

*HOSPITAL DE LA MUJER*

*TITULO DE TESIS*

***PORCENTAJES DE ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION  
FAMILIAR EN LA POBLACION INDIGENA MIXTECA ATENDIDA EN EL  
HOSPITAL GENERAL HUAJUAPAN DE LEON OAXACA***

*TESIS*

*PARA OBTENER EL TITULO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*

*PRESENTA*

*ILIANA HERNANDEZ PEREZ*

*ASESORES DE TESIS*

*DRA MARIA DEL CARMEN CORDOVA*

*DR CESAR CEBALLOS ZAMORA*

*MEXICO D.F*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

*Autorizaciones*

*Dr. Esteban García Rodríguez*  
*Profesor Titular del curso de Ginecología y Obstetricia*  
*Hospital de la Mujer*

*Dr. Cesar Ceballos Zamora*  
*Jefe de Enseñanza y Tutor de Tesis*

*Dra. María del Carmen Córdova Mendoza*  
*Tutor de Tesis*

## *DEDICATORIAS*

### *A DIOS*

*Por su inmensa Gracia  
compasión y bendiciones hacia  
mi*

### *A MIS PADRES*

*Por haberme dado la vida,  
por brindarme todo su amor,  
confianza y apoyo en todas mis  
determinaciones, por que en  
cada momento me han guiando  
en la vida con sus sabios consejos*

### *A MI FAMILIA*

*Les doy las gracias, por  
todo su cariño y consejos por  
salir adelante en mi vida  
personal y académica, así como  
todo el apoyo que me otorgan  
diariamente en todos y cada una  
de las actividades que realizo*

*A MARIA, RICARDO Y ANGELES  
QUE LOS ACOMPAÑAN*

*Que son fuente de mi  
inspiración día a día.*

*Mi fortaleza en momentos  
difíciles.*

*Gracias por tu  
comprensión cariño y amor, por  
estar conmigo en cada momento  
de mi vida dándome tu apoyo  
incondicional para lograr cada  
uno de mis objetivos*

*A ti acompañante de mi vida,  
gracias por estar a mi lado, y tu  
apoyo incondicional*

*A MIS MAESTROS*

*Por compartir sus  
experiencias y sus conocimientos,  
por su paciencia amistad buena  
disposición de enseñanza.*

## INDICE

<i>Resumen</i> .....	2
<i>Antecedentes</i> .....	4
<i>Marco Teórico</i> .....	4
<i>Justificación</i> .....	10
<i>Objetivos</i> .....	10
<i>Hipótesis</i> .....	11
<i>Material y Métodos</i> .....	11
<i>Tipo de Estudio</i>	
<i>Ubicación temporal y espacial</i>	
<i>Criterios de selección de la muestra</i>	
<i>Variables</i> .....	12
<i>Tamaño de la muestra</i> .....	13
<i>Análisis estadístico</i> .....	13
<i>Descripción operativa del estudio</i> .....	13
<i>Resultados</i> .....	14
<i>Discusión de los resultados</i> .....	17
<i>Conclusiones</i> .....	21
<i>Relación de Tablas</i> .....	22
<i>Bibliografía</i> .....	25

## **RESUMEN**

**Objetivo:** *Determinar el porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar en la población indígena del Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca.*

*Con base en los resultados y análisis obtenidos, proponer hipótesis que permitan el diseñar estudios con mayor fuerza asociación (casos y controles, cortes, estudios cualitativos) cuyos resultados permitan con el tiempo consensos y mayor aceptación de Métodos de Planificación Familiar a nivel rural*

**Pacientes y método:** *estudio observacional, prospectivo, transversal. Se incluyo a todas las mujeres puérperas que ingresaron al Hospital General de Huajuapán de León, Oaxaca de Marzo a Junio del 2008. Los datos se obtuvieron mediante entrevista directa y revisión del expediente, posteriormente se codificaron y procesaron, cuando se otorgo suficiente información, orientación y consejería. El análisis estadístico se realizo mediante frecuencias y porcentajes.*

**Resultados:** *Se incluyeron al estudio un total de 414 pacientes, de las cuales 144 (35%) no aceptaron Método de Planificación Familiar; mientras que 270 (65%) aceptaron algún Método de Planificación Familiar. Del total de pacientes que aceptaron un MPF, 175 utilizaron Dispositivo Intrauterino, y 95 Oclusión Tubaria Bilateral. En nuestro estudio tuvimos 65% de porcentaje de aceptación de métodos de planificación familiar, lo que nos sitúa por arriba del promedio a nivel rural e indígena, seguramente no sólo para la ciudad de México, sino para casi cualquier comunidad indígena del país y muy cercano al urbano de la ciudad de México*

*En nuestro estudio, la edad es una variable fundamental en el caso de aceptación de DIU, encontrando una correlación total de  $r=-1$  con un nivel de significancia de 0.01. Mientras que con respecto a las gestas, encontramos también un valor alto de correlación, con  $r=.961$  con un nivel de significancia de 0.01. Esto quiere decir que a menor edad, mayor es la posibilidad de que las mujeres indígenas mixtecas del Hospital de Huajuapán de León acepten como método de planificación al DIU, y con respecto a las gestas, conforme aumentan esta mayor es la probabilidad de que acepten un método de planificación familiar. Todos estos datos concuerdan con lo revisado en la literatura.*

#### **Conclusiones:**

*La aceptación de métodos de planificación familiar, se encuentra directamente relacionada al número de gestaciones e inversamente relacionada a la edad de las pacientes con respecto al DIU en el Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca.*

