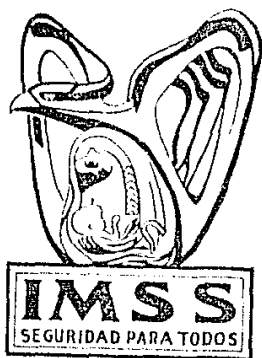


11226
2ej
118

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



LA PLANIFICACION FAMILAR Y SUS REPERCUSIONES EN
LA FAMILIA. ESTUDIO EN 300 MUJERES

TESIS QUE PARA OBTENER LA
ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
MARIA DEL ROCIO GONZALEZ PADILLA

GENERACION 82-84

CULIACAN, SINALOYA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1984



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	18
DISCUSION Y COMENTARIOS	33
RESUMEN	38
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCION

Desde que, en 1798, un hombrecito de labio hendido y dicción imperfecta, publicó su controvertido " Primer ensayo sobre la Población ", el fantasma de lo que hoy se llama EXPLOSION DEMOGRAFICA comenzó a preocupar a muchos pensadores, políticos y economistas(3).

La explosión demográfica es un problema de actualidad en todo el mundo, que atañe lo mismo a países que no están inmersos en ella, como desde luego a aquellos que la padecen, encontrándose México en éste último caso, con una sobrepoblación que consecuentemente trae aparejada problemas sociales, y económicos enormes, así como del cuidado del individuo y del grupo en que se desenvuelve (familia).

De todos los métodos que contrarrestan el problema y que constituyen en la actualidad los programas prioritarios, es en particular el de la Planificación Familiar Voluntaria, que por medio de la contracepción aceptada en todo el mundo, es llevada a cabo por diferentes métodos anticonceptivos existentes con el propósito de normar las mejores posibilidades de integración del núcleo familiar que permite desarrollar, física, mental, económica, cultural y socialmente a la progenie (4,11).

Sabiendo que la planificación familiar es llevada en forma consciente y libre por la pareja, da como resultado una familia en número y calidad compatible con una vida digna, asegurando un nivel óptimo de las funciones de cuidado, afecto, socialización y un mejor status para el grupo.

Desgraciadamente no todas las parejas en edad y situación de procrear, tienen los conocimientos para llevar a cabo una

adecuada planificación familiar, de ahí que el éxito del programa es te directamente relacionado con la efectividad de los anticonceptivos, el conocimiento de que de ellos se tenga y el grado de aceptación por la pareja.

De lo expuesto anteriormente y para atender los problemas de salud pública generados por la situación existente, el médico familiar ó médico de primer contacto alcance las funciones óptimas - en la etapa reproductiva de su población, y aprovechando la buena - relación que puede establecer el sólo con el núcleo familiar, deberá mantener un nivel elevado en la difusión y conocimiento de los diferentes procedimientos ó métodos anticonceptivos, proporcionando así - métodos de alta efectividad y continuidad, disminuyendo así el abandono injustificado por el desconocimiento en el modo de utilización, sus ventajas y desventajas, sus efectos colaterales de los mismos, - elevando así el nivel de vida de la familia.

GENERALIDADES

La historia de la anticoncepción es probablemente tan antigua como la raza humana. Los antiguos moradores de las cavernas, - deben haber sabido lo que mucho más tarde formuló Malthus " que la - superficie en que ellos vivían daría cabida a un cierto número de habitantes, es así como el crecimiento demográfico ha sido motivo de - preocupación para el hombre (11,14).

Durante miles de años, la población del mundo aumentó - con gran lentitud, se ha estimado que a principios de la era cristiana existían de 250-300 millones de habitantes, necesitándose 16 siglos para duplicarse; siendo las guerras, la falta de alimentos, las epidemias, los factores responsables del lento crecimiento. Sin embargo entre 1650-1850 la población mundial se duplicó, como resultado de la revolución industrial acelerándose el incremento, alcanzando una cifra aproximada de 3600 millones de habitantes en 1970.

