



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

SEDE: TACOTALPA TABASCO

TESIS:

**“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. WENDOLYN PINEDA MARCIN

TACOTALPA TABASCO MARZO DEL 2009.



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD

SEDE: TACOTALPA TABASCO

TESIS:

**“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

**DRA. WENDOLYN PINEDA MARCIN
ASESORES:**



DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DE TEMA Y TESIS MEDICINA FAMILIAR



MSP. RICARDO JIMENEZ HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLOGICO

TACOTALPA TABASCO MARZO DEL 2009.



**“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. WENDOLYN PINEDA MARCIN

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

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

TACOTALPA TABASCO MARZO DEL 2009.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. WENDOLYN PINEDA MARCIN

AUTORIZACIONES

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**Q.F.B. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR**

TACOTALPA TABASCO MARZO DEL 2009.

TITULO:

**“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO
CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.**

DEDICATORIA

A Dios:

Por que me permitió terminar mis estudios, siendo siempre bueno ante todas la generaciones, teniendo misericordia hacia nosotros, dándonos la fuerza, voluntad e inteligencia para poder llegar hasta donde estamos, ya que esta a sido su voluntad, para con vosotros.

A mi familia:

Por haber comprendido mi mal humor, el tiempo, que no les pude dedicar, por todo el apoyo económico y moral que me brindaron, que sin el apoyo de Dios y ellos hubiese sido casi imposible concluir todo este sueño.

A mis Asesores:

Por haber estado en esos momentos en los cuales tenia dudas, ayudándome a resolver cada una de mis preguntas, con sus conocimientos, experiencias, y sobre todo, por el tiempo dedicado.

A mis compañeros:

Ya que estuvieron conmigo en las buenas y las malas, compartiendo noches de desvela, por las guardias que las hicieron menos pesadas, apoyándonos unos con otros para poder salir todos juntos adelante como una familia.

INDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del Problema.....	20
4. Justificación	21
5. Objetivos	23
6. Material y Métodos	24
7. Criterios de selección	24
8. Variables	24
9. Recolección de la información	28
10. Consideraciones éticas.....	28
11. Resultados	29
12. Discusión	35
13. Conclusión.....	37
14. Anexos	39
15. Bibliografía.....	41

RESUMEN

“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA UTILIZACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD DE VENUSTIANO CARRANZA, MACUSPANA TABASCO”.

Alumno (a): Wendolyn Pineda Marcin.

Introducción.- La planificación familiar se concibe como una práctica que ayuda a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad, para llevarla a cabo se pueden utilizar tanto métodos naturales o de regulación de la fertilidad, como métodos anticonceptivos.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del centro de salud comunitario.

Material y método. Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en la comunidad de Venustiano Carranza, Macuspana Tabasco, en donde se incluyeron 114 mujeres en edad fértil que no utilizaban método de planificación familiar, a las cuales se les aplicó un cuestionario que incluía variables para identificar causas del rechazo de los métodos tales como: sociodemográficas, conocimientos del método, identificación del método, factores de rechazo. Se analizaron las variables a través de estadísticas descriptivas y se presentaron en gráficos de frecuencias.

Resultados.- Se encontró que el 23.6 % de la población en estudio tenían edades entre 25 – 29 años, su nivel de escolaridad en su mayoría correspondía a primaria completa (28%), la religión predominante fue la católica con un 89.4%, el 100% de ellas se dedicaban a labores del hogar y su estado civil en su mayoría casados (92.1%). En cuanto al conocimiento sobre los métodos de planificación familiar un 92.8% tenían conocimiento sobre el tema, asimismo el 93.4% de ellas identificó de manera correcta al menos conocer tres métodos de planificación familiar, los factores por las que no utilizan métodos de planificación fueron en un 34.3% por que su pareja no se lo permite, seguido por un 20.1% por temor a algún efecto secundario del método y el 18.4% por que desea tener mas hijos, El número hijos de las mujeres estudiadas fue, con un 36.8% de 3-5 gestas, un 29.8% de 6 -9 gestas.

Conclusión.- Las usuarias que acuden al centro de salud de Venustiano Carranza, no acceden a los servicios de planificación familiar debido al escaso conocimiento que ellas poseen sobre los derechos de la mujer y por que a un existen ideas tradicionalista donde el hombre es el que toma decisiones y lleva la autoridad de la familia.

Palabras claves:

Planificación familiar: Conjunto de medios existentes para informar y apoyar a la población en todo lo referente a la regulación de nacimientos.

Método anticonceptivo: Cualquier medio que se utiliza o cualquier acción que se sigue para evitar un embarazo.

Natalidad: Número proporcional de nacimientos en población y tiempo determinados, y expresa el número de nacidos vivos con relación a un grupo medio de mil habitantes.

Anticoncepción: Acción y efecto de impedir la fecundación de las hembras a consecuencia del acto sexual.

Edad fértil o reproductiva: etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

1. INTRODUCCIÓN:

Durante las distintas épocas de la evolución del hombre y sus religiones, han influido y repercutido de diferentes formas en la sociedad, para la planificación familiar.

En todas las épocas ha existido preocupación por el control de la natalidad, de ahí los esfuerzos hechos por el hombre orientados a la búsqueda de métodos que le permitan a la mujer pensar y vivir la maternidad como una opción y no como su destino.

Es necesario conocer sus observaciones sobre el comportamiento de las culturas en lo relacionado con el control de la natalidad y el uso de los anticonceptivos, para poder proporcionarle la información adecuada, sin que se sientan ofendidos.

Para poder comprender esto, actualmente hay que retroceder en el tiempo, pues el tema de la anticoncepción ha sido el más controvertido en la historia de la medicina desde sus inicios hasta nuestros días.

Desde épocas primitivas se utilizaban hierbas y extractos acuosos de plantas que se consideraban con propiedades anticonceptivas.

Las hierbas y raíces de plantas eran medios que aplicaban los indios norteamericanos como métodos de anticoncepción.

Actualmente se sabe que la combinación del zumo de limón y extracto de vaina de caoba, que antes se usaba a modo de duchas vaginales, tiene un fuerte efecto espermicida, ya que el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides.

En la antigua Grecia se emplearon diversidad de productos en forma de pastas y aplicaciones locales, como el uso de goma de cedro, miel, corteza de pino, granada pulverizada, aceite de mirto y otros extractos.

Esa cultura prescribía la anticoncepción pos-coital, basada en un procedimiento en el que la mujer asumía la posición en cuclillas para intentar expulsar el semen de la cavidad vaginal al aumentar la presión intra-abdominal, así mismo practicaban la limpieza vaginal digital y el coito interrumpido.

La planificación familiar se concibe como una práctica que ayuda a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad, para llevarla acabo se pueden utilizar

métodos naturales o métodos de regulación de la fertilidad, como métodos anticonceptivos.

Cada pareja puede elegir el mejor momento para embarazarse, según estado de salud y el número de hijos que deseen tener.

Las dependencias gubernamentales han ganado terreno sobre la realización de actividades de planificación familiar, siendo así en 1972 se iniciaron actividades de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La familia es la base de las sociedad, por lo tanto, es necesario mantener una comunicación abierta entre los miembros de la familia para evitar la desintegración, que cada integrante de la familia cumpla con su función y rol adecuado, demostrando unión y respeto dentro de nuestra casa, cosa que no se puede llevar acabo con una multiparidad en la familia.

2. MARCO TEÓRICO:

Se conoce como planificación Familiar al conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su familia, el conjunto de decisiones que toma y las que realiza en torno a su reproducción. ⁽¹⁾

Toda persona tiene el derecho durante toda la vida a decidir de manera libre, responsable, sobre el número de hijos y el espaciamiento de cada uno de ellos, a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

La prestación de los servicios de planificación familiar se ofrece sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, siendo estos gratuitos por instituciones del sector público.

Los solicitantes de los servicios de planificación familiar se le deben proporcionar consejería adecuada para quedar protegido de embarazos no deseados, o embarazo de alto riesgo.

La información, promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones en medios masivos, tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual, a través de participación social, comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

La consejería en Planificación Familiar incluye un proceso de análisis, proporcionando información, orientación y apoyo educativo aclarando las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos, se debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta.

El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario a través de su actitud, mostrándole interés al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos.

Los métodos de planificación familiar se clasifican:

- Temporales

- Hormonales orales.
- Parches combinados.
- Dispositivo intrauterino.
- Naturales o de abstinencia periódica.
- Hormonales inyectables.
- Hormonales subdérmicos.
- De barrera y espermicidas.

- Permanentes:

- Oclusión tubaría bilateral.
- Vasectomía.

- Breve descripción de los métodos anticonceptivos:

Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. ⁽²⁾

-Hormonales Orales:

- Píldora combinada: son píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas, una progestina y un estrógeno iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer, funcionan previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación), con el objetivo de impedir un embarazo.

Su efectividad depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.

Efectos Colaterales:

Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo sangrado leve y de menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente, ausencia de la menstruación, cefaleas, mareos, náuseas, dolor mamario, cambios de peso, cambios de humor, acné.

- Píldora de progestina sola: conocidas también como minipíldoras, son píldoras que contienen dosis muy bajas de una progestina igual que la progesterona natural presente en la mujer, no contienen estrógeno y por tanto, se les puede utilizar durante la lactancia, son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con

estrógeno. Su eficacia depende de la usuaria: para mujeres que menstrúan, aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o salta por completo la ingesta de la píldora, los efectos colaterales son iguales a la combinada.

-Hormonales inyectables:

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas una progestina y un estrógeno que produce el cuerpo de la mujer, también reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC. La que proporciona la Secretaría de Salud (SSA), es medroxiprogesterona (AMP)/ cipionato de estradiol y al enantato de noretisterona (EN-NET)/ valerato de estradiol, funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación), se aplica a la mujer por vía intramuscular, cada 30 días, con el objeto de impedir el embarazo durante determinado tiempo. Su eficacia depende de la puntualidad: El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite. Sus efectos colaterales son iguales que el de las píldoras.

