

11226
24
87



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

Causas de Deserción de los Métodos Anticonceptivos

T E S I S

PARA OBTENER EL POTSGRADO EN LA:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
DRA. ROSALBA OFELIA ESCUDERO MORENO



México, D. F.

1984

TESIS CON
FALLA DE 02.00%



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.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
HIPOTESIS	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	36
SUGERENCIAS	40
BIBLIOGRAFIA	42

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

En muchos países en desarrollo, donde la edad media del matrimonio es por lo general antes de los 20 años, el tamaño de la familia promedio será mayor de lo que es en las naciones industrializadas, aún suponiendo que la práctica de la anticoncepción sea igualmente eficaz.

México es un país en desarrollo, con una tasa de natalidad bastante alta, a pesar de las grandes campañas de Planificación Familiar que se han puesto en marcha en los últimos años, las cuales han tenido una eficacia moderada, reduciendo lentamente el número de nacimientos al año. Por lo tanto, los esfuerzos hacia estas campañas se deben intensificar, para mejorar los resultados hasta ahora obtenidos.

Así pues, es importante que personal capacitado estudie periódicamente la integración o deserción de la población a los Programas de Planificación Familiar que se estén desarrollando en todo el país, para llevar un mayor control de la eficacia de dichas campañas.

Una de las bases fundamentales para realizar los Programas de Planificación Familiar, es la utilización de los Métodos Anticonceptivos y la educación hacia su uso.

Debemos tomar en cuenta que el procedimiento de usarlos reduce la probabilidad estadística de concepción, prolongando el tiempo promedio que lleva concebir. Es sumamente importante apreciar este punto, puesto que ningún método de anticoncepción es 100% eficaz, ya sea por falla biológica o humana. Quienes proporcionan este servicio y los que lo utilizan, deben estar conscientes de estas fallas, las cuales ya están estudiadas según las características de cada método en particular.

M A R C O T E O R I C O

"Cualquier consideración de la eficacia anticonceptiva, requiere una distinción entre la eficacia teórica bajo condiciones ideales, utilizando el método consistentemente de acuerdo con las instrucciones y su uso-eficacia en una población determinada. Las diferencias entre las tasas de embarazo de los distintos grupos de usuarias de un mismo método, reflejan variaciones en la regularidad del uso del anticonceptivo y, más remotamente, en factores como educación, ingresos, etc., y sobre todo, en la intensidad del deseo de las parejas de controlar la fertilidad" (1).

Además de las fallas propias del método, es importante tomar en cuenta los efectos secundarios que causa su uso. Así pues, tenemos que las mujeres que usan anticoncepción esteroidal, se quejan de aumento de peso. En algunos casos se debe a cambios en el metabolismo del cortisol.

También se ha observado que los estrógenos afectan algunos elementos del mecanismo de formación de fibrina y fibrinólisis y también algunos aspectos de la fisiología vascular. "Se han realizado varios estudios en países desarrollados encontrándose una relación estadísticamente significativa entre el uso de anticonceptivos orales y el desarrollo de trombosis venosa. Se ha demostrado que las mujeres de más de 35 años tienen mayor riesgo que las más jóvenes. El riesgo de contraer tromboembolia no parece estar relacionado con la duración del uso del anticonceptivo" (1).

Otro de los efectos colaterales es la náusea. Es usual en el primer ciclo y se nota menos al tomar la tableta al irse a dormir. Se debe principalmente a la sensibilidad de la paciente al estrógeno sintético y puede ocurrir, aunque levemente, al comienzo de cada ciclo, pero casi siempre disminuye con el uso continuo del método.

El cloasma es otro de los efectos secundarios que puede aparecer. Está directamente relacionado con el estrógeno y es más importante en unas partes del mundo que en otras. Se desarrolla insidiosamente y sólo disminuye lentamente al suspender el método.

En la mayoría de las mujeres se reduce el flujo menstrual, lo que está relacionado a la antiestrogenicidad del progestágeno usado. Cuando se toman anticonceptivos orales por primera vez, se produce sangrado intermenstrual, de persistir, será necesario cambiar a otro producto que contenga una dosis mayor de estrógeno o progestágeno.

Los progestágenos de dosis baja y los anticonceptivos inyectables producen marcados cambios en la menstruación; las mujeres que usan preparaciones inyectables, casi siempre, tienen ciclos irregulares y después de varias inyecciones es común la amenorrea.

Hay pacientes que se quejan de cefalea, sin embargo hay pocos datos objetivos sobre su incidencia, ubicación e intensidad. A veces están relacionadas con la ansiedad de la paciente por el hecho de tomar anticonceptivos orales. Sin embargo aún no se sabe la causa específica de este síntoma.

"Un estudio informó que la incidencia de la depresión es la misma entre mujeres con DIU que entre las que toman anticonceptivos orales" (1). Hay bastante evidencia de que el uso de éstos alivia el síndrome premenstrual.

Se ha informado que el uso de anticonceptivos hormonales - ya sea por su contenido hormonal o por el cambio de humor consecuente a verse libres del temor a un embarazo indeseado - aumenta la libido.

Se debe informar a la usuaria que si se presenta sangrado posterior a la inserción del DIU, éste es normal, siempre y cuando no dure más de 3 meses, de ser así, habrá que retirarlo. Los primeros períodos menstruales posterior

a la inserción pueden ser anormales, en forma de metrorragia, menorragia o ambas, y en algunas ocasiones es indefinidamente. Si se presenta franca hemorragia, lo mejor es retirarlo - "del 5 al 15% de las usuarias" (1) -.

Se puede presentar también dolor tipo cólico, posterior a la colocación del DIU, y ocasionalmente dolor en la parte baja de la espalda. Raramente perdura más allá de 2-3 meses. También es importante recordar que todo DIU causa una endometritis, por lo que hay que investigar posible causa de dicha molestia.

"La tasa de embarazo con DIU es de 1 a 6 por 100 años-mujer de uso. Aunque muchas mujeres han tenido embarazos sin problemas con el DIU colocado, los riesgos de aborto espontáneo son mayores a medio trimestre, cuando está colocado el dispositivo" (1).

Además de las características directamente relacionadas con los métodos anticonceptivos - fallas, efectos secundarios y complicaciones - es relevante tomar en cuenta los aspectos psicológicos de los usuarios.

La anticoncepción puede unir a los cónyuges o ser motivo de fricciones, según haya o no un acuerdo para llevarla a cabo, el método a utilizar, su interferencia con el acto sexual y los efectos secundarios o reacciones psicológicas que provoque. Se ha observado que es más eficaz en parejas que mantienen una buena relación interpersonal y una adecuada comunicación ideológica y de interés. Si las medidas anticonceptivas son impuestas a la mujer por su marido, ésta se va a sentir manipulada y obligada a hacer algo que no desea, que va contra sus principios o que la aterroriza, frustrada en sus tendencias maternas, que es deseada solo como un objeto sexual, lo que puede experimentar como humillante y crearle un resentimiento acentuado. Cuando el esposo le impide tomar medidas para evitar la concepción, puede pensar que éste lo hace por desconfianza, que pretende conrta su libertad, e impedirle desenvolverse en actividades fuera del hogar, que solo la quiere para que le dé hijos

para satisfacer su machismo, o que es un puritano retrógrada que piensa que la mujer solo sirve para ser madre y no compañera, y esto le ofende.

La anticoncepción y la sexualidad, tienen íntima relación entre sí. Hay métodos anticonceptivos que están ligados al coito y puede interferir en las relaciones sexuales.

a) El preservativo.

Disgusta a muchos hombres y mujeres porque sienten que les obstaculiza el placer sexual, aunque para algunos sujetos puede ser excitante. El verse forzados a interrumpir las caricias previas al coito para colocarlo, es desagradable. El que el pene esté aislado por una membrana, puede ser una barrera simbólica que impide la intimidad de la pareja. Para el hombre puede ser muy importante la erección de un órgano poderoso como símbolo de virilidad que se ve frenada por la presencia del preservativo.