*La frecuencia de aceptación de MPF de la población indígena mixteca atendidas en el Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca es mayor a la reportada en zonas rurales y cercana a las de las zonas urbanas.*

*La consejería y ofrecimiento de un MPF en el ámbito hospitalario por un profesional de la salud incremento la posibilidad de aceptación de un MPF en el Hospital de Huajuapán de León Oaxaca.*



## **ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO**

### **METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ZONAS RURALES**

*La mayoría de las poblaciones en zonas rurales viven en pobreza con una tasa que se eleva hasta el 91%. La población es muy joven, casi el 40% tiene menos de 18 años de edad. La tasa de mortalidad materna en México está entre las más altas de América Latina y es tres veces más altas entre las mujeres indígenas. Más de la mitad de las muertes maternas se deben a sangrado excesivo. Otras se deben a infecciones hipertensión inducida por el embarazo y abortos no seguros (5) (7).*

*Entre las mujeres indígenas la frecuencia de aceptación de anticonceptivos es de 10%, mientras que a nivel nacional, la cifra es de 27%. Ubicándonos únicamente en el área urbana esta porcentaje se eleva al 52% (3) (5).*

*En 1999 Marie Stopes en México inicio un proyecto para asegurar que la prestación e institucionalización de la salud reproductiva fuera barata y de calidad para las poblaciones indígenas. Los objetivos del proyecto fueron:*

- *Mejorar el acceso a salud sexual y reproductiva de alta calidad para las comunidades rurales*
- *Promover mayor conciencia de los problemas de salud sexual y reproductiva entre las comunidades rurales y las organizaciones locales*

*Se sabe que apenas la mitad de las mujeres indígenas hablan español. Por lo que las poblaciones repatriadas tienen una desventaja significativa en términos de acceso a la información. El analfabetismo y el monolingüismo pueden tener un impacto directo en la situación de salud de las comunidades. Estas mujeres pueden también tener un mayor porcentaje de problemas durante el embarazo y parto debido al hecho de que están más aisladas y menos educadas.*

*En estas poblaciones se ha demostrado que existen desventajas y riesgos de salud importantes relacionados con los niveles de alfabetización. Así como dificultad en los servicios disponibles para ellos. Los costos y las dificultades logísticas de transporte, resistencia de las mujeres a ir al hospital y la importancia de la decisión del esposo sobre donde la mujer dará a luz afectan seriamente la decisión de si una mujer será transportada al hospital en caso de alto riesgo o emergencia (5)(7).*

*Todo lo antes mencionado señala a la necesidad de mejorar las actividades de información educación y comunicación sobre salud reproductiva. A pesar del incremento en el conocimiento y uso de la planificación familiar aun hay muchos miedos y mitos arraigados en relación con los métodos que refuerzan la necesidad de actividades información educación y comunicación sobre salud reproductiva para llegar a la gente a edades mucho más tempranas.*

#### *ANTICONCEPTIVOS ORALES*

*Son esteroides sintéticos semejantes a las hormonas sexuales naturales de la mujer, estrógenos y progesterona, estos esteroides se usan en dosis y combinaciones que proporcionan anticoncepción al inhibir la ovulación.*

*Los regímenes de anticoncepción oral combinados. El mecanismo de acción de los anticonceptivos orales producen que no haya aumento de la FSH y LH durante la primera mitad del ciclo por tanto no existe crecimiento del folículo no se inicia o en caso de hacerlo no se produce reclutamiento no hay ovulación y consecuentemente no hay surgimiento de FSH Y LH*

*Los regímenes de anticoncepción oral secuencial. Los estrógenos estimulan la secreción de LH de modo irregular no hay elevación inicial concomitante de FSH cuando se añade progestágenos por lo general se produce otra elevación de LH*

*La idea de administrar cantidades pequeñas diarias de un progestágeno solo proporciona buena protección contra el embarazo sin suprimir la ovulación y tiene la ventaja de no presentar efectos adversos de los estrógenos, se toman produce todos los días sin tener que llevar una secuencia especial. El mecanismo de acción el moco cervical se vuelve más espeso y el endometrio se desfasa por lo que la nidación del ovulo se desbarata inclusive si ocurre fertilización, su eficacia es reducida y está especialmente indicado en las mujeres que presentan contraindicaciones o intolerancia a los estrógenos y durante el periodo de lactancia natural.*

*La píldora del día siguiente se demostró que dosis grandes de dietilestilbestrol después del coito sin protección alrededor de la fecha de la ovulación es eficaz para prevenir el embarazo, si la captación de estrógeno coincide con la ovulación o la penetración del óvulo en la trompa el transporte del óvulo a través de ésta puede acelerarse en grado muy manifiesta. La fertilización puede no llevarse a cabo o si ha ocurrido el óvulo puede alcanzar la cavidad endometrial en forma prematura y no lograr la nidación*

#### **ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR**

*Las hormonas esteroideas sexuales proporcionan un depósito que dependiendo del medicamento dosis y formulación puede proporcionar anticoncepción durante un mes., seis meses o inclusive hasta un año. Puede emplearse progestágeno solo o combinado. La mayor parte de estos regímenes impiden la ovulación al suprimir la función de la adenohipofisis. Causa un notorio bloqueo de la producción de hormona luteinizante a mitad del ciclo menstrual. Se suprime la ovulación aunque pueden producirse pequeñas cantidades de FSH y puede haber algo de desarrollo del folículo ovárico. Debido al notorio desequilibrio de los estrógenos y progestágenos producidos como consecuencia de la supresión hipofisaria el endometrio por lo general se atrofia y la hemorragia uterina es irregular y los efectos adversos son hemorragia irregular aumento de peso, cefalea, nerviosismo, mareos, fatiga y hay demora significativa en la restauración de la fertilidad*