En nuestro país, los fenómenos demográficos han tenido - como denominador común, hasta períodos muy recientes el requerimiento de una población muy numerosa, manteniéndose una elevada tasa de fecundidad, México muestra una tasa global de fecundidad de 2.8. Los avances tecnológicos, médicos, así como el mejoramiento de las condiciones de vida, han dado como resultado una disminución importante - en el índice de mortalidad, de ahí que en los últimos 20 años las - numerosas investigaciones se apoyan en la necesidad de evitar que el país continúe con su crecimiento, disminuyendo la natalidad como se puede observar el descenso en la tasa bruta de natalidad de 42 (1970) a 36 nacimientos por cada mil habitantes en 1978, es decir un 14%, - produciendo para esto cambios en el campo de la educación biomédica y de salud, asociando los aspectos biológicos de la reproducción y - las posibilidades de la regulación de la fecundidad (4,11,12).

El programa internacional sobre Planificación familiar - se inició en 1966 con 14 países y se ha extendido a 150 más. En la 3 Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en

Chile en 1972 se reconoció que los grupos expuestos a riesgos en el campo de la salud materno-infantil constituyen el 63% de la población de América Latina y que su crecimiento demográfico acelerado - hará aumentar la demanda de servicios sociales incluidos los de la salud (4,9).

En 1973 dentro del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4o. se establece " que el varón y la - mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el - desarrollo de la familia. Toda persona tiene el derecho a decidir - de manera libre, responsable e informada sobre el número y espacia - miento de sus hijos"; en base a ello se establecen normas generales de planificación familiar, su carácter voluntario con base en la - educación de la población, protección del desarrollo y organización de la familia. Siendo este el primer cambio entre la política ofi - cial sobre población. No es hasta 3 años posteriores donde se aprue - ba el Programa Nacional de Planificación Familiar, con estableci - miento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazo, esti - mándose reducir del 2.5 (1982), al 1.9 (1988) y al 1.0% en el año - 2000 (12.13).

Se observa que a mediados de 1976 existían más de un mi - llón de usuarias dentro de las instituciones públicas, dentro de es - to el I.M.S.S. atiende a más de las dos terceras partes del total - de usuarias, siendo en 1982 el logro de aceptantes a nivel nacional dentro del instituto de 1, 003 629 (95.3%) que ingresaron al progra - ma de planificación familiar, con 2, 117 033 de activas con un 98.5% En el estado de Sinaloa, los logros obtenidos en 1982 para nuevas - aceptantes fue de 38, 868 (88.5), con 81,278 de activas (96.0%), te - niendo una cobertura de un 50.1. Como se puede observar dentro de - los métodos que han adquirido mayor aceptación en el medio urbano, - se encuentra la salpingoclasia con 14.2% a nivel nacional y en nues - tra delegación existen 5,133 nevas aceptantes (17.4%) (5) .

En la Encuesta Nacional de Prevalencia efectuado en 1979

reveló que el 21.9% de las usuarias utilizaban el dispositivo intrauterino, siendo la expulsión, el sangrado y el dolor los principales problemas para su uso. La anticoncepción quirúrgica, la oclusión tubárica la cual se encuentra un 22.9% de usuarias. La oclusión del conducto deferente, aunque en países como Asia, Europa y Estados Unidos ha sido ampliamente utilizado, en México se han realizado 20 744 vasectomías desde 1977 a 1981 (11,12).

De los anticonceptivos con los que cuenta el I.M.S.S. / dentro del cuadro Básico están.:

A. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

1. Orales.:

Noretindrona 1.0 y etinil estradiol 0.050

Noretindrona 0.4 y etinil estradiol 0.035

2. Inyectables.:

Noretisterona en solución oleosa para uso cada 2 meses.

B. ANTICONCEPTIVOS LOCALES

1. Ovulos vaginales de fenilmercúrico

2. Espuma vaginales/c polietoxietanol al 12.5%

C. ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

1. Condón ó preservativo

D. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

1. T de Cobre 220C, único tamaño

2. Asa de Lippes, único tamaño

Hasta el momento no se ha uniformado el criterio para la utilización de los métodos anticonceptivos y la selección de uno u otro, basándose únicamente en el criterio médico, de acuerdo a la experiencia y la decisión de la pareja. Estamos de acuerdo con lo establecido por Palmer (1973), el cual señala que el método ideal debe ser eficaz, inocuo, fácilmente aplicable, que conserve la euparemia y conformidad con los principios morales de la pareja (6,15).

