



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
FRANCISCO J MACIN
SALINACRUZ OAXACA

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

**TIPOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS
USUARIAS DE METODOLOGIA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA POBLACION ADSCRITA DE LA UNIDAD
MEDICA 243 DE AGUASCALIENTES, LA MATA EN EL
PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2006.**

PRESENTA:

DR. ARIEL ROMERO LARA

SALINA CRUZ, OAXACA

FEBRERO 2007



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.

**TIPOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS
USUARIAS DE METODOLOGIA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA POBLACION ADSCRITA DE LA UNIDAD
MEDICA 243 DE AGUASCALIENTES, LA MATA EN EL
PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2006**

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

PRESENTA:

DR. ARIEL ROMERO LARA

AUTORIZACIONES:

DR. FELIX GARRIDO MALDONADO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2
SALINA CRUZ, OAX.

DR. BRIGIDO REYES FERNANDEZ

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
EPIDEMIOLOGO DEL H.G.Z. C.M.F. No.2 SALINA CRUZ, OAX.

DR. JORGE DE LA CRUZ CASTILLO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DEL HGZ CMF No. 2 SALINA CRUZ, OAX.

DR. RAFAEL ROJAS CARTAS

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION MÉDICA

**TIPOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS
USUARIAS DE METODOLOGIA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LA POBLACION ADSCRITA DE LA UNIDAD
MEDICA 243 DE AGUASCALIENTES, LA MATA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2006.**

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

PRESENTA:

DR. ARIEL ROMERO LARA

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS PEDRAZA GARCIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DEDICATORIA

- ❖ CON TODO MI CARIÑO PARA LULU POR SU PACIENCIA, COMPRENSION, DISPOSICION Y APOYO PARA IMPULSARME EN LOS MOMENTOS DE AGOBIO PARA LOGRAR MIS METAS.

- ❖ A MIS PADRES Y HERMANOS POR SU APOYO MORAL.

- ❖ A MIS HIJOS: ARIEL ALBERTO Y LEIRA CAROLINA, POR SER EL PILAR FUNDAMENTAL PARA EL LOGRO DE ESTA ESPECIALIDAD.

- ❖ A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: POR SU APOYO EN LOS MOMENTOS DE FLAQUEZA.

AGRADECIMIENTOS:

- A MI COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION CLINICA, DR. RAFAEL ROJAS CARTAS. POR SU APOYO INCONDICIONAL PARA EL LOGRO DE ESTE OBJETIVO.

- A MI PROFESOR TITULAR DEL CURSO: DR. FELIX GARRIDO MALDONADO, POR SU DEDICACION Y EMPEÑO EN LA DOCENCIA DE LA MEDICINA FAMILIAR.

- A MIS ASESORES Y MEDICOS ESPECIALISTAS DEL H.G.Z NUM. 2 DE SALINA CRUZ, OAX. POR LA PACIENCIA EN LA ENSEÑANZA Y TRANSMISION DE SUS CONOCIMIENTOS DURANTE LA RESIDENCIA DE LA ESPECIALIDAD.

A MI ENFERMERA DE LA UNIDAD MEDICA: FLOR DE MARIA ORDAZ RIOS, POR SU APOYO EN LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

ÍNDICE GENERAL

INDICE.....	1
MARCO TEÓRICO	2-31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
JUSTIFICACIÓN	33
OBJETIVO GENERAL.....	34
METODOLOGÍA	35-36
ASPECTOS ETICOS.....	37
RESULTADOS.....	38-54
DISCUSIÓN.....	55-56
CONCLUSIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58-59
ANEXOS	60-65

MARCO TEÓRICO

Cifras demográficas

La transición demográfica de América Latina y el Caribe se produjo en un periodo mucho más corto que en los países europeos. El descenso de la mortalidad, iniciado en la primera mitad del siglo XX, y la disminución de la fecundidad, que se generaliza a partir de los años sesenta, fueron mucho más rápidos que los cambios observados en países desarrollados. En la actualidad, se registra una baja tasa de crecimiento de la población (cercana al 1,5% anual); a esto se suma la aparición del fenómeno del envejecimiento de la población que está transformando las sociedades de la región. En el marco de esta evolución, se observa una acelerada disminución de la fecundidad, cuyos niveles iniciales, períodos de disminución y valores actuales varían de un país a otro. En promedio, la región presenta una tasa de fecundidad inferior a tres hijos por mujer y una esperanza de vida al nacer de 72 años, valores alcanzados en un lapso inferior al registrado por los países europeos. A mediados del siglo XX, la tasa de crecimiento anual de la población de América Latina y el Caribe era del 2,7%. La población regional aumentó de 161 millones en 1950 a 512 millones en el 2000, Y se prevé que ascenderá a 695 millones en el 2025. Mientras en 1950 la población de la región representaba menos del 7% del total mundial, esa proporción se eleva en la actualidad a cerca del 9%. Dada la heterogeneidad de la transición, el ritmo de crecimiento anual oscila entre menos de un 0,5% y un 2,5%. (1).

América latina es una región conformada por 21 países independientes, un territorio de 7 millones de millas cuadradas, lo cual representa 12% de la superficie total de la tierra. (1,2) El 48% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (15 a 49 años de edad) no utilizan método anticonceptivo para planear su familia. Solo el 9.36% elige la píldora como método, cuando en Europa un 33% de las mujeres lo hacen. Por el contrario, el 23.2% prefieren la esterilización para prevenir el embarazo y, tan solo el 6% usa el preservativo. Las tasas serían más alarmantes sin la aportación de Brasil, donde el 69% de las mujeres emplean la planificación familiar. (2)

En el caso de México, el 53% no emplea método alguno, 3.9% elige la píldora. Comparando la aceptación de los métodos, llama la atención la generalizada extensión de las esterilizaciones. Estudios realizados por el Instituto Alan Guttmacher, indican que en la región necesitarían recibir orientación en planificación familiar 8 millones de mujeres en Brasil, 7 millones en México y cerca de 2 millones en países como Colombia o Perú.

La falta de implementación de métodos anticonceptivos explica el elevado índice de fecundidad de la mujer latinoamericana. Así, el promedio de México se eleva a 4 hijos por mujer, en Venezuela se sitúa en 3 hijos, en Argentina 2.7 Y en Brasil, Chile y Colombia en 2.6 hijos por mujer. (3)

Otro hecho que llama la atención es el elevado porcentaje de nacimientos entre jóvenes de 15 a 19 años, que se sitúan en un 16.5% de todos los registrados, los adolescentes sexualmente activos tiene un periodo de espera en promedio de 1 año luego de comienzo de su actividad sexual para emplear anticonceptivos, como consecuencia de este tiempo el 50% de los embarazos ocurren en los primero 6 meses posteriores a su primera etapa coital y en el periodo inicial del ciclo de vida familiar aún con falta de adaptación a su vida conyugal. Este indicador representa los promedios con europeos y estadounidenses, por debajo de 8%. (3,4)

En la actualidad, se estima que en Latinoamérica existen 110 millones de mujeres en edad fértil y unos 46 millones utilizan métodos anticonceptivos, de estas, 16 millones utilizan métodos reversibles y casi 30 millones irreversibles. Se calcula que para el año 2005 habrá aproximadamente unos 130 millones de mujeres en edad fértil, ascendiendo el número de usuarias de métodos a unos 75 millones, según las estimaciones efectuadas por Population Action International.

El panorama en 1995 de los datos poblacionales importantes a considerar en México

reportados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) (5) , son los siguientes: Población total de México 89,120,433 , Población total femenina en México 46,242,875, Población total masculina en México 44,877,558 , total de Mujeres en Edad Fértil (MEF) en México 22,118,591 ,total de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU) en México 14,502,004 Y en relación con Embarazo/ Fecundidad sobresalen el número de embarazos en México 4,200,000 cada año. Maternidad sin riesgos, el número de nacimientos en México es de 2,735,312., el porcentaje de embarazos en México que culminan en nacimientos deseados es de 60%.

LA FAMILIA Y EMBARAZO

La gestación y el nacimiento son sucesos que se consideran importantes en la mayoría de las culturas, en la familia el embarazo se considera como un periodo de gran susceptibilidad donde es necesario comprender las interacciones complejas de los factores psicosociales y biológicos de cada paciente durante este periodo, en forma general el embarazo es un factor de gran tensión familiar, lo cual unido a factores intrafamiliares afectan las relaciones funcionales de la familia al producir los diferentes grados de dificultad, la familia siendo un microsistema funcional sujeto a leyes o reglas deberá responder a una adaptación según se exploró en un estudio de embarazo y depresión realizado en Pinar del Río Cuba (6,7,8).

El uso de variables de familia como estructura familiar, dinámica familiar, Apgar familiar y aceptación del embarazo por la familia fue abordado por el estudio de Díaz J en Pinar del Río, encontrándose que al aparecer un embarazo se incrementan la aparición de problemas nuevos y con frecuencia los anteriores se intensifican, por lo que es importante que el nivel de aceptación del embarazo por la familia sea tomado en cuenta, una dinámica inadecuada, los pacientes con estructura familiar ampliada y las familias moderadamente disfuncionales o las severamente disfuncionales requiere del abordaje integral y establecer estrategias de tal forma que el deseo de embarazo sea un motivo de alegría a la familia y no de mayor problema. (8)

Es importante reconocer los múltiples problemas biomédicos del embarazo: perfil obstétrico de la adolescente, la gestante añosa, extrema pobreza, cesárea previa, periodo intergenesico corto, diabetes e hipertensión ya ampliamente conocidos, también es importante indagar sobre la opinión de uso de metodología anticonceptiva por mujeres en edad fértil, en un estudio realizado en Perú y publicado en el congreso Peruano de Ginecología se determino que la planificación familiar esta ligada a una paternidad responsable, en este estudio la mayoría de las mujeres en edad fértil no reconoció sus derechos como personas y tampoco sus derechos reproductivos. (9)

EL APGAR FAMILIAR

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación 1, esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar (10,11) como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar., sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familiar.

La validación inicial del APGAR familiar (11) se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos.

La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwán que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. (12)

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares pero lo más común en la práctica médica es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas, en esos el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. (12)

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en embarazo (13) , situaciones relacionadas a el embarazo (14-17), depresión del posparto (18) defectos en los recién nacidos (19).

Además se ha estudiado el impacto del embarazo en aspectos psicosociales , planteamientos de investigación en programas de planificación y cuidados prenatales que de alguna manera tratan de ampliar las perspectivas. (20, 21, 22, 23)

Definición de Medicina Familiar

Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.

Definición del médico familiar

Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.

Concepto de familia

Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados ya sea por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.

Estructura y funciones de la familia

Estructura

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.

Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, Se reconocen las siguientes funciones:

- **SOCIALIZACION:** Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **AFEECTO:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **CUIDADO:** Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **ESTATUS:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **REPRODUCCION:** Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **DESARROLLO Y EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD.**

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

Con parentesco	Características
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o mas
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otra persona con parentesco.
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos mas otras personas con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, mas otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, mas otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).

Sin parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.
Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera).

Dinámica Familiar

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, inmadurez y funcionamiento del grupo familiar.

Salud Familiar

Homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

Evaluación de la familia

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador, de las esferas biológicas y psicosociales a través del estudio de salud familiar.

La práctica de la Medicina Familiar en el mundo es muy diversa. No existe en el mundo un sistema de salud que considere la realización del estudio de salud familiar a la totalidad de los pacientes atendidos y sus familias. El estudio de salud familiar no se justifica en todas las familias que se encuentren bajo el cuidado de los médicos familiares. Entre las circunstancias clínicas ante las que se recomienda realizar un estudio de salud familiar se encuentran las siguientes.

- Pacientes con signos y síntomas mal definidos.
- Problemas de salud mental
- Ansiedad y depresión
- Obsesiones y fobias
- Enfermedades psicosomáticas y trastornos de somatización.
- Duelo patológico
- Hiperutilización de los servicios
- Incumplimiento de la prescripción
- Problemas de adicción
- Uso de drogas
- Alcoholismo
- Abuso de psicofármacos
- Tabaquismo
- Niños con problemas

- Trastornos de alimentación
- Trastornos de conducta y aprendizaje
- Enuresis y encopresis
- Crisis familiar
- Disfunción familiar
- Enfermedades congénitas y hereditarias
- Acontecimientos vitales con mal manejo del estrés
- Mal control de enfermedades crónicas y degenerativas
- Violencia intrafamiliar y problemas de adaptación social
- Enfermedades de transmisión sexual en especial VIH/sida y VPH
- Problemas relacionados con la sexualidad
- Abuso sexual y violación.

Para el estudio de estos problemas de salud existen algunos instrumentos básicos para el estudio de salud de salud familiar, entre los cuales puede mencionarse los siguientes:

- Historia clínica (instrumento de trabajo clínico de todo medico)
- Genograma (instrumento que proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales y propicia una adecuada relación medico pacientes. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia).
- Clasificación familiar (permite identificar desde diversas perspectivas las características de las familias)
- Ciclo vital familiar (favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias)
- Apgar familiar (instrumento de auto aplicación que evalúa la percepción del apoyo familiar. Contiene 5 preguntas).

- FACES III: (instrumento de auto aplicación que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar. Contiene 20 preguntas)
- Índice simplificado de pobreza familiar: (instrumento de auto aplicación que evalúa elementos esenciales para la identificación de pobreza en las familias. Contiene cuatro preguntas).
- Escala de reajuste social de Colmes y Rahe (instrumento observacional que permite realizar una evaluación cuantitativa de los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas).
- Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL de apoyo social (instrumento de auto aplicación que informa sobre el tamaño de la red social a través de cuatro dimensiones de apoyo. Contiene 20 preguntas).