-Parches combinados:

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa en la piel del cuerpo, libera continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa el parche, durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación, actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Su eficacia depende del usuario: el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

Los efectos Colaterales: puede haber irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche, cambios en la menstruación: sangrado más leve y menos días, sangrado irregular, sangrado prolongado, ausencia de la menstruación, cefaleas, náuseas, vómitos, tensión y dolor mamarios, dolor abdominal, síntomas gripales/infección de la vía respiratoria alta irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis).

- Hormonales subdérmicos:

Implante subdérmico: son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan una progestina parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

Una persona capacitada realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer, este hormonal no contiene estrógeno, por lo que se lo puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres con contraindicación de estrógeno.

Hay muchos tipos de implantes:

- Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.
- Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años.
- Norplant: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso.
- Sinoplant: 2 cilindros, eficaz durante 5 años

Actúa primariamente por: espesamiento del mucus cervical (esto bloquea los espermatozoides, no permitiéndoles llegar al óvulo), hay una distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación), evitando así el embarazo. Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.

Los efectos colaterales son similares a los de las píldoras.

-Dispositivo intrauterino (DIU):

El dispositivo intrauterino (DIU), es un pequeño armazón de cobre, plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre, que se inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix.

Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide, disminuyendo el número de espermatozoides que penetran el mucus cervical, y los que lo hacen son fagocitados por los leucocitos, los espermatozoides son inmovilizados de cabeza-cola por la presencia del cobre, provocan efectos citotóxicos por el fluido uterino alterado por el DIU, producen una alteración del endometrio por secreción hormonal, dañando también al óvulo antes de su unión.

Los efectos Colaterales: cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), incluyendo: menstruación prolongada y abundante,

sangrado irregular, calambres y dolor durante la menstruación. Es uno de los métodos más eficaces y perdurables.

-Diafragma:

Es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix, también puede haber diafragmas plásticos, el borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia, hay en distintos tamaños y un proveedor con entrenamiento específico tiene que ajustarlo, lo coloca en la vagina para cubrir el cuello del útero e impedir el paso de los espermatozoides y evitar que ocurra un embarazo.

Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix; el espermicida mata o inutiliza el esperma, ambos impiden que el esperma entre en contacto con el óvulo. La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando no se utilizan espermicidas en cada acto sexual. Efectos Colaterales: irritación en o alrededor de vagina o pene, lesiones vaginales.

- Espermicidas.

Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el esperma, disponibles en comprimidos de espuma, supositorios derretibles o de espuma, latas de espuma presurizada, película derretible, gel y crema.

El gel, las cremas y las espumas de lata pueden utilizarse solas, con un diafragma, o con condones. La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta si no se utilizan los espermicidas en cada acto sexual. Efectos Colaterales: Irritación en o alrededor de vagina o pene, lesiones vaginales.

– Las películas, supositorios, tabletas de espuma, o supositorios de espuma pueden usarse solos o con condones.

Funcionan rompiendo la membrana de las células del esperma, matándolas o volviendo lentos su movimiento, esto evita el contacto del espermatozoide con el óvulo.

Estos anticonceptivos vienen en espumas, aerosoles, cremas, toallas sanitarias, jaleas vaginales o supositorios vaginales. Se usan poco tiempo antes del coito, inmovilizan los espermatozoides y también impiden o entregan su llegada al útero.

Entre sus ventajas encontramos que son fáciles de usar, no tienen efectos colaterales y no necesitan receta médica. Sus desventajas están dadas por su alta tasa de fracaso, es esencial para su efectividad un corto tiempo de espera entre la inserción y el acto sexual, su efecto dura poco tiempo, y hay quienes lo rechazan por considerarlos poco aseados pues fluyen a través de la vagina.

-Capuchones cervicales.

Se trata de un capuchón suave, de látex o goma plástica, que cómodamente recubre el cuello cervical profundamente, viene en diferentes tamaños; requiere un proveedor específicamente entrenado en su colocación para ajustarlo, el capuchón cervical funciona impidiendo al esperma entrar en el cérvix, los espermicidas matan o inhabilitan el esperma, ambos impiden al esperma entrar en contacto con el óvulo. La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando el capuchón cervical con espermicida no se utiliza en cada acto sexual.

No tienen efectos colaterales, pueden colocarse un tiempo antes del coito.

-Preservativo o condón.

Reciben también el nombre de preservativos, condones, "forros" y profilácticos; o se les conoce también por el nombre de una de las muchas marcas, son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto, la mayoría están hechos de una fina goma de látex, funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren a la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten al otro miembro de la pareja. La eficacia depende del usuario: el riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) es mayor cuando no se utilizan los condones en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa. No existen efectos colaterales.

- Condón femenino.

Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente, tiene aros flexibles en ambos extremos, tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón, el aro del extremo abierto ayuda a mantener parte

del condón fuera de la vagina, están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante en base de siliconas. Funcionan actuando como barrera que mantiene a los espermatozoides fuera de la vagina, evitando el embarazo, también aísla las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina, evitando el contagio del otro miembro de la pareja.

La eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. Son pocos los casos de embarazo o infección debidos a uso incorrecto, salida o roturas. No existen efectos colaterales.

-Naturales o de abstinencia periódica:

Retiro o coito interrumpido. Método anticonceptivo que consiste en interrumpir el coito para que la eyaculación se produzca fuera de la vagina.

-Método del ritmo, abstinencia periódica, termómetro o Billing:

Método que sigue la pareja, basado en la abstinencia de relaciones sexuales durante el periodo fértil de la mujer, este período se puede determinar mediante tres técnicas que se basan en el registro de las fechas de menstruación en un calendario, determinación diaria de la temperatura basal, o en la observación periódica de la secreción vaginal (moco cervical).

-Oclusión tubaria bilateral:

La anticoncepción permanente para mujeres que no van a querer tener más hijos, también llamada esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y “la operación.” Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:

– La minilaparotomía es la realización de una pequeña incisión en el abdomen, se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.

– La laparoscopia es la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopia posibilita al doctor ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen, funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y por lo tanto, no entran en contacto con el esperma, de manera que

no pueda producirse un embarazo, es uno de los métodos más eficaces, pero supone un cierto riesgo de falla. No existen efectos colaterales.

-Vasectomía:

También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina, es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos. A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el médico ubica ambos conductos que transportan el espermatozoide al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides del semen, se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo. Es uno de los métodos más eficaces, pero se acompaña de un pequeño riesgo de fracaso. ^(3 y 4)

La planificación familiar se concibe como una práctica que ayuda a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad, la primera institución gubernamental que trabajo en investigación de los servicios de planificación familiar fue el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en 1968.

Las instituciones de los medios privados y farmacias desempeñaron un papel importante en este sentido, ganando terreno sobre la planificación familiar, fue así que en 1972 se iniciaron actividades de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en 1973 se incorporó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSTE). ⁽⁵⁾

En 1976 se creó el Programa Nacional de Planificación Familiar, con la finalidad de dar congruencia a las actividades de los participantes. Durante este periodo se sentaron bases sólidas para la presencia de servicios de salud en Planificación Familiar (PF), especialmente en cuanto a la capacitación del personal; al mismo tiempo se inicio la organización de servicios especiales para dar atención a las áreas rurales, lo que hoy se conoce como “estrategias de extensión de coberturas”

que Coordina la Secretaria de Salud, cuyo objetivo era llegar a las comunidades rurales de entre 500 y 2,500 habitantes.

La Planificación familiar se concibe como una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, ya que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas, domésticas, planear y espaciar embarazos así como evitar los no deseados. ⁽⁶⁾

A través de un estudio publicado en el año 2000, por Yolanda Palma y Gabriela Rivera, reveló que la práctica de la concepción ha experimentado considerables incrementos en nuestro país, de tal manera que se puede afirmar que los ascensos en la fecundidad que ocurrieron durante la segunda mitad de la década de los años 70 y la primera de los 80, se encuentran relacionados con la baja adopción de métodos de regulación de la fecundidad. ⁽⁷⁾

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa, a pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas, así como el miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables, el temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas que existen y su utilización.

Otra de las razones que se ha encontrado es la violencia o la amenaza de violencia de un hombre, el cual puede privar a una mujer de su derecho a decidir por sí misma si utilizar un método de planificación familiar y cuál utilizar. ⁽⁴⁾

El machismo, dentro de la sociedad, se basa en el mito de la superioridad masculina, por lo que se puede discutir que es explícitamente negativo hacia las posibilidades de desarrollo espiritual de la mujer, y paradójicamente del hombre, que se constituye en un temprana víctima de sus formas institucionalizadas, que orientan la formación de los varones a la supresión de la expresión y la sensibilidad.

Formando parte de una construcción cultural, basada en la historia de la evolución de la socialización de los roles de género, en esencia es un modo particular de

concebir el rol masculino basado en el mito de la superioridad de los hombres sobre las mujeres y en la autoridad que "por derecho propio" tiene sobre ellas.

Estas actitudes son aprendidas, (patrones de conducta) el aprendizaje se lleva a cabo en un contexto histórico, sociocultural que imprime su sello en nuestra individualidad, las actitudes pueden cambiar, no son estáticas, pero en el caso de esta conducta, el cambio esperado debe pasar por la ruptura de macro-estructuras de paradigma que incluso hoy en día permanecen encubiertas. ⁽⁸⁾

Así también a través de lo social, los varones implican la discriminación (unas veces brutal, sutil) contra las mujeres que utilizan métodos de planificación familiar, esto no es solo exclusivo de los hombres, ya que muchas mujeres lo practican y lo reproducen, teniendo actitudes de prepotencia hacia las mujeres en su conducta. ⁽⁹⁾

En estudios realizados se encuentran datos que revelan que el 56.8% de las mujeres en edad fértil conocen o han oído de planificación familiar, estos porcentajes disminuyen al 35.2 % en el caso de las mujeres menores de 20 años y crece al 65% en las mujeres de edad fértil de 20 a 30 años, lo cual señala hacia que grupos se deben enfocar las campañas de información, comunicación, y educación en materia de planificación familiar. ⁽⁵⁾

En la Universidad Nacional del Nordeste en el 2004 en un estudio realizado en España, de la ciudad de Chaco, se encontró que los factores más frecuentes que influyen al abandono de los métodos anticonceptivos hormonales orales e inyectables, fueron por los efectos colaterales (ansiedad, náuseas, vómitos, etc.), así también diversas situaciones ajenas al método en sí (desinterés por parte de la usuaria, irregularidad en la toma de las pastillas, etc.). El 10% de las usuarias abandonaron el método por deseos de embarazo, 10% de mujeres porque el método no le resultaba cómodo, el 8,5% por contraindicación médica. ⁽¹⁰⁾

Asimismo en Guatemala, en el año 2005, un periódico conocido publicó que algunos argumentos doctrinarios se enfrentan a médicos y a la sociedad en favorecer el acceso a métodos de planificación familiar.