*Los Anticonceptivos hormonales masculinos demuestran la eficacia de una forma experimental de contracepción que suprime la producción de esperma, esta nueva vía se suministra a través de una inyección intramuscular cada 6 semanas, Lo que se estudia ahora es una forma de testosterona, la undecanoato, y el enantato de noretisterona (NETE), que se usa en algunos anticonceptivos femeninos.*

### *IMPLANTE*

*El implante es un sistema que contiene 36mg de levonorgestrel en cada 1 de 6 bastoncillos silasticos se colocan subdermicos en la parte interna del brazo proporcionan protección anticonceptiva por un periodo de 5 años. La protección del embarazo es secundaria a la inhibición de la ovulación así como el engrosamiento del moco cervical.*

### *DISPOSITIVO INTRAUTERINO*

*Esta hecho de plástico o de metal o combinación de estos. El que contiene hormonal está elaborado con un polímetro especial que incluye un reservorio que contiene 38mg de progesterona que se libera a una velocidad de 65mg por día. Su mecanismo de acción es la movilización de leucocitos en respuesta a la presencia de un cuerpo extraño los cuales se agregan alrededor del dispositivo en los líquidos endometriales y mucosa, provocando un ambiente hostil para el óvulo fecundado es decir provocando una reacción de tipo inflamatorio. Así como la actividad espermaticida, la rotura de la maduración endometrial. Con el dispositivo liberador de progesterona la alteración de la acción ciliar tubaria normal y aun la rotura en la maduración del ovocito normal. Consiste en una "T" de plástico con un cilindro que libera levonorgestrel, una hormona ampliamente utilizada en la anticoncepción oral.*

*Lo más revolucionario de este método es que su efecto es local, es decir que la hormona se libera en el útero donde cumple su cometido, pero no altera la producción hormonal del cuerpo. De hecho, la producción de hormonas (estrógenos) en los ovarios queda intacta.*

*Justamente porque el efecto anticonceptivo del Endoceptivo está basado en los efectos locales de la hormona, tiene triple efecto anticonceptiva porque la liberación de hormonas directamente en el útero, consigue engrosar el moco cervical, hace que el moco se vuelva espeso y compacto, Inhibe el movimiento y la función de los espermatozoides dentro del útero y de las trompas de Falopio, evitando la fecundación. Inhibe el crecimiento del endometrio.*

#### *PARCHES*

*El parche se usa por una semana y se cambia el mismo día de la semana durante tres semanas consecutivas. La cuarta semana es libre de parche. Al aplicar el parche se liberan hormonas a través de la piel hasta el torrente sanguíneo y posteriormente se comporta como cualquier anticonceptivo vía oral con la ventaja de no tener que tomar una píldora diariamente. Cada parche anticonceptivo libera hormonas en micro dosis diariamente durante una semana. El parche combina el progestágeno norelgestromina con el estrógeno etinilestradiol, que se liberan gradualmente*

#### *MEDOTOS IRREVERSIBLES*

*Los métodos irreversibles pueden ser aplicados a la mujer o al varón, son unos métodos que se han incrementado mucho en los últimos años debido a las nuevas técnicas mínimamente agresivas.*

*No existen unas indicaciones claras de esterilización, excepto la absoluta necesidad de evitar el embarazo de forma permanente por razones médicas, o el deseo de la persona de no tener nuevas gestaciones.*

#### *Técnica de Pomeroy*

*Es una de las más utilizadas y la más frecuente en las ligaduras postparto. Se lleva a cabo mediante la elevación de la porción media de la trompa con una pinza de Babcock. Se realiza un pinzamiento con pinza de Crile por debajo de la elevación, que incluya el mesosalpinx y las dos porciones de la trompa. Se coloca una sutura transfixiva en el mesosalpinx por debajo de la Criley se ligan ambos lados. Posteriormente se secciona la porción elevada de la trompa por encima de la pinza, dejando unos muñones de 0.5 a 1cm para evitar deslizamientos.*

#### *Fimbriectomia (Técnica de Kroener)*

*Es igualmente una técnica muy utilizada y tiene un índice de fracaso muy bajo. Se realiza levantando la porción fimbriada de la trompa con una pinza de anillos o de Babcock. Se pinza el mesosalpinx y el tercio externo de la trompa, realizando ligaduras del mesosalpinx y de la trompa con sutura reabsorbible y se reseca la porción fimbriada de la trompa.*

#### *Salpinguectomía*

*Consiste en la extirpación total de la trompa. Habitualmente se realiza en mujeres que presentan un embarazo ectópico o un fallo en una técnica de esterilización previa. Es la técnica más segura y consiste en el pinzamiento, sección y ligadura de todo el mesosalpinx con material reabsorbible, y en el pinzamiento y sección de la trompa en la zona proximal al útero (aproximadamente a 1 cm) con sutura de material no reabsorbible número cero.*

## **JUSTIFICACION**

*El estado de Oaxaca se encuentra actualmente entre los estados con más alta tasa de natalidad y mayor población indígena dispersa. Actualmente las políticas de salud reproductiva promueven la atención del embarazo parto y puerperio bajo la vigilancia estrecha de un medico en el centro de salud o en medio hospitalario. En el caso del Municipio Huajuapán de León Oaxaca se cuenta con El Hospital General para la atención de las mujeres embarazadas de las comunidades de afluencia de este municipio cuyo origen étnico de la población es indígena Mixteco. Por desgracia a pesar de lograr la concentración de estas pacientes en el hospital a la fecha no se cuenta con datos que describan como la atención de estas pacientes ha repercutido o repercuten en el porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar con el objetivo de realizar un estudio exploratorio inicial que permita conocer el porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar en la población indígena mixteca atendida en El Hospital General de Huajuapán León Oaxaca se llevara a cabo esta investigación.*

