



11226  
50

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
GUSTAVO A. MADERO  
I.S.S.S.T.E. MÉXICO, D.F.

**FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA UTILIZACIÓN O NO UTILIZACIÓN DE  
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MUJERES EN EDAD  
REPRODUCTIVA, DE LA C.M.F. GUSTAVO A. MADERO (ISSSTE)**

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

PRESENTA:  
DRA. ROSANA MEDINA ARREGUÍN



**ISSSTE**



**ISSSTE**

**"GUSTAVO A. MADERO"  
DIRECCION**

No. De registro: 33.2003.

MÉXICO, D.F.

2003

I

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# PAGINACIÓN DISCONTINUA

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR:

*Laura E. Sánchez Escobar*  
DRA. LAURA E. SÁNCHEZ ESCOBAR  
MÉDICO FAMILIAR  
C.M.F. GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE.



ISSSTE

" GUSTAVO A. MADERO "  
DIRECCION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ASESOR DE TESIS:**



**DR. E. RAUL PONCE ROSAS  
PROFESOR TITULAR "A" O.D.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

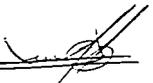


**DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**AUTORIDADES DE LA C.M.F GUSTAVO A. MADERO**

  
**DRA. MARÍA ANGÉLICA GALLEGOS FLORES**  
DIRECTORA DE LA C.M.F. GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE.

  
**DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
C.M.F. GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE.

 **ISSSTE**  
"GUSTAVO A. MADERO"  
DIRECCION

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTO:**

### **A MIS PADRES:**

Por haberme dado la vida, por brindarme su amor, su apoyo y por inculcarme valores que me han hecho crecer como persona; y en especial a mi madre por sus noches de desvelo.

GRACIAS MAMA

### **A MIS HERMANAS:**

Silvia y Araceli por su cariño y apoyo incondicional.

### **A MIS SOBRINOS:**

Andrea, Mariana, Alejandro y María Fernanda,  
Por haberte dado dulzura a mi vida.

### **A MIS MAESTROS:**

Dra. Laura Sánchez, Dra. Blanca Valades, Dr. Jorge Balderas porque con todos sus conocimientos guiaron mis pasos hacia el éxito.

### **A MI ASESOR:**

Dr. E. Raúl Ponce Rosas por haber despertado en mí el gusto por la investigación, por haberme compartido sus conocimientos y experiencia y dirigir mi tesis tan magistralmente.

### **A TI.....**

Por estar conmigo, por ser una fuente de inspiración y por darme a mi vida la luz que tanto necesitaba.  
Llegaste justo cuando menos lo esperaba.

GRACIAS AMOR

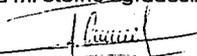
Un agradecimiento especial a la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez:

Gracias por haber aceptado dirigir mi trabajo de tesis,  
sin su sabio conocimiento y acertada dirección  
no hubiese sido posible la realización de mis metas.

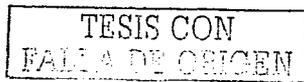
El contar con su apoyo fue para mí, una dicha  
ya que su guía siempre fue con amabilidad, responsabilidad,  
honestidad y calidez.

Personas como usted son las que hacen falta  
para continuar formando médicos en el área de la investigación,  
y espero que su trabajo pronto sea reconocido y aprovechado  
como realmente lo merece.

Reciba mi eterno agradecimiento.

  
ATENTAMENTE

Dra. Rosana Medina Arreguín



## **Resumen:**

**Objetivo:** Identificar los factores que contribuyen a la utilización o no utilización de métodos de planificación familiar percibidos por mujeres en edad fértil, de la C.M.F Gustavo A. Madero (ISSSTE).

**Diseño:** Transversal, descriptivo, observacional.

**Material y Métodos:** Se incluyeron aquellas mujeres en edad fértil derechohabientes a la C.M.F Gustavo A. Madero (ISSSTE), con expedientes vigentes, durante los meses noviembre 2002 a mayo 2003. Se realizó una muestra no probabilística de 156 mujeres. Se aplicó un cuestionario diseñado que incluyó tres secciones: Consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación y cuestionario de planificación familiar.

**Resultados:** De las 160 mujeres encuestadas 101 manifestaron utilizar algún tipo de método de planificación familiar. El anticonceptivo más utilizado fue la Oclusión Tubaria Bilateral 34.7%, preservativo 24.8% y dispositivo intrauterino 20.8%. Sólo el 40.6% de las usuarias llevaba control médico del método. Las 59 mujeres que refirieron no utilizar anticonceptivos, el 18.6% era por deseo de embarazo, 20.3% por el efecto secundario de los anticonceptivos y 30.5% por otros motivos no especificados. El abandono de los métodos de planificación familiar en 46.4% de las entrevistadas fue por deseo de embarazo, 19.6% por miedo a los efectos secundarios y 14.3% porque les ocasionó molestias. Las características que buscaban en un anticonceptivo las mujeres entrevistadas fueron: 36% que no

ocasionara efectos secundarios, 16% que fuera cómodo y 6% que se otorgara en la unidad de salud.

**Conclusiones:** Con la información generada en el estudio se puede constatar que existen diversos factores personales que influyen en la decisión de las mujeres, acerca del uso o no uso de métodos de planificación familiar. El médico familiar y personal de salud, deben promover la utilización de métodos anticonceptivos dando información clara y precisa de acuerdo a las características específicas de cada pareja, considerando cada visita a la clínica como una oportunidad para hacerlo.

**Palabras clave:** Planificación familiar, métodos anticonceptivos, medicina familiar.

### **Summary:**

**Objective:** To identify the factors that contributes to the use or not use of methods of family planning perceived by women in fertile age, of the Gustavo A. Madero (ISSSTE) Family Medicine Unit (F.M.U.)

**Design:** Descriptive, observational and cross sectional study.

**Material and Methods:** Those women were included in age fertile claimants to the Gustavo A. Madero (ISSSTE) F.M.U., with effective files, during the months November 2002 to May 2003. It was carried no randomized sample of 156 women. A designed questionnaire was applied that it included three sections: Consent voluntary participation, identification record and questionnaire of family planning.

**Results:** Of the 160 interviewed women 101 manifested to use some type of method of family planning. The used contraceptive was the Bilateral Tubaria Occlusion 34.7%, preservative 24.8% and intrauterine device 20.8%. Only 40.6% of the users were holding medical control of the method. The 59 women that referred not to use contraceptives, 18.6% was for pregnancy desire, 20.3% for the secondary effect of the contraceptives and 30.5% for other not specified reasons. The abandonment of the methods of family planning in the interviewees' 46.4% was for pregnancy desire, 19.6% fearing the secondary effects and 14.3% because it caused them nuisances. The characteristics that looked for in a contraceptive the interviewed women were: 36% that won't cause secondary effects, 16% that was comfortable and 6% that will be granted in the unit of health.

**Conclusions:** With the information generated in the study you can verify that exist diverse personal factors that influence in the decision of the women, about the use or not use of birth-control methods. The family physician and personal of health, they should promote the use of birth-control methods giving clear information according to each couple's specific characteristics, considering each visit to the clinic as an opportunity to make it.

**Words key:** Family planning, birth-control methods, family medicine.

## Índice:

	Pag.
1. Marco Teórico	
1.1 Historia de la anticoncepción	1
1.1.1 Factores que impulsaron el desarrollo de la anticoncepción	6
1.1.2 Definición de anticoncepción y planificación familiar	8
1.1.3 Clasificación de los métodos de planificación familiar	10
1.1.4 Orígenes de la medicina familiar	20
1.1.5 Perfil del médico familiar	22
1.1.6 Salud Reproductiva	25
1.1.7 Programas de Salud Reproductiva	26
1.1.8 Salud Reproductiva y Planificación Familiar	27
1.1.9 La práctica anticonceptiva en México	29
1.1.10 Aspectos culturales y psicosociales de la práctica anticonceptiva	30
1.1.11 Programa de Planificación Familiar en México	31
1.2 Planteamiento del problema	36
1.3 Justificación	38
1.4 Objetivos	40
2. Material y Métodos	41
2.3 Población, lugar y tiempo	43
2.4 Muestra	43
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	43

2.6 Variables	44
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables	44
2.8 Diseño estadístico	46
2.9 Instrumento de recolección de datos	46
2.10 Método de recolección de datos	46
2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos	47
2.12 Prueba piloto	47
2.13 Procedimientos estadísticos	48
2.14 Cronograma	48
2.15 Recursos, humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	48
2.16 Consideraciones éticas	48
3. Resultados	50
3.1 Edad	50
3.2 Escolaridad	51
3.3 Estado civil	51
3.4 Ocupación	52
3.5 Religión	52
3.6 Tipología familiar	53
3.7 Antecedentes gineco-obstétricos	55
3.8 Métodos de planificación familiar más utilizados	55
3.9 Elección de los métodos de planificación familiar	56
3.10 Lugar donde se obtienen los métodos de planificación	

familiar	56
3.11 Control médico de los métodos de planificación familiar	57
3.12 Satisfacción y elección de los métodos de planificación familiar	57
3.13 Motivos por los que utilizan métodos de planificación familiar las mujeres encuestadas	59
3.14 Motivos por los que no utilizan métodos de planificación familiar las mujeres encuestadas	60
3.15 Motivos de abandono de métodos de planificación familiar	60
3.16 Características de los métodos de planificación familiar	61
3.17 Personal que ofrece y explica que son los métodos de planificación familiar	62
3.18 Sexo del familiar de las mujeres encuestadas	62
3.19 Parentesco del familiar de las mujeres encuestadas	63
3.19 Edad del familiar de las mujeres encuestadas	63
4. Discusión	64
4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados	68
5. Conclusiones	70
- Referencias bibliográficas	72
- Anexos	77

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Historia de la anticoncepción.

Las recetas anticonceptivas figuran ya, en el primer texto médico del que se tienen noticias, *El Papiro de Petri*, el año de 1850 a.C., se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía de vehículo la cual se introducía en la vagina; otra receta consistía en una irrigación vaginal con una mezcla de miel con bicarbonato de sodio nativo natural<sup>1,2</sup>.

Hipócrates en los años 460-377 a.C., sabía que la semilla de la zanahoria salvaje podía evitar el embarazo. Aristóteles en 421 a.C., mencionó que el poleo tenía efecto anticonceptivo. En el siglo segundo a.C. el uso de anticonceptivos hechos con plantas naturales parece haber sido muy efectivo, Polibio escribió que "Las familias griegas se estaban limitando a uno o dos hijos"<sup>3</sup>.

En *El papiro de Eberg*, existe una receta que dice "Para que una mujer deje de concebir durante uno, dos o tres años, tómese brotes de acacia, tritúrense con miel e introdúzcase en la vulva un lienzo empapado en la maceración"<sup>4</sup>.

También se tienen referencias sobre la anticoncepción masculina. En el siglo primero a.C. Dioscórides proclamó que tomar extractos de una forma de madreseiva (*Lonicera periclymenum*) durante 36 días, podía causar esterilidad masculina<sup>5</sup>.

Una vez que se asoció al semen con el embarazo, el método anticonceptivo masculino más conocido fue el retirarse, un método descrito en el Génesis, capítulo 38, referencia bíblica citada con mucha frecuencia, "Pero Onán, sabiendo

que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano<sup>1</sup>. Onán invocó fatalmente el descontento de Dios al derramar sus semillas al piso<sup>3</sup>.

En el **Hadith** se menciona al *coitus interruptus* sin condenarlo y en las escrituras del **Santo Profeta**, posteriores al Corán, está elogiado con las siguientes palabras: "Si esta práctica hubiera sido perjudicial, habría dañado a los romanos y a los persas"<sup>4</sup>.

La mención más antigua de la anticoncepción oral es en el texto chino **Sub Ssu Mu** "Tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una semilla de yayuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre"<sup>1</sup>.

**Hipócrates** en el siglo IV a.C. fue el precursor del dispositivo intrauterino al descubrir el efecto anticonceptivo de un cuerpo extraño dentro del útero y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar la preñez durante las largas travesías<sup>2</sup>. En 1909 el **Dr. Richter** fabrica el primer dispositivo intrauterino específicamente anticonceptivo el cual era de tripa de gusano de seda. **Graefenber** en 1931 crea un dispositivo similar al anterior al que le agrega un forro de plata alemana. En 1960 se crea el primer dispositivo de segunda generación llamado espiral de **Margulies**, dos años después, **Lippes** introdujo un DIU en forma de doble S, además el primero que se elaboró con un hilo colgante. La "T" fabricada con plástico y cobre es diseñada por **Zipper** en 1967. Es en 1970 cuando **Scomegna** demostró que añadiendo Progesterona a la rama horizontal de la T, se tenía el mismo efecto anticonceptivo,

pero con disminución de los efectos colaterales como pérdida menstrual y dismenorrea<sup>1,4,5</sup>.

Se tiene referencia de los primeros condones en Grecia y Roma donde utilizaban las membranas de animales (vejigas e intestinos), para evitar el paso de semen a la cavidad uterina y como protección contra enfermedades sexualmente transmisibles<sup>2,3</sup>. Las vainas o preservativos de lino fueron descritos en 1564 por el anatomista italiano Falopio, cuya pretensión fue lograr la protección contra la sífilis<sup>1,3</sup>. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho y en 1930, con el desarrollo del látex, aparece un nuevo preservativo, más fino y sólido, en 1992 se lanza en primer preservativo femenino el cual esta hecho de poliuretano<sup>1,3</sup>.

La idea del diafragma parece remontarse a tiempos muy remotos, pues se tiene referencia que en el siglo XVIII, Casanova recomendaba la colocación de la mitad de un limón exprimido en la entrada del cuello uterino y el jugo servía como espermaticida<sup>1</sup>. En 1838 el alemán Friedrich Adolf Wilde, sugiere realizar una impresión en cera del cérvix de cada mujer y utilizarlo como molde para producir una barrera anticonceptiva de hule, en 1870 el Dr. Mesinga desarrolla el diafragma delgado de hule con aro circular endurecido, que cubre el cervix<sup>2</sup>. El Dr. C. Hasse define de forma detallada el diafragma moderno en el año de 1882 y en 1908 es redescubierto por K. Kafka<sup>1</sup>.