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados han sido utilizados, probados y validados en el ámbito de la Medicina Familiar en lengua castellana. La aplicación de instrumentos de evaluación psicosocial en el ámbito clínico requiere de un análisis crítico de la literatura científica que los respalda, considerando su grado de desarrollo a través de investigaciones empíricas así como la evaluación de su fiabilidad y validez tanto en el idioma original como el español; este análisis propicia la clara comprensión de los alcances y limitaciones del instrumento. Los médicos familiares y el equipo de salud deben tomar en cuenta estas consideraciones cuando decidan aplicar otros instrumentos de este tipo.

Evaluación de la función familiar

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional. Esto hace que en la evaluación del grado de norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existen en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función en forma absoluta solamente se miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en medicina familiar características específicas que la diferencian de la que puede realizarse por otras disciplinas científicas, ya que tiene el propósito fundamental de comprender en forma integral el contexto en que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta y permite reorientar su tratamiento hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en medicina familiar.

Con base en estos contextos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar. (25).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

.Es un conjunto de métodos que permite a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo; que puede ser temporal o definitivo. Se trata de impedir el encuentro entre el ovulo que desprende el ovario cada mes y los espermatozoides que son depositados en la vagina en cada relación sexual y suben hacia el cuello.

Métodos Naturales

La lactancia es uno de los métodos mas usados por la población. Se sabe que mientras una madre amamanta a su hijo es poco probable que exista ovulación y menstruación, pero esto dependerá de la cantidad de leche y numero de tetadas. Mientras mas leche exista en el seno materno menos probabilidades de ovulación existen, por lo que el método va perdiendo seguridad a través de los meses que va disminuyendo la lactancia. Es un método de buena aceptación, pero poco seguro.

El coito Interrupto

Consiste en la retirada del pene de la vagina cuando el hombre siente la inminencia de la eyaculación. Es uno de los métodos mas conocidos, que es fácil de aprender y sencillo. Puede ser de uso habitual o esporádico.

Su fracaso va del 10 al 38% años mujeres y las causas de estas son, retirada tardía por falta de control y fuga espermática preeyaculación.

Puede causar efectos secundarios físicos (impotencia, hipertrofia prostática), psíquicas (eyaculación precoz, insatisfacción sexual, etc.). En la mujer puede causar congestión pélvica, insatisfacción sexual y frigidez.

Es un método poco recomendable por todos los efectos secundarios antes mencionados y solo se recomendara en forma esporádica.

El método del Ritmo (Ogine-Knaus) o Abstinencia (Ogine-Knaus) o Abstinencia periódica.

La ovulación en la mujer ocurre una sola vez durante el ciclo menstrual y tiene una relación mas o menos constante con el principio del próximo periodo menstrual, ya que se producirá entre el 14 y 16 días después de la ovulación.

El ovulo generalmente puede ser fecundado de 12 a 48 horas después de salir del folículo. El espermatozoide depositado en la vagina puede mantener una capacidad fecundante de 48 a 72 horas. Todo coito realizado en un espacio de tres días antes de la ovulación puede fecundar ese ovulo y como el ovulo tiene capacidad de ser fecundado 24 horas, una relación sexual efectuada un día después de la ovulación puede dar lugar a un embarazo.

No es posible predecir la duración de ningún ciclo futuro, solo podría intentarse conociendo la historia menstrual de la persona , incluyendo la información de un año, tomando en cuenta que la ovulación no siempre es el mismo día , pudiendo adelantar o atrasar uno o dos días.

Tomando en cuenta estos conceptos se harán los siguientes cálculos: Como la segunda mitad del ciclo siempre dura 14 días y la ovulación se presenta 14 días antes de la regla, la abstinencia debe ser de cinco días antes (72 horas de la viabilidad del espermatozoide y 48 horas de seguridad) y 3 después, (24 horas de viabilidad del ovulo y dos de seguridad).

En las mujeres con ciclos irregulares, en ocasiones largos y otros cortos es complicado el uso del método y el índice de falla es mayor.

Este método puede completarse por medio de la curva de la temperatura basal, en el cual puede saberse el día de la ovulación de acuerdo al alza de la temperatura a partir de la segunda fase del ciclo.

El método del moco cervical o método Billings, esta basado en el hecho de que la cantidad y las características del moco que produce el cerviz uterino varia durante el ciclo menstrual, llegando a una filancia máxima durante el día de la ovulación. El día ovulatorio el moco es mas claro, fluido, filante. A partir de la ovulación el moco es mas espeso, turbio y la filantez es mínima.

El fracaso del método del ritmo es superior al 14% pero la conjunción de los métodos reducirá las fallas de cualquiera utilizados aisladamente.

Métodos Mecánicos

Tiene como fin impedir el acceso del espermatozoide hacia la cavidad uterina.

Preservativo o Condón

Es un receptáculo fino, dilatado de caucho o látex, que cubre completamente el pene, previamente al coito, el semen es recogido durante la eyaculación y el cuello uterino queda protegido del riesgo de la inseminación.

Se uso primero para prevenir las enfermedades venéreas, y posteriormente es mas usado como anticonceptivo.

En la actualidad la técnica de fabricación se basa en métodos electrónicos y el control de calidad es mas estricto, por lo que su índice de fracaso oscila entre 8% años mujer.

El método es eficaz si se coloca correctamente, es inocuo y de fácil aplicación.

Su colocación debe ser inmediatamente antes del coito y retirarlo antes de la detumescencia del miembro.

Diafragma

Es un disco de goma fina, en forma de cúpula cuyo borde circular esta reforzado por un anillo metálico flexible que colocado en la vagina cubre el cervix o impide el paso de los espermatozoides al cerviz. Siempre se utiliza en combinación con alguna crema o jalea anticonceptiva.

Es uno de los métodos anticonceptivos que mas requiere el consejo y decisión del medico.

Debe efectuarse un examen ginecológico, que descarta cualquier proceso patológico que afecte la estática pélvica y comprobación del fondo de saco de douglas liso y libre, ya que el diafragma ha de cruzar la vagina diagonalmente entre la sínfisis del pubis y el fondo de saco de douglas, debiendo quedar el cervix en el compartimiento superior.

Debe tomarse la medida, que va desde el saco al retropubis, la cual será el diámetro del diafragma que debe emplearse.

Para conseguir una buena efectividad anticonceptiva debe darse una explicación

detallada de su cuidado y aplicación, haciendo siempre algún ensayo para que la paciente aprenda a colocarlo.

Su efectividad es de 10 a 10 embarazos por 100 años de uso; 5-10% de fracasos.

Como contraindicaciones importantes mencionaremos las siguientes: prolapso uterino, cistoceles importantes, grandes dehiscencias perineales, fondo de saco de douglas ocupado o deformado por bridas o adherencias.

El capucho cervical es similar al diafragma y esta destinado a cubrir la totalidad de la posición intravaginal del cerviz y se utiliza cuando el cervix es suficientemente largo, sano y sin desgarros.

Su empleo es excepcional y solo lo mencionaremos ya que en nuestro medio no ha tenido aceptación.

METODOS QUIMICOS:

Existen productos químicos que no son dañinos a los tejidos y que colocados en la vagina antes del coito inmovilizan o matan al espermatozoide, antes de que por su actividad puedan alcanzar el cuello uterino.

Llevan consigo un excipiente y la sustancia espermaticida, el primero actúa como bloqueador mecánico del cuello y la sustancia química destruye los esperillos.

Son métodos de muy sencilla aplicación por lo cual son bien aceptados, su principal inconveniente es de que deber ser colocados antes del coito.

Los componentes pueden variar en sus proporciones, pero en general suelen poseer los mismos productos.

Acido Láctico, Acido Bórico, Permanganato Potasico, Quinisa y varios compuestos de Politolietoxietanol.

Como excipientes para los semilíquidos se emplea glicerina, goma o almidón. Para los sólidos: cacao o gelatina. En los geles se usa celulosa.

Su forma de presentación es.

Aerosoles, pastas o cremas comprimidas en tubos, conteniendo un gas como el freon. La espuma se libera por presión sobre la válvula dentro de un aplicador para inyectar en la vagina.

Cremas, pastas o jaleas, en tubos de plástico o metal blando, que se utilizan como aplicadores, que dosifican la cantidad necesaria a depositar en vagina.

Tabletas vaginales, redondas u ovoides que depositada en la cavidad vaginal, liberan Bióxido de Carbono formando una espuma.

Supositorios hechos a base de gelatina y glicerina, que se derrite a la temperatura del cuerpo, a esta sustancia se le ha incorporado el espermaticida.

Películas plásticas, solubles en agua, impregnadas de un espermaticida, pueden ser usadas por uno o ambos cónyuges. La mujer puede introducir la película en la vagina antes del coito, o el hombre aplicarla en el glande antes de introducir el pene. Los efectos secundarios, pueden ser algunas reacciones alérgicas locales, o reacciones de intolerancia. Generalmente no tienen efectos tóxicos o sistémicos.

Su eficacia es variable y se recomienda en combinación con otros métodos anticonceptivos (como el diafragma, capuchón, DIU), para aumentar la misma.

El uso exclusivo de jaleas y cremas da una tasa de embarazo que oscila entre 2 y 38%.

Para los aerosoles las cifras son de 3 a 10 embarazos por 100. En general se puede decir que estos métodos son efectivos en un 75 a 80%.

DIU

Los dispositivos intrauterinos son artefactos de polietileno que introducidos en la cavidad uterina evitan la concepción.

Estos métodos anticonceptivos se caracterizan por que son altamente eficaces, de bajo costo y no interfieren con el acto sexual.

Los primeros estudios clínicos de dispositivos intrauterinos se iniciaron con un anillo de acero inoxidable y posteriormente con dispositivos de plástico.

Actualmente podemos dividirlos en dispositivos inertes y dispositivos activos, los primeros son construidos solo de un material inerte (plástico o polietileno) y los segundos se les ha agregado un metal, el cobre, o una hormona que hace mas potente su acción por modificar las condiciones locales del endometrio y moco cervical.

Entre los dispositivos inertes mas usados son Asas de Lippes (A,B,C y D), el discutido Dalkon Shield y el Safe T. Coil.

Entre los activos tenemos la T Cu 200, el 7 de cobre Gravigard y la T de progesterona (Progestasert)

Los dispositivos intrauterinos están indicados en cualquier mujer que desee anticoncepción, exceptuando aquellas en las que exista contraindicación. Se recomienda en aquellas parejas que habiendo tenido descendencia, deseen evitar embarazos por un tiempo mas prolongado; en aquellas pacientes que presenten intolerancia a los hormonales y/o tengan adersion a ellas, en las que existen factores socio-culturales, psicológicos o de control que hacen inapropiado el empleo de otros métodos.

Entre las contraindicaciones principales, se mencionan: sospecha de embarazo, infección de genitales o pelvis, anomalías congénitas de útero o cervix; miomas submucosos, sangrados genitales anormales, y las alteraciones en la coagulación de la sangre.

Su mecanismo de acción no se encuentra bien dilucidado. Se ha demostrado que hay una correlación directa entre la infiltración leucocitaria inducida por el dispositivo y su eficacia en la prevención del embarazo, es decir que su efecto esta relacionado con la cantidad de células inflamatorias y los productos resultantes de su destrucción, así como los cambios bioquimicos que se observan en el endometrio.

Se dice que la producción de lizosimas por el endometrio ocurre cuando existe una inflamación crónica con infiltración de leucocitos y evita el embarazo por el efecto citotóxico que estos ejercen.

A nivel del miometrio aumentan su contractilidad, y a nivel de trompas aumentan su peristaltismo, acelerando el transporte del ovulo a través de ellas.

El mecanismo de acción del cobre en los DIU, es espermatodepresivo, o espermatokinoético y en concentraciones altas espermatocida. La progesterona en los DIU, tiene una liberación diaria de 35 a 45 mgr., durante un año y produce cambios endometriales parecidos a los provocados por los hormonales combinados.

Entre los efectos colaterales provocados por el DIU podemos mencionar: Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual; dolor hipogástrico tipo cólico; sangrado intermenstrual; expulsión y desplazamiento del DIU; en ocasiones retraso menstrual, efecto vagal en su inserción.

La perforación uterina a su inserción es rara, siguiendo la técnica correcta para ello.

La efectividad clínica o de uso, depende de la correcta valoración que se realice de las características de la cavidad uterina.

Se insertara de preferencia en los días correspondientes al periodo menstrual, para garantizar la ausencia de gestación y tener mayor permeabilidad cervical.

Para colocar los DIU cuyo aplicador tiene embolo, este se introduce hasta el fondo uterino y fijando el embolo se retrae el aplicador sin empujar el embolo excepto en aquellos cuyo aplicador tiene un tope que impide que la punta del aplicador sobrepase demasiado el orificio cervical interno, en estos casos con el embolo se empuja el DIU hasta la cavidad uterina.

Algunos otros DIU, su aplicador no tiene embolo, en ellos el DIUY esta sostenido en el aplicador por una muesca y con un movimiento rotatorio, se desprende el DIU, el cual quede dentro de la actividad uterina.