Para las mujeres pasivas, puede ser una ventaja que sea el hombre quien se responsabilice de las precauciones para evitar la familia. Las hay que rechazan el sexo y prefieren tener separada la vagina del pene, aunque sea por una tenue membrana, que a su vez impide el que reciban la eyaculación del hombre.

Por otra parte, el temor de que se rompa, puede ser motivo de angustia durante la relación sexual.

b) El diafragma.

Algunas mujeres se resisten a usarlo porque el manipular sus genitales para colocárselo, les provoca ansiedad, pues lo asocian con fantasías de masturbación, o temen que se pierda dentro de su organismo y las lastime.

c) Cremas, óvulos, jaleas y espumas vaginales.

Tienen la ventaja de que en ocasiones, la presencia de un cuerpo extraño

dentro de la vagina puede provocar ansiedad en la mujer.

d) Ritmo.

Requiere un control del deseo sexual y una observación de días, temperaturas, etc., que le quitan la espontaneidad a la vida sexual.

e) Interrupción del coito.

Se le considera difícil y desagradable, ya que implica una tensión espec tante que induce angustia. Para el hombre y la mujer, puede ser importante que la eyaculación sea intravaginal, como símbolo de intimidad y de entrega mutua. En muchos ocasiones deja el sentimiento de algo incompleto y frustrante. Sin embargo, las mujeres que rechazan el sexo, pueden aceptarlo de buen grado. En otras épocas, se le consideró un factor importante en la etiología de la neurosis, pero esto no ha sido provado.

Con la introducción de nuevos métodos anticonceptivos, tales como la administración de anovulatorios por vía oral o parenteral y de los DIU, que no tienen que emplearse en el momento del coito, fueron eliminados muchos de los problemas sexuales que provocaba el empleo de los otros medios. Al ser aislada la anticoncepción del acto sexual, ha sido más aceptada, ya que se elimina algunos prejuicios y tabús sociales.

Estos procedimientos tienen que ser administrados y controlados por el médico, quien viene a ser figura de primordial importancia en aceptación y confianza que tenga la paciente en ellos.

f) DIU.

Algunos estudios sugieren que se deben considerar los factores psicológicos de las pacientes en el momento de colocar el DIU, preparando adecuadamente a las usuarias. Algunos de estos factores psicológicos son el stress y los diversos niveles de molestias, así como el grado de preparación, grado de control personal y el valor que le es conferido al procedimiento.

g) Anticonceptivos hormonales orales.

Puede tener un sentido mágico de incorporación de sustancias extrañas dentro del cuerpo, máxime tratándose de medios que van a modificar misterios como la concepción y a cambiar la naturaleza. La mujer puede presentar temores de ser manipulada, drogada, de perder control sobre su cuerpo, de ser castrada, de perder para siempre la capacidad de concebir, que es un buen número de casos, la llevan a rechazar la anticoncepción.

En algunos casos, al sentir la mujer que está en imposibilidad de cohabitar en el momento en que lo desee, teme la responsabilidad que esto implica, al perder su virginidad, a dejarse llevar por sus tendencias instintivas, a prostituirse, a perder el cariño y respeto de su compañero y ser abandonada, lo que chocaría con su situación educativa, social y moral, creándole conflictos generadores de culpabilidad y angustia.

Las medidas anticonceptivas, pueden ir acompañadas de sentimientos de culpa, en ocasiones muy intensos provocados por motivos religiosos o sociales, por considerar la mujer que tal vez está matando un hijo, que no está cumpliendo las funciones para las que fué creada.

Los síntomas ecudarios más frecuentes desde el punto de vista psiquiátrico son la irritabilidad, que se presenta con el uso de los estrógenos y la depresión. Esta última puede ser provocada por un mecanismo doble:

1. Por motivos puramente psicológicos, sentimientos de culpa, frustración de la maternidad, etc.

2. Como efecto secundario, debido a una interferencia a la síntesis de serotonina y de las catecolaminas, sustancias neurotransmisoras a cuyo déficit se atribuye el origen bioquímico de la depresión. Esta interferencia sería provocada por una acción inhibitoria de los anovulatorios simultáneos, particularmente los altos en progestágenos, sobre dos enzimas: la triptofanohidroxilasa, que interviene en la formación del 5-hidroxitriptofano, precursor de la serotonina, y el fosfato de piridoxal, que se requiere para la síntesis tanto

de serotonina como de las catecolaminas" (5).

"Por otra parte, se ha demostrado que los progestágenos tienen una acción activadora sobre la monoaminoxidasa endometrial, que pudiera darse también en el sistema nervioso central, lo que aceleraría la degradación de las catecolaminas intraneuronales, produciéndose una baja de las mismas que provocaría la depresión" (5).

Por estos motivos, es de recomendarse que en mujeres con tendencia a sufrir depresión, se utilicen anovulatorios bajos en progestágenos.

La reacción ante la anticoncepción a menudo está matizada por los rasgos de carácter de la mujer o por la neurosis de ésta. Así por ejemplo, una histérica dramatizará y explotará las medidas anticonceptivas para manipular a su pareja en su vida sexual; en los casos de neurosis fóbica, se pueden despertar temores al cáncer o a los padecimientos vasculares o reactivarse fobias sexuales. Las mujeres con rasgos obsesivos, llevarán a cabo las medidas con exactitud extrema, y a menudo quedarán dudosas de haberlo hecho bien, lo que puede ocasionar angustia, así mismo se podrán movilizar tendencias hipcondriacas frecuentes en este tipo de pacientes.

Es indudable que un mejor conocimiento de los factores psicológicos involucrados en la anticoncepción, puede ser una gran ayuda para el médico. En un terreno tan delicado relacionado íntimamente con áreas tan importantes para la mujer como la sexualidad y la maternidad, se vuelve indispensable que el médico esté capacitado para profundizar en las motivaciones de la paciente, entender sus reacciones, brindarle las explicaciones y el apoyo necesarios para poder aclarar sus dudas y disipar sus angustias, en suma, no limitarse a dar una serie de frías indicaciones, sino tener una verdadera actitud psicoterapéutica.

Con respecto a los temores de la vasectomía, las investigaciones realizadas en el mundo sobre la fertilidad, han demostrado que los hombres están a

favor de la planificación familiar, tanto como lo están las mujeres. Debido a que ellos aportan el sustento y son la cabeza de la familia, al igual que sus esposas, están conscientes del peligro al que se somete, el bienestar de la familia cuando se tienen más hijos de los que se puede mantener. Hay quienes prefieren métodos que estén bajo su control personal, otros se encuentran dispuestos a "turnarse" con sus esposas en cuanto a la utilización de los métodos y quienes quizá utilizaron píldoras o DIU por varios años y ya desean suspenderlos. Muchos hombres tienen miedo a adoptar el método más confiable que en la actualidad se encuentra disponible: la vasectomía. Debido a que los hombres la han asociado, incorrectamente, con la castración, surgen temores irracionales de que si aceptan la vasectomía, presentarán alteraciones físicas, mentales o sexuales. Tienen solamente algunos años en que se ha difundido la vasectomía, hasta la fecha se han reportado evidencias médicas de que este método está prácticamente libre de efectos colaterales a largo plazo. Se ha observado sin embargo, que si un hombre la acepta con cierto temor a aprehensión, probablemente llegue a sufrir alguna alteración como consecuencia de esto.

Los estudios científicos realizados hasta la fecha no han demostrado evidencias fisiológicas que apoyen este temor en los hombres, que asocien la vasectomía con la castración.

Otro factor que influye en la angustia que presentan los hombres, es la reacción que pueden presentar sus esposas hacia la vasectomía, ya que algunos consideran que pierden parte de su masculinidad delante de ellas. Es por eso que se debe informar sobre este método a ambos sexos.

Además de lo directamente relacionado con los métodos anticonceptivos, es de suma relevancia la motivación que se les da a las usuarias, siendo realmente ésta la más importante en un programa de Planificación Familiar, ya que de ella depende la eficacia de éste. Así tenemos que a mayor motivación, mayor integración y menor deserción a las campañas de Planificación Familiar.