La abstinencia del acto sexual durante una etapa determinada del ciclo sexual ha sido practicada a través de los tiempos como un acto religioso, tabú o como un intento para evitar el embarazo<sup>2</sup>.

En la antigüedad se pensaba que la época más favorable para concepción eran los días inmediatamente antes y después de la menstruación. **Kysaky Ogino y Knauss** en 1920 conciben la teoría moderna del periodo estéril. **Van del Velde** (1928) en Alemania, establece el método de la temperatura basal y el método modificado basado en la secreción de *mucus* es desarrollado por **Durairaj** y es una variante del método de ovulación<sup>1,2,4</sup>.

A finales del siglo XIX se sospecha que los ovarios segregan una sustancia que inhibe la ovulación<sup>1</sup>. En 1921, **Haberlandt** tras la experimentación con conejas sugirió que los extractos de ovarios podían resultar ser anticonceptivos efectivos. La noristerona fue sintetizada de la diosgenina por **Djerassi** en 1950, una planta esteroidea derivada del camote mexicano<sup>3</sup>. Se tiene referencia que gran parte de la producción de métodos anticonceptivos hormonales se desarrolló en México, gracias a que el biólogo **R.E. Marker** utilizó una planta llamada *Dioscorea barbasco*, que florecía en la cuenca de los ríos Orizaba y Córdoba en el estado de Veracruz<sup>2</sup>. En 1959 la FDA de Estados Unidos, otorgó la patente a **enovid 10**, como agente anticonceptivo, con lo que hizo oficial el nacimiento de la píldora<sup>2,5</sup>.

**Colton** produjo el **noretinodrel**, otro progestágeno que fue combinado con un estrógeno sintético, el **mestranol** y lanzado como la primera píldora anticonceptiva combinada en 1960<sup>3</sup>. **Gregory Pincus** conocido como "el padre de la píldora" fue quien realizó la mayoría de los estudios donde participaron los primeros anticonceptivos orales combinados. En Europa en 1961 se introduce la primera píldora anticonceptiva y en 1968 se introduce una píldora que contiene solamente progestágenos<sup>2,3</sup>.

La píldora fue ofrecida por primera vez como una opción anticonceptiva para la regulación individual de la fertilidad, además como una valiosa herramienta para el control poblacional<sup>5</sup>.

El implante es otra innovación contraceptiva que contiene levonorgestrel, se aplica debajo de la piel y permanece allí hasta cinco años. El endoceptivo es un sistema de bajas dosis hormonal insertado en el útero, tiene eficacia de 5 años y es absolutamente reversible<sup>3</sup>.

La primera esterilización femenina quirúrgica (Salpingoclasia) de la que se tiene referencia fue realizada en 1880 después de un parto por cesárea, desde esa fecha hasta la actualidad se han desarrollado más de cien técnicas distintas.

En 1930, se inicia la Vasectomía, deferentoclasia o esterilización quirúrgica en el hombre, con un médico llamado Sharp, pero es Poffenberger en 1963 quien la populariza, al publicar 2000 casos de vasectomía voluntarias realizadas de 1956 a 1961, con excelentes resultados.

En la actualidad, alrededor de 80 países han adoptado programas de control de la natalidad, con distintos métodos, que van desde métodos temporales que deben utilizarse durante todo el mes o durante el coito, hasta tratamiento quirúrgicos de esterilización permanente<sup>2</sup>.

### 1.1.1 Factores que impulsaron el desarrollo de la investigación en la anticoncepción.

A través de la historia la infertilidad ha sido considerada como una maldición, mientras que la fertilidad representa una bendición. La idea que dominó a las sociedades de la antigüedad por muchos siglos, era la necesidad de que la población debía crecer, pues una mayor población se traducía en una mayor prosperidad.

Thomas Malthus, clérigo anglicano en 1798, escribió *Un Ensayo sobre los Principios de la Población*, donde planteó su crecimiento geométrico sobrepasando la expansión aritmética de los recursos. Malthus hace una recomendación para la inspección del crecimiento poblacional, a través del control de la natalidad, sugiriendo como métodos la abstinencia sexual y el aplazamiento del matrimonio. Estas ideas favorecieron que los temas de reproducción se consideraran como materia de conversación respetable.

Malthus argumentaba que la población ejercía presión en los recursos y solo podía haber mejoras sociales si las clases bajas demostraban tener "restricciones morales" y pospusieran los matrimonios apresurados y precipitados.

Estos cuestionamientos continuaron hasta la primera mitad del siglo XIX, donde los principales partidarios del control de la fertilidad aceptaban la teoría de Malthus, y proponían el uso de métodos anticonceptivos como una solución a las miserias engendradas por la Revolución Industrial.

En 1887 se crea la primera organización neomalthusiana, llamada Liga Maltusiana, donde se defendía a la anticoncepción, no como un simple medio para

reducir el tamaño de la familia, sino que se definía en relación con la pobreza, la política y la promiscuidad<sup>10</sup>.

Los opositores del "Maltusianismo" consideraban a los integrantes de esta liga como un sinónimo de todo aquello vil y contra natura. A pesar de ser las ideas de Malthus las que favorecieron la gesta de esta liga, él no pretendía la anticoncepción como un método para disfrutar el placer sexual sin sus naturales consecuencias, sino como un medio para tener control sobre el crecimiento de la población y de esta manera hacer frente a la pobreza.

Desde 1880, se utilizan los métodos anticonceptivos más conocidos, condones, espermicidas, contracepción intrauterina y coitos interruptus, representando una constante lucha por reformar los estándares morales tradicionales e informando a la población sobre la diversa existencia de opciones para la anticoncepción<sup>11</sup>.

A principios de siglo XX, en Estados Unidos de América la enfermera y activista de diversos movimientos radicales Margaret Sanger y en Inglaterra Marie Stopes llevan a la anticoncepción más allá del terreno personal, lo propulsan hasta un plano de interés nacional. La primera consiguió fundar una clínica de anticoncepción que comenzó a funcionar después de la Primera Guerra Mundial. La tarea de Sanger y Stopes era una continua búsqueda de un anticonceptivo totalmente efectivo, que simplificara la vida de la mujer y distanciara el acto sexual lo más posible de la concepción. Las ideas vanguardistas de estas dos mujeres recorrieron el mundo entero y fueron motor de diversos movimientos sociales<sup>4,11</sup>.

### 1.1.2 Definición de anticoncepción y planificación familiar.

Soranos, el ginecólogo más importante de la antigüedad, hizo la descripción más brillante y original sobre las técnicas anticonceptivas antes del siglo XIX. ..."Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido"<sup>11</sup>

En 1914 el control de la fecundidad fue definido por Margaret Sanger como "la restricción voluntaria de la reproducción humana, utilizando métodos tales como contracepción, abstinencia sexual, esterilización quirúrgica y aborto inducido"<sup>11</sup>.

La Real Academia de la Lengua Española considera la contracepción (anticoncepción) a la infertilidad causada por el empleo de métodos anticonceptivos, y como contraceptivo a los métodos o productos destinados a evitar la fecundación<sup>15</sup>.

Contraceptivo es un agente que disminuye la probabilidad de concepción o que la impide<sup>16</sup>.

La planificación familiar, es un término que concierne a la fecundidad controlada, es la adopción voluntaria de alguna forma de anticoncepción, la elección de una maternidad y paternidad más responsable, con el desarrollo de una sexualidad más plena al no asociarse obligatoriamente al coito con la reproducción<sup>6,9,13</sup>.

Elegir el número de hijos y el momento en que se desean tener es un derecho que tienen las parejas. El concepto de planificación familiar abarca a todas aquellas parejas en edad fértil, sexualmente activas que no desean un embarazo<sup>7</sup>.

En su concepto más amplio la planificación familiar comprende dos vertientes: ayudar a unas personas que no se pueden reproducir a lograrlo; y a ayudar a otras

a evitar o espaciar los embarazos, según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente quieran tener<sup>8</sup>.

Antes de abordar la clasificación de los métodos anticonceptivos, es importante precisar algunas definiciones que son determinantes para la elección de un método:

**Eficacia.** La eficacia de un método anticonceptivo se define como el porcentaje de mujeres que logran evitar el embarazo durante un año de uso del método.

**Seguridad.** Es el riesgo que implica el uso del método para los usuarios e incluye: los peligros o complicaciones del método, los efectos adversos y los trastornos en la relación.

**Contraindicaciones.** Son las condiciones médicas que hacen que un tratamiento sea seguro, pueden ser absolutas o relativas y atribuibles a la mujer o a la pareja.

**Reversibilidad.** Se dice que un método anticonceptivo es reversible cuando el efecto anticonceptivo desaparece al finalizar la utilización del mismo.

**Aceptabilidad.** Son las consideraciones de la paciente, de la pareja y del medio social que se deben evaluar ya que pueden influir positiva o negativamente en el método elegido<sup>7,9</sup>.

### **1.1.3 Clasificación de los métodos anticonceptivos.**

Las técnicas anticonceptivas actuales tratan de interrumpir el proceso de la concepción actuando de distintos modos.

De manera general los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en dos grandes grupos: reversibles (cuando el efecto anticonceptivo desaparece al finalizar la utilización) e irreversibles o definitivos.

#### **Métodos reversibles:**

- Naturales.

#### **• Abstinencia periódica.**

Se basa en la observación de los signos y síntomas de la fase del ciclo menstrual, para diferenciar el período fértil, del no fértil, esta técnica consiste en evitar el coito en el período fértil. El éxito del método dependerá del conocimiento exacto de ciclo reproductor femenino, es inocuo y no se necesita supervisión médica una vez que se conoce correctamente y no tiene objeciones religiosas ni morales. Cabe mencionar que este método tiene un alto porcentaje de fallos (aproximadamente 20% de embarazos)<sup>7,9</sup>.

#### **• Método de moco cervical o de Billings.**

Para poder utilizar este método es importante conocer las características del moco cervical (filante durante la primera mitad del ciclo y espeso durante la segunda mitad) y la sensación de sequedad o lubricación vaginal. El período de abstinencia va desde el día de la aparición del moco cervical fluido y abundante hasta después del tercer día de moco más abundante. Los días "seguros" serían los primeros que suceden a la menstruación (días secos) y los de la segunda mitad del ciclo.

Este método tiene el inconveniente de que el moco cervical puede cambiar de aspecto luego de duchas vaginales, con el uso de algunos medicamentos o durante una vulvovaginitis.

• **Método de temperatura basal.**

El fundamento de este método es la elevación de la temperatura basal ( $0.5^{\circ}\text{C}$ ) que se produce en la ovulación, este incremento se debe a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo. En función a esta elevación se pueden mantener relaciones sexuales a partir del tercer día de ascenso térmico. La temperatura se debe tomar todas las mañanas, a la misma hora y en reposo. Esta técnica no es aplicable a mujeres que trabajan de noche, en casos de anovulación, amenorrea o fiebre.

• **Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.**

Este método se fundamenta en el cálculo del período de abstinencia según la supervivencia del óvulo y del espermatozoide. Para la utilización de éste método es preponderante la observación de ciclos previos (un mínimo de 12) con el fin de estimar los probables días fértiles. En el método de Ogino se resta 11 a la duración del período más largo y 18 a la duración del más corto, y se le indica a la pareja que no mantenga relaciones entre los días que resultan de la resta. El método de Knaus es similar al de Ogino con la única diferencia que se resta 13 al período más largo y 17 al más corto<sup>6,7,9</sup>.

El método solo funciona si la mujer tiene un ritmo menstrual regular.

• **Coitos interruptus.**

Consiste en retirar el pene de la vagina y de la vulva antes de la eyaculación. El líquido preeyaculatorio es rico en espermatozoides, la falta de experiencia y los trastornos de eyaculación precoz son los principales responsables de los fracasos de éste método. La mayoría de los embarazos accidentales se relaciona con su uso. No se aconseja su uso y está formalmente contraindicado en los pacientes con eyaculación precoz y en quienes mantienen más de una relación sexual, debido a la persistencia en la uretra de restos de semen del coito anterior que pueden contener espermatozoides viables<sup>6,7,8</sup>.

• **Método sintotérmico.**

Compagina la observación simultánea de diversos indicadores de la ovulación, como el moco cervical, temperatura basal, calendarios (para saber los días fértiles), dolor pélvico asociado a la ovulación, sangrado intermenstrual y cambios en textura y posición del cérvix. Se considera el más eficaz de los métodos naturales y es el que obliga a un período de abstinencia menor de alrededor de 4 días. Existen en el mercado dispositivos que ayudan a la utilización de este método, aparatos que combinan un termómetro electrónico y un microordenador<sup>6,9</sup>.

• **Amenorrea de la lactancia.**

En este método se opta por la lactancia materna exclusiva a libre demanda del bebé, lo que produce en general inhibición de la ovulación por supresión gonadotropa y siguiente amenorrea de lactación e infertilidad fisiológica secundaria. Se considera amenorrea de lactación a la ausencia de menstruación

por encima de 56 días posterior al parto, por lo que el sangrado que se presenta en el puerperio no se considera menstruación.

Las condiciones para que este método sea funcional es que la mujer se encuentre dentro de los 6 primeros meses que siguen al parto, que curse con amenorrea y que realice la lactancia materna exclusiva a libre demanda, de lo contrario el establecer el fin de la amenorrea y el retorno a la vida fértil es muy difícil, la probabilidad de que se presente un embarazo es muy alta con éste método<sup>6</sup>.

#### - Métodos de barrera.

Se basan en la utilización de elementos físicos o químicos con la finalidad de impedir que los espermatozoides lleguen al canal cervical, estos métodos ofrecen en mayor o menor grado protección contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH y VPH (virus del papiloma humano).

#### • Preservativo masculino o condón.

Es una funda cilíndrica de látex con un extremo como cerrado en un lado y abierto en el otro, que se coloca en el pene erecto. Actúa como una barrera que impide la descarga del semen en la vagina durante el coito. Además previene de enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH. El origen del nombre "condón" no está totalmente establecido, pero probablemente procede del latín "condus", que significa reservorio.

Este método no requiere prescripción ni seguimiento. El único efecto adverso es la irritación por alergia al látex. Su eficacia es del 88 a 98% y está directamente relacionada con el uso correcto. El riesgo de ruptura es del 1%. Su efectividad mejora considerablemente cuando se asocia a un espermaticida<sup>6,7,9</sup>.