La mayoría de los efectos indeseables ocurren durante el primer ciclo menstrual, por lo que se recomienda su primera visita de control a los 30 días y después cada 6 meses o 12 meses.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

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

COMPONENTES DE LA FORMULA:

Básicamente, se utilizan 2 tipos de elementos hormonales que son de efecto estrogenico y de efecto progestagional.

Los estrógenos son derivados de 17-B-estradiol (estrógeno natural) y son el etinil estradiol y el 3 metil-éter del etinilestradiol (mestranol).

Los progestagenos pueden ser derivados de la 17 hidroxiprogesterona (clormadinona, megestrol, medroxiprogesterona) o de la 19 nortestosterona (noretindrona, noretinodrel, norgestrel, D-norgestrel, diaacetato de etinodiol, etc.)

MECANISMO DE ACCION:

Es conveniente tratar de separar los efectos y mecanismo de acción del componente estrogénico y el progestacional, ya que esto nos ayuda a comprender cosas como el motivo de que diferentes tipos de combinación tengan diferente actividad anticonceptiva.

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

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

Analizando los efectos ya mencionados, nos damos cuenta de que el mejor de todos es el de imposibilitar la maduración folicular y con esto la ovulación.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:

Las posibilidades básicas de tratamiento son las siguientes: Tratamiento secuencial, tratamiento combinado (simultáneo) y tratamiento continuo (progestágeno).

TRATAMIENTO SECUENCIAL:

Se inicia al 5to día del ciclo (de haberse iniciado la menstruación) y durante los primeros 11 a 14 días se administra en la tableta únicamente estrógeno y posteriormente en los restantes 10 o 7 días, la tableta contiene además el progestageno. Si analizamos lo anterior, nos percatamos de que solamente el estrógeno actúa como anticonceptivo al interferir en el hipotálamo en la primera fase del ciclo, pero el progestageno, que es administrado en la segunda fase, hará que el endometrio se transforme y posteriormente descame, pero no tendrá ningún efecto anticonceptivo pues el endometrio ya estará proliferado y en caso de haber ovulación, todo estará a favor de la fecundación y de la nidación.

Existen preparados comerciales con 11 tabletas de estrógeno solo y 10 de estrógeno + progestageno y otros con 14 tabletas de estrógeno y 7 de estrógeno + progestageno. Este tratamiento produce generalmente, sangrados cíclicos normales.

TRATAMIENTO COMBINADO (SIMULTANEO):

La administración de una tableta diaria se inicia también el 5to día del ciclo, pero en este caso, todas las tabletas contienen estrógeno y progestageno. Este tratamiento tiene la ventaja de sumar durante todo el ciclo, los efectos del estrógeno y del progestageno con lo cual, a nivel hipotalámico, el bloque se suma y es mayor que el del estrógeno solo del tratamiento secuencial, por lo que resulta más segura la anovulación; además, en la primera fase del ciclo, el efecto del progestageno produce los cambios endometriales que ya analizamos produciendo endometrio inadecuado para una posible nidación, en caso de fallar la anovulación; también se suman los efectos del progestageno a nivel tubario y de moco cervical, con lo cual, la seguridad anticonceptiva se torna óptima.

TRATAMIENTO CONTINUO:

Consiste en la administración exclusiva de un progestageno en tabletas diaria en forma continuada durante todos los días del ciclo, independientemente de los periodos de sangrado. Debemos recordar que el efecto anovulatorio del progestageno es menor que el del estrógeno, por lo que en este método , solo se logra anovulacion en aproximadamente 40% de los ciclos, siendo esta la razón de su menor efectividad, la cual esta dada básicamente por los otros efectos del progestageno a nivel endometrial, tubario y de moco cervical.

TRATAMIENTO COMBINADO MENSUAL ORAL:

Se utilizan estrógenos y progestagenos con cambios químicos de radicales que les confieren acción prolongada. La tableta se toma el 25o día del ciclo, únicamente. Tiene el inconveniente de que los cambios que puedan existir en el tubo digestivo interfieren con su absorción, dando mas índice de falla.

TRATAMIENTO COMBINADO MENSUAL PARENTERAL:

En este caso, la via de administración es intramuscular, siendo los componentes, estrógenos y progestagenos como en el caso anterior. Su aplicación es entre el 7º al 10º. Días del ciclo. Tiene como ventaja sobre el tratamiento combinado oral (diario), que no existe la posibilidad de omisión de alguna tableta, pero existen mayores efectos colaterales e indeseables como son alteraciones en sangrado y algo muy importante es el retardo en el restablecimiento de la fertilidad después del tratamiento, en un buen numero de pacientes.

TRATAMIENTO CON PROGESTAGENOS PARENTERALES (DE DEPOSITO).-

Consiste en la administración parenteral trimestral de un progestageno (sin estrógenos) que es liberado de su sitio de aplicación, paulatinamente. Los fármacos usados son el acetato de medroxiprogesterona en dosis de 150mg. Cada 90 días y el enantato de 19 nor-etinil-testosterona, 200 mg. Cada 84 días. Tienen la ventaja de su cómoda aplicación, pero un efecto colateral importante es la atrofia endometrial con amenorrea la cual se presenta en aproximadamente el 90% de las pacientes después de la 3ª a 4ª dosis, por lo que no es muy recomendable en pacientes jóvenes que deseen retornar a la fertilidad en cualquier momento.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

El índice de efectividad de los tratamientos o métodos anticonceptivos se mide en relación al número de embarazos que se presentan en la cantidad total de ciclos de aplicación del procedimiento anticonceptivo y a esto se llama índice de Pearl.

Para una población normal que no lleva a cabo ningún método anticonceptivo, el índice de Pearl resultante es de 80.

Mientras mas bajo sea el índice de un procedimiento anticonceptivo mas efectivo es el mismo.

De los tratamientos que hemos revisado en este capítulo, el más efectivo de todos es el de progestagenos sintéticos combinados con estrógenos de ingestión diaria, siendo su índice de Pearl de 0.2 (0.2 embarazos por 100 años mujer, 1200 ciclos). El tratamiento combinado parenteral mensual tiene un índice de 0.5 a 0.8; el tratamiento secuencial oral diario ofrece un índice de 0.8 a 2.0; el del tratamiento parental trimestral es de 0.5 a 1.5; el tratamiento de progestagenos continuos orales diarios tiene un índice promedio de 4.0 a 8.0 y por ultimo, el índice es de 2.0 a 8.0 para el tratamiento combinado oral mensual.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar: Nauseas, Cefalea, Vomito, Mareo, Mastalgia, Cloasma, Manchado intermensual.

Indicaciones:

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenesico
- En el postaborto inmediato
- En posparto o poscesarea, después de la tercera semana, si la mujer no esta lactando.

Contraindicaciones:

- Lactancia en los primeros seis meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido enfermedad trombo embolica, incluyendo trombosis de venas profundas, embola pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquemia, y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cervix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones:

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitas no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina
- Insuficiencia renal
- Alteraciones de la coagulación.

METODO HORMONAL SUBDERMICO

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

FORMULACION:

Seis capsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg de levonorgestrel.

PRESENTACION:

Seis capsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30um diarios de levonorgestrel..

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

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

INDICACIONES:

Esta indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

-Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.

-En el intervalo intergenesico, inclusive cuando el uso de estrógenos este contraindicado.

-En el posparto o postcesarea, con o sin lactancia.

-En el postaborto inmediato.

CONTRAINDICACIONES:

-Embarazo o sospecha de embarazo, Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix, Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, Enfermedad hepática aguda o crónica activa, Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

PRECAUCIONES:

-Hemorragia uterino anormal de etiología no determinada, Insuficiencia renal, Cardiopatía isquémica, Depresión importante, Migraña focal, Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kg.

FORMA DE ADMINISTRACION:

Las capsulas deber insertarse subdermicamente en la cara interna del brazo siguiendo las técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualesquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y postcesarea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

METODOS PARA EL CONTROL DEFINITIVO DE LA FERTILIDAD

VASECTOMIA:

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

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

-Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

INDICACIONES:

Este procedimiento esta indicado para hombres en edad fértil con vida sexual sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

Fecundidad satisfecha, Razones médicas, Retardo mental.

CONTRAINDICACIONES:

Criptorquidia, Antecedentes de cirugía escrotal o testicular, Historia de impotencia.

PRECAUCIONES:

Infección en el área operatoria, Hidrocele, Varicocele, Filariasis (escroto engrosado), Hernia inguinoescrotal, Enfermedades hemorragiparas.

EFFECTOS COLATERALES:

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico: Equimosis, Infección de la herida quirúrgica, Granuloma, Hematoma.

OCCLUSION TUBARIA BILATERAL

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

INDICACIONES:

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha, Razones médicas, Retardo mental.

CONTRAINDICACIONES:

Enfermedad inflamatoria pélvica aguda.

PRECAUCIONES:

Embarazo o sospecha de embarazo, Discrasias sanguíneas no controladas, Anemia severa, En el posparto cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia, Falta de movilidad uterina (adherencias).

DURACION DE LA PROTECCION ANTICONCEPTIVA:

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar conciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

EFFECTOS COLATERALES:

No se conocen efectos colaterales, asociados directamente al método, Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general), o quirúrgico (hemorragia o infección). (26,27).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel científico, distintos expertos en planificación familiar y demografía explican que las cifras bajas de uso de metodología anticonceptiva son debido a varios factores: Abordaje individualista biomédico, carencia de educación, en el curriculum escolar sin educación sexual, falta de información orientada a la salud de la mujer por los equipos de salud, razones de tipo moral y cultural, razones propias de idiosincrasia, concepto de virilidad, papel marginal de la mujer en la familia.

Desde el punto de vista de la problemática social, de acuerdo con el enfoque sistémico en medicina familiar, el no uso de metodología anticonceptiva puede ser parte de un sistema disfuncional, controversia que habrá de estudiarse en todas las parejas, por eso se pretende determinar el perfil funcional familiar en mujeres en edad fértil y sus características sociodemográficas. (1,2,3)

En relación a la elevada aceptación de métodos anticonceptivos en el universo de trabajo de la unidad medica, derivando a su vez en una inversión de la pirámide poblacional, por lo cual la pregunta seria:

¿Cuál es la relación que hay entre Tipología familiar, funcionamiento familiar y la aceptación ó no de metodología anticonceptiva?

JUSTIFICACIÓN

Existen diversos estudios anteriores que han incluido la tipología y funcionalidad familiar en la no aceptación de metodología anticonceptiva a nivel regional, estatal y nacional, enfocados a factores predisponentes, sin considerar el estudio de la familia en forma integral y sobre todo su funcionalidad.

En el universo de trabajo de esta unidad medica se observa que de un total de 5 escuelas preescolares con un promedio de 20 alumnos por grupo ha disminuido a un total de 3 escuelas con un promedio de 10 alumnos por grupo en el lapso de 15 años a la fecha; así mismo, se observa una inversión de la pirámide poblacional. Motivo que justifica la realización del presente estudio.

Los resultados en la evaluación del perfil funcional familiar en la salud reproductiva será una de las respuesta a las necesidades que tienen los médicos y el sector sanitario en la aceptación de metodología anticonceptiva con un enfoque sistémico y de acuerdo a su periodo del ciclo vital familiar y sus condiciones sociodemográficas.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la tipología y el funcionamiento familiar en relación con el uso de metodología anticonceptiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar los factores familiares que propician la aceptación de metodología anticonceptiva.
- 2.- Establecer la etapa del ciclo vital familiar.
- 3.- Determinar las condicionantes que predisponen a la aceptación de metodología (promedio de hijos por familia, grupos de edad vulnerables, estado civil, años de union conyugal, escolaridad, ocupación.).
- 4.- Conocer la estructura familiar.
- 5.- Identificar el método de planificación familiar mas utilizado.

METODOLOGÍA

Población: Mujeres en edad fértil que acuden a la Unidad de Medicina 243 Aguascalientes La Mata. De 15 a 49 años.

MUESTRA:

Proporción prevista 50%, nivel de confianza 95%, número de mujeres fértiles (15 a 49 años) (192), tipo de muestreo por cuota. Hipótesis de dos colas.

PROCEDIMIENTO

Se realizará una abordaje familiar con dos instrumentos, El Apgar Familiar y cuestionario de uso de metodología anticonceptiva Anexo 1 y 2.

Teniendo como unidades de investigación mujeres en edad fértil de 15 a 49 años con familia, con y sin metodología anticonceptiva, el periodo de aplicación será un año y el abordaje se realizara por el alumno de especialidad en medicina familiar, durante su tercer año de especialidad.

TIPO DE DISEÑO

Descriptivo transversal, Observacional y descriptivo.

TIEMPO

Enero a diciembre del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres fértiles de 15 a 49 años Oportuno habientes a la unidad de medicina rural de Aguascalientes La Mata, con o sin metodología anticonceptiva, con familia.

Aceptación del conocimiento informado verbal.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

Paciente con morbilidad para uso de metodología anticonceptiva trastornos hepático, tromboflebitis, patología de mama, trastorno de coagulación, insuficiencia venosa, esterilidad.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN.

Paciente que decida interrumpir el abordaje por razones propias, en respeto a su autonomía.

MANEJO ESTADÍSTICO.