Sin embargo, es bien sabido que con frecuencia, los prestadores de servicios de estos programas, consideran la iniciación de un método como el proceso terminal de motivación, y se descuidan los detalles que convierten a la usuaria de primera vez en una desertora a corto plazo o en una usuaria habitual.

Debe tomarse en cuenta que la persistencia en el uso del método, depende de una cadena que requiere secuencia motivacional; romperla en el momento en que se logró el nivel de uso, por la información inadecuada sobre los efectos secundarios del anticonceptivos o por las características del propio método, es hechar por la borda el trabajo acumulado de quienes precedieron al profesional en la motivación del usuario.

Es muy importante poner especial atención en los puntos anteriores, ya que pueden ocurrir efectos indeseables sobre la sexualidad por el uso de métodos anticonceptivos en ausencia de la información adecuada, como por ejemplo:

1. Malestar e incomodidad que se presenta por:
 - falta de conocimiento del cuerpo
 - falso pudor
 - falta de comunicación de la pareja en el área sexual
 - asociación simbólica del método utilizado con prácticas moralmente inaceptables
2. Sentimientos de culpa asociados a:
 - violación de principios religiosos o morales
 - empleo de un método anticonceptivo, conocido por un solo miembro de la pareja
3. Ansiedad debida a:
 - desconocimiento del mecanismo de acción del método anticonceptivo
 - creencias distorcionadas sobre los posibles efectos a corto plazo por el uso del mismo
4. Reacciones físicas adversas, que se presentan por:
 - auto-prescripción

- falta de información que permita reconocer signos o síntomas de efectos colaterales

5. Disfunciones sexuales

- temor a que el método pueda interferir con la relación sexual
- falla ocasional que puede ser asociada al empleo anticonceptivo.

También se ha visto que la accesibilidad a los centros donde se proporcionan los servicios de Planificación Familiar es muy importante, para que la usuaria se integre y permanezca dentro del programa.

Estudios recientes concluyen que los trámites administrativos que se tienen que llevar a cabo para obtener cita médica, el tiempo de espera para la consulta y el corto tiempo que se le dedica en ella, hacen que la usuaria deerte del programa de Planificación Familiar (18).

Es obvio que el trato personal influye en las pacientes en su deseo de volver al lugar donde le proporcionan los servicios de Planificación Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un estudio de causas de deserción de los Métodos Anticonceptivos, debe tomarse en cuenta que la persistencia en el uso del método depende de una cadena que requiere secuencia motivacional; romperla en el momento en que se logró el nivel de uso, por la información inadecuada sobre los efectos secundarios del anticonceptivo o por las características del propio método, es echar por la borda el trabajo acumulado de quienes precedieron al profesional en la motivación del usuario.

La deserción del programa convierte a la que lo abandona en una motivadora negativa, por el contrario, la usuaria satisfecha y habitual, es el mejor vehículo para convencer a otras usuarias potenciales.

Es importante tomar en cuenta la ruta que la usuaria sigue para llegar al servicio de Planificación Familiar, ya sea por primera vez o en las consultas subsecuentes, encontrándose en ocasiones con algunas dificultades que suelen orillarla al abandono del programa y aún del método.

Los trámites administrativos para obtener su cita, la prolongación de las fechas para la consulta, el tiempo de espera para ver al médico comparativamente con el tiempo que éste le dedica al paciente, y hasta las incomodidades de las salas de espera, actúan en contra de la continuidad. Es obvio que el trato personal que recibe la usuaria afecta en alguna forma su deseo de volver, pero más aún lo hace el no tener información adecuada en cuanto al método, en relación directa con su persona. Es aquí donde influyen las características de cada anticonceptivo.

Para poder evaluar el uso y continuidad de los Métodos Anticonceptivos, es importante tomar en cuenta algunos atributos que influyen, como son:

1. Sexo del usuario

2. Sexo del prestador de servicios
3. Sitio de administración
4. Método de administración
5. Necesidad de exámen médico
6. Motivación diaria requerida
7. Asociada o no al coito
8. Eficacia
9. Facilidad de uso
10. Almacenamiento
11. Olor, color, forma, empaque, etc.
12. Efectos colaterales (interpretación individual y colectiva).

Es importante tomar en cuenta, también, algunos obstáculos que en un momento dado pueden impedir el desarrollo de la Planificación Familiar, como son:

- a) Tabús y mitos sexuales
- b) Intereses y creencias religiosas
- c) Machismo
- d) Falta de recursos económicos
- e) Experiencias previas personales y/o ajenas
- f) Espectativas estereotipadas en relación a la fecundidad, ejem: como única forma de realización propia masculina y/o femenina.

Se ha visto que a mayor tendencia conservadora, menos aceptación de los métodos definitivos de Planificación Familiar. Para aceptar éstos, la pareja no siempre tiene que pasar por métodos temporales. A mayor contacto con el ambiente de salud, mayor aceptación del método. Así también se ha observado que las mujeres con pocos hijos y mayor educación, aceptan más los métodos de Planificación Familiar.

Es por lo anterior que debemos dedicar especial atención a las parejas jóvenes fértiles con riesgo de embarazo, enfocando a ellos los esfuerzos del equipo de salud al realizar el Programa de Planificación Familiar.

H I P O T E S I S

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, las principales causas de deserción en el uso de Métodos Anticonceptivos son, principalmente, los efectos secundarios de éstos y los trámites administrativos para obtenerlos.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las principales causas de deserción de los Métodos Anticonceptivos en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Conocer las causas más frecuentes de deserción de los Métodos Anticonceptivos.
2. Conocer las causas de deserción de los Métodos Anticonceptivos susceptibles de modificarse.
3. Conocer el Método Anticonceptivo más utilizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Conocer los Métodos Anticonceptivos menos utilizados, o prácticamente no utilizados, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODO

Se estudian 500 derechohabientes, captadas en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Todas del sexo femenino en edad fértil con riesgo de embarazo - vida sexual activa -, durante el período comprendido del 1° de marzo al 31 de agosto de 1983.

Para el estudio se aplica un cuestionario en donde se obtiene ficha e identificación, antecedentes obstétricos, antecedentes anticonceptivos y factores que influyen en el uso del Método Anticonceptivo, como son: la disponibilidad (accesibilidad), efectos secundarios, las fallas del método, complicaciones y los factores sociales que intervienen en su uso. (Se anexa cuestionario).

Las áreas que se investigan están encaminadas a definir cuáles son las causas principales de deserción del uso de los Métodos Anticonceptivos.

Las pacientes que al ser entrevistadas no sean - o hayan sido - usuarias de algún M.A., no serán incluidas en el estudio como desertoras o no del programa de Planificación Familiar.

Posteriormente, cada pregunta del cuestionario se tabulará por separado, se graficarán los resultados generales obtenidos y se realizarán tablas interrelacionando cada uno de los reactivos, concluyendo y sugiriendo posibles cambios para obtener mejores resultados en la campaña de Planificación Familiar, tratando de reducir el número de deserciones en el uso de los Métodos Anticonceptivos.

CAUSAS DE DESECCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

No. de afiliación _____
 Edad _____ Escolaridad _____
 Domicilio _____
 No. de embarazos _____ No. de abortos _____
 No. de hijos vivos _____ No. de hijos muertos _____
 ¿Ha utilizado métodos anticonceptivos por más de 6/12? _____
 ¿Cuáles ha usado? _____
 ¿Está usando actualmente algún método anticonceptivo? _____
 ¿Cuál? _____ ¿Ha dejado de usar algún método a.? _____

¿POR QUE HA DEJADO DE USAR LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.....?