## **OBJETIVOS**

*Determinar el porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar en la población indígena del Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca.*

*Con base en los resultados y análisis obtenidos, proponer hipótesis que permitan el diseñar estudios con mayor fuerza asociación (casos y controles, cortes, estudios cualitativos) cuyos resultados permitan con el tiempo consensos y mayor aceptación de Métodos de Planificación Familiar a nivel rural*

## **HIPOTESIS**

*El porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar en el Hospital General de Huajuapán será menor al del estado de Oaxaca y el país*

## **MATERIAL Y METODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

*Se realizara estudio observacional prospectivo transversal*

### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL**

*El tiempo de estudio será del mes de Marzo del 2008 al mes de Junio del 2008 en el Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca*

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

#### **CRITERIO DE INCLUSION**

*Comunidad Mixteca*

*Pacientes atendidas en el Hospital General de Huajuapna de León Oaxaca*

*Puérperas*

*Sin rango de edad*

#### **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

*Pacientes que no correspondan a la comunidad de la Mixteca*



### **VARIABLES**

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>
<i>METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR</i>	<i>METODO EXTERNO PARA EVITAR LA UNION DEL ESPERMATOZOIDE CON EL OVULO</i>	<i>*SI *NO</i>
<i>TIPO DE METODO DE PLANIFICACION UTILIZADO</i>		<i>*SIN METODO *DISPOSITIVO INTRAUTERINO *OCLUSION TUBARIA BILATERAL</i>
<i>EDAD</i>	<i>EL RANGO DE EDAD REFERIDO POR LA PACIENTE EN ESE MOMENTO</i>	<i>*MENORES DE 20 AÑOS *DE 20 A 30 AÑOS *DE 30 A 40 AÑOS *MAS DE 40 AÑOS</i>
<i>GESTAS</i>	<i>NUMERO DE EMBARAZOS QUE TIENE UNA PERSONA</i>	<i>*I *II *III *IV *V</i>
<i>CREENCIAS</i>	<i>FIRME ASENTIMIENTO Y CONFORMIDAD CON ALGO</i>	

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

*Se estudiarán a todas las pacientes puérperas que ingresen al Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca sin rangos de edad, en etapa reproductiva*

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

*Se utiliza el programa Excel para obtención de porcentajes*

### **DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO**

*Se aplicó un cuestionario a todas las pacientes puérperas que ingresaron al Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca originarias de la Mixteca*

*El cuestionario se dividía en dos partes una cuantitativa en donde se recababa toda la información acerca de la paridad si aceptó o no Método de Planificación Familiar y de qué tipo fue este y una cualitativa en donde se preguntaba "Razón por la cual no acepta ningún Método de Planificación Familiar"*

## RESULTADOS

Se estudiaron todas las pacientes indígenas mixtecas puérperas que ingresaron al Hospital General de Huajuapán de León, Oaxaca, para conocer el porcentaje de aceptación de Métodos de Planificación Familiar. Se incluyeron al estudio un total de 414 pacientes, de las cuales 144 (35%) no aceptaron Método de Planificación Familiar; mientras que 270 (65%) aceptaron algún Método de Planificación Familiar. Del total de pacientes que aceptaron un MPF, 175 utilizaron Dispositivo Intrauterino, y 95 Oclusión Tubaria Bilateral. Ver siguiente tabla

NO ACEPTARON MPF	SI ACEPTARON MPF	
	DIU	OTB
144(35%)	175 (64%)	95 (35%)

### ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Para una población total de 270 pacientes que aceptaron MPF encontramos en orden de frecuencia que las mujeres cuya Gesta era la V el porcentaje de aceptación fue de 92%(n=38 de 41) de las cuales 9(24%) aceptaron DIU y 29(76%) OTB, dando una razón 3 / 1 a favor del método definitivo. Con respecto al intervalo de edad en este mismo grupo, de las que aceptaron DIU 8 eran menores de 30 años y solamente 1 era mayor de 30 años dando una razón 8 / 1 a favor del primer intervalo, sin embargo para la OTB, 15 que la aceptaron eran menores de 30 años y 14 mayores de 30 años teniendo ahora una razón 1 / 1.

*En las Gestas IV el porcentaje de aceptación fue de 90%(n=29 de 32) de las cuales 5(17%) aceptaron DIU y 24(83%) OTB, dando una razón 5 / 1 a favor nuevamente del método definitivo. Con respecto al intervalo de edad de las que aceptaron DIU 4 eran menores de 30 años y solamente 1 era mayor de 30 años dando una razón 4 / 1 a favor del primer intervalo sin embargo para la OTB 9 eran menores de 30 años y 15 mayores de 30 años teniendo ahora una razón 1 / 1.6 a favor del segundo intervalo.*

*En las Gestas III el porcentaje de aceptación fue de 75%(n=55 de 73) de las cuales 28(55%) aceptaron DIU y 27(45%) OTB, dando una razón 1.03/1 la cual es prácticamente igual para ambos métodos. Con respecto al intervalo de edad de las que aceptaron DIU 25 eran menores de 30 años y 3 era mayor de 30 años dando una razón 8.3 / 1 a favor del primer intervalo sin embargo para la OTB 19 eran menores de 30 años y 8 mayores de 30 años invirtiéndose nuevamente la razón a favor del segundo intervalo a razón de 2.3 / 1.*