El cual rechazan sobre la utilización del método de planificación familiar, manifestado por el cardenal Rodolfo Quezada Toruño sumándose a esta idea la

religión Evangélica de Guatemala, que también pidió el veto. Ambas iglesias consideran que la ley obligue a los centros de salud, incluso a los regentados por organizaciones religiosas, a distribuir métodos anticonceptivos, por considerarlos inmorales y abortivos, propiciando la promiscuidad fuera y dentro del matrimonio”, dando pie al aborto. ⁽¹¹⁾

En Guatemala en el año 2007, surge un artículo en donde menciona que el 28% de las mujeres unidas a una pareja, eran sexualmente activas, fértiles y no querían tener hijos en los próximos dos años pero no estaban usando ningún método anticonceptivo, teniendo un porcentaje elevado de (39%), debido al insatisfecho acceso a los métodos de planificación familiar, por una serie de prejuicios racistas por parte de los proveedores de salud, los cuales dudan de la capacidad de las indígenas para entender cómo funciona un método anticonceptivo, manifestando ellos desconocer la lengua maya. Cabe señalar que la provisión de métodos anticonceptivos en Guatemala depende fuertemente de los aportes de la cooperación internacional según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). ⁽¹²⁾

En cambio en una investigación en Ecuador en el 2008, menciona que el 72.2 % de las mujeres que no utilizan algún método de planificación familiar se debe a razones relacionadas con el embarazo, la fertilidad o a la no actividad sexual, con un 27.8 %, seguida de que “no le gusta” la anticoncepción (5.9%), que se puede considerar como un rechazo genérico hacia la planificación familiar, ya sea por alguna experiencia negativa en su uso o por desinformación, el 4.1 % dijo que tiene miedo a los efectos colaterales, mientras que el 1.9 % reportó que habían experimentado dichos efectos, sólo un 2.2 % citó oposición del cónyuge como razón para no usarlo. ⁽¹³⁾

En Europa en un estudio publicado en el 2007 por IPS noticias, reporta que más de 200 millones de mujeres en todo el mundo quieren postergar o prevenir embarazos, pero no pueden hacerlo a causa de tabúes sociales o por su imposibilidad de acceder a los anticonceptivos. ⁽¹⁴⁾

La coordinación nacional de México (CONAPO), reporto que en las áreas urbanas de acuerdo al grupo de edad de 15 a 19 años de las mujeres unidas el 36.4 %

utilizan algún método de planificación, de un 100%, en cambio en las áreas rurales una de cada cuatro mujeres de este grupo de edad, el 18% de las mujeres usan algún método de planificación (DIU, Hormonal inyectable u oral) y 22.5% no conoce ninguna forma para regular su fecundidad. ⁽¹⁵⁾

En el año 2000, INEGI realizó un estudio de investigación y encontró que un embarazo es el sedimento de una etapa del ciclo vital, en el medio rural, relacionado con la vida conyugal y la vulnerabilidad de las jóvenes en la segunda década de la vida, por eso más allá de los anticonceptivos.

Desde un ángulo mas amplio el embarazo es parte de un ciclo de vida que suele concentrarse después de terminar la secundaria, ante la falta de mejores oportunidades, puesto que las opciones de vida de las y los jóvenes del campo o las áreas rurales no han cambiado sustancialmente, al terminar la secundaria ellos planean incorporarse a algún trabajo local, en las ciudades o en el otro lado, en cambio ellas no tienen mas opciones que pensar en casarse o unirse y comenzar a formar familia, las jóvenes no encuentran buenas razones para posponer la vida conyugal y el embarazo. ⁽¹⁶⁾

La CONAPO México, reporto en el año 1999, que las mujeres de zonas rurales cuentan con menor escolaridad que aquellas que residen en áreas urbanas; encontrando que sólo 4.7% de las mujeres sin escolaridad pudo ubicar su periodo fértil y el 11.5% contaban con la información, pero no saben como utilizar un método de planificación familiar.

Las mujeres de las zonas rurales, son quienes tienen menor escolaridad y las de más alta paridad, opinan en mayor medida que el varón debe decidir sobre el número de hijos y cuando tener relaciones sexuales. ⁽¹⁷⁾

A pesar de la difusión y programas acerca de los métodos anticonceptivos, estos no llegan al alcance de las y los jóvenes, por que cuando se acercan al sector salud a pedir información, muchas veces no la reciben por que prevalecen los prejuicios y discriminación de los mismos jóvenes por tener relaciones sexuales, pues no lo hacen dentro del matrimonio, siendo esta otra barrera para la utilización del método de planificación. ⁽¹⁸⁾

La CONAPO en un estudio que realizo en México en el 2003, revelo que el condón es realmente inaccesible a ellas y ellos, en las áreas rurales, debido por su alto costo y la imposibilidad de solicitarlos en los expendios locales, ya que son atendidos por conocidos o parientes, y utilizarlos seria mal visto para la sociedad, debido a su cultura.

Tener relaciones sexuales y embarazarse suele ser el episodio natural que todas y todos esperan vivir como una etapa siguiente de la secundaria y la idea de posponer el primer hijo no tiene sentido para ninguno de los individuos. ⁽¹⁹⁾

En el año 2005 un estudio realizado en México encontró, que persisten barreras para el uso de métodos anticonceptivos, algunas de estas se dan en las comunidades rurales y en las zonas marginadas de las ciudades y son: donde hay dificultades para conseguir anticonceptivos, por los recursos económicos, por no acudir a la clínica, debido a lo lejos que les queda o no cuentan con farmacias para conseguirlos. ⁽²⁰⁾

En el año 2001, el Hospital de México de Gineco-obstetricia IMSS, en una encuesta realizada por un grupo de médicos, mencionan que uno de los factores mas importantes asociados a la no utilización de los métodos anticonceptivos se deben a causas atribuibles al esposo (33.6%), que su marido era quien las cuidaba, que el esposo no aceptaba la utilización de ningún método anticonceptivo, y por ultimo que no lo habían platicado aun con su esposo y por tal motivo no podía elegir que método utilizar, por no tener la aprobación de él.

También se encontró que la educación sobre los anticonceptivos debe ser antes del evento obstétrico ya que la orientación y promoción de los anticonceptivos en el post-parto no incrementa el uso de MPF, a largo plazo. ⁽²¹⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social de Colima, en el año 2002, el personal de salud realizó entrevistas, donde encontraron que los factores por las cuales no se inicio un método anticonceptivo, son los siguientes clasificadas en tres grupos:

Grupo 1.- causas atribuibles a la paciente: motivos personales de la mujer; religiosos, morales, familiares, culturales, sociales, etc. Refiriendo la paciente que

luego usara algún método anticonceptivo (DIU, preservativo, hormonal inyectable u oral, etc.) o que su esposo la cuidara, y que lo tiene que platicar con su esposo.

El rechazo del marido y el deseo de tener más hijos son las razones aducidas por las mujeres para no recurrir a la planificación familiar, en un 73 % de las pacientes.

Grupo 2: causas atribuibles a la unidad medica: determinada por los factores técnicos- administrativos, o bien, por insuficiencia u omisión de las actividades de comunicación educativa por parte de los proveedores del servicio,19% de las pacientes.

Grupo 3: Indicación médica: presencia de factores de riesgo para la salud o la vida de la mujer, (amnioititis, líquido amniótico meconial, ruptura prematura de membranas), un 8% de las pacientes ⁽²²⁾

En el estado de Michoacán en un estudio realizado en Agosto del 2006, afirmo que las comunidades indígenas y rurales de ese estado, las mujeres rechazan los métodos anticonceptivos ya que consideran que es un pecado, el uso del condón y de otros métodos de planificación debido a sus creencias religiosas, creen que si lo usan están fallando a su creencias o de credo, teniendo como resultado un bajo porcentaje en mujeres que utilicen método de planificación familiar.⁽²³⁾

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, reconoció públicamente Patricia Uribe, que no se lograron las metas de planificación familiar previstas para el periodo 2000-2006, debido a que hubo una disminución de la intensidad en las campañas y desabasto de métodos anticonceptivos en "algunos años", lo que repercute en los indicadores.

Entre las razones más comunes están los servicios insatisfactorios, la falta de información, los temores de los efectos secundarios de los anticonceptivos, y la oposición de los maridos, familiares u otros. ⁽²⁴⁾.

Los y las jóvenes de las zonas rurales de Chiapas, Guanajuato y Michoacán tienen el nivel de escolaridad más bajo de todo México, siendo las mujeres quienes tienen los niveles de educación más bajos que los hombres, demostrado así que la falta

de educación está directamente ligada a un menor conocimiento de los métodos anticonceptivos. ⁽²⁵⁾

La CONAPO en un estudio reportado el 2003, se encontró que la tasa de fecundidad entre las jóvenes de 15 a 19 años que viven en áreas rurales es más alta que la de las jóvenes de esas mismas edades que habitan en zonas urbanas. Por ejemplo, las tasas de fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años que viven en Chiapas y Oaxaca son de 65.1 y 64.9 nacimientos vivos por mil mujeres, respectivamente en comparación, con el Distrito Federal la tasa de fecundidad en el mismo grupo es de 13.4 por mil. En algunos grupos focales se ha podido observar que hay una falta de información y/o comunicación sobre la salud reproductiva entre los y las jóvenes, sus padres y los proveedores de salud, la cual no es tan evidente en las áreas urbanas, en donde existen mayores posibilidades de acceder a servicios de salud reproductiva y educación. ⁽²⁶⁾

En Morelos, México la Secretaría de Salud Pública encontró hallazgos que sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social.

El conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos, que expresaron la mayoría de las mamás adolescentes, al lado de una utilización tan baja de método de planificación familiar, en el posparto, sugiere que hay una brecha no bien elucidada entre tener el conocimiento y tener acceso a la adquisición de éste. Es sorprendente que tan sólo 45% de las jóvenes que se atendieron de parto en hospitales estaba utilizando algún método efectivo a seis semanas del posparto a pesar del consenso médico sobre la necesidad de alargar el intervalo intergenésico, especialmente en la población de adolescentes. ⁽²⁷⁾.

En febrero 2008, se publicó un estudio, por Aurora Vázquez B. presidenta de la asociación de Gitanas en México, donde menciona que ser mujer y gitana es una doble lucha con la sociedad, siendo discriminadas por su mismos compañeros de cultura, unos de sus impulsos por la igualdad, fue poder planificar y tener menos hijos, todas las mujeres de esa cultura acudían a un Centro de Salud a

escondidas, para solicitar sus métodos de planificación, sin que sus parejas se enteraran. ⁽²⁸⁾.

En el 2003 la Secretaria de salud a través de una investigación realizada en el Estado de Morelos, México demostró que uno de los factores por lo cual no planifican las adolescente se debe a una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron el deseo de no embarazo con mayor ase con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales.

En cuanto si conocen que son los métodos de planificación familiar se observo que un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía, un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón, sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después del parto.

Con este estudio se llego a la conclusión que estos hallazgos de los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la Seguridad Social. Además, se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario. ⁽²⁹⁾

La revista electrónica española llamada las Provincias reporto en Febrero del 2008, en un artículo, de acuerdo a las usuarias que asisten a los servicios sanitarios, que seis de cada diez mujeres cuentan con menos de 30 años y la mitad de las usuarias proceden de América Latina (Ecuador, Bolivia y Colombia); un 29% de Europa Oriental, el 13% de África, un 4% de Europa Occidental y un 3% de Asia.

La mayoría viven con una pareja estable (90%), sin embargo un 6% asegura que su pareja se opone a la utilización de métodos de planificación en sus relaciones sexuales, siendo el preservativo rechazado por el 36% de los hombres, ni aceptan

que su pareja utilice algún método anticonceptivo según los informes publicados por Sanidad.

Este porcentaje aumenta hasta casi el 39% en el caso de las mujeres que reconocen tener dificultades a la hora de negociar el uso de algún método de planificación con su pareja. ⁽³⁰⁾

En un estudio de Investigación del 2001, reporto que la anticoncepción es poco accesible para la población adolescente en los medios rurales a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y dónde obtenerlos.

También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad.

Las explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos fueron: falta de conocimientos, dificultades en el acceso a anticonceptivos. ⁽³¹⁾

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La planificación familiar es un programa que se imparte en los sectores públicos, sociales y privados de todo el país, y consiste en el derecho que tienen las persona en elegir cuantos hijos quieren tener y cuando.

Los métodos de planificación familiar, se utilizan para regular el espacio de un hijo a otro, y evitar embarazos no deseados, teniendo la capacidad de recobrar la fertilidad con algunos métodos.

En la comunidad de Venustiano Carranza, se observó en la consulta diaria que muchas de las mujeres en edad fértil, no utilizan ningún método de planificación familiar, teniendo la mayoría de ellas, más de 3 hijos, por la que hay sobre población de niños, sin que tomen en cuenta las condiciones económicas y carencias para la educación.

Refiriendo algunas pacientes que no planifican ya que su pareja no se lo permite, así como también tienen miedo a morir en la intervención quirúrgica, debido a la anestesia, por lo que quiero investigar.

¿Cuales son los factores que interfieren en la utilización de métodos de planificación familiar de la comunidad de Venustiano Carranza, Macuspana Tabasco?.

4.-JUSTIFICACIÓN:

Se considera que la planificación familiar es una estrategia para proporcionar una salud reproductiva eficaz, definida ésta, como la forma de regular la fertilidad de un embarazo a otro, asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones, disminuir la mortalidad neonatal, impedir embarazos no deseados y evitar los de alto riesgo.

En las últimas tres décadas, se ha notado marcado descenso en los niveles de fecundidad registrando cambios sustanciales en la estructura y dinámica poblacional del estado, lo que ha producido una transición demográfica asociada a incrementos importantes en el uso de los métodos anticonceptivos.

México en el año 2006, ocupaba el lugar número once en el mundo entre las naciones más pobladas y el tercero en América Latina, por debajo de Estados Unidos y Brasil, informa el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), secundario por el incremento de la natalidad.

Los datos más recientes demuestran el incremento poblacional que ha tenido Tabasco en la primera mitad de la década de los años noventa, el crecimiento natural del estado era de 2.82 %, resultado de una tasa de natalidad de 32 nacimientos por cada 1000 habitantes (por esto, Tabasco está considerado dentro del conjunto de localidades con fecundidad alta y estable) y una mortalidad de 3.8 % por cada 1000 habitantes, dentro de este grupo Macuspana ocupa el cuarto lugar de la tabla de nuestro estado, siendo de un 2.34%, de incremento por año. Estando por encima los municipios de Nacajuca, Centro y Teapa.

A pesar de la promoción que se ha manejado en la planificación familiar en México, se ha incrementado el crecimiento de la población. La planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas para regular su fertilidad, basada en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía.

Tomando en cuenta la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar, en el país, todavía existen grandes áreas geográficas y demográficas en las que no se cumplen las necesidades mínimas para el control de la natalidad, por

situaciones sociales y culturales de la población. Por lo que la aceptación contraceptiva en el área rural es mas baja que en las áreas urbanas.

En la población rural y sobre todo en la población indígena, existen muchas costumbres arraigadas que provocan desequilibrio económico, social y familiar, al no protegerse con algún método anticonceptivo.

A pesar de los adelantos de los programas de planificación familiar, que a otorgado la Secretaria de Salud en conjunto con el Gobierno del país, existen aún áreas geográficas, sobre todo rurales, en las cuales no llegan estos programas, para el control de los nacimientos, los cuales en su mayoría están relacionados a situaciones de cultura, moralidad, sociedad, de la población, etc.

En poblaciones rurales de México las jóvenes no utilizan ningún método de planificación familiar, ya que para ellas es una etapa normal de su ciclo de vida, después de la secundaria, por no tener otra oportunidad, para estudiar una carrera ya sea técnica o profesional, ya que se tienen que transportar a la cabecera municipal, o al centro de su estado, siendo la única opción, casarse y tener hijos.

Unas de las causas atribuibles es la dificultad para conseguir un método de planificación familiar por la escasez de recursos económicos o la dificultad de tener acceso a ellos. Habiendo con todo esto una sobre población, desnutrición y cambios de roles de familia, ya que las hermanas mas grandes tiene que asumir el papel de la madre para el cuidado de sus hermanos.

En este estudio se tratara de conocer diversas causas del no uso de algún método de planificación familiar, por lo que nos permita proponer soluciones que estén a nuestro alcance, para poder así, evitar la multiparidad, embarazos en adolescentes a temprana edad y periodo corto de un embarazo a otro, logrando disminuir las complicaciones en el parto y morbi-mortalidad materna, desnutrición en madres e hijos.

5.-OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los factores que interfieren en la utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil del centro de salud comunitario de Venustiano Carranza, Macuspana, Tabasco.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar los aspectos sociodemográfico de las mujeres en edad fértil.
- 2.-Identificar los factores por los que no utilizan algún método de planificación familiar las mujeres en edad fértil.
- 3.- Identificar a las mujeres que no hacen uso de los métodos anticonceptivos, del área rural de Venustiano Carranza, Macuspana Tabasco.
- 4.- Identificar el conocimiento de las mujeres sobre los métodos anticonceptivos.

6.-MATERIAL Y MÉTODOS

-Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal, se trabajo una vez, con población femenina en edad fértil y las variables fueron medidas una sola vez.

- Población, lugar y tiempo: El estudio se realizo en la comunidad de Venustiano Carranza, tomando la población total de mujeres en edad fértil unidas, que no utilizan ningún método de planificación familiar (114), que asistían a la consulta solicitando los servicios de la Unidad de Salud de Macuspana Tabasco.

-Operacionalización de variables

En esta investigación, se consideró la dimensión sociodemográfica, definiéndose ésta como la agrupación de algunas características personales y los factores sociales. Las variables son: edad, escolaridad, ocupación, estado civil.

- Antecedente Gineco-obstétrico, los números de hijos que ha tenido.

- Nivel de conocimiento: cuales son los métodos anticonceptivos que conocen.

7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) Criterios de Inclusión:

Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que acudan al Centro de Salud.

Que no usen métodos de planificación familiar

Mujeres que asisten al centro de salud.

b) Criterios de Exclusión:

Que no deseen participar en la investigación.

Que no contesten completamente el cuestionario.

Mujeres embarazadas.

8.-VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional:	Escala de medición:
Edad:	Ordinal	Años de vida desde el Nacimiento	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45- 49 años
Escolaridad:	Ordinal	Último grado académico cursado	1- Analfabeta 2- Sabe leer y escribir 3-Primaria incompleta 4.Primaria completa 5-Secundaria incompleta. 6-Secundaria completa 7-Preparatoria incompleta. 8-Preparatoria completa 9- Licenciatura
Religión	Nominal	Grupo religioso con el que se identifica y simpatiza.	1- Católica 2- Evangélica 3- Adventista 4- Testigo de Jehová 5.- Otra

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala de medición.
Ocupación	Nominal	Actividad principal a la que se dedica	1.- labores del hogar 2.- profesionista. 3.- otros
Estado civil	Nominal	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	1.-casada 2.-unión libre 3.-soltera 4.- Viuda
Conocimiento del método de planificación familiar	Nominal	Es la respuesta de la usuaria ante sus conocimientos de los métodos de planificación familiar.	1.- si (si responde por lo menos que es planear tener de un hijo a otro) 2.- no (cuando no tiene ni idea del concepto)
Conocimiento de algún método de planificación familiar	Nominal	Es la respuesta de la usuaria al hacer mención de algunos métodos.	1.- DIU 2.- Condón 3.- Pastillas anticonceptiva 4.- Inyección hormonal. Etc.
Factor de la usuaria por lo que no utiliza algún método	Nominal	Es la respuesta indicada por la usuaria ante la no utilización del	- Desea tener más hijos. - Su pareja no se lo permite

de planificación familiar.		método de planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Por sus creencias religiosas. - Por el beneficio económico de un programa social. - Por la accesibilidad al MPF.
Número de hijos	Ordinal Continua.	Esta respuesta está dada por la usuaria, de acuerdo a número de embarazos.	<ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 2 hijos. - De 3 a 5 hijos - De 6 a 9 hijos. -De 10 a 14 hijos.