DISPONIBILIDAD

1. ¿Qué transporte usa usted para trasladarse a esta unidad?
 - 1.1. Taxi _____
 - 1.2. Camión _____
 - 1.3. Trolebús _____
 - 1.4. Automóvil particular _____
 - 1.5. Caminando _____
 - 1.6. Otros _____
2. ¿Cuánto gasta en transporte?
 - 2.1. \$3.00 - \$6.00 _____
 - 2.2. \$6.00 - \$12.00 _____
 - 2.3. \$12.00 - \$20.00 _____
 - 2.4. \$20.00 - \$50.00 _____
 - 2.5. Más de \$50.00 _____
3. ¿Cuánto tiempo espera para que le atiendan en consulta?
 - 3.1. Menos de 15 min. _____
 - 3.2. 15min.-30 min _____
 - 3.3. 30 min.-60 min. _____
 - 3.4. Más de 60 min. _____
4. ¿Cuánto tiempo tarda en consulta?
 - 4.1. Menos de 10 min. _____
 - 4.2. 10 min.-20 min. _____
 - 4.3. 20 min.-30 min. _____
 - 4.4. Más de 30 min. _____

EFECTOS SECUNDARIOS

5. Aumento de peso _____
6. Lipotimias _____
7. Irritabilidad _____
8. Transtornos menstruales _____
9. Náuseas _____
10. Exacerbación de várices _____
11. Interrupción del coito _____

FALLA

12. Embarazo _____

COMPLICACIONES

13. Hemorragia _____

FACTORES SOCIALES

15. La conyuge no acepta _____
16. El conyuge no acepta _____
17. Factores familiares _____
18. Factores religiosos _____
19. Factores económicos _____
20. Tabús _____
21. Otros _____
22. Se querían más hijos _____

(cuáles)

R E S U L T A D O S

Después de haber realizado 341 encuestas - 68.2% de las que se habían proyectado - a las mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo, escogidas al azar, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, los resultados obtenidos fueron los siguientes, tomando en consideración que fueron excluidas las pacientes que no habían sido en ningún momento, usuarias de algún Método Anticonceptivo:

El 74.48% de todas las pacientes estudiadas aceptan los M.A. y el 25.22% no los aceptan. Podemos observar que de las entrevistadas que se encontraban embarazadas en el momento del estudio, el 15.54% aceptan los M.A. y el 11.43% no los aceptan. Es importante recalcar que un porcentaje importante de las encuestadas presentan 2 embarazos o más, independientemente de la aceptación de los Métodos Anticonceptivos, siendo de las usuarias de éstos el 19.94% que tienen el antecedente de 2 embarazos, el 15.87% de más de 4 embarazos, el 16.42% con 3 y el 10.85% con 1 embarazo (Tabla I).

Correlacionando la edad con la utilización o no, anterior o actual de los Métodos Anticonceptivos, se observa que más de la mitad - 55.42% - de las pacientes que han utilizado con anterioridad algún método, porcentaje realmente pequeño, dado que la población encuestada es joven. Hay que enfatizar que el 44.57% de las entrevistadas no los han utilizado, siendo la mayoría de 21 a 25 años de edad (36.18%). El 52.49% de las pacientes está utilizando algún método en el momento de la entrevista, el 20.23% no lo estaba haciendo, ya sea por desear (más) hijos, por habersele practicado la histerectomía (2.47%), por parto reciente (1.23%) o porque no asisten a la clínica (3.70%) (Tabla II).

El 35.45% de las entrevistadas que tienen el antecedente de haber utilizado algún M.A., tienen la primaria completa y las menos frecuentes - 1.06% - tiene carrera comercial incompleta. De las 179 pacientes que están utilizando

M.A. en el momento del estudio, el 36.31% tiene primaria completa, el 13.40% con primaria incompleta, el 14.52% tiene carrera comercial completa (Tabla III).

De los M.A. que han sido utilizados con anterioridad al estudio durante más de 6 meses, el 53.98% ha sido el DIU, el 39.68% los hormonales orales. Es importante mencionar que solo el 10.57% de los cónyuges de las entrevistadas, participan en el control de la fertilidad: el 1.58% utilizando el preservativo y el 8.99% con el método del ritmo (Gráfica I).

Se relaciona el M.A. utilizado por las pacientes en el momento de la encuesta y el grado de escolaridad de éstas, encontrándose los siguientes resultados:

De las usuarias del DIU, el 43.03% tienen la primaria completa, de las que utilizan hormonales orales, el 28.57% tienen la primaria completa, y las que no usan este método se encuentran dentro del grupo que tiene preparatoria o equivalente completa, profesional incompleta o completa. Las usuarias de los hormonales inyectables son un pequeño grupo - 3.35% -. Debemos tomar en cuenta que en la U.M.F. No. 21 tienen un programa de Planificación Familiar enfocado a darle más auge al DIU, es por eso que la mayoría de las usuarias que están utilizando algún método, tienen el dispositivo (44.13%). El 21.78% de las usuarias de los M.A. tienen la salpingoclasia, de éstas, el 30.77% cursaron la primaria completa. La vasectomía se presenta en un 2.79% de los cónyuges de las pacientes encuestadas. El resto - 11.73% -, usan otro tipo de método, como son: ritmo, preservativo, óvulos vaginales, etc. (Tabla IV).

Observando el tiempo de uso del M.A. utilizado en el momento de la entrevista, encontramos que el 23.46% de las usuarias tienen más de 2 años, el 16.20% con 1 a 2 años continuos en la utilización del método actual y el 24.58% tienen un método permanente (salpingoclasia o vasectomía) (Tabla V).

El 52.06% de todas las pacientes entrevistadas, utilizan camión para trasladarse de su domicilio a la clínica, siendo el 26.39% de éstas que nece-

sita transportarse en más de uno. El 23.98% utiliza los peseros, lo que hace que el 41.05% gaste más de \$20.00 en el transporte. El 5.83% utiliza auto particular, a ellas no se les tomó en cuenta el gasto, pues era difícil de calcular (Gráfica II y Gráfica III).

Se ha relacionado el gasto en transporte a la clínica con el M.A. utilizado en el momento de la encuesta, dando como resultado que la mayoría de las pacientes - 25.13% - gastan de \$6.00 a \$12.00 en el transporte de ida a la clínica y vuelta a su domicilio, siendo lo más frecuente el camión. Después, el 24.02% gastan de \$20.00 a \$50.00, siendo por transporte de peseros. El 15.08% gastan más de \$50.00, usando en su mayoría de éstas el taxi, argumentando que hay problemas de transporte por donde viven (Tabla VI).

Es también importante tomar en cuenta el tiempo de espera para la atención médica - ya que sabemos que es uno de los factores que intervienen en la utilización de los M.A. -, siendo éste por más de 60 min. en el 68.03% de las pacientes y de 30 a 60 min. en 19.06% (Gráfica IV).

Al preguntarles el tiempo aproximado de consulta, el 75.36% contestó que tarda entre 10 y 20 min. y el 18.77% que lo hace en menos de 10 min. (Gráfica V).

Con respecto a los efectos secundarios de los M.A. utilizados con anterioridad al estudio, que causaron la interrupción de éstos fueron los siguientes:

El 49.73% de las usuarias dejó su M.A. porque querían (más) hijos, de éstos, el 50% utilizaban el DIU, el 24.47% los hormonales orales, el 9.57% hormonales inyectables y el 15.95% otros métodos como los preservativos, óvulos vaginales, ritmo, etc. De las pacientes que tenían el DIU, el 19.38% refirió embarazo teniéndolo colocado, el 7.14% refirió aborto y el 7.14% hemorragia que no cedió al tratamiento médico. 10 pacientes refirieron aumento de peso,

de las cuales 3 utilizaban hormonales inyectables y 7 hormonales orales. 16 entrevistadas comentaron que tuvieron irritabilidad, 2 al utilizar inyectables y 14 tomando orales. 7 presentaron náuseas, 1 paciente se lo atribuyó al DIU y 6 al ingerir pastillas hormonales. 3 refirieron lipotimias, 1 al aplicarse inyectables y 2 con los orales. 17 encuestadas presentaron trastornos menstruales, 8 por el DIU, 3 por hormonales inyectables y 6 por los orales.

15 pacientes padecieron cefalea, 13 al estar tomando anticonceptivos orales y 2 al aplicarse los inyectables. A 5 les apareció melasma, 4 por tomar pastillas hormonales y 1 al inyectárselos. 18 de las entrevistadas refirieron otros trastornos como infecciones, úlceras y dolor abdominal con el DIU, interrupción del coito con los óvulos vaginales o el preservativo, quistes hormonodependientes o por indicación médica ignorando causa de suspensión. Además, algunas interrumpieron dichos métodos porque se realizaron la salpingoclasia o sus cónyuges la vasectomía, o porque se separaron, divorciaron o quedaron viudas. Sin embargo, el 30% de las usuarias utilizó su método por más de 2 años, otro 10% entre 1 y 2 años y 35% entre 6 meses y 1 año continuos (Tabla VII).