Estadísticas descriptivas para variables universales, se calculo solamente con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencia y porcentajes de las variables.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo considerara el aspecto voluntario del sujeto para participar con respeto a su dignidad y pretende principalmente conocer los aspectos de funcionamientos familiar con relación a la falta de uso de metodología anticonceptiva, se basara en los principios universales del derecho del paciente como sujeto de investigación: autonomía, no mal eficiencia, beneficencia y justicia, previa valoración por el comité de ética de la unidad bajo el instrumento guía de estimación del riesgo ético de los protocolos de investigación publicado por Castilla Serna y cols en: la Gaceta Médica de México 1986, 122:93-103.

Anexo 3(9)

MANEJO ESTADÍSTICO.

Estadísticas descriptivas para variables universales, se calculo solamente con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencia y porcentajes de las variables.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo considerara el aspecto voluntario del sujeto para participar con respeto a su dignidad y pretende principalmente conocer los aspectos de funcionamientos familiar con relación a la falta de uso de metodología anticonceptiva, se basara en los principios universales del derecho del paciente como sujeto de investigación: autonomía, no mal eficiencia, beneficencia y justicia, previa valoración por el comité de ética de la unidad bajo el instrumento guía de estimación del riesgo ético de los protocolos de investigación publicado por Castilla Serna y cols en: la Gaceta Médica de México 1986, 122:93-103.

Anexo 3(9)

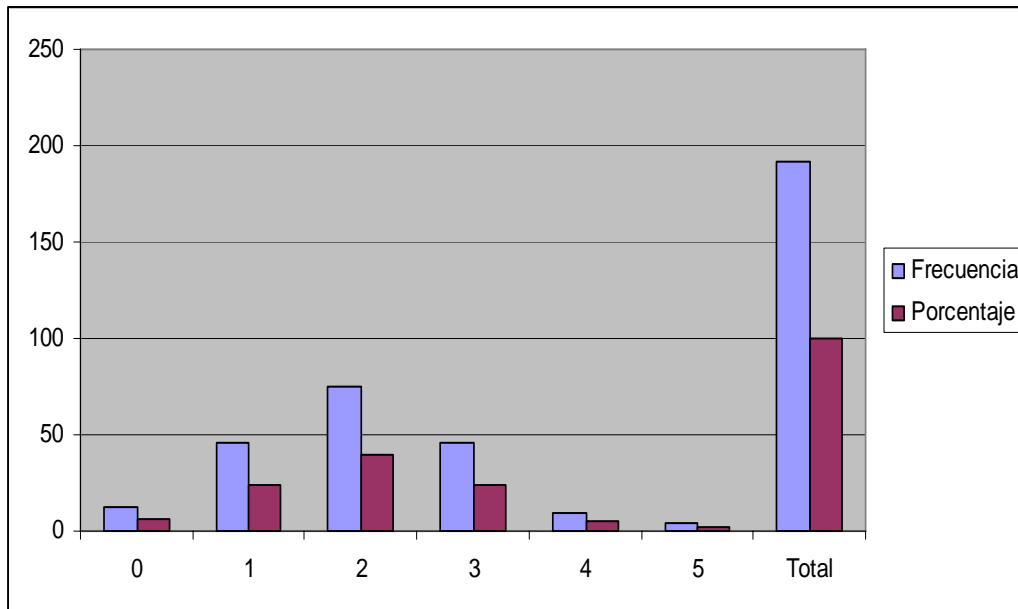
RESULTADOS

Se realizaron 192 entrevistas a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, que corresponden al 100 por ciento del universo de trabajo de la unidad medica,

El promedio de hijos por familia es de 2.

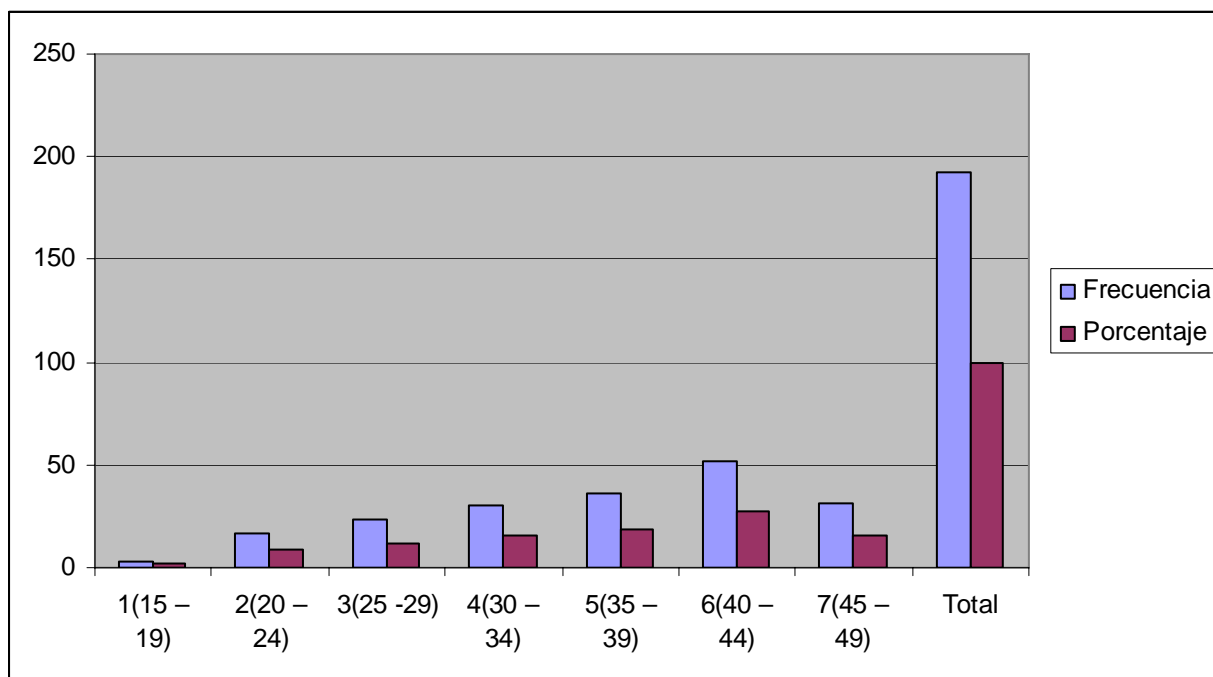
12 familias sin hijos (6.3%), 46 familias con 1 hijo (24%), 75 familias con 2 hijos (39.1%), 46 familias con 3 hijos (24%), 9 familias con 4 hijos (4.7%) y únicamente 4 familias con 5 hijos (2.1%).

numero de hijos		
	Frecuencia	Porcentaje
0	12	6,3
1	46	24,0
2	75	39,1
3	46	24,0
4	9	4,7
5	4	2,1
Total	192	100,0



El grupo de edad usuaria de métodos de planificación familiar con mayor aceptación correspondió al grupo de 40 a 34 años con un total de 52 y un porcentaje de 27.1%.

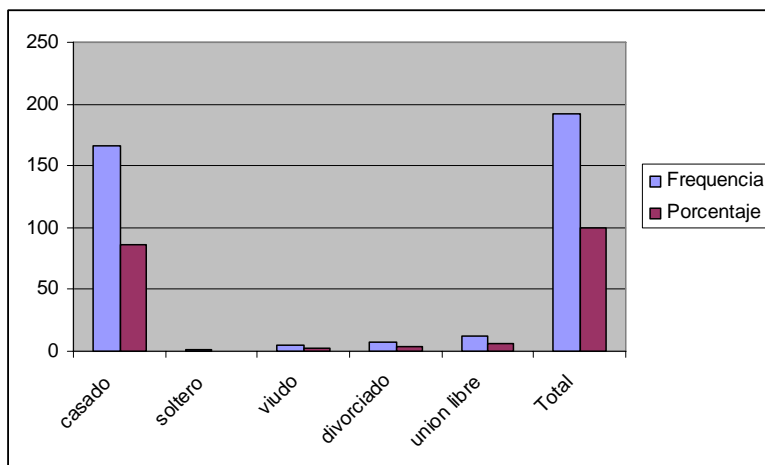
Gpo .Edad	Frecuencia	Porcentaje
1(15 – 19)	3	1,6
2(20 – 24)	17	8,9
3(25 -29)	23	12,0
4(30 – 34)	30	15,6
5(35 – 39)	36	18,8
6(40 – 44)	52	27,1
7(45 – 49)	31	16,1
Total	192	100,0



El estado civil de las usuarias 166 (86.5%) son casadas, 1 (.5%) soltera, 5 (2.6%) viudas, divorciadas 8 (4.2%), unión libre (12 (6.3%). Tabla 2.

estado civil de la paciente

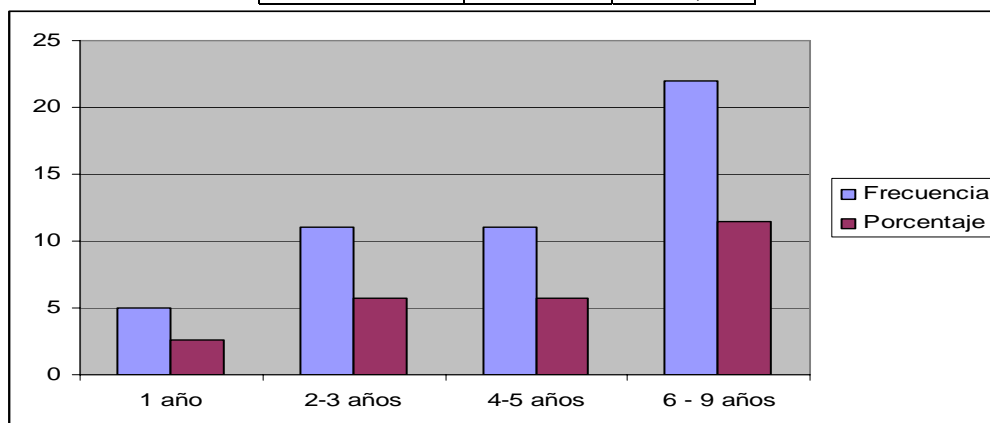
	Frecuencia	Porcentaje
casado	166	86,5
soltero	1	,5
viudo	5	2,6
divorciado	8	4,2
union libre	12	6,3
Total	192	100,0



Años de unión conyugal: El grupo mas frecuente es de mas de 20 años con 57 (29.7%).

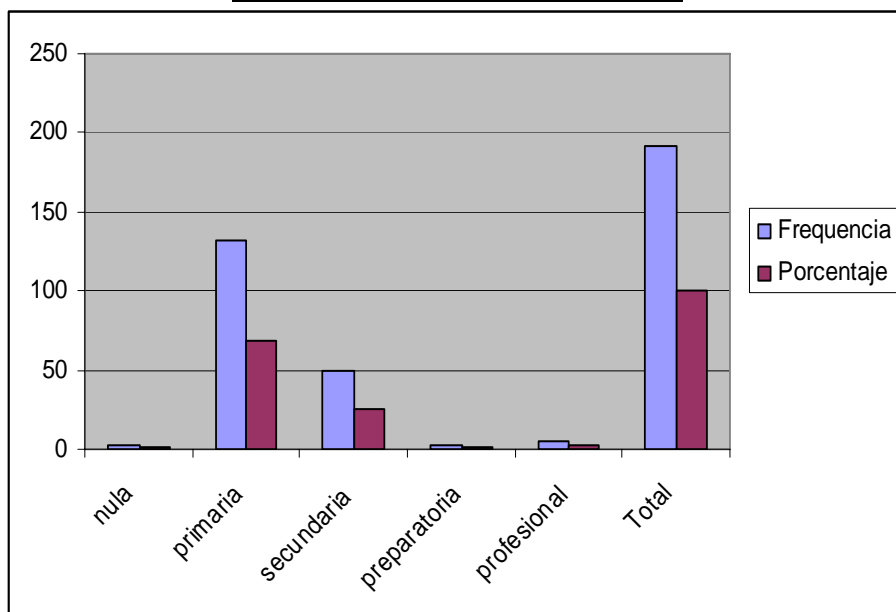
años de union conyugal

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
1 año	5	2,6
2-3 años	11	5,7
4-5 años	11	5,7
6 - 9 años	22	11,5
10-15 años	50	26,0
16-20 años	36	18,8
mas de 20 años	57	29,7
Total	192	100,0



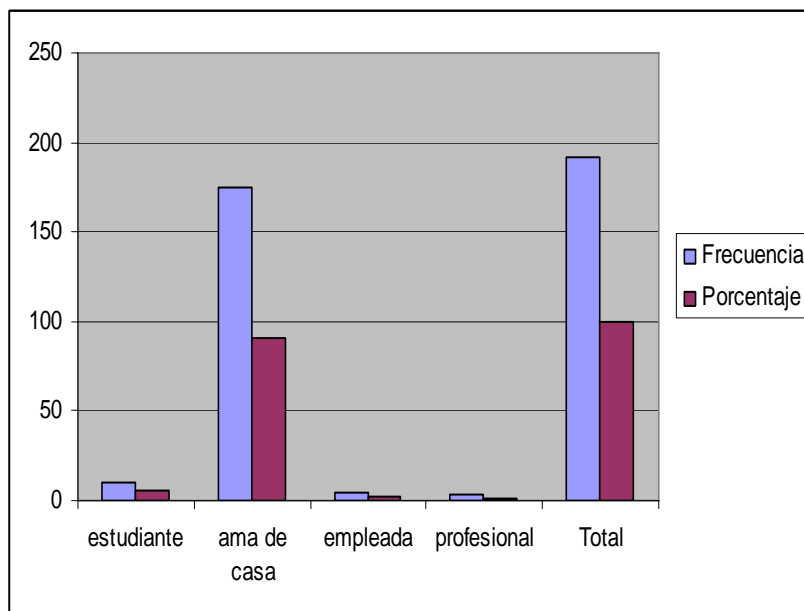
Escolaridad: la mas alta frecuencia de las usuarias solo tienen primaria completa con 132 casos (68.8%) tabla 4.

escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
nula	3	1,6
primaria	132	68,8
secundaria	50	26,0
preparatoria	2	1,0
profesional	5	2,6
Total	192	100,0



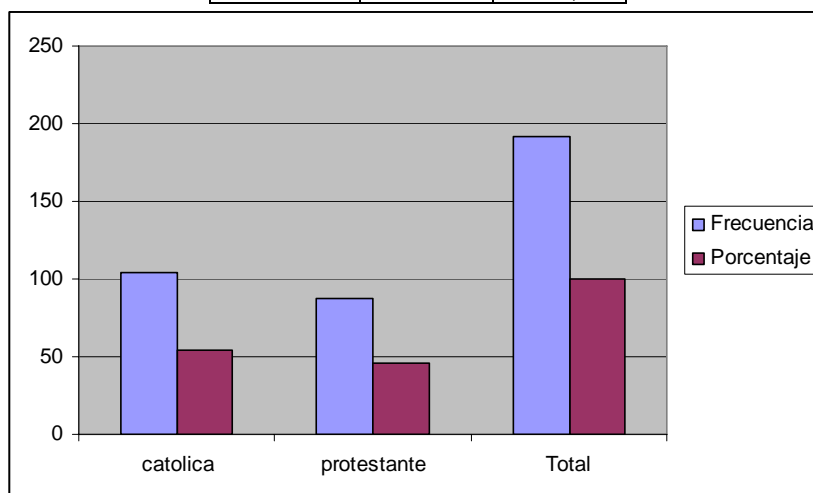
Ocupación: El grupo mas representativo fue el de amas de casa con 175 casos (91.1%).

ocupacion		
	Frecuencia	Porcentaje
estudiante	10	5,2
ama de casa	175	91,1
empleada	4	2,1
profesional	3	1,6
Total	192	100,0



Religión: La religión católica es la mas representativa con 104 casos (54.2%).

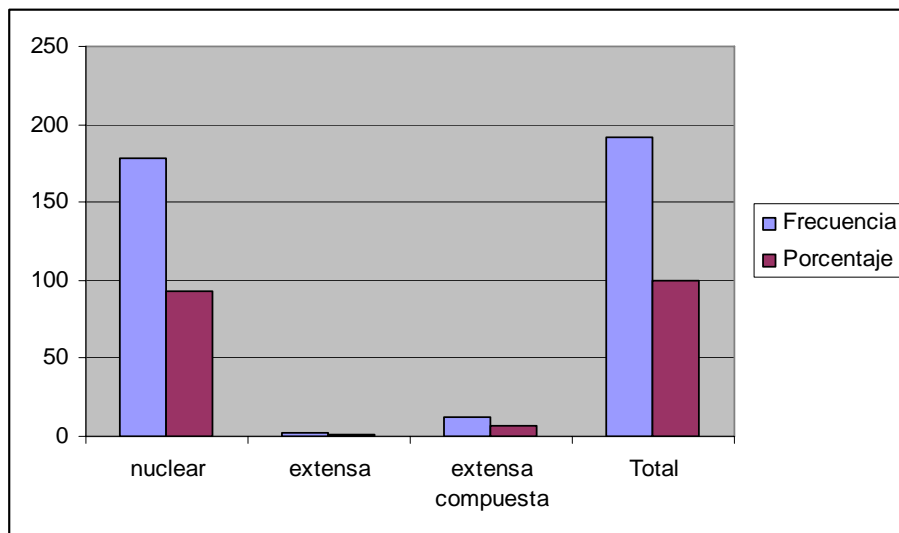
religion		
	Frecuencia	Porcentaje
catolica	104	54,2
protestante	88	45,8
Total	192	100,0



Estructura de la familia: 178 casos (92.7%) son familias nucleares, 12 casos (6.3%) son familias extensas compuestas, y 2 casos (1.0%) son familias extensas.

estructura de la familia

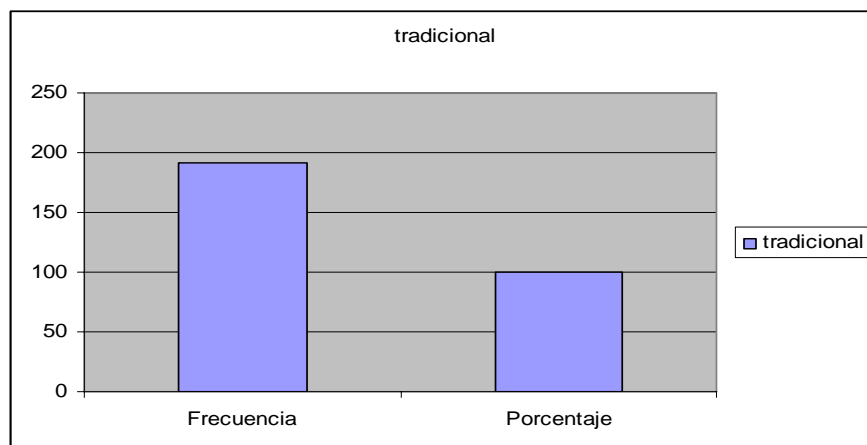
	Frecuencia	Porcentaje
nuclear	178	92,7
extensa	2	1,0
extensa compuesta	12	6,3
Total	192	100,0



Tipo de familia: El 100% (192 casos) de las familias encuestadas en el trabajo corresponden a familias tradicionales y rurales.

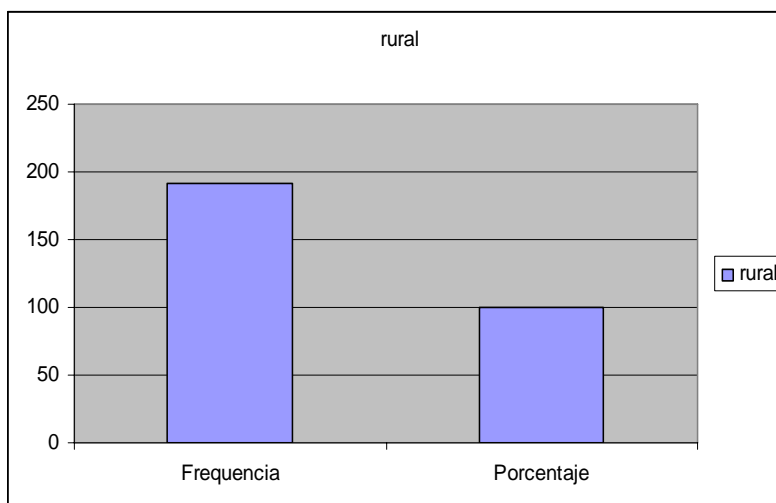
tipo de familia por su desarrollo

	Frecuencia	Porcentaje
tradicional	192	100,0



tipo de familia por su demografia

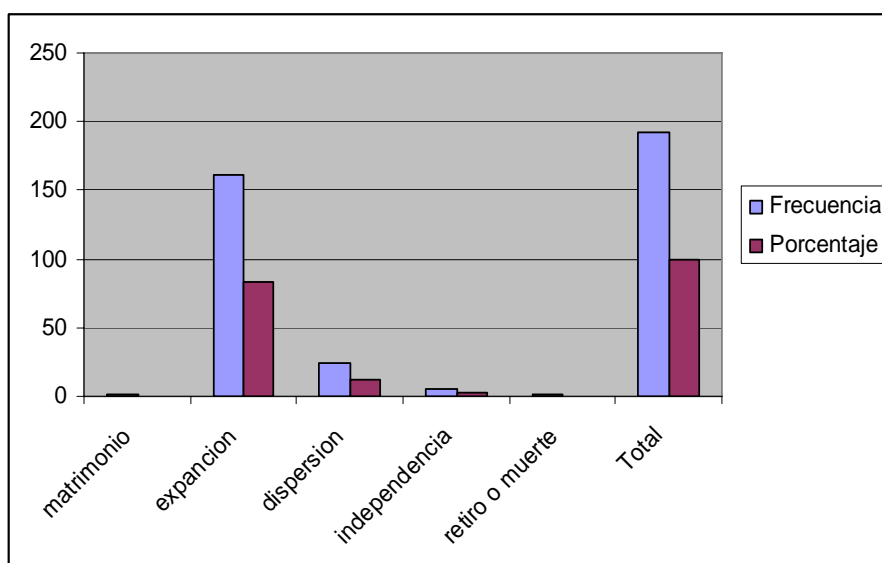
	Frecuencia	Porcentaje
rural	192	100,0



Etapa del ciclo vital: El grupo mas representativo corresponde al periodo de expansión según Geyman con 161 casos (83.9%).

etapa del ciclo vital

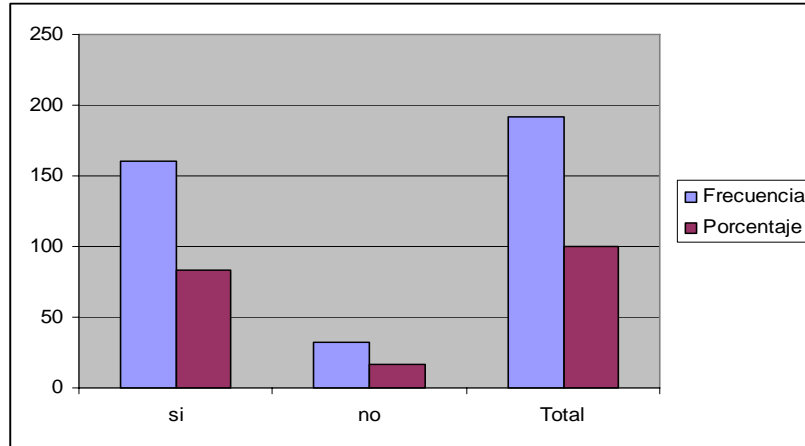
	Frecuencia	Porcentaje
matrimonio	1	,5
expansion	161	83,9
dispersion	24	12,5
independencia	5	2,6
retiro o muerte	1	,5
Total	192	100,0



Usuaris de métodos de planificación familiar: Se cuenta con una totalidad de 160 usuarias (83.3%).

utiliza método de planif. fam.

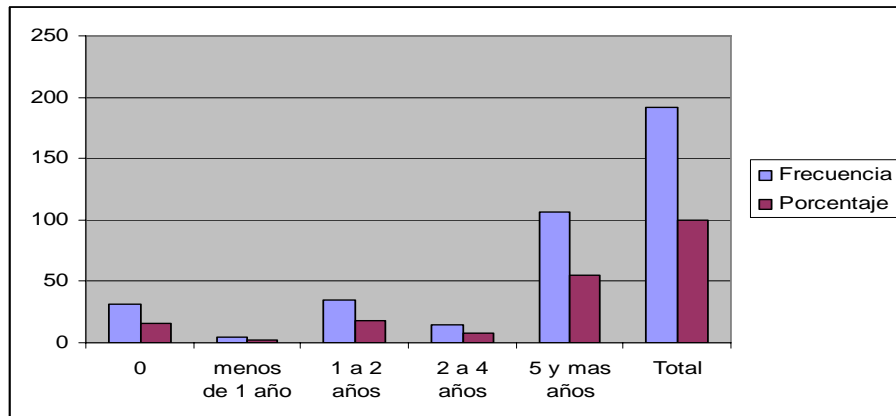
	Frecuencia	Porcentaje
si	160	83,3
no	32	16,7
Total	192	100,0



106 Usuaris de planificación familiar tienen mas de 5 años de ser usuarias de algún método de planificación familiar (55.2%).

desde cuando lo usa

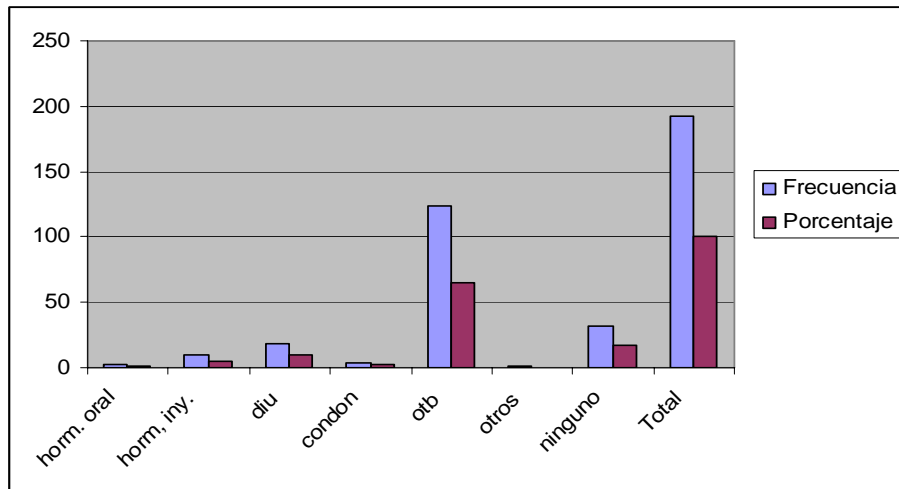
	Frecuencia	Porcentaje
0	31	16,1
menos de 1 año	5	2,6
1 a 2 años	35	18,2
2 a 4 años	15	7,8
5 y mas años	106	55,2
Total	192	100,0