9.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se elaboró un cuestionario, el cual comprende preguntas de aspectos sociodemográficos, obstétrico, para conocer los antecedentes de las mujeres y uso de ellos. El cual fue aplicado en las consultas con redes de apoyo del sector salud, como enfermería. (Ver anexo 1).

Los resultados serán analizados en una base de datos, utilizando el paquete estadísticos de computación: Excel, Word.

-Codificación: Cálculo de los indicadores en la Operacionalización.

-Plan de tabulación: Elaboración de gráficas y análisis estadísticos a los datos.

10.-CONSIDERACIÓN ÉTICA

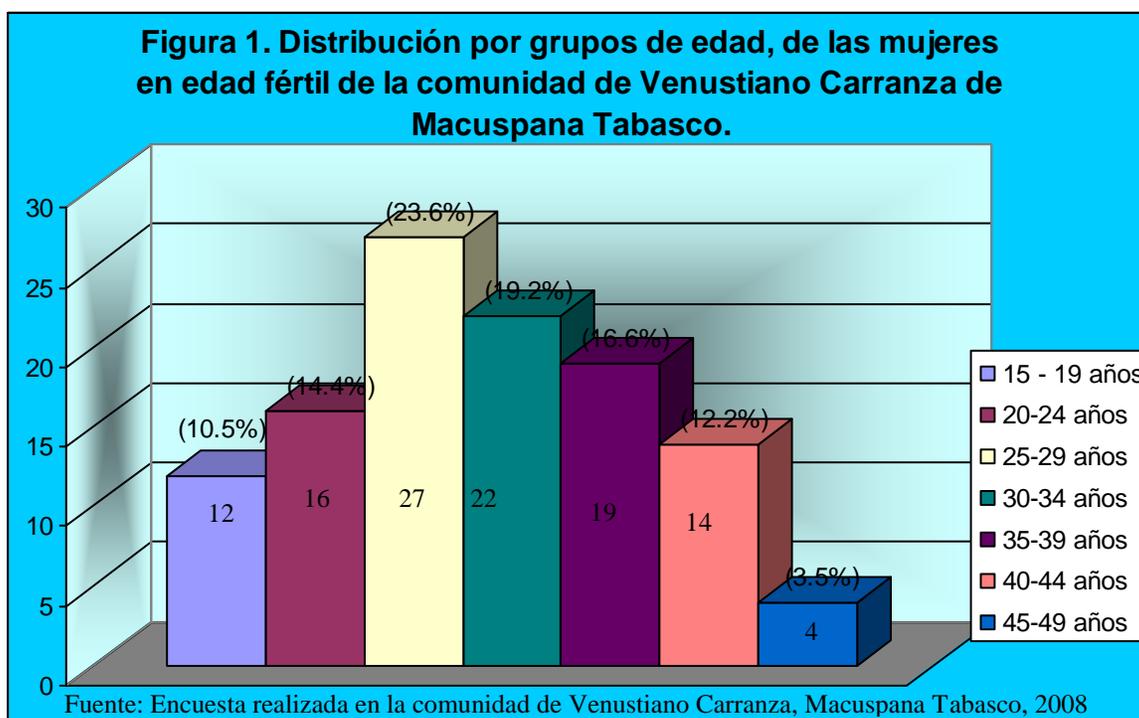
Se incluirán como sujeto de estudio a las mujeres en edad fértil que no planifican independientemente de su afiliación al sector salud, con el consentimiento y autorización de las mujeres encuestadas, garantizando la confidencialidad de los resultados. (Ver anexo 2).

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de la Federación reglamentaria del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el capítulo 1. en donde menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale. ⁽³²⁾

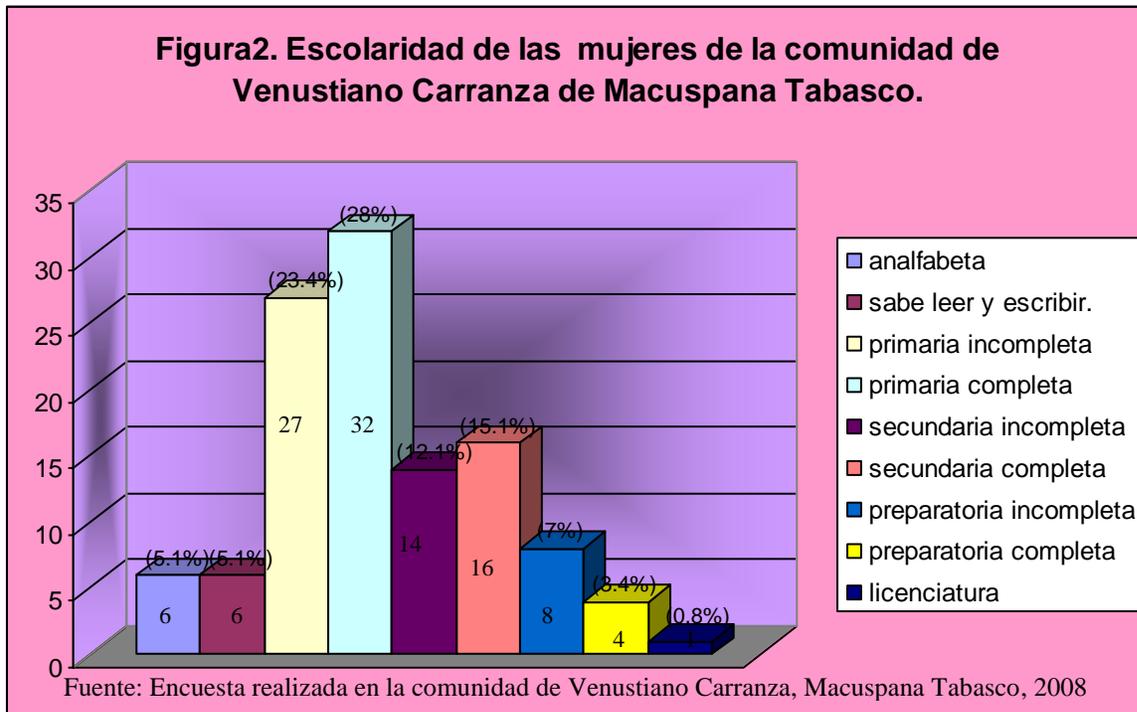
Así también la declaración de Helsinki refiere que toda investigación con persona posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear y de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación; seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito, respetando siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, adoptando todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y sobre su integridad física, mental y su personalidad.⁽³³⁾

11.- RESULTADOS

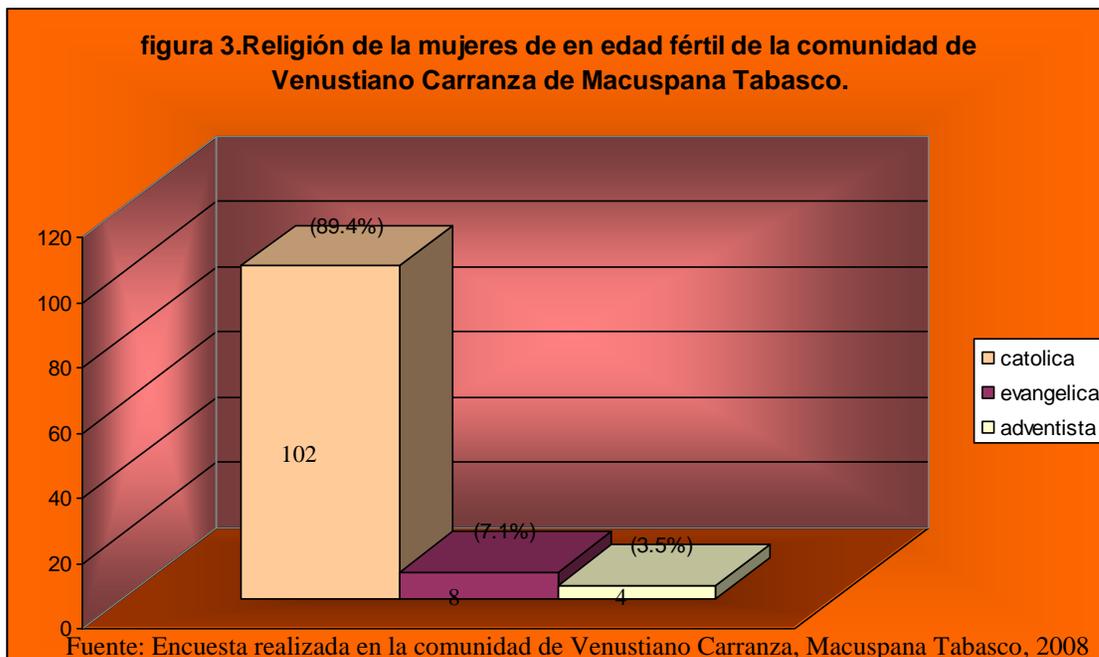
Los resultados obtenidos son los siguientes; el 23.6 % de la población en estudio corresponde a las mujeres con edades de 25 a 29 años de edad, el 30 – 34 años con un 19.2%, un 16.6% mujeres de 35 a 39 años de edad, el grupo de 20 a 24 años, con un 14.4%, las edades de 40 a 44 años representan el 12.2 %, el 10.5% tiene 15 a 19 años, y el mas bajo con 45 a 49 años de edad con un 3.5%. (Fig. 1).