Dentro de los factores sociales incluidos en la encuesta, el 6.16% de las pacientes reconocieron que no utilizaban algún método anticonceptivo por tabús, el 2.05% por falta de información. El 5.57% manifestaron que sus cónyuges no aceptan los M.A., sin especificar causas, sin embargo, algunas de estas pacientes los utilizan a pesar de ello. De las entrevistadas con más de 3 hijos, el 88% de éstas y el 2.93% de sus cónyuges, no aceptan la salpingoclasia sin dar motivo (Gráfica VI).

T A B L A I

EMBARAZOS Y ACEPTACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN
DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. NO. 21 I.M.S.S. 1983.

ACEPTACION DE LOS MET. ANTICONCEPTIV.	NO. DE EMBARAZOS												TOTAL			
	ACTUAL	%	CERO	%	I	%	II	%	III	%	IV	%	+IV	%	NO.	%
LA CONYUGE ACEPTA	53	15.54	6	1.76	37	10.85	68	19.94	56	16.42	33	9.67	59	15.87	254	74.48
LA CONYUGE NO ACEPTA	39	11.43	14	4.10	35	10.26	16	4.69	11	3.22	5	1.46	5	1.46	86	25.22
T O T A L	92	26.98	20	5.86	72	21.11	84	24.63	67	19.65	38	11.14	59	17.30	341	100.0

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I.M.S.S. 1983.

T A B L A I I

EDAD Y UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS
DERECHONABIENTES DE LA U.M.F. NO. 21 I.M.S.S. 1983.

E D A D	HA UTILIZADO M.A.		NO HA UTILIZADO M.A.		ESTA UTILIZANDO M.A.		NO ESTA UTILIZANDO M.A.*	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 19	13	3.81	27	7.91	20	5.86	10	2.93
20 - 25	50	14.66	55	16.13	50	14.66	23	6.74
26 - 30	62	18.18	36	10.55	51	14.95	20	5.86
31 - 35	34	9.97	21	6.16	31	9.09	9	2.64
36 - 40	22	6.59	11	3.22	20	5.86	6	1.76
41 - 45	8	2.34	2	0.58	7	2.05	1	0.29
T O T A L	189	55.42	152	44.57	179	52.49	69	20.23

* No se toman en cuenta las 93 embarazadas.

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I.M.S.S. 1983.

T A B L A I I I

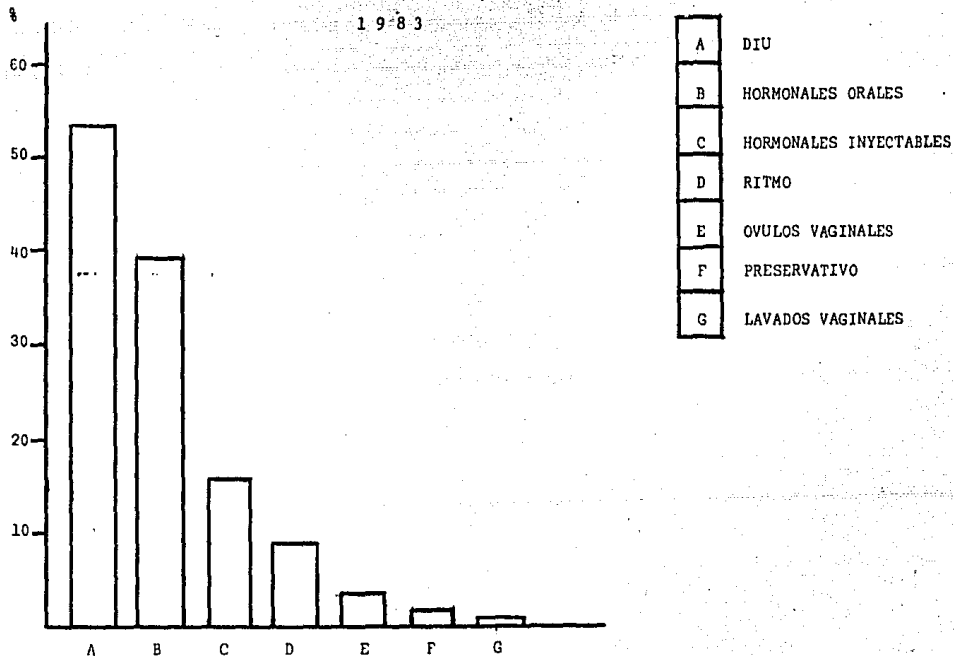
ESCOLARIDAD Y UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS DERECHOHABIENTES
DE LA U.M.F. No. 21 I.M.S.S. 1983.

ESCOLARIDAD	HA UTILIZADO M.A.		ESTA UTILIZANDO M.A.	
	No.	%	No.	%
ANALFABETA	6	3.17	9	5.02
PRIMARIA INCOMPL.	27	14.28	24	13.40
PRIMARIA COMPLETA	67	35.45	65	36.31
SECUNDARIA INCOMPL.	12	6.35	10	5.58
SECUNDARIA COMPLETA	21	11.11	19	10.61
PREPARATORIA O EQUIVALENTE INCOMPLETA	8	4.23	9	5.02
PREPARATORIA O EQUIVALENTE COMPLETA	4	2.11	0	0.00
COMERCIAL INCOMPLE.	2	1.06	3	1.67
COMERCIAL COMPLETA	21	11.11	26	14.52
PROFESIONAL INCOMPLE.	9	4.76	7	3.91
PROFESIONAL COMPLETA	9	4.76	5	2.79
TECNICA	3	1.58	2	1.11
T O T A L	189	100.00	179	100.00

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I.M.S.S. 1983.

METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HAN UTILIZADO CON ANTERIORIDAD POR MAS
DE 6 MESES LAS DERECHAHABIENTES DE LA
U.M.F. # 21 I.M.S.S.

1983



Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

GRAFICA I

T A B L A I V

ESCOLARIDAD Y METODO ANTICONCEPTIVO ACTUALMENTE USADO POR DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. No. 21

I. M. S. S. 1 9 8 3.

ESCOLARIDAD	DIU	%	VO	%	IM	%	SALP.	%	RIT.	%	PRE.	%	O.V.	%	VAS.	%	OTROS	%	TOTAL	%
ANALFABETA	2	1.11	2	1.11	2	1.11	1	0.55	1	0.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.55	9	5.02
PRIMARIA INCOMPLETA	8	4.47	3	1.67	2	1.11	9	5.02	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00	1	0.55	24	13.40
PRIMARIA COMPLETA	34	18.99	8	4.47	2	1.11	12	6.70	3	1.67	2	1.11	1	0.55	3	1.67	0	0.00	65	36.31
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	3.35	2	1.11	1	0.55	1	0.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	10	5.58
SECUNDARIA COMPLETA	11	6.14	1	0.55	0	0.00	5	2.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.55	1	0.55	19	10.61
PREPARATORIA O EQUIV. INCOMPL.	4	2.23	3	1.67	0	0.00	1	0.55	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	9	5.02
PREPARATORIA O EQUIV. COMPLETA	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
CONERCIAL INCOMPLETA	2	1.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00	3	1.67
CONERCIAL COMPLETA	8	4.47	4	2.23	1	0.55	6	3.35	2	1.11	3	1.67	2	1.11	0	0.00	0	0.00	26	14.52
PROFESIONAL INCOMPLETA	1	0.55	1	0.55	0	0.00	2	1.11	2	1.11	0	0.00	0	0.00	1	0.55	0	0.00	7	3.91
PROFESIONAL COMPLETA	1	0.55	2	1.11	0	0.00	2	1.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	2.79
TECNICA	2	1.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.11
T O T A L	79	44.13	26	14.52	6	3.35	39	21.78	8	4.47	7	3.91	4	2.23	5	2.79	3	1.67	179	100.00

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I. M. S. S. 1 9 8 3.