*En las Gestas II el porcentaje de aceptación fue de 51%(n=56 de 108) de las cuales 41(73%) aceptaron DIU y 15(27%) OTB, dando una razón 2.7 / 1 a diferencia del resto de las gestas a favor del método temporal. Con respecto al intervalo de edad de las que aceptaron DIU 40 eran menores de 30 años y solamente 1 era mayor de 30 años dando una razón 40 / 1 a favor nuevamente del método temporal sin embargo para la OTB 7 eran menores de 30 años y 8 mayores de 30 años teniendo una razón de 1 / 1.1.*

*En las Gestas I el porcentaje de aceptación fue de 56%(n=92 de 162) de las cuales 92(100%) aceptaron DIU y ninguna OTB, dando una razón 92 / 0 a favor del método temporal. Con respecto al intervalo de edad de las que aceptaron DIU 87 eran menores de 30 años y solamente 5 era mayores de 30 años dando una razón 17.4 / 1 a favor del primer intervalo.*

TABLA RESUMEN

MPF	GESTAS	INTERVALOS DE EDAD		RAZÓN INTERVALOS DE EDAD	TOTAL MPF POR GESTAS	RAZÓN DIU/OTB Y OTB/DIU				
		< 30 AÑOS	> 30 AÑOS			G1	G2	G3	G4	G5
DIU	G1	87	5	17.4/1	92	92/0				
	G2	40	1	40/1	41		2.7/1			
	G3	25	3	8.3/1	28			1.03/1		
	G4	4	1	4/1	5				0.2/1	
	G5	8	1	8/1	9					0.3/1
OTB	G1	0	0		0	0/92				
	G2	7	8	1/1.1	15		0.02/1			
	G3	19	8	2.3/1	27			0.96/1		
	G4	9	15	1/1.6	24				4.8/1	
	G5	15	14	1/1	29					3.2/1

## **DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

*Una de las transformaciones más profundas que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años es, sin duda el cambio en las preferencias reproductivas y la interiorización de la planificación familiar como un valor en la vida de las personas (11).*

*A mediados de la década de los sesenta cuando la fecundidad alcanzo su nivel máximo histórico, muy pocas personas mayoritariamente las clases medias y alta de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y estos solo eran accesibles en los servicios médicos privados (1) (2).*

*En enero de 1974 se publico la nueva Ley General de Población, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos y establecer la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación Familiar. Asimismo, en su Reglamento, determina la gratuidad del servicio de planificación familiar en las instituciones públicas de salud. (1)(12). En diciembre del mismo año se reformo el Artículo Cuarto de la Constitución Política, lo que convirtió a México en el segundo país del mundo y el primero de América Latina en consagrar en su Ley fundamental al derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el numero y el espaciamento de sus hijos. En 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyo la planificación familiar como parte de los servicios de salud. (1)(12).*

*La difusión de la planificación familiar a través de los medios masivos de comunicación y los agentes institucionales de salud, facilito que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendieran en todas las regiones del país incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad (2) (10). Así mientras que 44 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales y semiurbanas conocía en los años setenta al menos un método anticonceptivo, en los años ochenta alcanzo cerca de 80 por ciento y en los años noventa ascendió a 90 por ciento reduciéndose la brecha que separaba a las mujeres del campo y la ciudad. (1) (5) (7). En las áreas urbanas, ya desde 2000 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos (95.8%) (3)(12)(13).*

*Un conocimiento más amplio de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud ha favorecido que las personas encuentren las opciones que más se adecuen a sus necesidades y características (3) (7). Además de ampliar el conocimiento sobre la diversidad de medios de regulación, es necesario extender su difusión entre los grupos que presentan elevados porcentajes de desconocimiento como son las mujeres con bajos niveles de escolaridad (17.7%), las del ámbito rural (10.0) % las adolescentes (6.6%) y las mujeres sin hijos (6.0%) (1)(2) (3).*

*El uso de métodos anticonceptivos era sumamente bajo antes del inicio de los programas de planificación familiar. Se estima con base en la encuesta de los años sesenta, que en la ciudad de México una de cada cuatro mujeres unidas usaba un método anticonceptivo, este proceso era mucho mayor al registrado en las áreas rurales (1) (10).*

*La práctica de la planificación familiar se ha extendido de manera notable a partir del cambio en la orientación de la política y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar. En los años setenta, 30 por ciento de las mujeres unidas entre 15 y 49 años de edad utilizaban un método anticonceptivo en los años ochenta aumento a 52.7 y más tarde en 2000 se incremento a 68.5 por ciento (1) (3) (13).*

*Actualmente el CONAPO estima que 69.4 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil utiliza algún método de regulación de la fecundidad, lo que en números absolutos representa alrededor de 11.4 millones de personas. (1)(2)(10)*

*En las estadísticas analizadas en la Ciudad de México en 2000 pudimos observar que la zona urbana contaba con un 73.3 por ciento de aceptación de métodos anticonceptivos, mientras que en la zona rural el porcentaje de aceptación de métodos de planificación familiar era de un 53.6 por ciento (1) (3). En nuestro estudio tuvimos 65% de porcentaje de aceptación de métodos de planificación familiar, lo que nos sitúa por arriba del promedio a nivel rural e indígena, seguramente no sólo para la ciudad de México, sino para casi cualquier comunidad indígena del país y muy cercano al urbano de la ciudad de México (4) (11).*