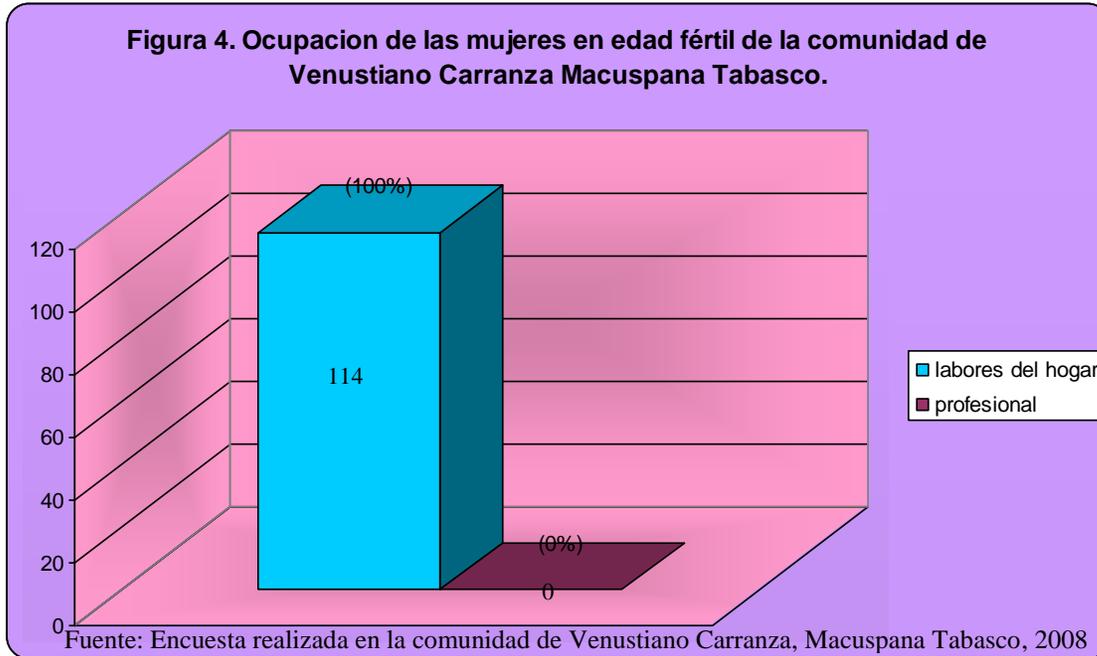
En relación al nivel de escolaridad, se encontró que la mayor parte de las mujeres, un 28% tienen la primaria completa, el 23.4 % primaria incompleta el 15.1% secundaria completa, el 12.1% secundaria incompleta, el 7% preparatoria incompleta, empate del 5.1% se encuentra saben leer y escribir y analfabeta, el 3.4% preparatoria completa, y con un 0.8% licenciatura. (Fig. 2).



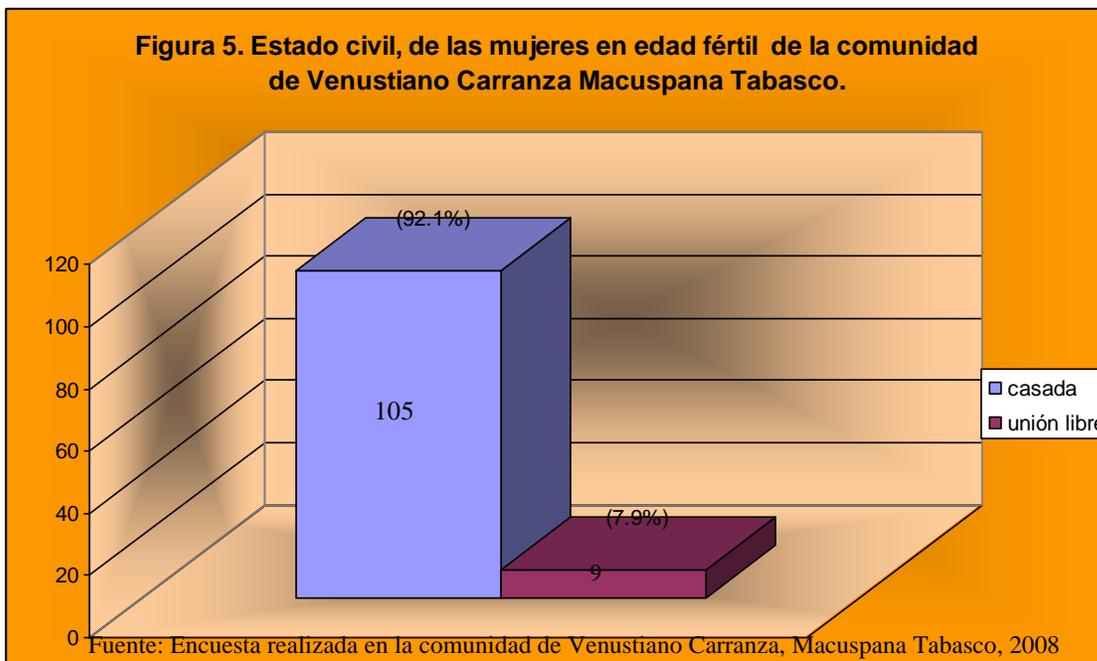
La mayor parte de la población profesa la religión católica 89.4%, evangélica el 7.1%, y el 3.5% religión adventista. (Fig. 3).



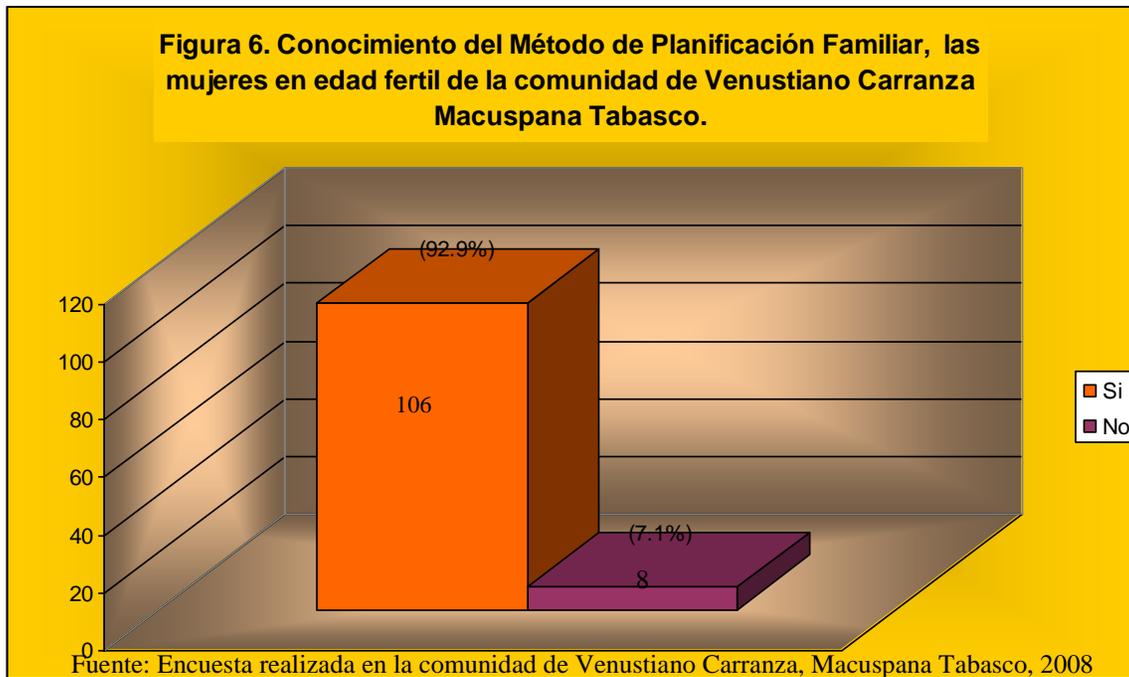
Respecto a la ocupación de la población en estudio, se observó que el 100% de ellas se dedican a labores del hogar. (Fig. 4).



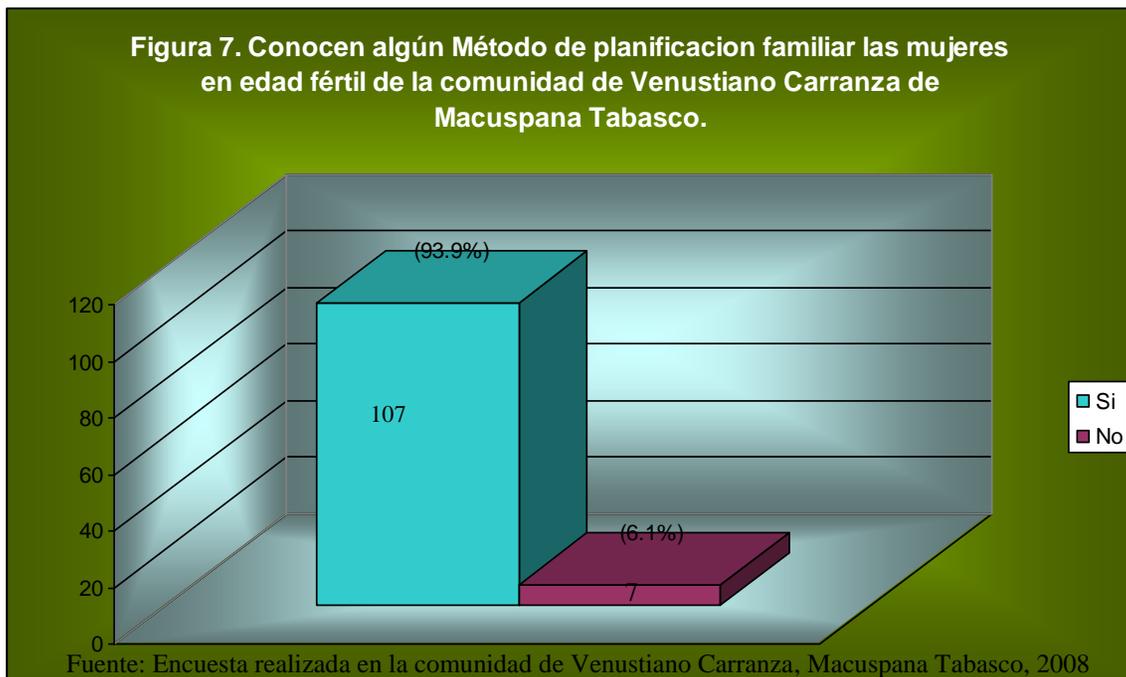
En relación al estado civil se encontró que el 92.1% son casados y el 7.9% unión libre. (Fig. 5).



