan relación con el desarrollo y conservación de las estructuras reproductivas y características sexuales secundarias.

Eyaculación.- Expulsión refleja del semen a través del pené.

Fecundación.- Penetración del óvulo por el espermatozoide y unión subsecuente de los núcleos de ambos.

Inyecciones.-Es el procedimiento empleado para introducir al organismo algunas sustancias. La técnica varía dependiendo de la profundidad o del nivel en que se pretende dejar la sustancia (intramuscular, intravenosa, intradérmica, subcutanea).

Labios Mayores.- Par de pliegues longitudinales de piel que se extienden hacia atrás y abajo desde el monte púbico en la mujer.

Labios Menores.- Par de pliegues de mucosa que se sitúan por dentro de los labios mayores en la mujer.

Meato.- Conducto, canal u orificio de un conducto.

Monte Púbico.- Prominencia de grasa redondeada que se sitúa sobre la sínfisis púbica y esta cubierta por vello grueso.

Órganos Genitales.- Los encargados de la reproducción.

Ovulación.- Ruptura de un folículo ovárico vesicular con la expulsión de un óvulo inmaduro a la cavidad pélvica.

Óvulo.- Célula germinativa o gameto de la mujer; también llamada huevo.

Pene: Órgano masculino de la cópula; es el encargado de introducir los espermatozoides en la vagina.

Preservativo.- Es una bolsita de hule muy delgada, que se coloca en el pene cuando está erecto.

Primigesta.- Mujer que se embaraza por primera vez.

Progesterona.- Hormona sexual de la mujer producida por los ovarios, que participa en la preparación del endometrio para la implantación del óvulo fecundado y prepara las glándulas mamarias para la secreción de leche.

Salpingoclasia.- Es el procedimiento quirúrgico donde se ligan las trompas de Falopio, con el objetivo de no tener hijos.

Semen.- Líquido expulsado por la eyaculación del varón, consiste en una mezcla de espermatozoides y secreciones de las vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales.

Testículo.- Gónada del varón que produce las hormonas testosterona y es en los testículos donde se forman las espermatozoides.

Trompa de Falopio.- Conducto por el que se transportan los óvulos del ovario al útero.

- Útero.- Órgano muscular hueco de la mujer que es el sitio de la menstruación, implantación, desarrollo del feto y embrión y es el órgano en donde se inicia el trabajo de parto. También llamado matriz.
- Vagina.- Órgano muscular de la cópula de forma tubular, que comunica el útero con el vestíbulo y se sitúa entre la vejiga urinaria y el recto en la mujer.
- Vasectomía.- Técnica de esterilización definitiva en los varones, en que se extirpa una porción de los dos conductos deferentes, con lo que se garantiza que el semen carezca de contenido espermatozoidal y evitar así el embarazo.
- Vesícula seminal.- Par de estructuras contorneadas en forma de bolsa, situadas en sentido postero-inferior a la vejiga urinaria y anterior al recto, que secretan un componente del semen en los conductos eyaculatorios.
- Vulva.- Término que se aplica al conjunto de los órganos genitales externos de la mujer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ALVAREZ, Alba Rafael, Educación para la salud. México, D. F. ,Ed. El Manual Moderno, S. A,1998, 458 p.

BALDERAS, Pedrero Ma. de la Luz, Administración de los servicios de Enfermería. México , Ed. Interamericana ,1992, 257. p

BASDRESCH, P. Carlos, La Crisis de la Seguridad Social y la Atención de la Salud. México ,Ed. Fondo de Cultura Económica,1986, 443 p.

BEST, John,Como investigar en educación. Madrid, España ,Ed. Morata S.A. , 1982, 510 p.

BUNGE, Mario,La investigación científica. México ,Ed. Ariel, 1983, 955 p.

CANALES, F, Metodología de la investigación. México, Ed. Noriega, 1998, 327 p.

DEUX, S. Trías. et al , Métodos anticonceptivos. Barcelona, España, Ed. Salvat. 1989 , 15 – 51 p.

FAMILY, Healt International, “Las mujeres y la planificación familiar”, en Network en español. No. 2,Vol. 16, Invierno ,1996, pp. 5 –6, 10 – 11, 19 – 20.

FAMILY, Healt International. “Dispositivos intrauterinos” , en Network en español. No. 2,Vol. 16, Invierno ,1996, pp. 4 – 28.

- GANONG, William F, Fisiología médica, México ,Ed. El Manual Moderno S.A., 1988, 504 p.
- GOMEZ, Jara, Francisco . et al, El diseño de la investigación. México , Ed. Fontamara, S.A., 1989, 359 p.
- HOPKINS, Johns, Programa de información en población en Manual para personal clínico, EUA, Ed. Population reports. Vol. XXVI. No. 47. 1999, 104 p.
- INTERNACIONAL, de Ginecología y Obstetricia de Londres, Federación. Reproducción humana, fisiología, población y planificación familiar. Bogotá, Colombia, 1979 , 89 p.
- MILLER, R. Erick. et al. Seguridad de los métodos anticonceptivos. México D.F. pp. 3 -7.
- MONDRAGON, Castro Héctor, Gineco Obstetricia para enfermeras. México, Ed. Trillas, 1991, 461- 466 p.
- MUNDIAL, de la Salud Organización, Sub guía para administradores de programas anticonceptivos. No. 1, Vol. 2, Ginebra, Suiza, 1995, 256 p.
- NACIONAL, de Estadísticas Instituto, en Estadísticas Históricas de México. Tomo I, México, 1990, pp. 3 - 15.
- PANAMERICANA, de la Salud Organización ,Planificación familiar. Washington, EUA. pp. 60 - 61.

PEEL, John .et al. Técnicas de control de la natalidad. México, Ed. Diana, 1972. pp 148.

ROSENFELD ,Allan. et al ,Manual de reproducción humana. Ed. Organización Panamericana de la Salud. pp 360.

STEELE, S. J, Ginecología, obstetricia y el recién nacido. México ,D.F., Ed. El Manual Moderno, 1987,195 p.

TENA, S. Antonio, et al, Manual de investigación documental. México, Ed. Plaza y Valdés, 1992, 101 p.

TORTORA, J. Gerard . et al, Principios de anatomía y Fisiología. México, D. F, Ed. Harlas S. A., pp. 1109 – 1137.

VAZQUEZ, C. Luis, El método científico en la investigación en ciencias de la salud. México, Ed. Francisco Méndez Oteo, 1990, 279 p.

WILLIAMS, A. Jock . et al ,Obstetricia. México, D. F., Ed. Promotora S. A., 348 pp.

ZEDILLO, P. Ernesto, Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000, México, Poder Ejecutivo Federal, 1996, pp. 1 – 36.