Exponemos a continuación una serie de recomendaciones basadas en las condiciones fisiológicas y de acuerdo con las etapas de

la vida.:

- A. Menores de 19 años, en mujeres con relaciones sexuales - esporádicas, los métodos de elección son los locales, tales como los ovulos y espumas en asociación con el preservativo para mayor efectividad anticonceptiva. En mujeres con relaciones sexuales de frecuencia mayor, se recomienda los hormonales orales. Este método se recomienda no utilizarlo por períodos mayores de 5 años para evitar efectos secundarios indeseables peligrosos. Puede utilizarse la T de Cobre 220 C.
- B. Mujeres entre 20-34 años. En este grupo es donde se presenta la tasa de fertilidad más elevada, por lo que deberán recomendarse métodos más efectivos, hormonales orales, dispositivos intrauterinos en aquellas mujeres con uno ó más hijos, y en casos de que se considere la anticoncepción por un período mayor de un año. En mujeres con más de 3 hijos recomendar métodos definitivos.
- C. Mujeres de 35 años ó mayores. El uso del dispositivo intrauterino es el más recomendable ya que el uso de hormonales aumenta la frecuencia de efectos indeseables peligrosos. En parejas con familia completa el método de elección es el definitivo.

Derivando de que la planificación familiar se ocupa del bienestar familiar, y ya que esta es la unidad primaria de la sociedad. Jackson (7), define a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien ó mal como unidad. Chagoya (2) establece una dinámica familiar normal como una serie de sentimientos, compartimientos y expectativas entre cada miembro de la familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el --

apoyo de otros miembros.

Así vemos que el hombre no está sólo, vive y se desarrolla dentro de un contexto físico y social con el cual interactúan - constantemente, a través de ésta interacción el individuo va adoptando las normas, los valores, las formas de ver el mundo en un grupo social a las que pertenece (socialización). Comprende el aprender como manejarse con otras personas tanto en el mismo grupo de edad como en otras generaciones. La socialización puede comenzar in utero, pero es evidente por vez primera cuando la madre y el bebé hacen claro contacto social, incluso contacto visual. Además existe el cuidado ó atención implica cubrir las necesidades físicas, proporciona refugio-cordialidad, alimento y protección; el afecto implica amor, cariño, preocupación y cuidados. La reproducción implica relaciones sexuales con o sin anticoncepción y finalmente el status implica factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de los progenitores (19).

La familia mexicana es aún una familia numerosa, existe aún una actitud un tanto irreflexiva al respecto aún cuando se desea un menor número de hijos, todavía se desconoce los métodos científicos de regulación natal, ó bien, no existe una actitud consciente para su utilización. (9).

Las actitudes que obstaculizan a la planificación familiar se consideran: el tabú sexual, los prejuicios religiosos, el machismo-abnegación y la presión social y los rumores contra los anticonceptivos. Por tabú sexual se entienden ciertas creencias relacionadas con la sexualidad que determinan en la pareja una actitud de vergüenza por reconocer que tienen relaciones sexuales y lo que es peor que tienen necesidad de ella. El prejuicio religioso incluyen creencias religiosas que determinan el rechazo de la anticoncepción. Machismo-abnegación, es la dimensión relacionada con la afirmación de hombría y feminidad utilizando en contra de la planificación fami

liar (la mujer es más mujer mientras más hijos tiene) la abnegación (la mujer que quiere tener pocos hijos es egoísta) y la sumisión (la mujer debe tener los hijos que el marido quiera), en lo que - respecta a la hombría se funda en la fuerza física y el poder (el hombre es más hombre mientras más hijos tiene ó el poder se demuestra en su capacidad de embarazar a su ó sus mujeres). La presión social son los temores a las críticas y rechazo de figuras del contexto social (suegra, amigos) Los rumores contra los contraceptivos nos referimos al temor de utilizar algún método por haber oído comentarios de terceras personas en contra de los mismos (los anticonceptivos no sirven, de todas maneras se embarazan... dan cáncer... se pudre uno por dentro... se vuelven locas , etc) (12).