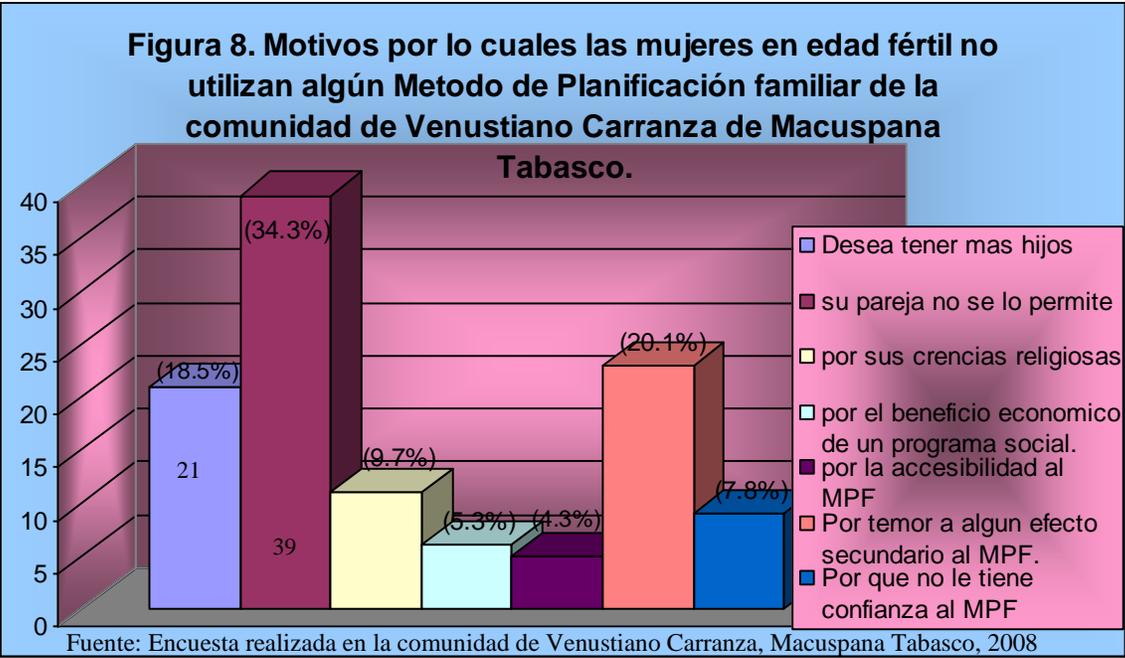
En cuanto al conocimiento del significado del método de planificación familiar, el 92.9% respondió que sí lo conoce y el 7.1% no tienen. (Fig. 6).



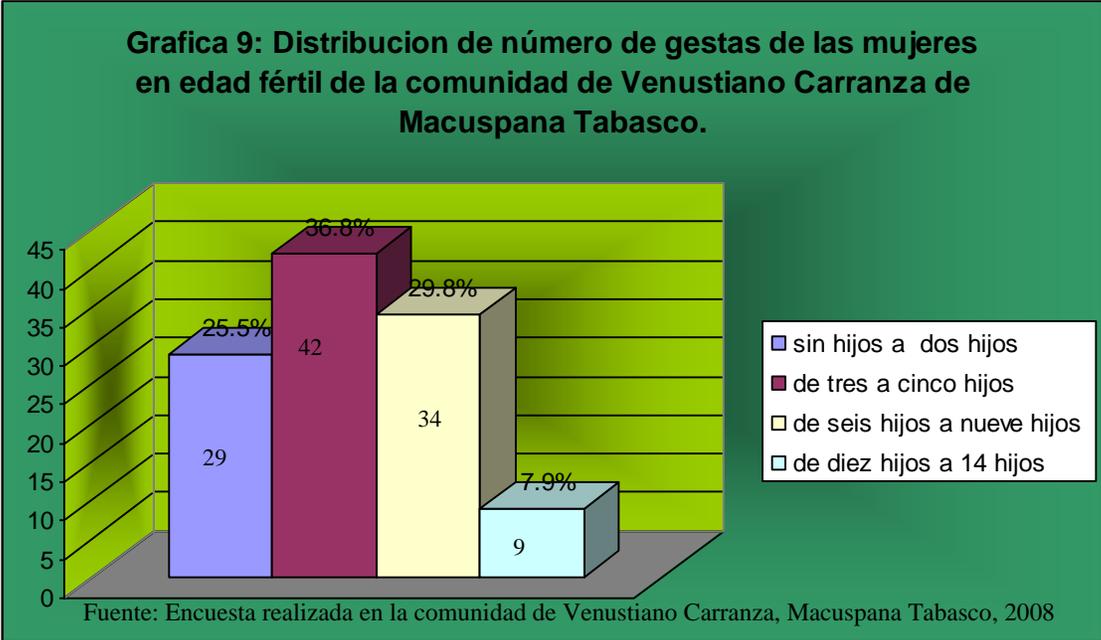
El 93.9% de las mujeres conoce tres métodos de planificación familiar, el 6.1% menos de tres o ninguno. (Fig. 7).



El factor principal para no planificar la familia, fue 34.3% por que su pareja no se lo permite, el 20.1% por temor a algún efecto secundario del método de planificación familiar, el 18.5% por que desea tener mas hijos, el 9.7% por que su religión no se lo permite, con un 7.8% por no tenerle confianza al método de planificación familiar, el 5.3% por el beneficio económico de un programa social, y el 4.3% por la inaccesibilidad a los servicios de salud, y por la dificultad para llegar a la unidad de salud más cercana. (Grafica 8).



La mayoría de las familias de la población que se estudio esta integrado por tres a cinco hijos, siendo representado por un 36.8%, seguido de seis a nueve hijos por un 29.8%, con un 25.5% sin hijos a dos hijos, de diez hijos a catorce hijos con un 7.9 % de cinco y siete hijos por familia. (Grafica 9).



12.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para esta investigación, se consideró el universo de mujeres en edad fértil de acuerdo al censo de población del centro salud Venustiano Carranza, que asistieron a consulta, se identificaron principalmente los factores que influyen con mayor frecuencia en la no utilización de los métodos de planificación familiar. Para ello se aplicó un cuestionario con preguntas semi-estructuradas, que permitió identificar los factores por los cuales ellas no hacen uso de los métodos anticonceptivos.

El estudio reportó una mayor frecuencia en mujeres entre 25 a 49 años que no están utilizando ningún método de planificación familiar, siendo la principal causa, el que su pareja no se lo permite, seguido por temor a algún efecto secundario del método.

La mayoría de las mujeres, se dedican a las labores del hogar y al cuidado de sus hijos. Estos resultados, son similares a los encontrados por la Coordinación Nacional del Programa de México, coincidiendo con el rango edad y los factores de rechazo a los métodos de planificación, así como la poca oportunidad de superación y la falta de opciones de vida.⁽¹⁶⁾

Un antecedente interesante encontrado en el estudio por lo cual no utilizan las mujeres algún método de planificación familiar, fue por que su pareja no se lo permite, donde reflejan que las mujeres a un son sometidas a las órdenes de su pareja ya que ellas realizan lo que su pareja le indican, estando sujetas a su mandato, haciendo mención que el esposo es el jefe de la familia, (referido en la consulta), jugando así un papel importante en la vida de las mujeres ya que si él no autoriza el uso de estos métodos ellas no lo utilizan.

Haciendo comparación con otro estudio realizado en el Hospital de México de Gineco-obstetricia IMSS, en una encuesta realizada por el Dr. Romero G. Dr. Gonzalo M. G., Dra. Ponce, mencionan que los motivos mas importantes asociados a la no utilización de los métodos anticonceptivos se deben a causas atribuibles al esposo.⁽²²⁾

Así también el Instituto Mexicano del Seguro Social de Colima, donde encontraron que los factores por los cuales no se inicio un método anticonceptivo, obedeció a motivos personales de la mujer; religiosos, morales, factores asociados a su esposo, siendo este similar a lo que se identifico en la investigación. ⁽²³⁾

Otras de las causas atribuibles al abandono de los métodos de planificación familiar se refirió a los efectos secundarios atribuidos al método o temor a la anestesia para operarse, similar a un estudio realizado en España, donde se encontró que los factores más frecuentes que influyen al abandono del método anticonceptivo fueron los efectos indeseados que las mujeres atribuían al método (ansiedad, náuseas, vómitos). ⁽⁹⁾

Por otra parte, en un estudio realizado por la CONAPO en México, se encontró que las mujeres con menor escolaridad y de zonas rurales tienen un conocimiento menor sobre los métodos de planificación familiar que las mujeres en zonas urbanas, siendo estos resultados similares a los encontrados en el presente estudio en donde cerca del 50 % cuenta sólo con primaria.

Asimismo, la CONAPO refiere que las mujeres con baja escolaridad y alta paridad opinan en mayor medida que el varón debe decidir sobre el número de hijos y cuando tener relaciones sexuales, coincidiendo con los resultados de este estudio en donde cerca del 37 % son factores asociados a la toma de decisión por el hombre. ⁽¹⁷⁾

El impacto de la religión en este estudio, demostró que no le impide el uso de los métodos de planificación familiar, siendo bajo el porcentaje encontrado, a pesar de que poseen costumbres y tradiciones muy arraigadas desde sus antepasados y están basados en las practicas de la sociedad de la misma comunidad, haciendo referencia de lo antes mencionado no es igual al reporte de Guatemala, donde un periódico informo que algunos argumentos doctrinarios y morales se enfrentan a los médicos y la sociedad en donde la ley favorece el acceso a métodos de planificación familiar, existiendo un rechazo por iglesias de la religión Evangélica y Católica de Guatemala. ⁽¹⁰⁾

RECOMENDACIONES:

1. Brindar orientación a los adolescentes y su familia sobre los métodos de planificación familiar, por el personal calificado del sector salud, no sólo en la atención de primer nivel, sino permitir la participación de las instituciones educativas, así como las de apoyo social en sus diferentes niveles.
2. Reforzar la información de la salud en el uso de la planificación en las mujeres y hombres de la comunidad, a través de pláticas y orientación, resolviendo dudas que surjan en ellos.
3. Desarrollar estrategias de información masiva en temas sobre la salud reproductiva, planificación familiar y los métodos anticonceptivos, apoyándose con programas de tipo social y con autoridades de la propia comunidad.
4. Impulsar actividades educativas, que involucren al personal de salud, líderes sociales, religiosos, red de apoyo social para elevar la cultura sobre la planificación familiar en la población.
5. Considerar los resultados obtenidos en esta investigación para implementar un programa permanente de educación en salud reproductiva en la población rural.