- **Preservativo femenino.**

Es una funda de poliuretano, prelubricada con un anillo cerrado que se coloca en el fondo cervical y otro con una abertura externa que cubre la vulva. Actúa como una barrera que impide que el semen llegue a estar en contacto con el canal cervical, previenen además contra enfermedades de transmisión sexual. No se puede reutilizar. Tiene una efectividad del 88 al 98%, el fracaso esta relacionado con el uso inapropiado. Es útil para personas alérgicas al látex, pero no indicado a personas que son alérgicas al poliuretano o cuando existen anomalías anatómicas y cuando existen dificultades técnicas<sup>6,7</sup>.

- **Diafragma.**

Es una semiesfera de látex de diversos tamaños, una cara cóncava que se coloca próxima al cuello uterino y otra convexa, rodeada de un aro o espiral flexible de metal que facilita su colocación, que le confiere cierta elasticidad, mantiene su forma y facilita su adaptación a interior de la vagina tapando el cérvix. Siempre se usará con espermaticida.

Se contraindica absolutamente en prolapso uterino severo, cisto o rectocele marcados, músculos del introito vaginal laxos, alergia al látex o antecedente de síndrome de shock tóxico. Las contraindicaciones relativas son: útero en retroversión severa, puerperio hasta la 6ª semana, malformaciones vaginales y/o cervicales, congénitas o adquiridas, infección vaginal no tratada, infecciones repetidas del tracto urinario, coitos diarios repetidos y mujeres que tras el entrenamiento no garanticen el uso correcto del diafragma.

La eficacia depende del uso correcto, la constancia en el método y de si se utiliza un espermaticida en forma asociada. El índice de embarazos se sitúa alrededor de 10-20 embarazos por 100 mujeres / año<sup>6,7,14</sup>.

- **Esponja vaginal.**

Es un dispositivo de poliuretano, cilíndrico con un diámetro de 6-7 cm y un grosor de 2.5 cm, tiene una cara cóncava que se inserta en cuello uterino y en la otra cara posee un dispositivo para extraerla. Contiene un espermaticida (nonoxinol-9 o cloruro de benzalconio). Se puede insertar hasta 24 hrs. antes de la relación sexual, permite el coito inmediatamente después de su colocación, y se puede usar para múltiples contactos sexuales dentro de las 18 hrs. posteriores a su colocación sin retirarla de la vagina.

Sus principales efectos adversos son la sequedad, infecciones vaginales, irritación, reacciones alérgicas y dificultad para extraerla.

La eficacia en nulípara es de 82% y en multíparas del 72%<sup>7,9</sup>.

- **Copa, capuchón o caperuza vaginal.**

Es un elemento en forma de dedal con rebordes de goma blandos y un reborde grueso diseñado para insertarse por succión en el cuello uterino, se recomienda aplicación de una crema espermaticida dentro del capuchón. No se debe dejar colocada por más de 24 hrs y es recomendable retirarla dentro de las primeras seis horas posteriores a la relación sexual.

El uso prolongado y mala colocación pueden ocasionar lesiones cervicales. Su eficacia es del 80 al 92% y está directamente relacionada con la habilidad para su uso<sup>7,14</sup>.

• **Espermaticidas vaginales.**

Son sustancias químicas compuestas de nonoxinol-9, cloruro de benzalconio, octoxinoly mefengol. Su presentación es en forma de cremas, jaleas y óvulos, se deben colocar en el fondo vaginal 10 min antes del coito. El período de protección es de una hora, en caso de una nueva relación sexual se debe de repetir el procedimiento. No se deben realizar duchas vaginales hasta seis horas después del coito. El principal efecto adverso es la alergia.

La eficacia oscila entre el 70 y 99%, su efectividad aumenta cuando se utiliza en conjunto con otro método de barrera<sup>7</sup>.

• **Dispositivo intrauterino.**

El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo que hoy en día de utilizan cerca de 85 millones de mujeres en el mundo. Este elemento se coloca dentro del útero y ejerce un efecto anticonceptivo; aunque todavía no se conoce con certeza el mecanismo de acción, este es uno de los puntos más conflictivos de su uso.

Básicamente existen dos tipos de dispositivos intrauterinos:

1. **Inertes:** fueron los primeros en utilizarse, aunque actualmente han quedado prácticamente en desuso. Están constituidos únicamente por plástico.
2. **Activos:** se pueden distinguir los que tienen cobre y los liberadores de levonorgestrel o progestágenos, éstos últimos disminuyen la hipermenorrea que frecuentemente se observa en las usuarias de dispositivos inertes.

Los principales mecanismos de acción más aceptados son dos:

- Impedir o dificultar el ascenso de los espermatozoides en su trayecto uterino.
- Impedir o dificultar la implantación del blastocito.

El aumento local de la producción de prostaglandinas, causa la inhibición de anhidrasa carbónica y de la fosfatasa alcalina con la inmovilización de los espermatozoides a su paso a la cavidad uterina.

La efectividad del dispositivo intrauterino es del 94 al 99.5% su falla suele estar relacionada a una expulsión total o parcial no detectada. Las únicas contraindicaciones absolutas son la enfermedad pélvica inflamatoria o de embarazo. Son contraindicaciones relativas el antecedente de múltiples parejas sexuales de la usuaria o de su pareja, infección por VIH, haber padecido enfermedad pélvica inflamatoria en los últimos tres meses, antecedente de embarazo ectópico o factores predisponentes para el mismo y trastornos de la coagulación. Otras contraindicaciones son endometriosis, enfermedades malignas de endometrio y cérvix, algunos trastornos del ciclo menstrual, anemia y antecedente de infecciones ginecológicas.

La colocación deberá realizarse por personal calificado, pudiendo ser el ginecólogo o el médico familiar<sup>7,9,13,14,17</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud constituye en la actualidad probablemente es el método anticonceptivo más eficaz y seguro de que se dispone<sup>13</sup>.

#### • Anticonceptivos hormonales.

Los anticonceptivos hormonales constituyen los métodos más eficaces de anticoncepción reversible. En la anticoncepción hormonal, los esteroides sintéticos y semisintéticos derivados de los estrógenos y de la progesterona, actúan modificando el moco cervical, y en la mayoría de los casos inhibiendo la ovulación

al bloquear el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, mediante la supresión de la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas y a través de la inhibición hipofisiaria de la liberación de hormona folículo estimulante y luteinizante<sup>6,7,9,12</sup>.

Los anticonceptivos hormonales se pueden clasificar de acuerdo a su vía de administración:

**Hormonales orales:** Estos pueden ser combinados con estrógenos y progesterona o solo de progesterona, tienen una eficacia del 92-99% y 90-97% respectivamente bajo condiciones habituales de uso.

**Hormonales Inyectables:** Estos también pueden ser combinados de estrógenos y progesterona, o solo de progesterona, la protección anticonceptiva de este método es del 99% para ambas presentaciones.

**Hormonales subdérmicos:** Su mecanismo de acción es similar al de los anteriores, tienen la ventaja de ser útiles por varios años, su aplicación requiere de una pequeña intervención quirúrgica para aplicarlos y para retirarlos. Su efectividad es superior al 99% durante el primer año y disminuye gradualmente de tal manera que al quinto año de utilización la eficacia es del 96,5%<sup>9,7,8,9,17</sup>.

**Hormonal poscoital:** Este método consiste en ingerir altas dosis de estrógenos, ya sea en una o varias tomas, su eficacia es del 98.4 al 99.8%. La gran carga hormonal puede provocar náuseas, por lo que es importante asociarlos con un antiemético.

Las contraindicaciones son similares para cualquiera de los anticonceptivos hormonales; lactancia materna en los primeros seis meses, embarazo o sospecha de embarazo, antecedente de enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica

o reumática, tener o haber tenido cáncer de cérvix o de mama, enfermedad hepática aguda o crónica, diabetes mellitus descompensada o difícil de controlar, administración crónica de rifampicina, mastopatía fibroquística grave, algunas psicopatías tipo maniaco-depresiva o esquizoide, y temores no superados a experiencias previas negativas de la paciente<sup>6,7,8,9</sup>.

**Métodos irreversibles:**

Son aquellos que causan infertilidad definitiva en quienes los usan, aunque en la actualidad existen técnicas que pueden revertir este estado infértil.

- **Salpingoclasia, oclusión u obliteración tubaria bilateral** son términos que se utilizan como sinónimo para nombrar a la interrupción quirúrgica de la luz tubárica, a través de distintas técnicas de abordaje como lo son: laparotomía, laparoscopia, colpotomía e histeroscopia. Tiene una eficacia del mayor de 99% y los fallos se relacionan con la ejecución de la técnica. El 32% de los embarazos producto de los fracasos de este método corresponden a embarazos ectópicos.

- **Vasectomía o Deferentoclasia:** Consiste en una técnica quirúrgica que secciona los conductos deferentes por vía escrotal. Existen distintas variaciones técnicas e instrumentales, pero no difieren de su aspecto básico. Su efecto no es inmediato por lo que los resultados deben valorarse después de 2 meses o 20 eyaculaciones. La eficacia es mayor al 99%. Los fallos del método son secundarios a problemas técnicos o por reanastomosis de los conductos deferentes<sup>5,9</sup>.

#### 1.1.4 Orígenes de la medicina familiar.

En los países de habla inglesa la medicina familiar se desarrolló desde la práctica de la medicina general.

En el siglo XIX y principios del XX la gran mayoría de médicos eran médicos generales que practicaban la medicina, la cirugía y la obstetricia. En los primeros años del siglo XX comienzan a emerger las especialidades como la pediatría, medicina interna, cirugía, obstetricia y psiquiatría.

Es a mediados de los años 50, que el declinante número de médicos generales comenzó a crear una gran brecha en el nivel de atención primaria. En los Estados Unidos el informe de la comisión Millis en 1966, titulada *La Educación Graduada de los Médicos*, recomendó el entrenamiento especializado de posgrado para todos los médicos de atención primaria.

En Estados Unidos, la medicina familiar se convirtió en una especialidad certificada por un consejo *Ad hoc*. En Canadá, el primer examen para certificación tomada por el Consejo de Médicos de Familia se realizó en 1969<sup>23</sup>.

En México las primeras acciones de la medicina familiar se remontan al año de 1953, debido a la problemática que enfrentaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); un grupo de médicos de esta institución que laboraban en Nuevo Laredo, Tamaulipas, estableció un procedimiento de trabajo para los médicos que laboraban en esa área. El Instituto se encontraba en una etapa de expansión y crecimiento, lo que provocaba numerosas dificultades y como resultado de esa situación el trabajo de los médicos se entorpecía: el contacto médico-paciente era eventual y esporádico, el

conocimiento de los problemas del paciente por parte del médico era muy reducido. Las visitas domiciliarias eran muy difíciles de realizar. Frente a este panorama el grupo de médicos referido, estableció un procedimiento nuevo a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, con tiempos fijos para atender a la consulta y para realizar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias asignadas.

Para 1955, se establece el "sistema médico familiar", que se extiende a dos clínicas en la ciudad de México, además se hace la contratación y categorización del médico familiar.

En 1959, el sistema de había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. Se introduce la clasificación del médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores, se divide la población adscrita y se regularizan las horas contratadas para la prestación del servicio.

En 1971, el IMSS planea y aplica un programa para formar en el posgrado a un profesional en medicina familiar. En marzo de ese mismo año se inician actividades con los primeros 32 residentes en esa disciplina, la duración de la especialidad era de dos años<sup>24</sup>. El reconocimiento de la especialidad por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) fue en 1974<sup>25</sup>. En 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM establece el primer Departamento de Medicina Familiar de Latinoamérica<sup>24</sup>. En 1980 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) inician formalmente el curso de especialización en Medicina Familiar con programas académicos diferentes<sup>24</sup>.

Desde su creación hasta 1993 el IMSS hizo 4 modificaciones al programa académico de posgrado, hasta que en 1994, se elabora un programa que unifica los criterios que rigen a la especialidad, el llamado Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)<sup>25,34</sup>.

En la actualidad el curso de posgrado en medicina familiar tiene una duración de tres años y las sedes se ubican en unidades y clínicas de medicina familiar que cuentan con especialistas en la disciplina. Se realizan además rotaciones en hospitales de segundo nivel que cuenten con las especialidades básicas: cirugía, pediatría, medicina interna, ginecoobstetricia, así como el servicio de urgencias.

### **1.1.5 Perfil del médico familiar.**

Existen diversas definiciones del médico familiar entre las que se encuentran la propuesta en 1991 por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), que dice:

"El médico general o de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario".

"El médico general o de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnósticos de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, la religión, cultura o clase social.

Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes\*.

"El médico general o de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja"<sup>26,27</sup>.

Las áreas de ejercicio profesional del médico son las siguientes:

1. Área de atención al individuo.
2. Área de atención a la familia.
3. Área de atención a la comunidad.
4. Área de docencia e investigación.
5. Área de apoyo (trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad).

Para describir a la medicina familiar, es importante comenzar primero con los nueve principios que rigen y gobiernan las acciones de la especialidad, cabe mencionar que ninguno de ellos es exclusivo de la medicina familiar, y que no todos los médicos de familia son ejemplo de los nueve.

1. El médico familiar está más comprometido con la persona que con el cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o técnicas especiales.
2. Intenta comprender el contexto de la enfermedad dentro y fuera de su ambiente en el marco personal, familiar y social.
3. El médico familiar considera a cada contacto con su paciente como una oportunidad para aplicar medidas de prevención y educación sanitaria.

4. Ve en sus pacientes a una población en riesgo y no solo como un individuo expuesto.
5. Se considera a sí mismo como una red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
6. El médico familiar desde un punto de vista ideal, debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes.
7. Atenderá a sus pacientes en la consulta, en el domicilio y en el hospital, la distribución del tiempo y el interés lo hará de acuerdo a la circunstancias.
8. El médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
9. El médico familiar es un gestor de recursos, pues al ser el médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales.

Las habilidades específicas del médico de familia son básicamente, la solución de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal continuada con los individuos y la familia. Habilidades preventivas con la identificación de riesgos y anomalías precoces en los pacientes. Habilidades terapéuticas y para gestionar recursos<sup>23,28</sup>.