T A B L A V

METODOS ANTICONCEPTIVOS Y TIEMPO DE USO ACTUAL EN DERECHAHIENTES DE LA U.M.F. No. 21

I. M. S. S. 1 9 8 3.

TIEMPO	DIU	%	VO	%	IM	%	S y V	%	PRE.	%	O.V.	%	RIT.	%	OTROS	%	TOTAL	%
- 6/12	20	11.17	5	2.79	0	0.00	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	26	14.52
6/12-1 año	4	2.23	5	2.79	1	0.55	0	0.00	1	0.55	0	0.00	1	0.55	1	0.55	13	7.26
1 - 2 años	21	11.73	7	3.91	0	0.00	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00	29	16.20
+ 2 años	29	16.20	6	3.35	2	1.11	0	0.00	3	1.67	1	0.55	1	0.55	0	0.00	42	23.46
PERMA- NENTE	0	0.00	0	0.00	0	0.00	44	24.58	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	44	24.58
FALTO PREGUNTAR	5	2.79	5	2.79	3	1.67	0	0.00	1	0.55	3	1.67	6	3.35	2	1.11	25	13.96
T O T A L	79	44.13	28	15.64	6	3.35	44	24.58	7	3.91	4	2.23	8	4.47	3	1.67	179	100.00

S y V = Salpingoclasia y vasectomía.

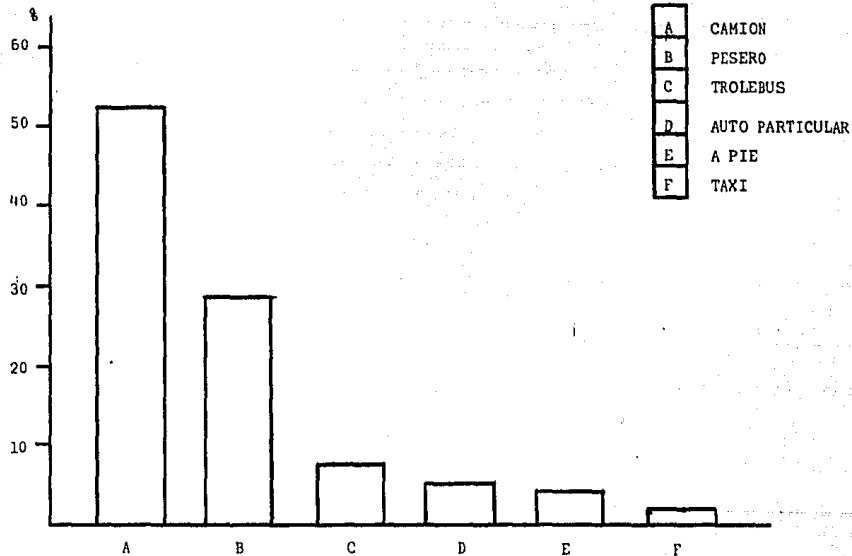
PRE. = PRESERVATIVO

O.V. = Ovulos Vaginales

RIT. = Ritmo.

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I.M.S.S. 1983.

TRANSPORTE QUE USAN LAS DERECHOHABIENTES PARA
TRASLADARSE A LA U.M.F. # 21 .
1 9 8 3 .



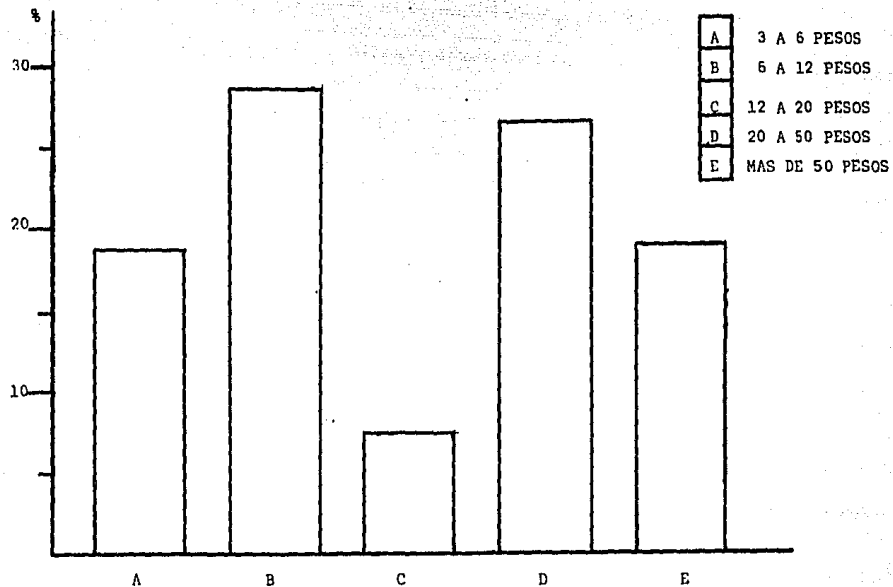
Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

GRAFICA I I

GASTO EN EL TRANSPORTE DE LAS DERECHAHABIENTES

A LA U.M.F. # 21 I.M.S.S.

1983



Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

GRAFICA III

T A B L A V I

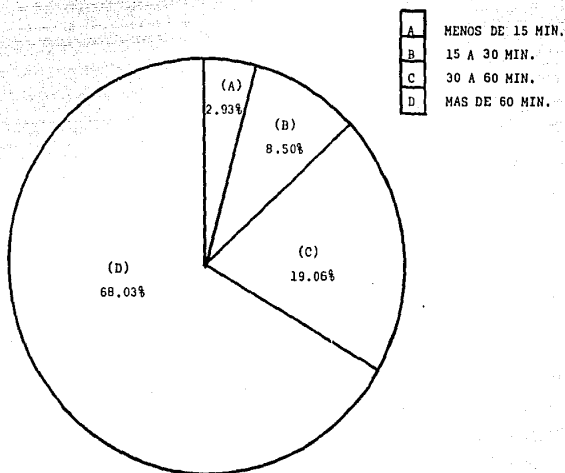
GASTO EN TRANSLADO Y METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO ACTUALMENTE POR LAS DERECHOHABIENTES DE LA
U.M.F. No. 21 I. M. S. S. 1983.

GASTO	DIU	%	VO	%	IM	%	RIT.	%	SALP.	%	VAS	%	PRES	%	OTROS	%	TOTAL	%
\$3.00-6.00	18	10.05	6	3.35	0	0.00	0	0.00	2	1.11	2	1.11	1	0.55	3	1.67	32	17.87
\$6.00-12.00	20	11.17	3	1.67	2	1.11	4	2.23	13	7.26	1	0.55	1	0.55	1	0.55	45	25.13
\$12.00-20.00	8	4.47	2	1.11	1	0.55	0	0.00	4	2.23	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	8.37
\$20.00-50.00	21	11.73	6	3.35	1	0.55	1	0.55	9	5.02	2	1.11	1	0.55	2	1.11	43	24.02
+ \$50.00	7	3.91	8	4.47	2	1.11	1	0.55	6	3.35	0	0.00	3	1.67	0	0.00	27	15.08
AUTOMOVIL PARTICULAR	5	2.79	3	1.67	0	0.00	2	1.11	5	2.79	0	0.00	1	0.55	1	0.55	17	9.49
T O T A L	79	44.13	28	15.64	6	3.35	8	4.47	39	21.78	5	2.79	7	3.91	7	3.91	179	100.00

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. No. 21 I. M. S. S. 1983.

TIEMPO DE ESPERA DE LAS DERECHOHABIENTES
PARA CONSULTA EN LA U.M.F. # 21 I.H.S.S.