13.- CONCLUSIÓN

Podemos concluir que los resultados encontrados, a través de las encuestas aplicadas a 114 mujeres, se identificó que los factores por los cuales no planifican: debido a que su pareja no se lo permite, seguido por el 34.3%, por temor a efectos secundarios de algunos métodos de planificación, como los hormonales orales e inyectables, así mismo en ocasiones a la anestesia, referido en la consulta.

El objetivo de la investigación se logró ya que lo que se esperaba de resultados fue reflejado en el estudio de investigación, siendo la pareja un factor importante para no planificación del método.

Aunque también se esperaba encontrar que la religión fuera otro factor para no desear planificar, lo cual no ocurrió, ya que las mujeres en estudio respondieron en su mayoría no ser un impedimento.

La mayoría de la población en estudio cuenta con escolaridad de primaria completa con un 28%, esta respuesta era esperada, debido a que en algunos estudios reflejan que entre menos escolaridad presenten, a temprana edad tienen hijos, por que las profesionistas en su mayoría terminan sus estudios y después tienen hijos, algo que en esta comunidad se refleja con menos frecuencia, ya que solo un 0.8% tienen nivel profesional, no desempeñando su profesión, si no que solo a labores del hogar.

La ocupación de la población en estudio reflejó que el 100% se dedican a labores del hogar, consagrándose al cuidado de los hijos y de la casa.

De acuerdo al conocimiento sobre métodos de planificación familiar, la mayor parte conoce que es un método de planificación, cual es su función, mencionando conocer por lo menos 3, a pesar de esto no lo utilizan.

14.- ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario.

Instrucciones: conteste las siguientes preguntas.

Número Edad:

1.-Escaridad: 1) analfabeta: 2) sabe leer y escribir 3) Primaria completa 4) primaria incompleta 5) secundaria completa 6) secundaria incompleta 7) bachillerato completo 8) bachillerato incompleto 9) licenciatura

2.-Ocupación: 1) labores del hogar 2) profesionista 3).-otras:

3.-Estado civil: 1) casada: 2) unión libre: 3) soltera: 4) viuda: 5) divorciada:

4.-Religión: 1) católica 2) evangélica 3) Testigo de Jehová 4) ninguna.

5.- Numero de hijos:

a).- ¿Que entiende usted por método de planificación familiar?

b).- ¿Conoce usted algún método de planificación familiar? 1.- Si () 2.-NO ()

c).- Mencione tres métodos de planificación familiar:

6.- Conteste con una X su respuesta.

1).- ¿Utiliza algún método de planificación familiar (MPF)? 1.-Si () 2.-NO ()

2).- ¿desea tener más hijos? 1.-Si () 2.-NO ()

3).- ¿Su pareja se lo permite? 1.-Si () 2.-NO ()

4).- ¿Sus creencias religiosas se lo permiten? 1.-Si () 2.-NO ()

5).- ¿Tiene beneficio económico de algún programa social? 1.-Si () 2.-NO ()

6).- ¿Tiene a alguna accesibilidad al método de planificación familiar?
1.-Si () 2.-NO ()

7).- ¿Por temor a sus efectos secundarios al método de planificación familiar?
1.-Si () 2.-NO ()

8).-¿Le tiene confianza al método de planificación familiar?
1.-Si () 2.-NO

Anexo 2.- Carta de consentimiento informado

Lugar y fecha:_____ Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: factores que interfieren en la utilización de método de planificación familiar de la comunidad de Venustiano Carranza, Macuspana tabasco. Registrado ante el comité local de investigación de salud _____El objetivo del estudio es:_____Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____Declaro que se ha informado ampliamente sobre los riesgos posibles, inconveniente, molestias y beneficios derivados de mi participación del estudio, que son los siguientes_____

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que la plantee acerca de los procedimientos que se llevara, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento). Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello que afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridades que no me identificara en las presentaciones o publicaciones que la deriven en este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad sean manejadas en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma, matricula de investigador principal.

Testigos

15.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Enciclopedia de la cultura española. Ed. Nacional Española, 2005 Tomo 5, Pág. 456.
- 2.- NORMA OFICIAL MEXICANA. NOM 005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar.
- 3.- Secretaria de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud. 1987. México.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Manual mundial para proveedores, sobre planificación familiar, 2007, Pág.: 4- 207.
- 5.- Consejo Asesor en Epidemiología, información prioritaria en salud. México. Secretaria de Salud. CAE. 2000. Pág.13
- 6.- González L. I. Miyar E. Coordinación del programa Nacional de Planificación Familiar, Plan Nacional de Planificación Familiar, México 1977. Pág.7
- 7.- Palma. Y. Rivera G. “La planificación Familiar en México” Sexualidad y Salud Reproductiva en México. 1996. Pp. 153-177.
- 8.- Isla Molina B. Machismo y psicología social. Universidad de la Frontera. Temuco Chile.2007. Pág.3.
- 9.- Fundación mexicana para la planeación familiar, gente Joven, planificación familiar en el medio rural, 2005. www.gentejoven.org.mx/glosario.asp8.
- 10.-Budalich. M. C. Brandan, N. C. y Agolti, G. E. Factores que contribuyen al abandono del uso de métodos anticonceptivos en las usuarias de un Programa de Salud Reproductiva en un Centro de Salud de la provincia del Chaco. Universidad Nacional Del Nordeste España. 2004. Pág. 15.
- 11.- Palencia G., Enfrentados por ley sobre salud sexual, prensa libre. Periodismo independiente Nacional de Guatemala. Noviembre 2005.Pág. 4.
- 12.-Reynolds L. Revista electrónica Albedrío. Rezagos en libertad sexual y reproductiva, Guatemala, Octubre 2007.Pág. 2.
- 13.- Razones para no usar el método de planificación familiar. Ecuador, 2005. Pág.3. www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/08_mujnoanticoncep.
- 14.- Cronin D. SALUD-EUROPA: Ayuda para planificación familiar. Revista electrónica ISP noticias, 11 octubre 2007.Sec A. <http://ipsnoticias.net/nota.asp>.

- 15.-Gómez L. J., Hernández D. CONAPO. “pobreza y uso de los Métodos de planificación familiar” México en 1996. Pág.13.
- 16-. Mier y Terán M. “trayectoria de vida de las mujeres jóvenes en México”, En IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición en América Latina y el Caribe, INEGI-IISUNAM, México, 1993. Pág. 40.
- 17.- Palma J. L. “La plantación demográfica en el marco de la actualidad política de población”. En secretaria de Gobernación-Conapo. El doblamiento de México: una Visión Histórico-demográfica, tomo IV, México, 2000.CONAPO/grupo Azabache. Pág.17.
- 18- Los indicadores de la fecundidad y Salud reproductiva del estado, resumen del libro “un pueblo entre dos fuegos”. Capitulo III, 2004, Pág. 11.
- 19.- CONAPO. Tasas de fecundidad entre quienes no tienen preparatoria y entre quienes no tienen escolaridad: de jóvenes rurales y urbanas. Capitulo II, procesos socio-demográficos. 2003, Pág.10
- 20.- Dr. Lee S. Necesidades Insatisfechas en planificación familiar, EDITORIAL PC NET, 2005.Pág. 3.
- 21.- Dr. Romero G. Dr. Gonzalo M. G., Dra. Ponce A., Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. Ginecol Obstret Méx. 2001; Vol. 69(10):406-412.
22. Dr. Navarro C. Dr. Gutiérrez D. Enf. Álvarez G. Dr. Aguayo G. A. Causas de no uso de anticonceptivos durante el periodo posparto inmediato. Ginecol Obstret. Méx. 2002; Vol. 70 (11): 566-571.
- 23.- Rueda H. J. Agencia de información y Análisis México. “pecado en el uso de anticonceptivos en comunidades indígenas y rurales” 2004. Pág.17.
- 24.- Uribe P. No lograron metas de planificación familiar en el sexenio de Fox. Redacción | Publicado Periodismo independiente Criterios. 2007-07-31 23:33:05.
- 25.-Fondo de población de las Naciones Unidas, UNFPA. La salud reproductiva de las y los jóvenes de áreas rurales. Abril 2007.Pág.4.
<http://www.unfpa.org/safemotherhood>
- 26.- CONAPO, Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 1995-2000. México, D.F. Ediciones de Conapo. Pág.113.

- 27.- Núñez R. M. Hernández Prado B. García B, D. González, Salud Pública Méx. 2003; Vol. 45 (sup. 1):92-102.
- 28.- Asociación de gitanas progresistas, Vázquez B. A., La liberación de las gitanas es la planificación familiar, 13 de Mayo del 2008. Pág.2.
http://www.cuartomundo.es/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=339.
- 29.-Núñez U. R. Hernández P. B. García B. González D. Walter D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto, Salud pública Méx vol.45 supl.1 Cuernavaca 2003.
- 30.- Sociedad Alicante, Revista Electrónica las Provincias.com. Las extranjeras se apuntan a los anticonceptivos. 02 Febrero 2008. Pág.: 2-2.
<http://www.lasprovincias.es/valencia/20080206/alicante/extranjeras-apuntan-anticonc>.
- 31.-O'Malley A.M. Planificación familiar de embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León, Febrero 2001, Pág. 13,14.
- 32.-Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1984.
- 33.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Septiembre 1989.