En resumen, se puede decir que los tres principios fundamentales de la medicina familiar son: el estudio de familia, la continuidad en la atención y el enfoque de riesgo.

Como se ha mencionado con anterioridad, el enfoque de riesgo en todas las áreas en las que se desenvuelve el individuo, es una de las prioridades de la medicina familiar.

Dentro del marco amplio de la salud, una de las más importantes es la salud reproductiva, que se ofrece con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y los niños. El médico familiar juega un papel muy importante dentro de la salud reproductiva, ya que es uno de los principales encargados de aplicar métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y bienestar reproductivos, así como resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

#### **1.1.6 Salud reproductiva.**

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en Septiembre de 1994, se generó un programa de acción propuesto por los más de 180 países participantes, en el que se definieron los términos de *salud reproductiva y derechos reproductivos*<sup>18</sup>.

*La salud reproductiva* se define como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear con libertad, decidir cuando hacerlo, con que frecuencia y también el decidir no hacerlo.

La atención a la salud reproductiva es un conjunto de métodos, técnicas y servicios, que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva<sup>29</sup>.

**Los derechos reproductivos** se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y de disponer de la información y de los medios para ello.

La salud reproductiva no se origina de una lista de serie de enfermedades, o de la lista de varios programas, la salud reproductiva debe de ser comprendida en un contexto relacional de seguridad y riesgo. La salud reproductiva contribuye de forma muy importante al bienestar físico, psicosocial, a la intimidad y madurez personal y social. Una salud reproductiva pobre se relaciona frecuentemente a la enfermedad, al abuso, a la explotación, a los embarazos no planeados y a la muerte<sup>18</sup>.

### **1.1.7 Programas de salud reproductiva.**

El programa de salud reproductiva es un proyecto ambicioso que nace en 1995, con el fin de generar un estado de bienestar físico, mental, y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos.

Al ser el médico familiar, el que tiene el primer contacto con el paciente, será el encargado de realizar actividades encaminadas a conservar la salud reproductiva.

Algunas de las prioridades de apoyo que los médicos de familia, en cualquier ámbito de acción, deberían dar a los programas de salud reproductiva<sup>18</sup> son:

\* Mejorar la salud de mujeres y niños como una parte del enfoque integrado de la ampliación de las iniciativas sobre maternidad sin riesgo, salud materno-infantil y planificación familiar.

- \* Fomentar y/o crear oportunidades de participación para las mujeres como encargadas de actividades de salud reproductiva.
- \* Impartir educación y capacitación a la población, para aumentar su participación en la formulación, gestión y supervisión de servicios de salud reproductiva.
- \* Mejorar los servicios de salud reproductiva, incluida la calidad de la atención prestada, para asegurar que las mujeres reciban un trato respetuoso, confidencial y aceptable en diferentes marcos culturales.
- \* Aumentar la disponibilidad de servicios y mejorar el acceso a los mismos para hombres y mujeres, así como hacer hincapié en la educación sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la prevención al respecto.
- \* Proporcionar sistema de información administrativa que posibilite la evaluación de los efectos de los programas de salud reproductiva.
- \* Proporcionar información y capacitación a las organizaciones no gubernamentales interesadas en el tema, para posibilitar su participación en actividades de salud reproductiva.

### **1.1.8 Salud reproductiva y planificación familiar.**

Hasta 1994, las instituciones de salud del sector público en México, manejaban de forma independiente y por separado los programas de salud materno-infantil y los de planificación familiar. En 1995, a través de un grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, representado por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, se estructura el "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000", lo que crea un concepto integral de la salud

reproductiva en que se encuentra inmersa la planificación familiar, este se plasma en un ambicioso programa de acción<sup>19</sup>.

Debido al gran crecimiento demográfico que existe, sobretodo en la gran mayoría de países en vías de desarrollo, los programas de planificación familiar surgen como una respuesta a la necesidad de equilibrar el crecimiento demográfico con las necesidades de desarrollo social y económico<sup>20</sup>.

En los últimos años ha habido un cambio fundamental en las políticas de los programas de planificación familiar, a través de su incorporación al marco integral de la salud reproductiva y a su orientación hacia modelos centrados en el cliente, que directamente busca atender sus necesidades, sus derechos y su libre elección.

Entre las décadas de los sesenta y noventa el porcentaje de parejas que practicaban la planificación familiar se incrementó de 10% a más de un 50%.

La planificación familiar es una herramienta para prevenir embarazos no deseados, además contribuye a disminuir los riesgos de un evento de esta naturaleza a través de la prestación de servicios de calidad, que contribuyen a disminuir las complicaciones de un embarazo.

En las áreas de información, educación y comunicación, los servicios de planificación familiar, son esenciales para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluyen la infección por el virus de inmunodeficiencia humana<sup>21</sup>.

### **1.1.9 La práctica anticonceptiva en México.**

La práctica anticonceptiva en nuestro país ha ido aumentando, con el paso del tiempo, de tal manera que el descenso de la fecundidad que ocurrió en la segunda mitad de los años setentas y la primera de los ochentas, se relaciona con la creciente utilización de los métodos anticonceptivos.

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se mantuvo en un nivel de 7.4 en 1965 y 1967. En 1974 el descenso fue más marcado con una tasa de 6.3, en 1986 la tasa ya se encontraba en 3.8 y para 1992 en 3.24.

En cuanto a la cobertura de métodos anticonceptivos, en 1973 sólo el 12% de las mujeres en edad fértil en unión marital usaban algún método anticonceptivo, en 1976 se incrementó a 30%, en 1987 alcanza el 52.7%. Para 1992 seis de cada diez mujeres en edad fértil unidas utilizaban algún método para la regulación de la fecundidad lo que representaba el 63.1%.

De acuerdo a la ubicación geográfica se tiene que un 70% de las mujeres en edad fértil en áreas urbanas utilizaban algún método de anticoncepción, en comparación con las mujeres de áreas rurales que se encontraban sólo en 44.6%.

En la relación de la anticoncepción con el número de hijos, se tiene, que solo una de cada cinco mujeres que no han tenido hijos usa algún método de planificación familiar en las áreas urbanas, y en las áreas rurales, este indicador disminuye a una de cada diez.

La preferencia por el uso de un determinado método anticonceptivo ha ido cambiando con el tiempo, de tal manera que en 1976, 69.7% de las mujeres usuarias estaban protegidas por un método moderno y de alta efectividad

(ligadura, dispositivo intrauterino u hormonales), 7% usaba un método local y 23.3% recurría a métodos tradicionales, es decir ritmo o retiro. Para 1992 esta distribución cambió a 82.8%, 5% y 12.2% respectivamente.

La práctica anticonceptiva en los diferentes grupos de edad es distinta, los niveles más bajos de uso de anticonceptivos se observa en grupos de 15 a 19 años con 36.4% en áreas urbanas, y una de cada cuatro mujeres en edad fértil casadas, en áreas rurales.

Con la información anterior, aunada a la alta preferencia por la oclusión tubaria bilateral (43.3%), se puede pensar que en nuestro país la anticoncepción no se practica para posponer el primer embarazo ni, aparentemente, para espaciar los embarazos, sino que la anticoncepción se considera de forma definitiva con carácter de irreversible, sólo cuando ya se tiene una paridad satisfecha<sup>9</sup>.

#### **1.1.10 Aspectos culturales y psicosociales de la práctica anticonceptiva.**

Las características socioculturales y demográficas de las parejas, así como la disponibilidad y calidad de los servicios son determinantes para la selección y continuidad del uso de métodos anticonceptivos.

Para el uso de anticonceptivos se distinguen dos fases: la adopción y la posadopción. Para la adopción son necesarios tres elementos: el primero es la percepción de los usuarios de que es posible incidir sobre el proceso reproductivo, en otras palabras, regular la fecundidad; el segundo es el conocimiento de los

métodos anticonceptivos y de algunos elementos básicos relacionados con la reproducción, y el tercero es la existencia de una motivación (ideales reproductivos, valoración de los hijos y maternidad) para regular la fecundidad. La etapa de la posadopción se refiere al uso, interrupción y reinicio de la anticoncepción, pudiendo cursar en estas etapas con distintos métodos anticonceptivos y cambiando de fuente de obtención.

Para que un método sea exitoso es necesario que la pareja tenga conocimientos básicos sobre la reproducción, ya que la precariedad, confusión y falta de integración de la información impiden el uso eficaz de los métodos anticonceptivos seguros (Balón, Ramos, 1990)<sup>10</sup>.

Los problemas a los que se tiene que enfrentar la planificación familiar son los costos de acceso, los de uso y los psicosociales. Por costo de acceso se entiende a la búsqueda de servicios; los riesgos para la salud y los atributos de cada método. Los costos psicosociales se refieren a la violación de normas y creencias personales o familiares, a problemas con la pareja en caso de que esta se oponga a la anticoncepción, al uso de ciertos métodos y a la eventual desaprobación social y religiosa<sup>10</sup>.

#### **1.1.11 Programas de planificación familiar en México.**

En sus inicios, las actividades de planificación familiar eran realizadas en instituciones privadas, en el año de 1958 se funda la primera asociación que proporciona servicios de planificación familiar en México, llamada Asociación Pro

Salud Maternal (Aprosam). En 1965, se crea la Fundación para Estudio de la Población, A.C. (FEPAC), que contaba con profesionales de distintas áreas interesados en desarrollar programas de investigación, educación y prestación de servicios médicos de planificación familiar, en 1984 esta institución cambió su nombre a Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam).

La primera institución gubernamental que trabajó en la investigación y prestación de servicios de planificación familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en el año de 1968. En 1972 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) inician actividades en torno a la planificación familiar, es en 1973 que se incorpora el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El periodo comprendido de 1973 a 1976, fue clave para el desarrollo de la planificación familiar en México. En 1973, el nuevo Código Sanitario derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, en ese mismo año se integra la Comisión Interinstitucional de atención Materno-Infantil y Planificación Familiar y el primer Plan Nacional de Planificación Familiar el cual se terminó en el periodo de 1977 a 1982 elaborado por la comisión mencionada en coordinación con el Consejo Nacional de Población (Conapo)<sup>10</sup>.

Sin embargo los avances más importantes en el ámbito de la planificación familiar, se hizo posible debido a una demanda potencial muy alta de anticonceptivos, básicamente en las zonas urbanas y entre parejas con expectativas reproductivas satisfechas.

Una de las limitantes en el tema de la planificación familiar, fue la falta de información sociodemográfica, como los niveles de uso de los anticonceptivos en el país; sin embargo en 1976 se genera mucha información a través de 4 encuestas de cobertura nacional. La Encuesta Mexicana de fecundidad 1976 (SPP, IISUNAM,1979), las Encuestas Nacionales de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos de 1978 y 1979 (Coordinación Nacional de Planificación Familiar, 1979) y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 (Conapo)<sup>10</sup>.

En 1983 y 1988 el Sector Salud elabora conjuntamente un programa interinstitucional para dicho período y, con base en este programa, el Conapo publica el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988<sup>10</sup>.

En 1984 se incluye la Planificación familiar en la Ley General de Salud.

El nuevo Programa de Planificación Familiar subrayaba que las metas no serían fáciles de alcanzar, pues había que incorporar al programa sectores de la población de difícil acceso.

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), tiene como objeto uniformar principios, criterios de operación política y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y con base en la consejería en salud reproductiva, el individuo seleccione de forma adecuada los métodos anticonceptivos que así lo desee, y por otro lado se identifiquen, se manejen o se refieran los casos de infertilidad y esterilidad para con ello acceder a un bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores públicos, sociales y privados, y regulan los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.<sup>22</sup>

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; los servicios de planificación familiar son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad<sup>10</sup>.

Esta norma es de observancia obligatoria en toda institución de salud nacional, sea pública, social o privada.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario o médicos privados, deben comprender las siguientes actividades<sup>22</sup>.

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

Para la aplicación correcta de esta norma es necesario consultar los siguientes documentos oficiales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I, Artículo 4°.
- Ley General de Población, Capítulo I, Artículo 3°, fracciones II y IV.
- Ley General de salud, Capítulo VI, Artículo 67, 68, 69, 70 y 71.
- Ley General sobre Metrología y Normalización, Título 3°. Capítulos I, II, III, IV y V.
- Ley Orgánica de la administración Pública Federal, Artículo 39.
- Reglamento de la Ley General de Población, capítulo 2°, Sección II, Artículos 14 al 24 inclusive, Sección III, Artículos 25 al 27.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención Médica, Capítulo VI, Artículos 116, 117, 118, 119 y 120.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Capítulo VI, Artículo 17<sup>38</sup>.

## 1.2 Planteamiento del problema.

En México se reconoce que la salud femenina es una prioridad nacional, la cual queda consagrada dentro de la Ley General de Salud en su título tercero, capítulo 62<sup>22</sup>.

El Programa de Salud Reproductiva, y formando parte de él; el Programa de Planificación Familiar, tienen como fin contribuir al bienestar biológico, psicológico y social de los individuos, por lo que son considerados como programas prioritarios y deben ser aplicados en todas las unidades de salud en los sectores público, social y privados del país<sup>19,22</sup>

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) la planificación familiar se ofrece con carácter de prioritario, regida por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), donde se resaltan como puntos importantes, que en un marco de absoluta libertad y con base en la consejería en salud reproductiva, el individuo seleccione el número de hijos que desea tener, el espaciamento entre uno y otro y el método anticonceptivo que le ayude a conseguir el objetivo; por otro lado es importante también que se identifiquen, manejen o refieran los casos de infertilidad y esterilidad, para con ello acceder a un bienestar individual, familia y social<sup>22</sup>.

El problema concreto que dio motivo a la planeación y diseño de este trabajo fue porque se observó que en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero (ISSSTE) se tiene una población de mujeres en edad fértil de 6659 hasta diciembre del 2001 (datos más recientes) y en el servicio de medicina preventiva en ese mismo período se registraron solamente 204 mujeres como usuarias

activas de algún método de planificación familiar, lo que representó el 3.06% del universo, para el 2002 esta cifra disminuyó a 139 mujeres (2.09%). Datos consultados en los archivos oficiales de epidemiología de la C.M.F. Gustavo A. Madero. (ISSSTE) en noviembre del 2002.