El método de planificación familiar mas utilizado es la oclusión tubaria bilateral con 124 casos (64.6%), seguida del DIU con 18 usuarias (9.4%).

que metodo utiliza

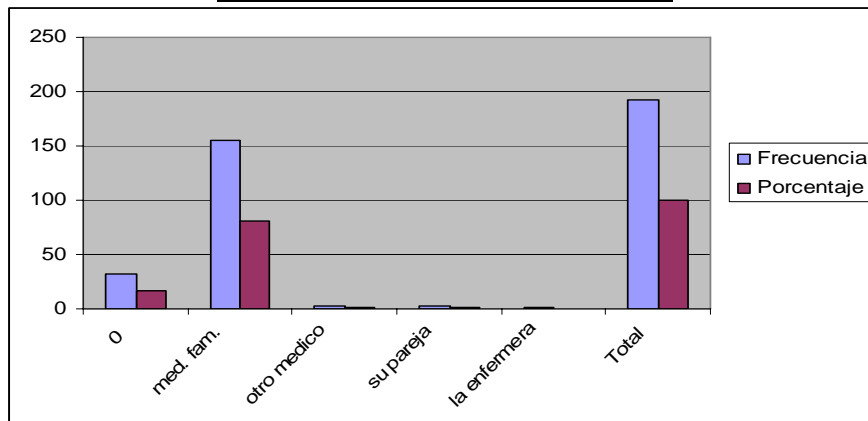
	Frecuencia	Porcentaje
horm. oral	3	1,6
horm, iny.	10	5,2
diu	18	9,4
condon	4	2,1
otb	124	64,6
otros	1	,5
ninguno	32	16,7
Total	192	100,0



La sugerencia de la metodología anticonceptiva es proporcionada por el medico familiar de la unidad medica con 155 casos (80.7%).

quien le sugirió el método

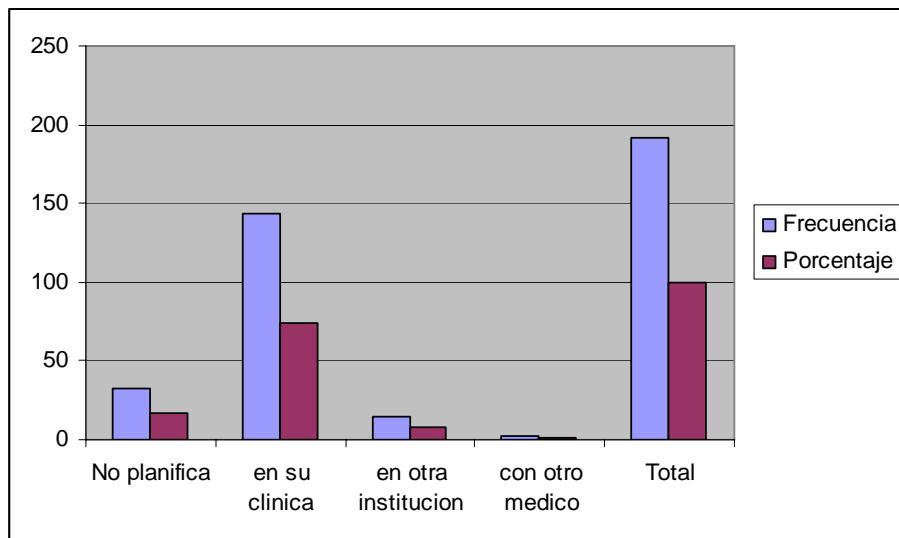
	Frecuencia	Porcentaje
0	32	16,7
med. fam.	155	80,7
otro medico	2	1,0
su pareja	2	1,0
la enfermera	1	,5
Total	192	100,0



La obtención de la metodología anticonceptiva es proporcionada en su mayor numero en la institución IMSS con 143 casos (74.5%).

donde obtiene su metodo

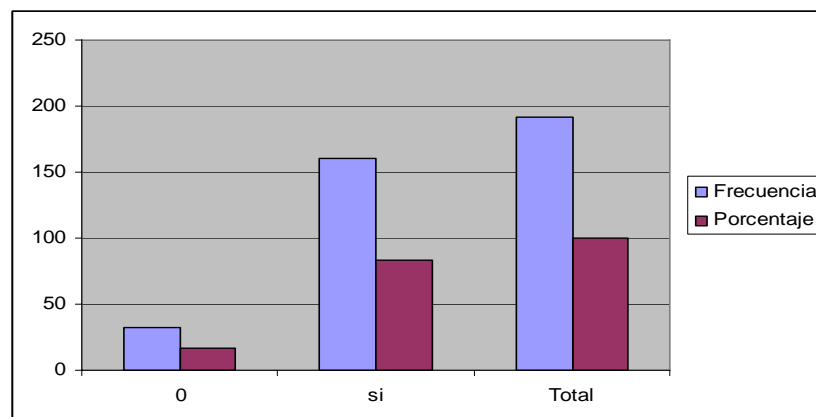
	Frecuencia	Porcentaje
No planifica	32	16,7
en su clinica	143	74,5
en otra institucion	15	7,8
con otro medico	2	1,0
Total	192	100,0



Las usuarias tienen un control medico regular en la unidad medica con 160 casos (83.3%).

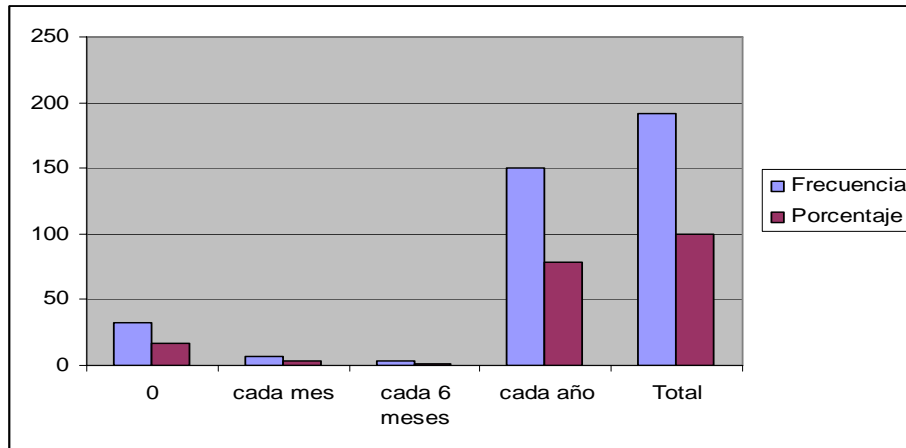
Tiene control periodico

	Frecuencia	Porcentaje
0	32	16,7
si	160	83,3
Total	192	100,0



Las usuarias acuden a control periódico de su metodología en mayor promedio cada año con 150 casos (78.1%).

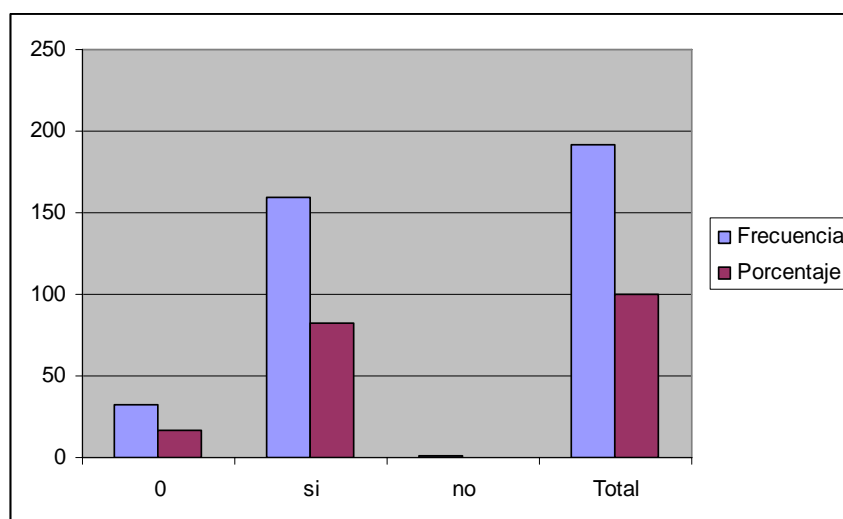
periodicidad		
	Frecuencia	Porcentaje
0	32	16,7
cada mes	7	3,6
cada 6 meses	3	1,6
cada año	150	78,1
Total	192	100,0



159 usuarias refieren estar satisfechas con la metodología anticonceptiva adoptada (82.8%).

esta usted satisfecha con su método

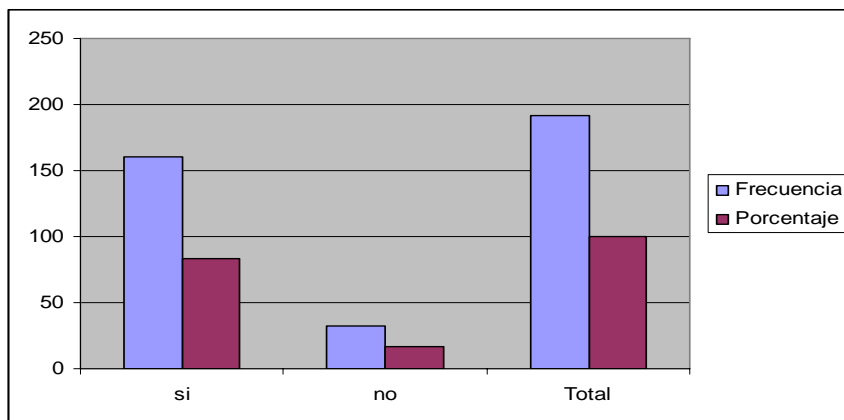
	Frecuencia	Porcentaje
0	32	16,7
si	159	82,8
no	1	,5
Total	192	100,0



La adopción de la metodología es de acuerdo con la pareja en un numero de 160 usuarias (83.3%).

Esta de acuerdo su pareja

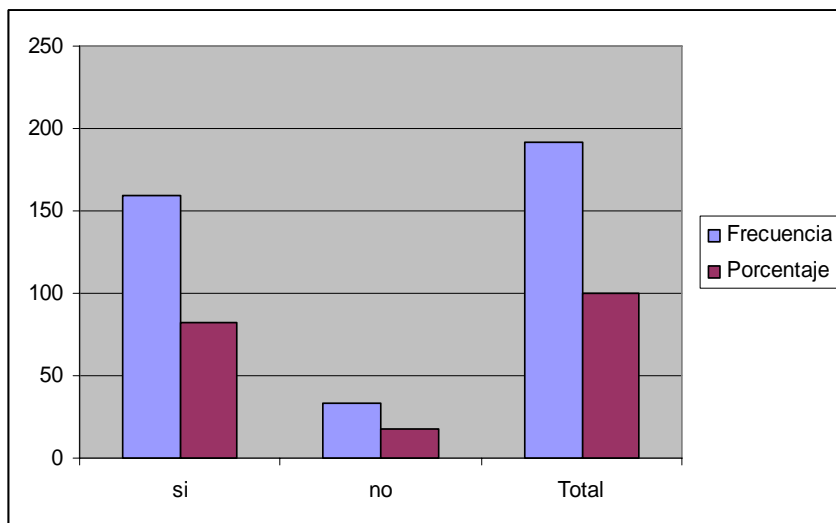
	Frecuencia	Porcentaje
si	160	83,3
no	32	16,7
Total	192	100,0



La adopción de la metodología anticonceptiva mediante la consejería informada y compartida esta correlacionada en 159 casos (82.8%).

esta usted de acuerdo

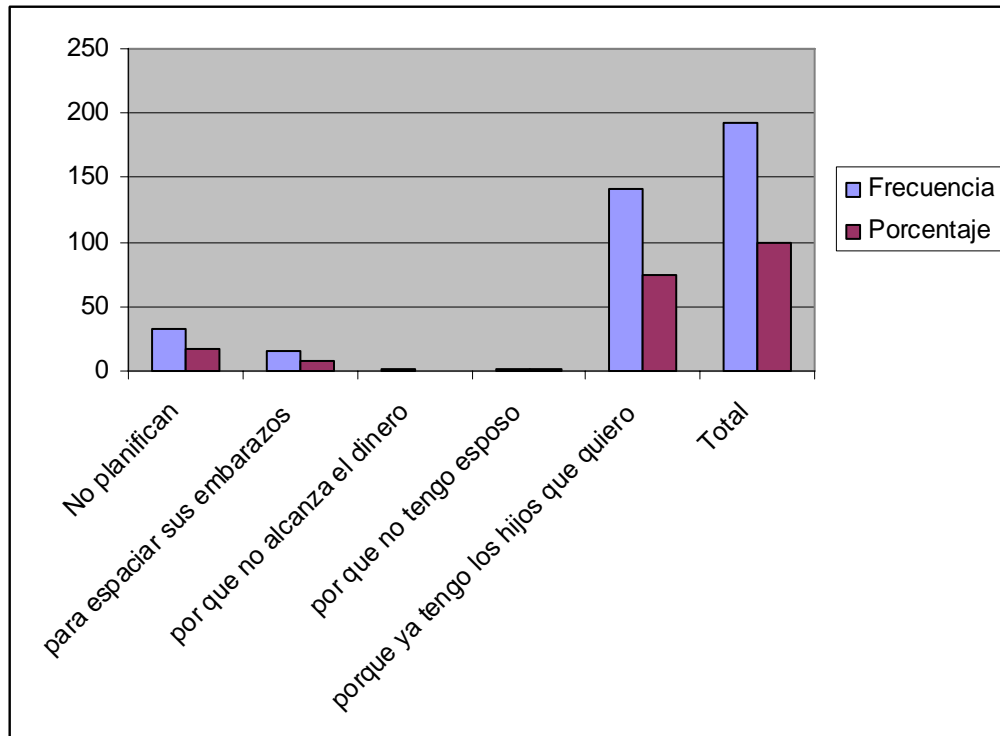
	Frecuencia	Porcentaje
si	159	82,8
no	33	17,2
Total	192	100,0



142 usuarias de planificación familiar refieren que se encuentran en el programa por referir que ya tienen los hijos que quieren. (74.0%).

por que planifica?