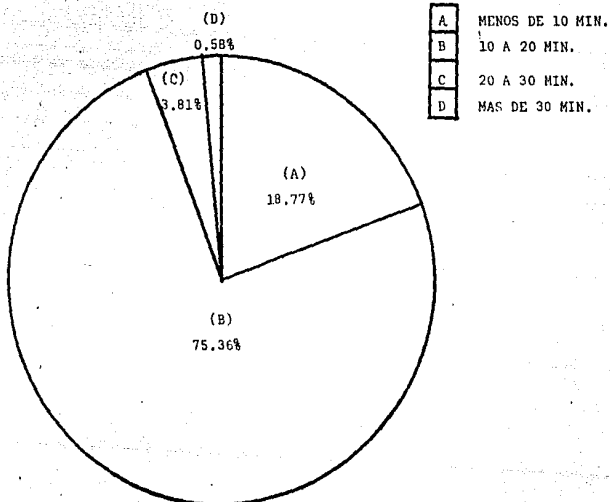
1 9 8 3



Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.H.S.S. 1983.

GRAFICA IV

TIEMPO DE CONSULTA A CADA DERECHOHABIENTE
DE LA U.M.F. # 21 I.M.S.S.
1983



Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

GRAFICA V

T A B L A X I

EFFECTOS SECUNDARIOS, COMPLICACIONES Y FALLAS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONTINUIDAD DE ESTOS EN DERECHAHABIENTES DE LA U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1 9 8 3 .

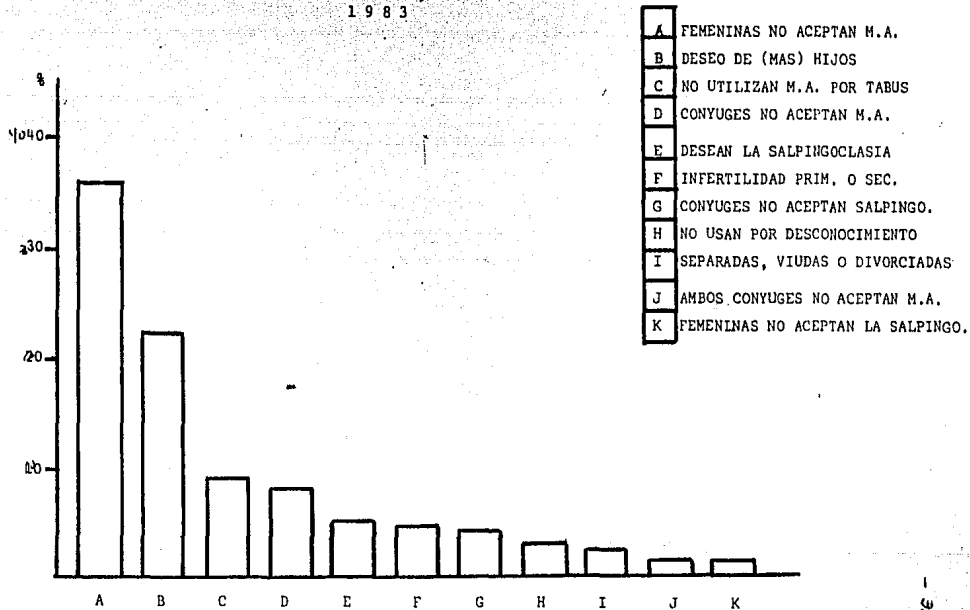
	DIU	IM	VO	OTROS	6/12 - 1 año	1 - 2 años	+ 2 años	faltó preguntar	TOTAL
IRRITABILIDAD	0	2	14	0	1	2	6	0	16
AUMENTO DE PESO	0	3	7	0	2	0	6	0	10
NAUSEAS	1	0	6	0	1	0	4	1	7
LIPOTIMIAS	0	1	2	0	0	0	0	0	3
TRANSTORNOS MENSTRUALES	8	3	6	0	0	6	9	1	17
CEFALEA	0	2	13	0	2	3	8	0	15
MELASMA	0	1	4	0	0	1	0	0	5
VARICES	0	0	3	0	1	1	1	0	3
OTROS	10	4	2	2	2	4	11	1	18
HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	7	0	0	0	4	0	1	2	7
ABORTO	7	0	0	0	0	2	2	1	7
EMBARAZO SE QUERIAN (MAS) HIJOS	19	2	3	2	10	2	9	6	26
	47	9	23	15	13	16	51	13	94

Fuente : Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN
DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA U.M.F. # 21

I.M.S.S.

1983



Fuente: Cuestionario aplicado en la U.M.F. # 21 I.M.S.S. 1983.

GRAFICA VI

- 35 -

CONCLUSIONES

Después de obtener los resultados de las 341 entrevistas realizadas a las mujeres derechohabientes adscritas a la U.M.F. No. 21, que están en edad fértil con riesgo de embarazo, y de ser excluidas 162 pacientes por no haber sido usuarias de los M.A., se llegaron a las siguientes conclusiones.

La mayoría de las pacientes son jóvenes, con edades fluctuantes entre 20 y 30 años (58.6%), seguido de las que tienen 31 a 40 años (25.80%).

El nivel de escolaridad que presentan es realmente bajo - primaria completa en su mayoría (36.31%) - tomando en cuenta que la población es joven, además de que su nivel socioeconómico no es precario.

Con lo anterior, tenemos suficientes datos para saber - una vez más - que en las personas jóvenes es donde se debe enfocar prioritariamente los programas de Planificación Familiar, tomando en cuenta su escolaridad para implementarlos de tal manera de que sean comprensibles, para que tengan mayor éxito - aumentando el ingreso de pacientes y disminuyendo el porcentaje de deserción - .

Además, también podemos observar que las pacientes, a pesar de su juventud, ya tienen el antecedente de 2 embarazos, lo cual nos indica que hay que redoblar esfuerzos en la educación anticonceptiva, ya que estas mujeres se convierten en posibles gastantes a corto plazo, y si no están totalmente convencidas de la importancia de la planificación de la familia, probablemente lleguen a tener más de tres hijos, y conociendo su nivel socioeconómico, pueden no ser capaces de brindarles a sus hijos una educación y alimentación adecuadas.

También podemos darnos cuenta que no han sido influctuosos los esfuerzos dedicados a la Planificación Familiar, ya que es evidente que ha disminuido en

número de mujeres que no están bajo la protección de los M.A., comparando con las que tienen el antecedente de haber estado descubiertas. Así tenemos que 152 de las pacientes entrevistadas (44.57%) tenían el antecedente de no haber utilizado ningún M.A., en cambio, en el momento de la encuesta, son 69 pacientes (20.23%) que están en esta situación. Además, debemos tomar en cuenta que algunas presentan esterilidad primaria o secundaria, convirtiéndolas en pacientes que no usarán método hasta que logren tener un hijo, también hay mujeres que tienen el antecedente de histerectomía, lo cual es evidente que ellas definitivamente no usarán ningún M.A.

La mayoría de las pacientes que utilizaron o están utilizando M.A. - 55.42% y 52.49% respectivamente -, se encuentran entre el grupo de edad comprendido entre 20 y 30 años y con escolaridad de primaria completa, lo que nos indica que hay accesibilidad para aumentar los porcentajes de eficacia de la Planificación Familiar que hasta ahora se presentan.

El Método Anticonceptivo más utilizado en la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S. durante el período comprendido entre el 1° de marzo y el 31 de agosto de 1983, es el DIU (44.13%). Hay que tener presente de que este resultado es reflejo de las políticas que sobre Planificación Familiar se forjaron durante cierto período, en el cual se dió auge al dispositivo.

Los M.A. menos utilizados en dicha clínica son: los lavados vaginales (.55%), el preservativo (3.91%), óvulos vaginales (2.23%) y el método del ritmo (4.47%).

También es importante tomar en cuenta la disponibilidad (accesibilidad) de los M.A. Así encontramos que la mayoría de las pacientes tienen que utilizar 2 camiones para transportarse de su domicilio a la clínica, seguido muy de cerca las que utilizan pesero. Luego entonces, la mayoría gasta en transporte de \$6.00 a \$12.00 y de \$20.00 a \$50.00 -25.80% y 24.04% respectivamente -, seguido de las que gastan más de \$50.00 (17%). Lo que nos habla de que el ac-

ceso que tienen las pacientes entrevistadas a los M.A. y los servicios de Planificación Familiar, no es muy fácil, por lo que deben estar totalmente integradas a los programas de Planificación para que no se conviertan en desertoras de éstos, lo que redobla la importancia de la motivación que deben tener hacia estos programas.