Si consideramos que en la clínica se tiene un gran universo de mujeres en edad fértil, de las cuales se tienen registradas como usuarias a un mínimo porcentaje, y que en lugar de aumentar las usuarias de métodos año con año, disminuyen, es importante saber la situación particular de los consultorios, ya que se ha observado que estos no cuentan con tarjeteros de registro de usuarias de métodos de planificación familiar; algunas veces esta información solo se plasma en el expediente clínico; en otras ocasiones las pacientes son enviadas a medicina preventiva para que sean registradas como usuarias, al parecer no todas acuden, por lo que se debe considerar entonces que existe un subregistro de mujeres usuarias que no llegan al servicio de medicina preventiva ni se registran como usuarias en el expediente; además no se sabe si hay promoción o difusión de los métodos en los consultorios o si las mujeres solicitan este tipo de información y ante esta situación es necesario tratar de conocer algunas de las causas percibidas por las mujeres para que usen o no métodos de planificación familiar. Corresponde al médico familiar o médico de primer contacto conocer la opinión o visión de los factores que tienen las usuarias como población blanco del Programa de Salud Reproductiva para la utilización o no utilización de métodos de planificación familiar.

### 1.3 Justificación.

Dentro del amplio marco de la salud, una de las áreas más importantes es la Salud Reproductiva, que se ofrece con un enfoque de prevención de riesgo para el bienestar de las mujeres, los hombres y los niños.

La determinación de prioridades en Salud Reproductiva dentro del sistema de salud en México es un tema bastante avanzado. Desde la estructuración del marco legal y normativo, previamente señalado, se identifica que el gobierno mexicano y sus instituciones tienen claramente definidas las prioridades en materia de salud reproductiva y que estas responden a un compromiso del Estado Mexicano con su población. La programación de estas prioridades es hecha desde los distintos escenarios sociales, demográficos y epidemiológicos, con objetivos a corto y mediano plazo que garanticen a la población un desarrollo social y económico justo y equilibrado<sup>19</sup>.

Sin embargo una de las más importantes debilidades es que la visión del usuario de los servicios no ha sido suficientemente atendida, de tal manera que las prioridades generalmente son determinadas sólo desde la visión del prestador del servicio.

El problema específico del Programa de Planificación Familiar no es diferente a lo antes mencionado, aquí es preponderante considerar la visión que tiene la usuaria sobre los métodos de planificación familiar, la aceptación que tienen del método ella y su pareja y la satisfacción que éste le ocasiona; es bien sabido que la selección de un método anticonceptivo y la continuidad de su uso dependen de

diversos factores, entre los que destacan las características socioculturales y demográficas de las parejas, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. La falta de información, la confusión o la falta de integración de la información por la usuaria impide el uso eficaz de los métodos anticonceptivos seguros, aunado esto a la desaprobación de los métodos anticonceptivos desde los ámbitos familiar, social y religioso.

Conocer los motivos percibidos por las mujeres en edad fértil de la C.M.F. Gustavo A. Madero para el uso y no uso de métodos de planificación familiar, ayudará al médico familiar y personal de salud responsable del Programa de Planificación Familiar a idear mejores maneras de difundir, promocionar los métodos de planificación familiar, además eliminar los mitos que existen en torno a la anticoncepción, para que de esta forma la usuaria pueda seleccionar de una mejor forma el método anticonceptivo que más le satisfaga y su vez disminuir la posibilidad de abandono de métodos de planificación familiar y contribuir de esta manera a la preservación de la salud reproductiva.

## **1.4 Objetivos.**

### **1.4.1 Objetivo General:**

1.4.1.1 Identificar los factores que contribuyen a la utilización o no utilización de métodos de planificación familiar percibidos por mujeres en edad fértil en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE.

### **1.4.2 Objetivos Específicos:**

1.4.2.1 Identificar el perfil general de las mujeres que utilizan métodos de planificación familiar en la C.M.F. Gustavo A. Madero.

1.4.2.2 Describir las causas de utilización y no utilización de métodos de planificación familiar percibidas por mujeres en edad fértil de la C.M.F. Gustavo A. Madero.

1.4.2.3 Identificar la proporción de mujeres satisfechas con su método de planificación familiar en la C.M.F. Gustavo A. Madero.

1.4.2.4 Identificar cual es el método de planificación familiar más utilizado en la C.M.F. Gustavo A. Madero.

## **2. Material y Métodos.**

### **2.1 Tipo de estudio.**

El presente estudio es descriptivo, transversal, observacional.

### **2.2 Diseño de investigación del estudio.**

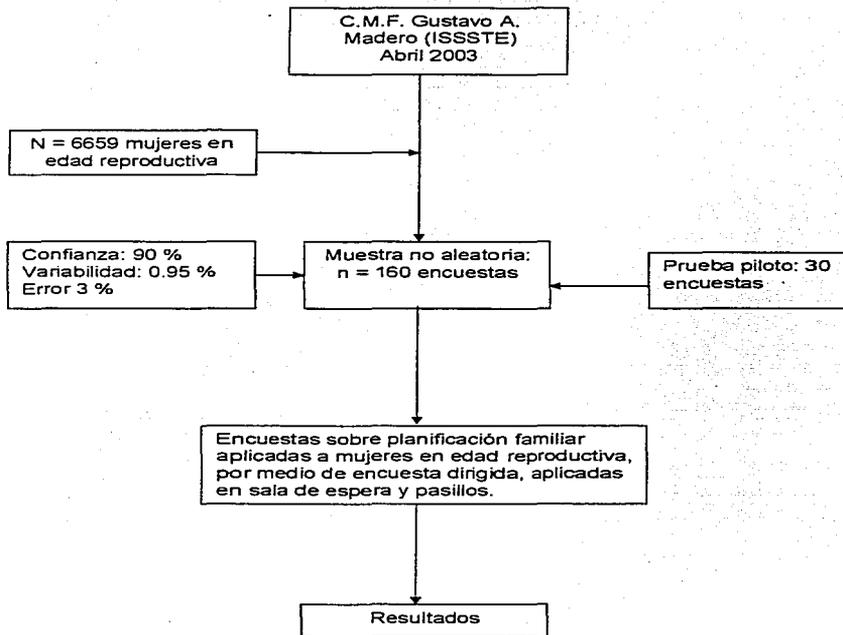
Para realizar este estudio se tomaron las recomendaciones de la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar.<sup>33</sup>

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, observacional en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero. Con una población base de 6659 mujeres en edad reproductiva derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero, con expediente vigente. La muestra calculada del estudio fue de 156 mujeres en edad reproductiva, con un 90 % de confianza, 0.95% de variabilidad y un error de 3%. La muestra fue no aleatoria. Se aplicaron 160 encuestas sobre planificación familiar, la entrevista fue dirigida y se aplicó en la sala de espera de la clínica.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

El diseño del estudio se muestra en el esquema 1.

### Esquema 1



### **2.3 Población, lugar y tiempo.**

Se incluyeron en el estudio aquellas mujeres en edad reproductiva, derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero ISSSTE, con expedientes vigentes, durante los meses de noviembre 2002 a mayo 2003.

### **2.4 Muestra.**

Se calculó una muestra de trabajo, con el 90% de confianza, 0.95% de variabilidad y un error de 3%, la muestra obtenida fue de 156 mujeres en edad fértil, la muestra fue no aleatoria.

### **2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.**

#### **2.5.1 Criterios de inclusión.**

1. Mujeres en edad fértil derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero ISSSTE.
2. Todas las mujeres en edad fértil que aceptaron contestar de manera voluntaria y completa el cuestionario de planificación familiar.

#### **2.5.2 Criterios de exclusión.**

1. Mujeres en edad fértil no derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero ISSSTE.
2. Todas las mujeres que se negaron a contestar el cuestionario o lo hagan de forma incompleta.
3. Mujeres que no tenían expediente vigente.

## **2.6 Variables.**

2.6.1 Se estudiaron 35 variables que conformaron el instrumento dividido en tres secciones.

- Sección 1: Consentimiento de participación voluntaria (1 variable).
- Sección 2: Ficha de identificación y datos de la familia (8 variables).
- Sección 3: Cuestionario de planificación familiar (26 variables).

En el anexo mencionado se especifican las variables, en tipo y escala de medición así como las categorías o valores posibles de respuesta (Anexo 1).

## **2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.**

Como todo grupo humano que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere, la familia sigue un patrón familiar similar, lo llamamos ciclo vital de la familia, el cual consta de las siguientes etapas: <sup>29</sup>

1. **Fase de matrimonio:** Esta etapa se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo.
2. **Fase de expansión:** La llegada del primer hijo es lo que determina esta etapa, como lo dice su nombre en esta fase la familia se dilata, se "expande".
3. **Fase de dispersión:** En esta fase el hijo mayor ya asiste a la escuela, y ni uno solo se encuentra trabajando.
4. **Fase de independencia:** Aquí es difícil precisar el número de años transcurridos, lo que caracteriza esta etapa es la "independencia" que debe vivir nuevamente la pareja, pues los hijos ya han salido de casa, ya no dependen económicamente de los padres o han formado nuevas familias.

**5. Fase de retiro o muerte:** Esta fase se caracteriza por la incapacidad laboral, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, jubilación, muerte de alguno de los cónyuges, y algunas veces el reclutamiento en asilos para ancianos.

**La estructura familiar** se refiere a la manera en cómo está conformada la familia con base en la definición del Dr. Irigoyen.<sup>30</sup>

**1. Familia Nuclear:** Modelo de familia actual, formada por padre, madre e hijos.

**2. Familia extensa:** Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

**3. Familia extensa compuesta:** además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

## **2.8 Diseño estadístico<sup>33</sup>.**

El propósito estadístico de la investigación es describir cuáles son los factores mas frecuentes que contribuyen a la utilización o no utilización de métodos de planificación familiar percibidos por mujeres en edad reproductiva de la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE). Se investigó a un solo grupo formado por 160 mujeres en edad fértil. Solamente se realizó una medición en las mujeres estudiadas. Las variables fueron cualitativas y cuantitativas. La escala de medición fue básicamente nominal, debido a que eran respuestas cerradas. La distribución de los datos fue de tipo no paramétrico, que es el apropiado para las variables cualitativas y la muestra que se investigó fue de tipo no aleatoria.

## **2.9 Instrumento de recolección de datos.**

Los datos fueron recolectados a través de un instrumento creado para lograr los propósitos específicos de esta investigación. (Anexo 4)

El instrumento consta de tres secciones:

1. Consentimiento de participación voluntaria (CPV).
2. Ficha de identificación y datos de la familia (Ocho variables).
3. Cuestionario de planificación familiar (veintiséis variables).

Las variables, tipo y escala de medición se encuentran en el anexo 1.

## **2.10 Método de recolección de datos.**

Se realizó una prueba piloto constituida por 30 encuestas, las cuales se aplicaron en las salas de espera de la C.M.F. Gustavo A. Madero, previa autorización de la dirección de la unidad y registro oficial del protocolo de investigación; se procedió a calcular una muestra de trabajo de acuerdo a la población total de mujeres en

edad reproductiva derechohabientes a la clínica, la cifra obtenida fue de 156 mujeres, la cual se redondeo a 160 para asegurar las estimaciones del muestreo. Se calculó una muestra no aleatoria con el 90% de confianza, 3% de error y 0.95% de variabilidad, se aplicó siguiendo la técnica de entrevista dirigida, el lugar de la aplicación fue en las salas de espera. Para la recolección y procesamiento de los datos obtenidos, se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10, y se procedió a la realización de un análisis estadístico.

La información fue obtenida por la autora del trabajo con la colaboración de médicos residentes de 1ro. 2do. y 3er. Año de la especialidad en Medicina Familiar de la clínica sede del estudio, previo asesoramiento de la autora.

### **2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos.**

Existe un sesgo de selección ya que la muestra fue aleatoria no probabilística, el sesgo de información se trato de controlar al pedir a las mujeres que respondieran de forma honesta. El sesgo medición se controlaron al adaptar a cada tipo de pregunta un tipo específico de respuesta. Se evito el sesgo de captura de información revisando que la información fuera consistente en la manera como se pensó obtener, al hacer limpieza de la base de datos y del análisis con la ayuda y apoyo de los asesores.

### **2.12 Prueba piloto.**

La prueba piloto se realizó con 30 encuestas, utilizando la técnica de entrevista dirigida, no fue necesario hacer correcciones al instrumento.

El tiempo de la aplicación de la encuesta fue de 5 minutos, con una variación de entre 3 a 7 minutos.

### **2.13 Procedimientos estadísticos.**

#### **2.13.1 Plan de codificación de datos.**

Se encuentra referido en el anexo 1 columna 4.

#### **2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos.**

Se construyó una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS versión 10, para lo cual se realizó una estructura que se presenta en el anexo 2.

### **2.14 Cronograma.**

Se realizó un cronograma el cual se presenta en el anexo 3.

### **2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.**

El estudio fue realizado por un solo investigador. Los recursos humanos utilizados fueron: la autora, 2 residentes de 3er. año, 2 residentes de 2do. año y 2 residentes de 1er. año de la especialidad en Medicina Familiar de la C.M.F. Gustavo A. Madero, los cuales se encargaron de aplicar las encuestas. Se utilizaron recursos materiales como: computadora, disquetes, fotocopias, lápices, plumas, borradores, calculadoras, etc. Los recursos físicos utilizados fueron la sala de espera y pasillos. El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

### **2.16 Consideraciones éticas.**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país<sup>31</sup>, el presente trabajo se clasifica como

categoría uno, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solamente aportaran datos a través de una entrevista, lo que no provoca daños físicos ni mentales; además la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos<sup>32</sup>.

Así mismo, se solicitó un consentimiento de participación voluntaria que fue leído a cada una de las pacientes entrevistadas, donde se les invitaba a participar. Dicho texto constituye la sección 1 del instrumento que se muestra en el anexo 4.

### 3. Resultados.

Se aplicaron 160 encuestas a mujeres en edad reproductiva derechohabientes a la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

#### 3.1 Edad.

Con respecto a la edad de las mujeres entrevistadas, la edad mínima fue de 16 años, máxima de 49 años con un promedio de 33.29 años. La distribución por grupos de edad se presenta en el cuadro 1.