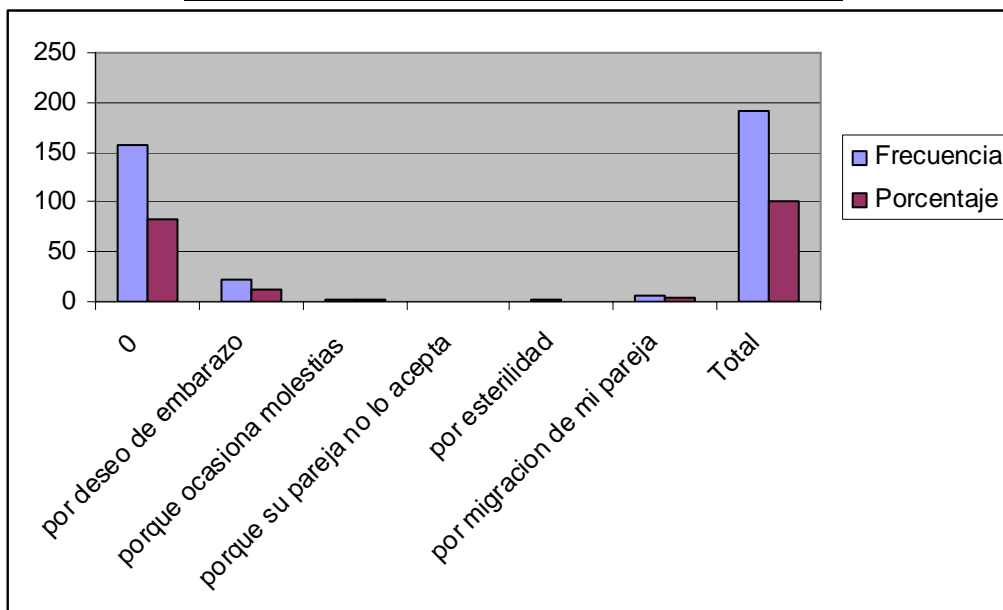
	Frecuencia	Porcentaje
No planifican	32	16,7
para espaciar sus embarazos	15	7,8
por que no alcanza el dinero	1	,5
por que no tengo esposo	2	1,0
porque ya tengo los hijos que quiero	142	74,0
Total	192	100,0



La mayor causa por la que las mujeres en edad fértil no planificaban durante la encuesta en un total de 22 casos (11.5%) es por que desean embarazarse.

porque no planifica

	Frecuencia	Porcentaje
Cursan con metodo	158	82,3
por deseo de embarazo	22	11,5
porque ocasiona molestias	3	1,6
porque su pareja no lo acepta	1	,5
por esterilidad	2	1,0
por migracion de mi pareja	6	3,1
Total	192	100,0

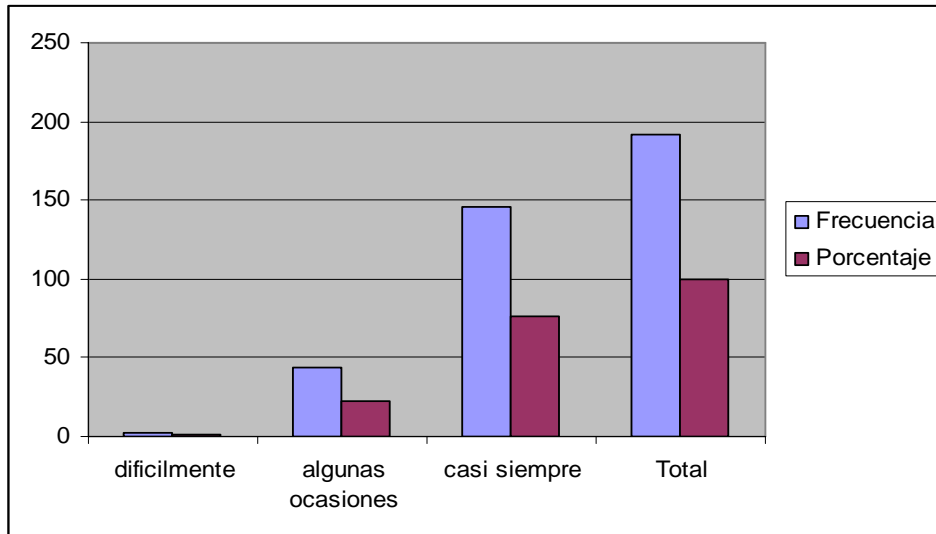


VALORACION DE APGAR FAMILIAR

La función de adaptabilidad es calificada con un promedio de 7.6, lo que equivale a familia moderadamente funcional

adaptabilidad

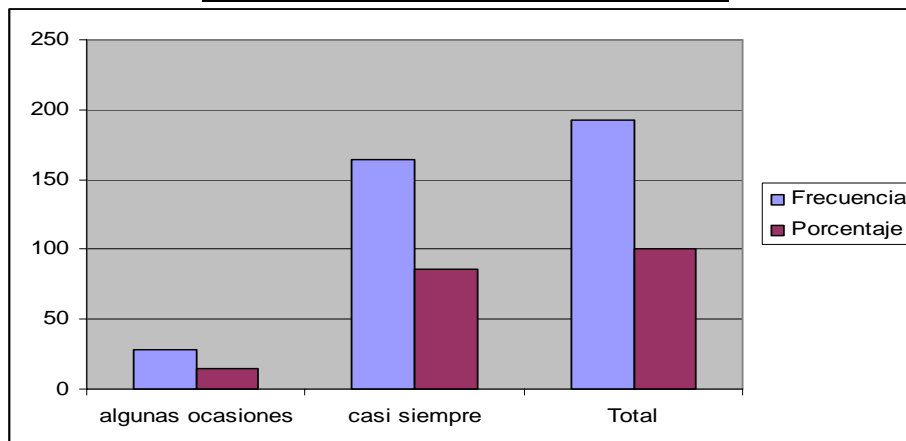
	Frecuencia	Porcentaje
difícilmente	2	1,0
algunas ocasiones	44	22,9
casi siempre	146	76,0
Total	192	100,0



La función de participación es calificada en promedio con 8.5, lo que equivale a familias moderadamente funcionales.

Participacion

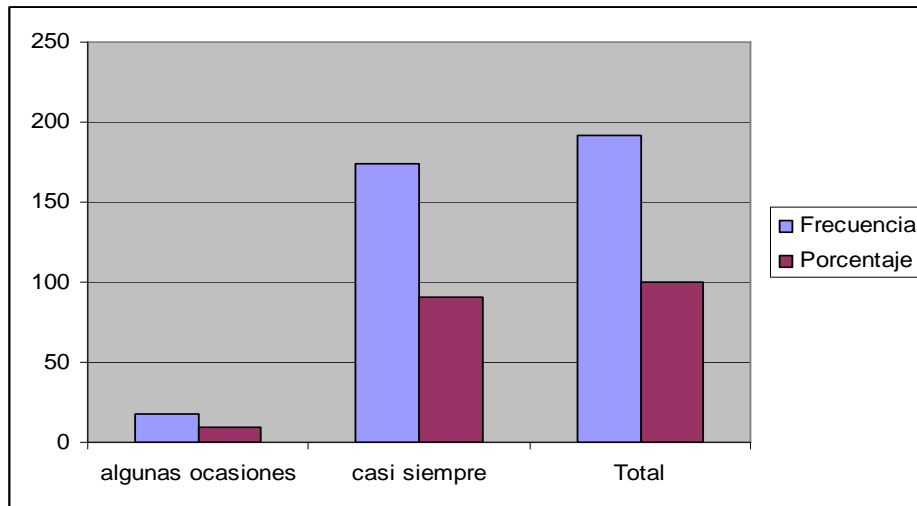
	Frecuencia	Porcentaje
algunas ocasiones	28	14,6
casi siempre	164	85,4
Total	192	100,0



La función de crecimiento es calificada en promedio con 9.0, lo que equivale a familias funcionales.

Crecimiento

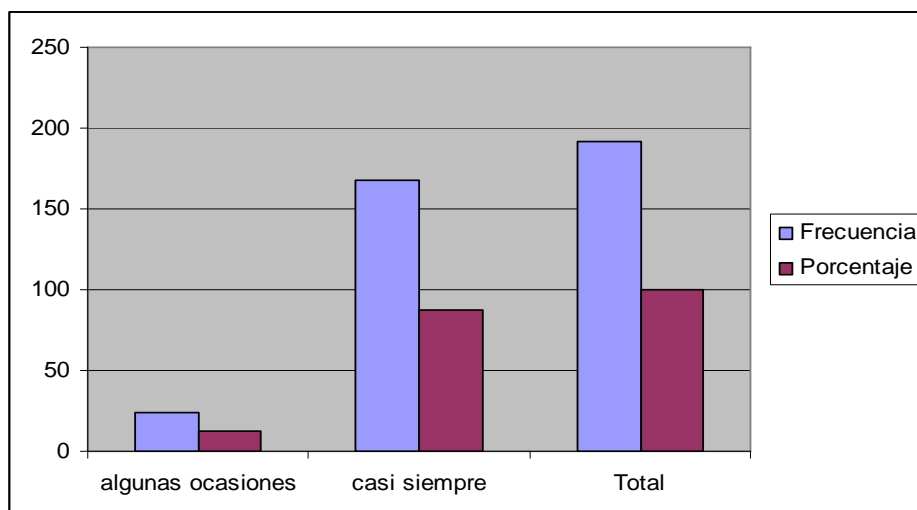
	Frecuencia	Porcentaje
algunas ocasiones	18	9,4
casi siempre	174	90,6
Total	192	100,0



La función de afecto es calificada en promedio con 8.7, lo que equivale a familias moderadamente funcionales.

Afecto

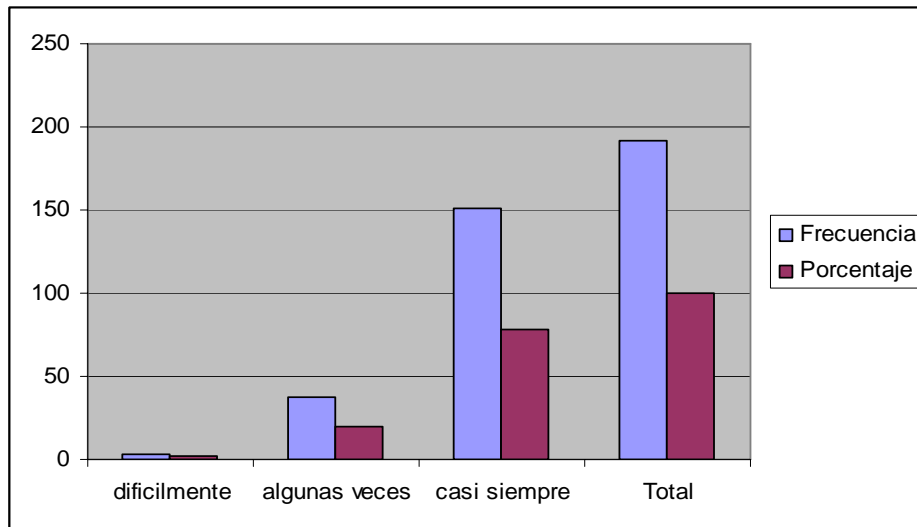
	Frecuencia	Porcentaje
algunas ocasiones	24	12,5
casi siempre	168	87,5
Total	192	100,0



La función de resolución es calificada con una puntuación de 7.8, lo que equivale a familias moderadamente funcionales.

Resolucion

	Frecuencia	Porcentaje
difícilmente	3	1,6
algunas veces	38	19,8
casi siempre	151	78,6
Total	192	100,0



DISCUSION:

La población de mujeres de 15 a 49 años de edad en la población de Aguascalientes la mata al mes de enero del año 2006 es de 322, la población de mujeres en edad fértil con vida sexual activa es de 192.

El promedio de hijos por familia a nivel nacional según el censo del INEGI es de 3 hijos por familia, en este estudio, el promedio de hijos por familia es de 2.

Los datos poblacionales de INEGI indican que el 72% de las mujeres se encuentran casadas, en el estudio el 86.5 % (166) son casadas, en cuanto a las características de la estructura familiar el 100% de las mujeres encuestadas, coincide con lo reportado con Balestena y cols. (6) ya que son familias tradicionales, 91.1% son mujeres amas de casa, estos estudios se fortalecen por que en el estudio el 100% pertenece a mujeres rurales en las que persisten los roles tradicionales, dados los criterios de selección para la muestra, la etapa de expansión fue la prevaleciente en esta etapa (83.9%),

La cobertura de planificación familiar puede considerarse alta ya que el 83% (166) de las mujeres encuestadas cuentan con un método de planificación familiar, con predominio de métodos de mayor continuidad como la OTB con 124 casos (64.6%). Lo que nos traduce que 8 de cada 10 mujeres utilizan un método de planificación familiar, estos datos contradicen el estudio reportado por Domínguez y cols. (3) en que su cobertura solo es del 40%, en relación al tiempo de uso del método, también contrapone el mencionado estudio, ya que en esta investigación el promedio de uso de la metodología anticonceptiva es por mas de 5 años con un total de 106 casos (55.2%) versus 2 años del estudio de Domínguez y cols. En el estudio 124 (83%) utiliza metodología de mayor continuidad, dato que también contrapone a lo reportado por Bito (22), que se traduce como exposición para periodos intergenesicos largos por la frecuencia de uso y las consecuencias en el cuidado de la salud materno infantil son benéficas en relación a opuesta a lo reportado en los estudios de Eggleston E.