*El proceso de expansión de la practica anticonceptiva sigue una tendencia aproximadamente lineal, con una fuente aceleración durante el periodo comprendido entre los años sesenta y ochenta cuando el incremento anual en el uso de anticonceptivos era de 3 puntos porcentuales en promedio; siguió un ritmo más pausado a mitad de los ochenta cuando los aumentos fueron de un punto porcentual por año; se produce una nueva aceleración entre los años ochenta y noventa con aumento de 2 puntos en promedio por año y finalmente entre los años noventa y dos mil están próximos a alcanzar la cúspide de la cobertura anticonceptiva se registro un incremento anual en la prevalencia anticonceptiva de un punto porcentual promedio por año(1)(2) . Si contáramos con datos de hace más de 10 años con respecto al porcentaje de aceptación de MPF en el mismo hospital de nuestro estudio, seguramente demostraríamos un porcentaje similar de incremento de aceptación cercano al reportado en la literatura.*

*Todos los grupos de edades muestran a través de los años un incremento en el porcentaje de mujeres que hacen uso de la anticoncepción. Al igual que en la literatura, el mayor porcentaje de aceptación se da principalmente en las mayores de 30 años y en las que tienen mayor número de gestas (1) (5).*

*El grupo de mujeres adolescentes (15 a 19 años) a pesar de ser el grupo con los menores niveles de uso de anticonceptivos, muestra incremento significativo y constantes en más de un punto porcentual promedio al año a lo largo del periodo analizado, de 14 por ciento que registro a mediados de los setenta a 30.2 por ciento en los años ochenta y 45% por ciento en 2000(1) (2) (5) (6). En nuestro estudio, la edad es una variable fundamental en el caso de aceptación de DIU, encontrando una correlación total de  $r=-1$  con un nivel de significancia de 0.01. Mientras que con respecto a las gestas, encontramos también un valor alto de correlación, con  $r=.961$  con un nivel de significancia de 0.01. Esto quiere decir que a menor edad, mayor es la posibilidad de que las mujeres indígenas mixtecas del Hospital de Huajuapán de León acepten como método de planificación al DIU, y con respecto a las gestas, conforme aumentan esta mayor es la probabilidad de que acepten un método de planificación familiar. Todos estos datos concuerdan con lo revisado en la literatura.*



*El lugar de residencia rural y urbana y la escolaridad de las mujeres son variables que aluden a los contextos sociales, culturales y geográficos en que vive la población y que condicionan la demanda y uso de los servicios de planificación familiar. Es claro en nuestro estudio que todos estos factores pueden ser superados cuando la paciente se encuentra inmersa en un centro hospitalario y la decisión de aceptar o no un MPF es tomada bajo la consejería de un médico o profesional de la salud.*

*Los esfuerzos orientados a ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y de integrar este componente dentro de una gama más amplia de servicios de salud, bajo el enfoque de la salud reproductiva, han sido un disparador, junto con otros progresos de desarrollo económico y social, del proceso de incorporación de la práctica anticonceptiva en el medio rural (1) (8) (9).*

## **CONCLUSION**

*La aceptación de métodos de planificación familiar, se encuentra directamente relacionada al número de gestaciones e inversamente relacionada a la edad de las pacientes con respecto al DIU en el Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca. La frecuencia de aceptación de MPF de la población indígena mixteca atendidas en el Hospital General de Huajuapán de León Oaxaca es mayor a la reportada en zonas rurales y cercana a las de las zonas urbanas.*

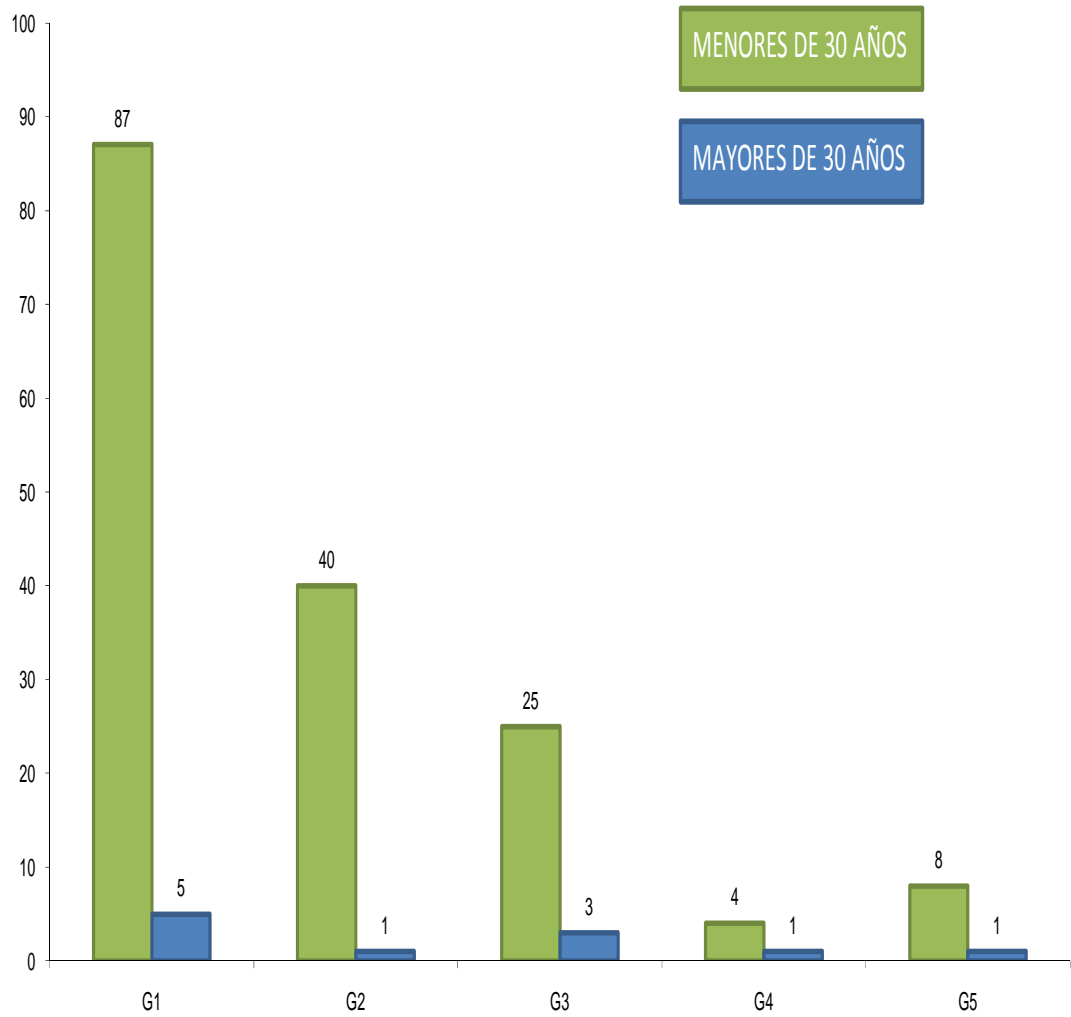
*A pesar de que son muchos los logros obtenidos, las cifras dejan ver importantes desafíos que requieren respuestas eficientes y oportunas de la sociedad y el gobierno.*