**Cuadro 1**  
**Edad de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE)**  
**En el periodo Abril – Mayo 2003.**

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
16 – 24	15	9.3 %
25 – 34	77	48.2 %
35 – 44	61	38.2 %
45 y más	7	4.1 %
Total	160	100 %

Fuente: Encuestas realizadas.

n= 160

#### 3.2 Escolaridad.

La escolaridad encontrada en las mujeres entrevistadas fue de 5 años como mínimo, máximo de 20 años y un promedio de 12.57 años, la frecuencia y porcentaje se muestra en el cuadro 2.

**Cuadro 2**  
**Escolaridad de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero**  
**(ISSSTE) en el periodo Abril - Mayo 2003.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 6	7	4.4
7 - 9	18	11.2
10 - 12	81	50.5
13 - 17	47	29.5
18 y más	7	4.4
Total	160	100 %

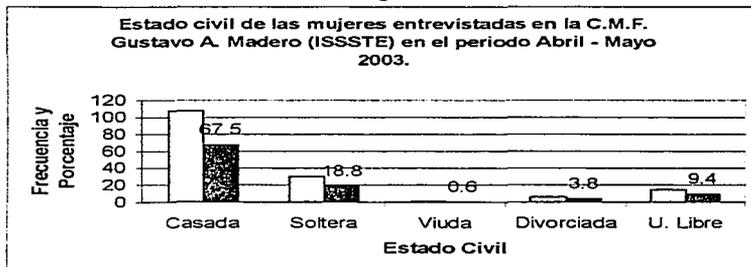
Fuente: Encuestas realizadas.

n= 160

### 3.3 Estado civil.

El estado civil de las mujeres entrevistadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero se observa en la figura 1.

**Figura 1.**



Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.4 Ocupación.

La ocupación de las mujeres entrevistadas en su mayoría es el hogar, seguida de las profesionales y las empleadas, la frecuencia y porcentaje se muestran en el cuadro 3.

**Cuadro 3**

**Ocupación de las mujeres entre encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	44	27.5 %
Profesional	40	25.0 %
Empleada	36	22.5 %
Técnica	33	20.6 %
Desempleada	1	.6 %
Comerciante	1	.6 %
Estudiante	5	3.1 %
Total	160	100 %

Fuente: Encuestas realizadas. n=160

### 3.5 Religión.

La religión observada en las mujeres entrevistadas fue con mayor frecuencia la católica con 144 casos, representando el 99% del universo, seguida por 7 casos de mujeres sin ningún tipo de religión (4.4 %) y en tercer lugar la religión evangélica y cristiana con 3 casos (1.9%) para ambas.

### Número de integrantes de la familia.

En cuanto al número de integrantes de la familia que viven en la casa de las mujeres entrevistadas, la información obtenida se aparece en el cuadro 4.

#### Cuadro 4

Número de integrantes de la familia de las mujeres encuestadas en la C.M.F.  
Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril- Mayo 2003.

Número de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
2	14	8.8
3	39	24.4
4	62	38.8
5	20	12.5
6	17	10.6
7	5	3.1
8	1	.6
9	2	1.3
Total	160	100 %

Fuente: Encuestas realizadas.

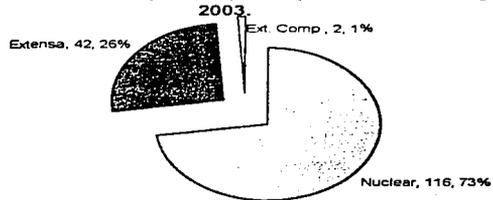
n = 160

### 3.6 Tipología familiar

Por lo que respecta a la tipología familiar y etapa del ciclo vital de la familia la información se muestra en las figuras 2 y 3 respectivamente.

Figura 2

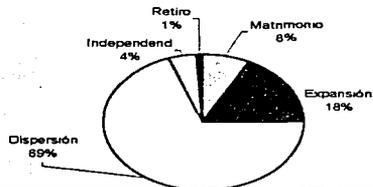
Tipología familiar de mujeres entrevistadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril - mayo



Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

Figura 3

Etapa del ciclo vital de la familia de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril - Mayo 2003.



Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.7 Antecedentes gineco-obstétricos

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres encuestadas, estos aparecen en el cuadro 5.

Cuadro 5

Antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

Antecedentes gineco-obstétricos	Mínimo	Máximo	Promedio
Menarca	9	16	12.29
I.V.S.A.	14	32	20.82
Gestas	0	7	1.89
Partos	0	4	.94
Cesáreas	0	3	.61
Abortos	0	4	.26

Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.8 Métodos de planificación familiar más utilizados.

Con respecto al uso de métodos de planificación familiar se encontró, que de las 160 mujeres en edad reproductiva encuestadas, 101 si utilizaba algún método anticonceptivo, representan el 63.1 % del universo, y el 36.9 % (59 mujeres), no eran usuarias de métodos de planificación familiar.

El método de planificación familiar más utilizado por estas 101 mujeres fue la oclusión tubaria bilateral (OTB), seguido por preservativo y dispositivo intrauterino (DIU) (Cuadro 6).

Cuadro 6

Métodos de Planificación Familiar utilizados por las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

Método de Planificación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
OTB (Salpingoclasia)	35	34.7 %
Preservativo	25	24.8 %
Dispositivo intrauterino	21	20.8 %
Hormonal oral	8	7.9 %
Naturales	6	5.9 %
Hormonal inyectable	3	3.0 %
Vasectomía	3	3.0 %
Total	101	100 %

Fuente: Encuesta realizada.

n = 160

### 3.9 Elección de los métodos de planificación familiar.

La propia paciente hizo la elección del método de planificación familiar en el 33.7 % de las usuarias, el médico familiar fue quién sugirió el método en 25.7 %, seguido por otro médico (no familiar) en 20.8% y por la pareja el 17.8 % de los casos.

### 3.10 Lugar donde se obtiene los métodos de planificación familiar.

El 41.6 % de las usuarias de métodos de planificación familiar obtienen su método en la Clínica de Medicina Familiar (ISSSTE), 23.8 % acude a otra institución como IMSS, SSA, etc. Y el 23.8 % lo compra en farmacias.

### 3.11 Control médico de los métodos de planificación familiar.

De las 101 mujeres usuarias de métodos de planificación familiar solo el 40.6 % tienen control periódico de su método, y el 59.4% no acude a control. La frecuencia con la que acuden a control se presenta en el cuadro 7.

El cuadro 7 solamente se refiere a aquellas mujeres que usando algún método de planificación familiar, acuden a control médico.

Cuadro 7

Frecuencia con la que acuden a control de su método de planificación familiar las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo a. Madero en el periodo de abril – mayo 2003.

¿Cada cuánto?	Frecuencia	Porcentaje
Cada mes	9	22
Cada 2 meses	4	9.8
Cada 6 meses	18	43.9
Cada año	9	22
Más de un año	1	2.4
Total	41	100 %

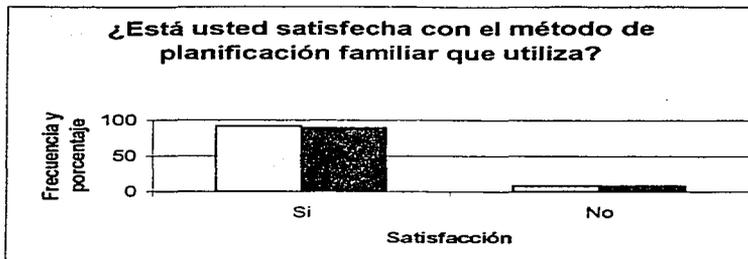
Fuente: Encuestas realizadas.

n = 160

### 3.12 Satisfacción y aceptación de los métodos de planificación familiar.

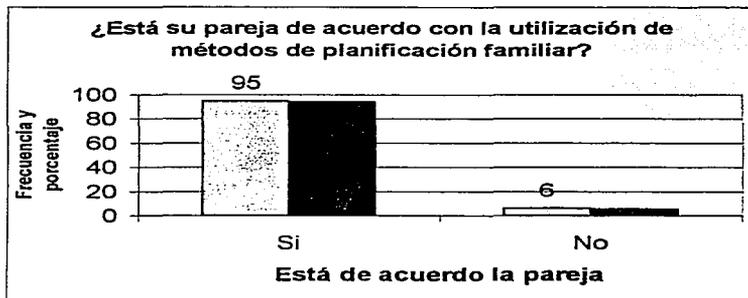
De las variables ¿Está usted satisfecha del método de planificación familiar que utiliza?, ¿Su pareja está de acuerdo con el método que utiliza? y ¿Está usted de acuerdo con el método de planificación familiar que utiliza?, la información aparece en las figuras 4, 5 y 6 respectivamente.

Figura 4



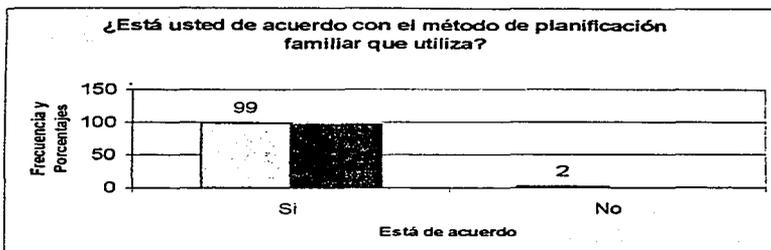
Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

Figura 5



Fuente: Encuestas realizadas.  
n = 160

Figura 6



Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.13 Motivos por los que utilizan métodos de planificación familiar las mujeres encuestadas.

Se encontró que los motivos por los cuales las mujeres encuestadas utilizan métodos de planificación familiar son principalmente para no embarazarse o para espaciar sus embarazos. Cuadro 8

Cuadro 8  
Motivos por los que utilizan métodos de planificación familiar la mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero en el periodo Abril – Mayo 2003

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Para no embarazarse	87	86.1 %
Para espaciar sus embarazos	6	5.9 %
Porque así lo indicó su médico	5	5 %
Porque así lo desea su pareja	2	2 %
Otros	1	1 %
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.14 Motivos por los que no utilizan métodos de planificación familiar las mujeres encuestadas.

Los motivos por los que no utilizan métodos de planificación familiar 59 de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003, aparecen en el cuadro 9.

**Cuadro 9**

**Motivos por los que no utilizan métodos de planificación familiar las mujeres**

Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Otros	18	30.5 %
Por los efectos secundarios de anticonceptivos	12	20.3 %
Porque desea embarazarse	11	18.6 %
No tiene pareja	9	15.3 %
No lo necesita	7	11.9 %
Su pareja se opone	2	3.4 %
Total	59	100 %

Fuente: Encuestas realizadas.

n = 160

### 3.15 Motivos de abandono de métodos de planificación familiar.

De las 59 mujeres que no utilizaban métodos de planificación familiar, el 10.2 % refirieron no haber utilizado nunca métodos de planificación familiar, el 89.8 % de ellas fueron usuarias de algún método y el motivo por el cual lo abandonaron, se describe en el cuadro 10.

**Cuadro 10**

**Motivos por los que abandonaron el método de planificación las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.**

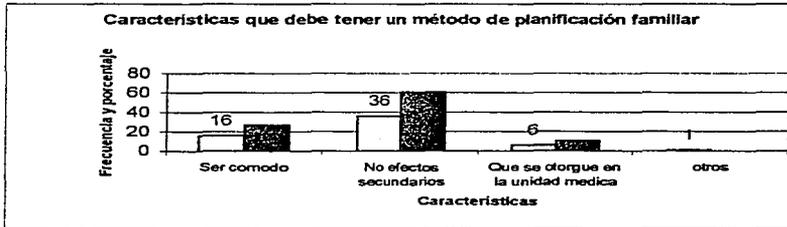
Motivos	Frecuencia	Porcentaje
Por deseo de embarazo	26	46.4
Por miedo a los efectos secundarios	11	19.6
Porque le ocasionó molestias	8	14.3
Otros	6	10.7
Porque su pareja no los acepta	5	8.9
Total	56	100 %

Fuente: Encuestas realizadas.  
n = 160

### 3.16 Características de los métodos de planificación familiar.

Se observó que a 81.4 % de las mujeres no usuarias, les gustaría utilizar algún tipo de método, el cual debería contar con las características que se presentan en la figura 7.

**Figura 7**



Fuente: Encuestas realizadas. n = 160

### 3.17 Personal que ofrece y explica que son los métodos de planificación familiar.

De las mujeres encuestadas como no usuarias de métodos de planificación familiar, el 66.1 % refiere que en su unidad médica no le han ofrecido ningún tipo de método anticonceptivo, el 33.9 % respondió que sí, y es el médico en un 80 % es quién lo ofrece, seguido de enfermería y trabajo social con un 10 % respectivamente.

En lo referente a quien creen las mujeres encuestadas deben explicarles qué son y cómo funcionan los métodos de planificación familiar, el 76 % contestó que el médico, el 22 % que cualquier persona capacitada en área y el 1.7 % trabajo social.

La información que se obtuvo sobre la familia de las mujeres encuestadas se presenta en los cuadros 11, 12 y 13.

### 3.18 Sexo del familiar de las mujeres encuestadas.

Cuadro 11

Sexo del familiar de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	363	54.8 %
Masculino	300	45.2 %

Fuente: Encuestas realizadas.  
n = 160

### 3.19 Parentesco del familiar de las mujeres encuestadas.

Cuadro 12

Parentesco del familiar de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hijo (a)	274	41.3 %
Madre	158	23.8 %
Padre	135	20.4 %
Abuelo (a)	49	7.4 %
Tío (a)	26	3.9 %
Nieto (a)	13	2.0 %
Primo (a)	8	1.2 %

Fuente: Encuestas realizadas.  
n = 160

### 3.20 Edad del familiar de las mujeres encuestadas.

Cuadro 13

Edad del familiar de las mujeres encuestadas en la C.M.F. Gustavo A. Madero (ISSSTE) en el periodo Abril – Mayo 2003.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
1 – 5	99	15 %
6 –14	112	17 %
15 – 24	80	12 %
25 – 44	278	42 %
45 – 64	71	11 %
65 y más	23	3 %

Fuente: Encuestas realizadas.  
n = 160

#### 4. Discusión:

Con los resultados obtenidos podemos observar que, el 86.4 % de las mujeres encuestadas se encontraban entre los 25 y 44 años de edad, o sea en un grupo de población económicamente activa. La ocupación más frecuentemente encontrada fue la de ama de casa, seguida de las profesionistas y las empleadas. El grado de escolaridad observado con mayor frecuencia (50.5 %) no rebasa el nivel medio superior.