Un gran porcentaje de las paciente, al preguntarles el tiempo de espera para la atención médica, se quejaron cuán largo es éste, para que posteriormente se les dedique un corto tiempo en ella, y por observación personal, en muchas ocasiones estos mismos datos son independientes del número de consultas que tiene el médico en su horario.

Con respecto a los efectos secundarios, fallas y complicaciones del uso de los M.A., tenemos que, la mayoría de las pacientes dejaron de utilizar su método para tener (más) hijos - 49.73% -, lo que no se considera como deserción, ya que el método se está utilizando para planificar la familia.

Resalta a la vista el gran número de embarazos que se presentaron a pesar de que las pacientes tenían colocado el DIU, siendo en total 19.38% de las usuarias de éste. También es significativo el número de pacientes que presentaron aborto o hemorragia transvaginal por el DIU (7.14% respectivamente).

Según los resultados de este estudio, de los anticonceptivos hormonales, los orales son los que presentan mayores efectos secundarios. Pero a pesar de dichos efectos o complicaciones mencionados anteriormente, el 42.53% de las pacientes que utilizaron este método, lo hicieron por más de 2 años, el 15.67% entre 1 y 2 años y el 17.16% entre 6 meses y 1 año.

De las pacientes que presentaron hemorragia transvaginal por el DIU, el 57.14% se lo retiró antes del año de uso. Fué muy variable el tiempo de presentación de embarazo o aborto en las pacientes que tenían colocado el DIU, de éstas (14 mujeres) 2 se lo retiraron antes de los 6 meses de uso, 2 entre 1 y 2 años y 2 después de 2 años de uso continuo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -

Por lo anterior se concluye que los efectos secundarios de los M.A. no son una de las causas principales de deserción. En cambio, - en este estudio - la principal causa de deserción serían los trámites administrativos que tuvieron que pasar las pacientes para poder obtener los servicios de Planificación Familiar.

También es importante mencionar la relevancia de la motivación que se necesita proporcionar a las pacientes que quieren o están en los programas de Planificación Familiar. Por observación personal, el nivel de motivación hacia las derechohabientes para introducir las o mantenerlas dentro del programa, es bajo. Pudiendo ser este último punto modificable para el futuro.

Otras de las posibles modificaciones a estos pasos administrativos son:

- los encargados de este programa pueden contribuir llegando en el horario establecido e integrándose inmediatamente a su trabajo.
- no salirse de su lugar de trabajo, para asegurar una atención continua.
- proporcionando una atención adecuada y amable al paciente, respondiendo a las dudas y proporcionándole confianza.

SUGERENCIAS

Si realmente se pusiera el entusiasmo requerido en los Programas de Planificación Familiar, habría más constancia en el mantenimiento y cumplimiento de las indicaciones médicas que se les dan a las pacientes que se desea incluir o mantener en éstos.

Donde se necesita una acción periódica, algunas gentes son extremadamente conscientes y la siguen al pie de la letra, otras son irregulares y no tienen mucho cuidado ni interés en ello. Estas tendencias o negligencias son ejemplos de la amplia gama de respuestas humanas que deben ser modificadas por la acción de los programas de educación y comunicación en Planificación Familiar que deben dar apoyo a las usuarias para continuar el uso de Métodos Anticonceptivos.

Quienes se dedican a las acciones de Planificación Familiar (personas especializadas y Médicos Familiares) deben aprender a motivar a los usuarios (social y psicológicamente) para mantener su participación. Acciones como las siguientes pueden dar buenos resultados:

1. Motivación "recordatoria" de los beneficios a largo plazo, así como su importancia.
2. Atención en la clínica. Debido a que muchas parejas no les gusta asistir a estos sitios, por diversas causas, la atención debe ser amistosa, rápida, eficiente y cálida.
3. Favorecer la atención personalizada, no tomando al paciente como una ficha o un expediente, llamarlo por su nombre, conociendo algunos datos personales, etc.
4. Estimular la coparticipación. Aceptando de buena gana que usuario asista con algún amigo o familiar.
5. Ofrecer seguridad. A las pacientes que están desconfiadas de los efectos

tos secundarios que pueden tener, principalmente por lo que han oído por parte de otras personas no capacitadas médicamente, dándole la atención adecuada y sacándolas de su error.

6. Ofrecer alternativas. Cuando alguna pareja no está de acuerdo con algún método, informarle de los otros existentes con ventajas y desventajas, con calma, sin prisa y afablemente.
7. Informándose adecuadamente y haciendo a un lado los tabús que los mis mos educadores en Planificación Familiar presentan frecuentemente.

Etc. Así como los anteriores, uno puede pensar en muchas otras formas de ayudar a los usuarios de los Métodos Anticonceptivos o a los que se quieren integrar al Programa de Planificación Familiar, llevándoles principalmente hacia la confianza mutua - tanto del médico como del paciente - hacia el Método Anticonceptivo.

También sería interesante realizar un estudio sobre la motivación real que tienen las derechohabientes por parte de las personas encargadas de los Programas de Planificación Familiar.

B I B L I O G R A F I A

1. Manual de Planificación Familiar para Médicos. Federación Internacional de Planificación de la Familia. 1974.
2. Notas breves sobre población y Planificación Familiar. Boletín de Planificación Familiar. No. 4. pp. 1. Abr. 1979.
3. Boletín de Planificación Familiar No. 9 pp. 3. Sept. 1981.
4. ANURDH, K. Jain. Planned Parenthood Federal of America. Medical News. No. 11. May. 1977.
5. SANTAMARIA, Mtz. J. Aspectos psicológicos de la anticoncepción. Ginec. Obst. Méx. Vol. 42. No. 250. pp. 97 - 108. Ag. 1977.
6. DALLAL, E. Shapiro y cols. Consecuencias psicológicas del uso de anticonceptivos orales. Gineco. Obst. Méx. Vol. 40. No. 240. pp. 285 - 90. Oct. 1976.
7. Curso de actualización en Planificación Familiar. U.M.F. No. 21 I.M.S.S. pp. 392 - 93. 1981.
8. A.E. y cols. Psychological Factors in IUD Use - a review. Jour. of Bios. Sc. Vol. 9. No. 3. pp. 317 - 23. Jul. 1977.
9. Impacto económico y social en el descenso de la natalidad en México. Folleto del I.M.S.S. 1970 - 1980.
10. Boletín de Planificación Familiar. I.M.S.S. Año III. No. 2. Feb. 1980.

11. Boletín de Planificación Familiar. I.M.S.S. Año III. No. 5. May. 1981.
12. Comentarios de los resultados de la 1ª encuesta para determinar la aceptación del Programa de Planificación Familiar en la zona IV reg. Sur. Valle de México, en relación a la participación del médico. Folleto. I.M.S.S.. 1978.
13. Planificación Familiar y Salud Materno-infantil. Folleto Deleg. No. 5 del Valle de México. I.M.S.S. 1981.
14. SEAR, Alan M. Clinic discontinuation and contraceptive need. Fam. Plan. Persp. Vol. 5. No. 2. pp. 80 - 88, Sept. 1973.
15. MEASHAM, A.R., KHAN, A.R. Dizziness associated with discontinuation of oral contraceptives in Bangladesh. Int. J. Gynec. Obst. Vol. 18. No. 2 pp. 109 - 12. Sept. - Oct. 1980.
16. EVANS, D.A. y cols. Clearance of bacteriuria on discontinuing oral contraception. Br. Med. J. of Eng. Vol. 280. No. 152. pp. 6208. 1980.
17. JONES, F., BENIGER, J.R. y cols. Pill and IUD discontinuation in the United States in 1970 - 75: the influence of the media. Fam. Plan. Perspect. Vol. 12. No. 6. pp. 293 - 300. Nov. - Dec. 1980.
18. MARTINEZ, Manatoux J. Realidad del uso de los Métodos Anticonceptivos en México. Indicaciones y contraindicaciones de los Métodos Anticonceptivos. Memorias del Curso Monográfico. Asoc. Mex. Gin. Obst. 1980.