*La consejería y ofrecimiento de un MPF en el ámbito hospitalario por un profesional de la salud incremento la posibilidad de aceptación de un MPF en el Hospital de Huajuapán de León Oaxaca.*

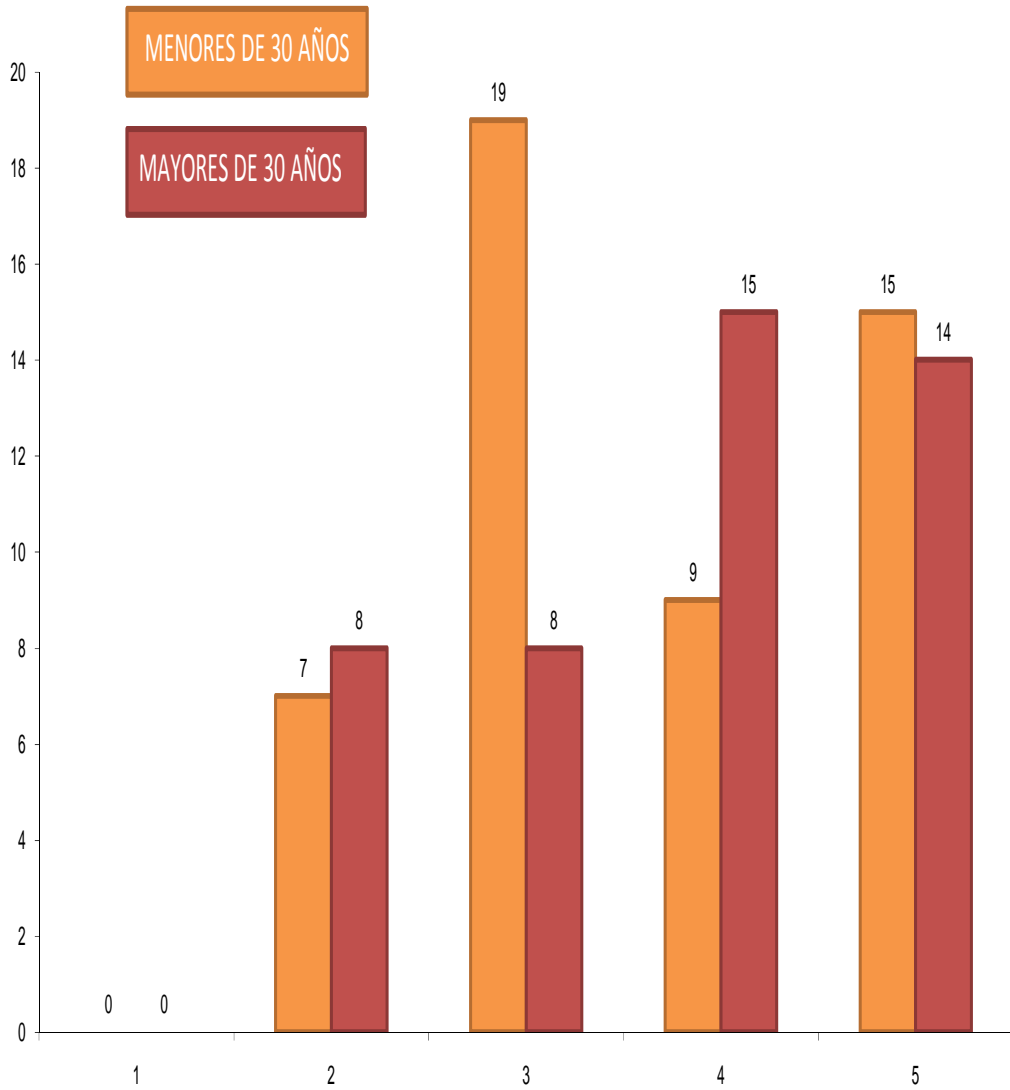
*Para garantizar el derecho a decir sobre estos asuntos, se requiere, entre otras muchas tareas, asegurar a las personas de todos los grupos sociales y regiones del país el acceso a información veraz y comprensible y a una amplia gama de servicios de salud reproductiva, integrados y de calidad.*