En cuanto a la tipología familiar, número de integrantes familiares y etapa del ciclo vital de la familia; las familias nucleares, de cuatro integrantes, en etapa de dispersión fueron las que se encontraron con mayor frecuencia.

El mayor porcentaje de mujeres entrevistadas se encontraban casadas (67.5 %) y 9.4 % en unión libre, algunas de las solteras, divorciadas o viudas eran cabeza de hogar, o sea que a falta de un esposo o una pareja por disolución de un matrimonio, por migración de la pareja o por hijos engendrados fuera del matrimonio cargaban con las responsabilidad del hogar o de la familia.

Los datos indican que los hogares con mujeres como cabeza de familia son más pobres que los que están encabezados por hombres, en muchas ocasiones estas mujeres tienen hijos pequeños y oportunidades de empleo limitadas<sup>36</sup>.

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró, que la edad de inicio de vida sexual activa tiende a ser muy temprano, alrededor de los 14 años en algunas mujeres, esta alta frecuencia de uniones en edades tempranas se convierte en un riesgo potencial a la salud reproductiva, ya que los embarazos no deseados a esta edad, incrementan el riesgo a la salud del binomio madre-hijo<sup>38</sup>.

El número de gestas aún en la actualidad es alto, se encontraron mujeres hasta con 7 embarazos, de los cuales no todos llegaron a término, ya que se observó que algunas de las encuestadas presentaron hasta 4 abortos. En la literatura se encontró como promedio, 40% de las mujeres que viven en países en desarrollo tienen hijos antes de cumplir los 20 años, estas mujeres tienen el doble de posibilidades que las mayores de 20 años de morir por causas relacionadas con el embarazo, con el parto o los abortos provocados<sup>36</sup>. Por otro lado las adolescentes entre 15 y 19 años ocupan el segundo lugar en cuanto a las probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual, el primer lugar corresponde a las mujeres entre 20 y 24 años, por lo que es necesario entonces que estos grupos tengan mayor acceso a métodos de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva<sup>37</sup>.

A pesar de que la planificación familiar se considera como la capacidad para limitar el número de hijos y de espaciar sus nacimientos y que con esto se puede elevar el grado de autonomía de la mujer y permitir que tanto las mujeres como los hombres tengan mayor control sobre sus vidas<sup>36</sup>, en el presente estudio se encontró que de las 160 mujeres encuestadas solo el 63.1 % eran usuarias de métodos de planificación familiar.

El método de planificación familiar más utilizado por estas mujeres fue la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), seguida por el preservativo y el dispositivo intrauterino (DIU), estos resultados coinciden con la literatura revisada donde encontramos que los métodos más usados son la OTB, el DIU y los hormonales orales. En cuanto al motivo por el cual se utilizan, los resultados tampoco difieren con la

literatura, pues se encontró que la gran mayoría de las mujeres utilizaba métodos anticonceptivos solo para no embarazarse y no como protección contra enfermedades de transmisión sexual, que es otra indicación importante para el uso de métodos de planificación familiar<sup>10</sup>.

El 30.5 % de las mujeres que no utilizaban métodos de planificación familiar no sabían explicar el motivo por el cual no eran usuarias, el 20.3 % por miedo a los efectos secundarios, 18.6 % por que tenían deseo de otro embarazo y el 3.4 % porque la pareja se oponía a la utilización.

En la revisión bibliográfica se encontró que entre las mujeres casadas que no practican la planificación familiar, las que desean espaciar el nacimiento entre sus hijos o limitar su número, refieren que no tienen suficiente información sobre los métodos, o que temen sus efectos secundarios, y que en algunas ocasiones cuando visitan a sus clínicas éstas no cuentan con una variedad de métodos o que la calidad de la atención es mala<sup>37</sup>.

En este estudio el 66.1 % de las mujeres que no practicaban la planificación familiar refirieron que en su clínica no les habían ofrecido ningún método anticonceptivo y consideraron que debe ser el médico o cualquier persona que se encuentre capacitada en el área quién le explique que son y como funcionan los métodos de planificación familiar, esto les ayudaría a ellas a decidirse por alguno. Si consideramos que existen mucho temores y mitos sobre los anticonceptivos como, "los anticonceptivos son más peligrosos que el embarazo", "los hormonales orales causan cáncer", "la vasectomía es igual a castración" o " los condones limitan el placer sexual" por mencionar algunos<sup>26</sup>, impiden que las mujeres o sus

parejas utilicen métodos de planificación familiar, es importante retomar este punto para reiterar la importancia que tiene el médico familiar como médico de primer contacto, junto con el equipo de salud, en el asesoramiento correcto de las pacientes y sus parejas, es importante que los pacientes sepan que los métodos anticonceptivos además de evitar la concepción, confieren protección contra enfermedades de transmisión sexual, cáncer de endometrio u ovarios, etc.

Es importante resaltar que los resultados obtenidos en el presente estudio no se pueden generalizar a otras unidades de salud, ya que las características encontradas solo son aplicables a la población estudiada en la C.M.F. Gustavo A. Madero.

#### **4.1. Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar.**

Los aspectos útiles encontrados en este trabajo son en general, que en esta clínica no se encontró evidencia de que se lleve un control adecuado de la información del Programa de Planificación Familiar.

Es importante realizar en el futuro un diagnóstico de salud por consultorio, que permita conocer el universo de referencia para saber cuántas mujeres en edad fértil existen, identificar cuántas de ella no tienen método anticonceptivo, cuántas quieren embarazarse, y de las que si tienen algún método, cuántas están satisfechas; y de esta manera determinar el número de mujeres posibles que puedan ingresar como usuarias de métodos de planificación familiar.

Es importante para el médico familiar registrar la información, llevar un sistema que en conjunto con el personal de salud de la clínica, permita una obtención de la información rápida y eficaz, para que de esa manera se establezcan las metas por mes o por año, y que se de respuestas reales a lo dictado por la Normas Oficiales y políticas de las autoridades de la clínica.

El médico familiar debe promover los métodos de planificación familiar, y saber indicar el tipo de anticonceptivo adecuado, de acuerdo a las características específicas de cada pareja.

Dar continuidad a la atención es uno de los principios que rigen al médico familiar, por lo que es preponderante que las parejas usuarias de anticonceptivos, tengan un control periódico del método, que ayude a disminuir el riesgo al abandono, al

mal uso y fracaso del anticonceptivo, que los lleve a embarazos no deseados o que estos ocurran cuando las condiciones de la mujer no sean las ideales, y el riesgo para su salud sea alto.

El médico familiar y personal de salud, verán cada visita de los pacientes a la clínica, como una oportunidad para dar consejería de planificación familiar, favoreciendo así la conservación de la salud reproductiva.

## 5. Conclusiones:

Con base a la información generada en el presente estudio, se puede constatar que son diversos los factores que influyen sobre el comportamiento reproductivo de los individuos, tanto hombres como mujeres: la familia, la comunidad, el programa de planificación familiar y el lugar donde se prestan los servicios; pero principalmente que existen circunstancias personales percibidas por las mujeres encuestadas que afectan la decisión de las parejas sobre la utilización o no utilización de métodos de planificación familiar como lo son: el miedo a los efectos secundarios que ocasionan algunos métodos, los cuales muchas de la veces son solo mitos y no realidades, la falta de apoyo o desaprobación del compañero, y la idea de que no son necesarios son otras de las causas encontradas como determinantes para el no uso de anticonceptivos.

Las características que buscan en un método anticonceptivo las mujeres entrevistadas son entre otras que no causen efectos secundarios, sean cómodos y que se otorguen en la unidad médica, estas consideraciones deben ser tomadas en cuenta por el médico familiar antes de realizar consejería de planificación familiar, para que la asesoría brindada sea correcta.

La consejería deberá ser impartida por personal de salud calificado, principalmente por el médico familiar, en un ambiente de privacidad y confianza, es fundamental fomentar la participación masculina, por lo que la consejería deberá incluir siempre a la pareja, la información deberá ser adaptada a las características específicas de cada paciente, clara y precisa para evitar confusión; se debe informar sobre los riesgos y beneficios que conlleva cada método,

eliminando mitos, pero respetando los valores y creencias de los individuos. Idealmente se debe proveer el método anticonceptivo que la pareja haya decidido de manera informada, lo que aumentara el número de parejas satisfechas con el anticonceptivo utilizado y el riesgo al abandono disminuirá.

El consejo acertado sobre el uso de los métodos anticonceptivos ayuda a la familia a planificar su crecimiento y a que las parejas que lo requieran puedan tener una sexualidad plena.

Es importante realizar en el futuro un diagnóstico de salud en cada consultorio de la clínica que permita conocer la situación real del Programa de Planificación Familiar y con base a los resultados crear nuevas estrategias que ayuden llevar con éxito el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz AG, Historia de la anticoncepción. Citado en noviembre 2002. [2 pantallas]. Disponible en:  
URL: [http://www.bvs.sld.cu/rivistas/mqi/vol11\\_2\\_95/mqi16295.htm](http://www.bvs.sld.cu/rivistas/mqi/vol11_2_95/mqi16295.htm)
2. Breve historia de la anticoncepción. Citado en noviembre 2002. [6 pantallas]. Disponible en:  
URL: [http://www.acropolix.com/salud/sal\\_anticonceptivos.htm](http://www.acropolix.com/salud/sal_anticonceptivos.htm)
3. La anticoncepción a través de los años. Citado en noviembre 2002. [2 pantallas]. Disponible en:  
URL: <http://www.invdes.com.mx/suplemento/antiores/...1/hm/anti.htm/>
4. Lugones BM, Quintana RT, Orígenes de la anticoncepción. Citado en noviembre 2002. [3 pantallas]. Disponible en:  
URL: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol12\\_4\\_96/mqi/4496.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol12_4_96/mqi/4496.htm)
5. Historia de la anticoncepción. Citado en noviembre 2002. [5 pantallas]. Disponible en:  
URL: [http://www.celsam.org/manual.asp2cre\\_manual=7](http://www.celsam.org/manual.asp2cre_manual=7)
6. Ramírez HA., AVECILLA PA., Planificación familiar. Esterilidad. En: Zurro MA., Atención Primaria, Edit Harcourt, España 1999 Vol 2 p.558-589.
7. Guilligan M., Anticoncepción y sus problemas. En: Rubistein A., Terrasa S., et al. Medicina familiar y práctica ambulatoria, edit Panamericana, Buenos Aires 2001, p.277-305.

8. Indicaciones para realizar la planificación familiar. Citado en noviembre 2002. [4 pantallas]. Disponible en :  
URL: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/g...ia/planific.htm>
9. Thomas CE., Nadal BM., Principios de anticoncepción (I). Semergen 2001, Vol. 27:p.27-37.
10. Palma Y., Rivera G., La Planificación Familiar en México. Citado en noviembre 2002. [12 pantallas]. Disponible en:  
URL: <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/health...nificacion.htm>
11. Historia de la píldora. Citado en noviembre 2002. [22 pantallas]. Disponible en:  
URL: <http://www.shering.com.ar/index/Profesionales/Histopil.htm>
12. Vázquez HL, Téllez MJ, Hicks GJ. Efecto clínico y metabólico de los anticonceptivos orales. Ginecol Obstet Mex 2000; 68: 64-69.
13. Menéndez V, Fernández DM, Doval C, Blanco PS, García MA, Guñín GR. Comparación en el uso de dispositivo intrauterino (DIU) entre médicos de familia y ginecólogos. Aten Primaria 1998; 22: 622-626.
14. Apgar BS, Planificación familiar y anticoncepción. En: Taylor RB., Medicina de familia principios y practicas, Edit Springer-Verlag Ibérica 1999; p.912-923.
15. Gran Diccionario de la Lengua Española. Editorial programa educativo visual 1996, p. 161.
16. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Edit Dorland. Vigésimo sexta edición. Editorial Interamericana McGraw Hill 1988: p.352.

17. Domínguez OJ, Opciones anticonceptivas en la práctica de la medicina familiar. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar-1 1999, Vol 1: p.47-54.
18. Domínguez OJ, Marco conceptual de la salud reproductiva. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1:p. 6-8.
19. Domínguez OJ, La puesta en práctica de los programas de salud reproductiva. Programa de Actualización en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1: p.9 - 13.
20. Manual Operativo de planificación familiar. Subdirección general médica ISSSTE, 1994: p.5-37.
21. Domínguez OJ, Salud reproductiva y planificación familiar. Programa de actualización Continua en Medicina Familiar -1, 1999, Vol 1: p.42 - 46.
22. NOM - 005 SSA 2 - 1993 de los Servicios de Planificación Familiar, mayo 1994, Secretaría de Salud.
23. Mc Whinney I, Orígenes de la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez GT, Medicina de familia: La clave de un modelo. Editorial SemFyC, España 2000: p.15 - 23.
24. Narro RJ, Medicina familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna GJ, (compiladores). La Salud en México: Testimonio. Edit Fondo de Cultura Económica, México. Tomo IV: Vol 2:1988. p.239 - 252.
25. Farfán SG, Perfil profesional del médico familiar en México. En: Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de familia: La clave de un modelo. Editorial SemFyC, España 2000: p.186 - 190.