El abordaje de la funcionalidad a pesar de haber utilizado un instrumento que por sus características tiene sensibilidad de 60% (10 Y 11), pudo encontrarse que estas mujeres pertenecen en su mayoría a familias moderadamente funcionales, en análisis individual de las pacientes no usuarias de metodología anticonceptiva se encuentra que las funciones de adaptabilidad, afecto y determinación están asociadas a la falta de uso de estos métodos, lo que sugiere que existe una falta de compromiso en el subsistema de pareja, todas las funciones se asociaron a el tipo de método lo cual es aplicable

porque la mayoría de las entrevistadas se encuentran en etapa de expansión y el método mas frecuente fue el permanente (OTB), lo cual es explicable por que aparentemente el tiempo que la familia convive es suficiente, todas las funciones familiares se asociaron a la indicación medica, debe entenderse en mayor confianza hacia el equipo de salud, sin embargo también la familia (incluyendo la suegra) contribuye en un alto porcentaje en la aceptación de la metodología anticonceptiva. Estas condiciones familiares también fueron estudiadas por Glazier (24) en el resultado del embarazo asociadas al funcionamiento de la familia y sus condiciones sociodemográficas, encontrando como factor importante el bajo nivel social. En el presente estudio este factor (91.1%) no representa un factor importante para la adopción de metodología, eran familias nucleares (92.7%) y dependientes económicas en el 91.1%.

CONCLUSIONES:

- 1.- Las mujeres en edad fértil entrevistadas tienen una tasa de cobertura en planificación familiar alta, ocho de cada diez.
- 2.- Las familias tienen un buen funcionamiento familiar reflejado por la satisfacción en el número de hijos y la adopción de la metodología anticonceptiva.
- 3.- La religión no tiene un papel preponderante en la elección de la metodología propuesta por el equipo de salud.
- 4.- Todas las funciones familiares se asociaron a la indicación médica, explicable a la confianza al equipo de salud para la adopción del método propuesto mediante la consejería y consentimiento informado y compartido.
- 5.- La familia también participa favoreciendo la adopción de metodología anticonceptiva en un gran porcentaje.
- 6.- Las variables de bajo nivel de educación predominante (primaria, con 132 casos= 68.8%) de la población de estudio no son factores determinantes en la adopción de metodología.
- 7.- Es muy importante el grado de confiabilidad que se tenga al equipo de salud y la participación encontrada en la familia.
- 8.- El promedio de hijos por familia del estudio realizado es de 2, menor al de la media nacional que es de 3.

El presente trabajo tiene la finalidad de estudiar el ámbito familiar en pacientes, es parte de su atención y ayuda a UD y al médico en el abordaje de sus problemas, es completamente voluntario y no se encuentra de ninguna manera obligado, tampoco contraviene los principios de la investigación ética.

Cedula básica de Identificación Familiar (CEBIF-1). Arch Med Fam 1999; 1(3):67-72

Familia

Conteste en esta columna 

Estado Civil (1) Casado (2) Unión Libre

Años de unión conyugal

Nombre de la persona que responde al test

Edad en años cumplidos

Género (1) Masculino (2) Femenino

Escolaridad (1) Nula (2) Primaria (3) Secundaria (4) Profesional o Preparatoria

Número de hijos que viven con Ud.

Tipo de familia Por su desarrollo (1) Moderna (2) Tradicional

Por su desarrollo Comunitario (1) Urbana (2) Rural

Estructura (1) Nuclear (2) Extensa (3) Extensa compuesta

Ocupación actual (1) Jubilado (2) Comercio (3) Profesional (4) Técnico (5) Oficio (6) Discapacitado

Etapa del ciclo vital familiar (1) Expansión (2) Independencia (3) Dispersión (4) Retiro

Observaciones

Hoja 2

APGAR FAMILIAR		Fam Prac 1231-1239 1978		
		Casi siempre	Algunas ocasiones	Difícilmente
		2 puntos	1 punto	0 puntos
1. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.				
2. Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.				
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida				
4. Estoy satisfecho con la forma en que familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.				
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.				
CALIFICACIÓN				

		Conteste en esta columna _____	
Antecedentes de uso de anticonceptivo			
Utiliza algún anticonceptivo	(1) Sí	(2) No	<input type="checkbox"/>
Que tipo	(1) Hormonal oral		<input type="checkbox"/>
	(2) Hormonal parenteral		
	(3) DIU		
	(4) Definitivo		
Tiempo de uso	(1) 2 a 6 meses		<input type="checkbox"/>
	(2) un año pero menos de 2 años		
	(3) 2 años		
	(4) 3 a 5 años		
	(5) mas de 5 años		
Indicado	(1) Médico		<input type="checkbox"/>
	(2) Familiar		
	(3) Otro _____ anotar aquí _____		

**ANEXO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participe en el proyecto de investigación titulado _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número _____

El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que su participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de su participación en el estudio que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su tratamiento así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi representado (a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se identificará a mi representado (a) en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mí permanencia en el mismo.

Nombre y Firma

Nombre y Firma del Investigador Principal

Testigo

Testigo

Fecha de emisión / actualización: septiembre 1999Clave de la Norma 2800-04-032-007

ANEXO 4

Folio _____

1. CONSENTIMIENTO PARTICIPATIVO VOLUNTARIO (C.V.P.)

Consentimiento para participar en la encuesta de Planificación Familiar en mujeres derechohabientes de esta Clínica.

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información relacionada con la situación de los métodos de planificación familiar que usan la mujeres en edad reproductiva de esta institución.

Esta Investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herida (o), lastimada(o) o agredida(o) en su Intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminado así con su valiosa colaboración.

La Información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información 001 para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona ésta Unidad Médica.

El cuestionario tiene 26 preguntas y se contesta en aproximadamente __ minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____

Fecha: ___ / ___ / ___

2. Ficha de Identificación.

- 1.- Edad _____ Estado civil: C S V D UL
- 3. Escolaridad: _____
- 4.- Ocupación: _____ 5.- Religión: _____
- 6.- ¿Cuántas personas viven en total en su casa? _____

Sexo									
Edad									
Parentesco									

- 7.- Estructura de la familia: Nuclear Extensa Extensa-compuesta
- 8.- Etapa de ciclo vital: Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro o muerte

3. Cuestionario de Planificación Familiar.

- 1.- Menarca: _____ 2.- Ritmo: _____ 3.- I.V.S.A.: _____ 4.- G: _____ 5.- P: _____
- 6.- C: _____ 7.- A: _____
- 8.- ¿Utiliza actualmente algún método de planificación familiar?
Si _____ No: _____ (pase a la pregunta19)
- 9.- ¿Desde cuándo?
a) Menos de un año b) De 1 a 2 años c) De 2 a 4 años
- 10.- ¿Qué método de planificación familiar utiliza?
a) Hormonal oral
b) Hormonal inyectable
c) Dispositivo intrauterino
d) Preservativo
e) Naturales
f) Vasectomía
g) OTB (Salpingoclasia)
h) Otros _____

11.- ¿Quién le sugirió el método de planificación familiar?

- a) Su médico familiar
- b) Otro médico
- c) Su pareja
- d) La enfermera
- e) Medios de comunicación (radio, TV, revistas, ate.)
- f) Usted misma
- g) Otros

12.- ¿Dónde obtiene su método de planificación familiar?

- a) En su clínica
- b) En la farmacia
- c) En otra institución (IMSS, SSA. ele.)
- d) Con otro médico
- e) Otros

13.- ¿Tiene control periódico de su método?

- a) Sí _____
- b) No _____

13.1 ¿Por qué motivo no ha llevado control? _____

14.- ¿Cada cuanto?

Cada mes

Cada dos meses.

Cada seis meses.

Cada año.

Mas de un año.

15.- ¿Esta usted satisfecha con su método de planificación familiar?

- a) Sí _____
- b) No _____

15.1. ¿Por qué motivo?

16.- ¿Esta de acuerdo su pareja en la utilización del método de planificación familiar?

- a) Sí _____
- b) No _____

16.1 ¿Por qué no esta de acuerdo?

17.- ¿Esta de acuerdo usted con el método que utiliza?

- a) Sí _____
- b) No _____

18.- ¿Por qué motivo utiliza métodos de planificación familiar?

- a) Para no embarazarse.
- b) Para espaciar sus embarazos
- c) No lo necesita
- d) No tiene pareja
- e) Por los efectos secundarios de los anticonceptivos
- f) Su pareja se opone
- g) Porque no los conoce
- h) Otros

20.- ¿Ha utilizado con anterioridad algún método de planificación familiar?

- a) Sí _____
- b) No _____

21.- ¿Por qué los abandonó?

- a) Por deseo de embarazo.
- b) Porque le ocasiono molestias
- c) Porque su pareja no lo aceptó
- d) Por indicación médica
- e) Por miedo a efectos secundarios
- f) Otros _____

22.- ¿Le gustaría utilizar otro método?

- a) Sí _____
- b) No _____

22.1 ¿Por qué no? _____

23.- ¿Qué características debe tener el método?

- a) Ser cómodo
- 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) Sí _____ 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 _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. *Panorama social de América Latina 2004*, preparando conjuntamente por la División de Desarrollo Social y la División de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL.
www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/0/LCL2220PE/PSE_2004_
2. Evaluación de la Salud. Demografía y estadísticas en Salud pública En San Martín Salud y enfermedad. 4ª. Edición. 119-32.
3. Domínguez OJ, Santoyo S. La Anticoncepción en América Latina. Centro Latinoamericano Salud y Mujer, <http://www.celsam.org> 2002
4. Speroff L, Darney h. Speroff L, Darney h. A clinical guide for contracepcion, 2 da. Edicion Editorial Williams and Wikins 1996. Cap 10. Pag 295-321.
5. Datos Poblacionales INEGI 1995.
6. Balestena SJ, Balestena SS, Soto TS, Rivera OF, Serrano PI. Niveles de depresión en el tercer trimestre de la gestación en relación con la familia. Boletín MGI.1999; 3 : 3.
7. Leal C. Aspectos Psicológicos del embarazo parto y puerperio. Rev Esp Obst Ginecol 1982; 41 (275):493-98.
8. Díaz J. La familia como unidad de atención. Rev Cubana Med Gen Integr 1989; 5 (2) : 231-4
9. Gutiérrez M, Juárez J, Loayza E. Diagnostico situacional de los servicios de atención postaborto en 44 establecimientos de la salud del MINSA (1997-2001). En. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.
10. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 12-31.
11. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.
12. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, et al. A preliminary study of family APGAR index. Acta Pediatric Scand 1980; 21: 210.
13. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. J Fam Pract 1986; 22: 521-25.
14. Herrera JA, Gonzáles M. El ambiente psicosocial y las complicaciones obstétricas. Colombia Med 1987; 18: 55-61.

15. Herrera JA, Alvarado JP, Martínez JE. The psychosocial environment and the cellular immunity in the pregnant patient. *Stress Med* 1988; 4: 49-57.
16. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J* 1992; 12: 391-99.
17. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Prevención de complicaciones perinatales: una aplicación del modelo biopsicosocial. *Avances Med Soc* 1992,2: 28-32.
18. Herrera JA, Vallejo MN, Palacios I. Disfunción familiar en el embarazo y depresión postparto. *Avances Med Soc* 1993; 3: 55-8.
19. ALVARADO M, Rubén, MEDINA L, Ernesto y ARANDA CH, Waldo. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev. méd. Chile*, mayo 2002, vol.130, no.5, p.561-568. ISSN 0034-9887.
20. Castellano BG: Importancia de los factores psicosociales XXIX Congreso Ordinario de Pediatría EAP 2000. Tenerife España.
21. Castilla S, Jurado G, Lares A, Ruiz M, Cravioto M. Propuesta de un instrumento guía para la estimación del riesgo ético en los protocolos de investigación en que participan seres humanos. *Gac. Med. Méx.* 1986; 122:93-103.
22. Bitto A et al., Adverse outcomes of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: a prospective study, *American Journal of Public Health*, 1997, 97(3):338-343;
23. Eggleston E, Unintended pregnancy and use of prenatal care in Ecuador, monografía presentada en la reunion annual de la American Public Health Association, Washington, DC, 15 a 19 de noviembre, 1998.
24. Authors: RH Glazier; FJ Elgar; V Goel; S Holzapfel Source: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Numbers 3-4/September-December 2004, vol. 26, no. 3-4, pp. 247-255(9)
25. Archivos en medicina familiar. 1a reunión de consenso académico en medicina familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de salud. Págs. 15 – 19. Vol. 7 suplemento 1. 2005.
26. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. Num. 3 IMSS tercera edición Pág. 985-1008.
27. Norma oficial mediana de los servicios de planificación familiar 1998. Págs. 24-66 1998.