*Es necesario propiciar que toda persona conozca y comprenda sus derechos reproductivos y los mecanismos para ejercerlos y defenderlos. Con el objeto de contribuir al logro de estos propósitos se debe fortalecer la coordinación interinstitucional con las dependencias e instituciones del sector salud, a dar seguimiento de la calidad y cobertura de los servicios de salud reproductiva; a los problemas emergentes en el ámbito de la salud reproductiva; a fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación.*

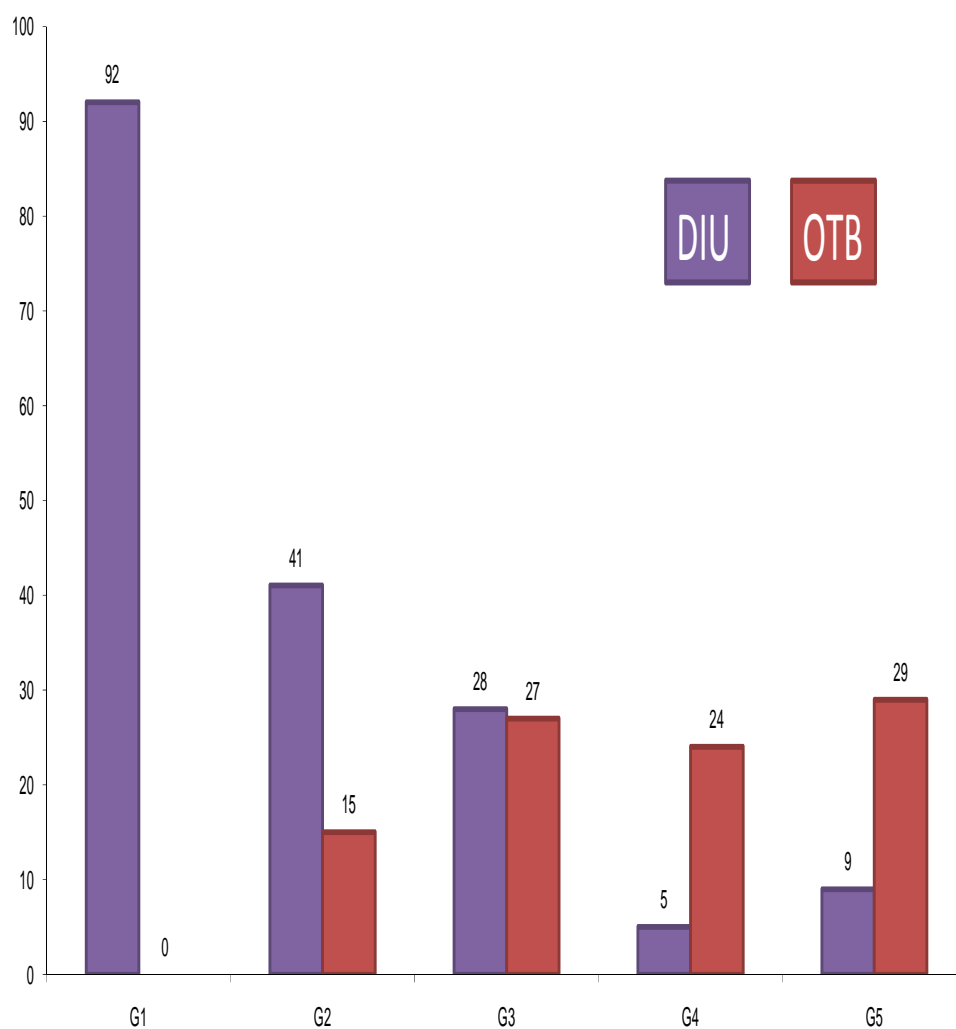
# ACEPTACION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO



# ACEPTACION DE OCLUSION TUBARIA BILATERAL



# TOTAL DE ACEPTACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



## 9. BIBLIOGRAFIA

1. *Adelantos en anticoncepción hormonal. Ginecología y Obstetricia de México; vol 75 Enero 2007 pags 35 a la 42*
2. *Veinticinco años de Planificación Familiar en México. La situación demográfica de México ,2000 pags 203 a la 212*
3. *Ampliar las capacidades y oportunidades de las personas para ejercer sus derechos de manera libre, responsable e informada en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción . Secretaria General del Consejo Nacional de Población pags 41 a la 51*
4. *Plan Sectorial de Salud. Secretaria de Salud de Oaxaca 2005 pags 1 a la 11*
5. *Causas de no uso de métodos anticonceptivos postparto entre madres adolescentes. Ginecol Obstetric Mex 2005; 73:63-68*
6. *Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos postparto. Salud pública de México vol 45 suplemento1 2003 pags 92 a la 102*
7. *Preferencias por los Atributos de los anticonceptivos en mujeres de México. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar 2000 pags 28 a la 35*
8. *Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. Rev Med IMSS 2005; 43 (3) 205-214*
9. *Reducción de la mortalidad materna entre poblaciones repatriadas en México. RMF 19-20 pags 12-15*
10. *Preferencias reproductivas en el ultimo tramo de la transición demográfica en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 .pags 107ala 207*
11. *La salud reproductiva de la población Indígena. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2004 pags 175 a la 207*
12. *Necesidades no Satisfechas de Anticonceptivos. Un análisis de la ENSAR 2003. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2005 pags 133 a la 256*
13. *Programas de Salud Reproductiva. Salud Publica 2004 pags 104 a la 214*
14. *Tratado de Ginecología y Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Luis Cabero Roura. Edición Panamericana. Marzo de 2003 pags 1453 a la 1504*
15. *Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos. Manual moderno Pags 845 a la 868*