26. Gallo VF, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SG, Foz GG, Granados MM, Lago DF. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; Vol. 23(5): p.236 - 248.
27. Gallo VF. Perfil profesional del médico de familia. Bases conceptuales. En: Ceitlin J, Gómez GT. Medicina de familia: La clave de un modelo. Edit Sem FyC, España 2000: p.164 - 178.
28. Mc Whinney IR. Principios de la medicina familiar. Medicina Familiar. Mosby/Doyma Libros, España 1996, Cap 2: p.12 - 27.
29. Irigoyen CA, Gómez CF, Buendía PJ, Mazón RJ, Fernández OM, Amescua AR. Ciclo Vital de la Familia. En: Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. Edit Medicina Familiar Mexicana, México 2000: p.27 - 29.
30. Irigoyen CA. Estructura Familiar. En: Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Edit Medicina Familiar Mexicana, México 2002: p.33 - 34.
31. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud 1983.
32. Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial. Adoptada En la 18va. Asamblea Medica Mundial en Helsinki, Finlandia 1964, enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo Escocia, Octubre del 2000.
33. GAFIMF, Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en Medicina Familiar, 1ª edición, edit Medicina Familiar Mexicana, México 2003.
34. Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina Familiar. División de estudios de Posgrado e Investigación. Universidad Nacional Autónoma de México, 3ª edición, México 2003

35. Domínguez OJ, La puesta en práctica de los programas de salud reproductiva. Programa de Actualización en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1: p.9 - 13.
36. Domínguez OJ, Familia y Demografía. Programa de Actualización en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1: p.14-20.
37. Domínguez OJ, Atención integral de la mujer en edad reproductiva. Programa de Actualización en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1: p.34-41.
38. Domínguez OJ, La situación de la salud reproductiva de la mujer. Programa de Actualización en Medicina Familiar -1 1999, Vol 1: p.25-33.

**Anexo 1**

**Variables del estudio**

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toman las variables o códigos
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo del 1 al 160
<b>II. Ficha de identificación</b>			
1. Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
2. Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Casada 2. Soltera 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre
3. Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Número total de años a partir de la primaria (no son válidos los años repetidos o reprobados)
4. Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar (Ama de casa) 2. Desempleada 3. Subempleada 4. Obrera 5. Campesina 6. Empleada 7. Técnica 8. Profesional 9. Comerciante 10. Empresaria 11. Artista 12. Estudiante
5. Religión	Cualitativa	Nominal	1. Católica 2. Protestante 3. Evangélica 4. Testigo de Jehová 5. Cristiana 6. Ninguna 7. Otra
6. Número de integrantes de la familia	Cuantitativa	Discontinua	Valor del número de integrantes
6.1 Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
6.2 Edad	Cuantitativa	Continua	Edad en años

6.3 Parentesco	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Madre</li> <li>2. Padre</li> <li>3. Abuelo</li> <li>4. Abuela</li> <li>5. Hijo</li> <li>6. Hija</li> <li>7. Tío</li> <li>8. Tía</li> <li>9. Primo</li> <li>10. Prima</li> </ol>
7. Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuclear</li> <li>2. Extensa</li> <li>3. Extensa compuesta</li> </ol>
8. etapa del ciclo vital de la familia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Matrimonio</li> <li>2. Expansión</li> <li>3. Dispersión</li> <li>4. Independencia</li> <li>5. Retiro o muerte</li> </ol>
<b>III. Cuestionario de Planificación familiar</b>			
1. Menarca	Cuantitativa	Continua	Edad en años
2. Ritmo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regular</li> <li>2. Irregular</li> </ol>
3. I.V.S.A	Cuantitativa	Continua	Edad en años
4. Gestas	Cuantitativa	Discontinua	Número total de embarazos
5. Partos	Cuantitativa	Discontinua	Número total de partos
6. Cesáreas	Cuantitativa	Discontinua	Número total de Cesáreas
7. Abortos	Cuantitativa	Discontinua	Número total de abortos
8. ¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
9. ¿Desde cuándo?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de un año</li> <li>2. De 1 a 2 años</li> <li>3. De 2 a 4 años</li> <li>4. Más de 4 años</li> </ol>

10. ¿Qué método de planificación familiar utiliza?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Homonal oral</li> <li>2. Homonal inyectable</li> <li>3. Dispositivo intrauterino</li> <li>4. Preservativo</li> <li>5. Naturales</li> <li>6. Vasectomía</li> <li>7. OTB (Salpingoclasia)</li> <li>8. Otros</li> </ol>
11. ¿Quién le sugirió el método de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Su médico familiar</li> <li>2. Otro médico</li> <li>3. Su pareja</li> <li>4. La enfermera</li> <li>5. Medios de comunicación (Radio, TV, revistas, etc)</li> <li>6. Usted misma</li> <li>7. Otros</li> </ol>
12. ¿Dónde obtiene su método de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En su clínica</li> <li>2. En la farmacia</li> <li>3. En otra institución (IMSS, SSA, etc.)</li> <li>4. Con otro médico</li> <li>5. Otros</li> </ol>
13. ¿Tiene control periódico de su método? 14. ¿Cada cuánto?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>
15. ¿Esta usted satisfecha con su método de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada mes</li> <li>2. Cada 2 meses</li> <li>3. Cada 6 meses</li> <li>4. Cada año</li> <li>5. Más de un año</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>

16. ¿Esta de acuerdo su pareja con la utilización de métodos de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
17. ¿Esta usted de acuerdo con el método que utiliza?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
18. ¿Por qué motivos utiliza métodos de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Para no embarazarse 2. Para espaciar sus embarazos 3. Porque así lo indicó su médico 4. Por que así lo desea su pareja 5. Otros
19. ¿Por qué no utiliza métodos de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Por que desea embarazarse 2. No lo necesita 3. No tiene pareja 4. Por los efectos secundarios de los anticonceptivos 5. Su pareja se opone 6. Porque no los conoce 7. Otros
20. ¿Ha utilizado con anterioridad algún método de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
21. ¿Por qué lo abandonó?	Cualitativa	Nominal	1. Por deseo de embarazo 2. Porque le ocasionó molestias 3. Porque su pareja no los

			4. aceptó Por indicación médica 5. Por miedo a los efectos secundarios 6. Otros
22. ¿Le gustaría utilizar otro método?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
23. ¿Que características debe tener el método?	Cualitativa	Nominal	1. Ser cómodo 2. No ocasionar efectos secundarios 3. Ser aceptado en su religión 4. Ser aceptado por su pareja 5. Que se otorgue en su unidad médica 6. Otros
24. ¿En su clínica de medicina familiar le han ofrecido algún método?	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
25. ¿Quién se lo ofreció?	Cualitativa	Nominal	1. Su médico 2. La enfermera 3. Trabajo social 4. Otro
26. ¿Quién cree usted que debe explicarle que son y como funcionan los métodos de planificación familiar?	Cualitativa	Nominal	1. Su médico 2. La enfermera 3. La trabajadora social 4. Cualquier persona capacitada 5. Otra

## Anexo 2

Diseño de la base de datos

Nombre de la variable	Tipo	Ancho de la columna		Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
1. Folio	N	3	0	Número de folio	Números consecutivos	S
<b>II. FICHA DE IDENTIFICACION</b>						
P1S2	N	3	0	Edad	Números enteros	S
P2S2	N	3	0	Estado civil	1. Casada 2. Soltera 3. Viuda 4. Divorciada 5. Unión libre	N
P3S2	N	3	0	Escolaridad	Número total en años a partir de la primaria	S
P4S2	N	3	0	Ocupación	1. Hogar (Ama de casa) 2. Desempleada 3. Subempleada 4. Obrera 5. Carrresina 6. Empleada 7. Técnica 8. Profesional 9. Comerciante 10. Empresaria 11. Artista 12. Estudiante	N
P5S2	N	3	0	Religión	1. Católica 2. Protestante 3. Evangélica 4. Testigo de Jehová 5. Cristiana 6. Ninguna 7. Otra	N
P6S2	N	3	0	Número de integrantes de la familia	Valor del número de integrantes	O
P7S2	N	3	0	Tipo de familia	1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta	N
P8S2	N	3	0	Etapa del ciclo vital de la familia	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retro muerte	N

III. CUESTIONARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR						
P1 S3	N	3	0	Menarca	Edad en años	S
P2S3	N	3	0	Ritmo	1. Regular 2. Irregular	N
P3S3	N	3	0	I.V.S.A.	Edad en años	S
P4S3	N	3	0	Gestas	Número total de embarazos	S
P5S3	N	3	0	Partos	Número total de Partos	S
P6S3	N	3	0	Cesáreas	Número total de cesáreas	S
P7S3	N	3	0	Abortos	Número total de abortos	S
P8S3	N	3	0	¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar?	1. Si 2. No	N
P9S3	N	3	0	¿Desde Cuándo?	1. Menos de un año 2. De 1 a 2 años 3. De 2 a 4 años 4. Más de 4 años	N
P10S3	N	3	0	¿Qué método de planificación familiar utiliza?	1. Hormonal oral 2. Hormonal inyectable 3. Dispositivo intrauterino 4. Preservativo 5. Naturales 6. Vasectomía 7. OTB (Salpingoclasia) 8. Otros	N
P11S3	N	3	0	¿Quién el sugirió el método de planificación familiar?	1. Su médico familiar 2. Otro médico 3. Su pareja 4. La enfermera 5. Médicos de comunicación (Radio, TV, revistas, Etc.) 6. Usted misma 7. Otros	N
P12S3	N	3	0	¿Dónde obtiene su método de	1. En su clínica 2. En farmacia	N

				planificación familiar?	3. En otra institución (IMSS, SSA, etc.) 4. Con otro médico 5. Otros	
P13S3	N	3	0	¿Tiene control periódico de su método?	1. Sí 2. No	N
P14S3	N	3	0	¿Cada cuánto?	1. Cada mes 2. Cada 2 meses 3. Cada 6 meses 4. Cada año 5. Más de un año	N
P15S3	N	3	0	¿Está usted satisfecha con su método de planificación familiar?	1. Sí 2. No	N
P16S3	N	3	0	¿Está su pareja de acuerdo con la utilización de métodos de planificación familiar?	1. Sí 2. No	N
P17S3	N	3	0	¿Está usted de acuerdo con el método que utiliza?	1. Sí 2. No	N
P18S3	N	3	0	¿Por qué motivo utiliza métodos de planificación familiar?	1. Para no embarzarse 2. Para espaciar sus embarazos 3. Porque así lo indicó su médico 4. Porque así lo desea su pareja 5. Otros	N
P19S3	N	3	0	¿Por qué no utiliza métodos de planificación familiar?	1. Porque desea embarazarse e 2. No lo necesita 3. No tiene pareja 4. Por los efectos	N

					secundarios de los anticonceptivos 5. Su pareja se opone 6. Porque no los conoce 7. Otros	
P20S3	N	3	0	¿Ha utilizado con anterioridad algún método de planificación familiar?	1. Si 2. No	N
P21S3	N	3	0	¿Por qué lo abandonó?	1. Por deseo de embarazo 2. Porque le ocasionó molestias 3. Porque su pareja no los acepta 4. Por indicación médica 5. Por miedo a los efectos secundarios 6. Otros	N
P22S3	N	3	0	¿Le gustaría utilizar otro método?	1. Si 2. No	N
P23S3	N	3	0	¿Qué características debe tener el método?	1. Ser cómodo 2. No ocasionar efectos secundarios 3. Ser aceptado en su religión 4. Ser aceptado por su pareja 5. Que se otorgue en su unidad médica 6. Otros	N
P24S3	N	3	0	¿En su clínica de medicina familiar le han ofrecido algún método?	1. Si 2. No	N
P25S3	N	3	0	¿Quién se lo ofreció?	1. Su médico 2. La enfermera	N

P26S3	N	3	0	¿Quién cree que debe explicarle que son y como funcionan los métodos de planificación familiar?	3. Trabajo social 4. Otro 1. Su médico 2. La enfermera 3. La trabajadora social 4. Cualquier persona capacitada 5. Otra	N
-------	---	---	---	---	---	---

### Anexo 3

#### Cronograma

Etapa/actividad	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Etapa de planeación del proyecto	X	X										
Marco teórico		X	X	X								
Material y Métodos		X	X	X								
Registro y autorizaciones del proyecto					X							
Prueba piloto					X							
Etapa de ejecución del proyecto						X	X					
Recolección de datos							X					
Almacenamiento de datos							X					
Análisis de datos							X	X				
Descripción de los resultados								X				
Discusión de los resultados								X	X			
Conclusiones del estudio									X	X		
Integración o revisión final										X		





- 14.- ¿Cada cuanto?  
 a) Cada mes  
 b) Cada dos meses  
 c) Cada seis meses  
 d) Cada año  
 e) Más de un año
- 15.- ¿Esta usted satisfecha con su método de planificación familiar?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
 15.1 ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_
- 16.- ¿Esta de acuerdo su pareja en la utilización del método de planificación familiar?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
 16.1 ¿Porqué no está de acuerdo? \_\_\_\_\_
- 17.- ¿Esta de acuerdo usted con el método que utiliza?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
 17.1 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- 18.- ¿Por qué motivo utiliza métodos de planificación familiar?  
 a) Para no embarazarse  
 b) Para espantar sus embarazos  
 c) Porque así lo indicó su médico  
 d) Porque así lo desea su pareja  
 e) Otros \_\_\_\_\_
- Continúa de la pregunta 8.
- 19.- ¿Por qué no utiliza métodos de planificación familiar?  
 a) Porque desea embarazarse  
 b) No lo necesita  
 c) No tiene pareja  
 d) Por los efectos secundarios de los anticonceptivos  
 e) Su pareja se opone  
 f) Porque no los conoce  
 h) Otros \_\_\_\_\_
- 20.- ¿Ha utilizado con anterioridad algún método de planificación familiar?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_
- 21.- ¿Por que lo abandono?  
 a) Por deseo de embarazo  
 b) Por que le ocasionó molestias  
 c) Por que su pareja no lo aceptó  
 d) Por indicación médica  
 e) Por miedo a efectos secundarios  
 f) Otros \_\_\_\_\_
- 22.- ¿Le gustaría utilizar otro metodo?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_  
 22.1 ¿Por qué no? \_\_\_\_\_
- 23.- ¿Qué características debe tener el método?  
 a) Ser comodo  
 b) No ocasionar efectos secundarios  
 c) Ser aceptado en su religión  
 d) Ser aceptado por su pareja  
 e) Que se le otorgue en su unidad médica  
 f) Otro \_\_\_\_\_
- 24.- ¿En su clínica de medicina familiar le han ofrecido algún método?  
 a) Si \_\_\_\_\_ b) No \_\_\_\_\_
- 25.- ¿Quién se lo ofreció?  
 a) Su médico  
 b) La enfermera  
 c) Trabajo social  
 d) Otro \_\_\_\_\_
- 26.- ¿Quién cree usted que debe explicarle que son y como funcionan los métodos de planificación familiar?  
 a) Su médico  
 b) La enfermera  
 c) La trabajadora social  
 d) Cualquier persona capacitada e) Otra \_\_\_\_\_