Las nuevas generaciones no cuentan con el control social de antaño lo cual lleva a la desorientación, con la liberalidad de su conducta sexual que a veces se ve favorecida por una relación sexual fortuita que trae como consecuencia el embarazo no deseado ó no previsto, aumentando día a día el no. de hijos no deseados y así el del aborto (9,11,15,20).

De lo expuesto anteriormente, el médico familiar, debe generar acciones en función del mejoramiento de la calidad de vida de la familia, del ideal del tamaño de la familia, del valor moral de la paternidad responsable, de la madurez de la conducta sexual, la integración y desarrollo de la pareja humana, sobre todo de las relaciones familiares e interfamiliares, aprovechando la relación estrecha que guarda con el núcleo familiar. Debe por lo tanto tener como normas las siguientes.:

- A. Información de los beneficios múltiples del programa.
- B. Atención de casos subsecuentes para garantizar su protección anticonceptiva.
- C. prescribir la metodología adecuada a cada caso.
- D. Canalizar al servicio los casos de intolerancia severa con el uso de los métodos anticonceptivos

De aquí la importancia de adoptar una actitud informativa y orientadora cuando el médico entrevista a un paciente y se sume

como un ser individualista sino como un grupo, se recaben datos del contexto familiar, lo que facilitará el manejo de una familia (8,17 La de crear un grupo de usuarias bien orientadas e informadas y convencidas de los beneficios de la planificación familiar, que a su vez sean portadoras y hagan extensivos los conocimientos adquiridos dentro de su familia y su grupo social.

De seguir la actual tasa de crecimiento demográfico, las posibilidades de los mexicanos seña cada día menores para obtener -- educación, trabajo, habitación y alimentos. Así pues la solución radical ha de lograrse modificando las causas básicas que lo determinan, para lo cual los programas de planificación familiar tienden a satisfacer dichas necesidades, convencidos de la necesidad de facilitar el acceso de los servicios a toda la población, incluyendo a la que se localiza en áreas marginadas urbanas y zonas rurales dispersas (2,3,15).

Estableciéndose las siguientes recomendaciones.;

1. Mantener la eficiencia del Programa de Planificación Familiar proporcionando a la población métodos anticonceptivos de alta continuidad ya que como se ha visto, el uso de método se asocia a descensos importantes en la fecundidad.
2. Crear mecanismos sociales, económicos, de salud, de comunicación que favorezcan el retraso en la edad del matrimonio, en los grupos deprimidos.

Sólo de esta manera podrán ejercer el derecho que les confiere el artículo 4o constitucional a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de hijos y la selección del método anticonceptivo.

OBJETIVOS

1. Establecer el porcentaje de pacientes que reciben una orientación sobre la metodología anticonceptiva al ingresar al servicio de - Planificación Familiar en la Clínica Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Culiacán, Sinaloa.
 - 1.1 Profundidad de la información durante la consulta externa de medicina familiar.
 - 1.2 Profundidad de la información en la usuaria a su ingreso al programa de Planificación Familiar.
 - 1.3 Grado de aceptación de la metodología anticonceptiva.
 - 1.4 Si dicha información fue completa, suficiente, u ocasionó confusión.
2. Identificación de los cambios positivos y/o negativos que ejerce la planificación familiar dentro del núcleo familiar.
 - 2.1 Cambios en las funciones de la familia
 - A. Reproducción.
 - B. Cuidado.
 - C. Afecto.
 - D. Socialización.
 - E. Status.
3. Identificación de la metodología anticonceptiva de mayor aceptabilidad por la pareja.
4. Señalar las principales causas de abandono del programa de Planificación Familiar Voluntaria.
 - 4.1 Incidencia de embarazos
 - 4.2 Rechazo de métodos.
 - 4.3 Falta de orientación.
 - 4.4 Por efectos secundarios y-o complicaciones con el método.
 - 4.5 Falla de la metodología.
5. Disminuir la incidencia de abandono al programa.

6. Establecer una colaboración conjunta entre el personal médico y -
paramédico, para ofrecer una orientación adecuada, completa y di-
rigida al derechohabiente hacia el programa.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA.:

Las alteraciones en el núcleo familiar son iguales en familias con falta de una orien
tación sobre la metodología anticonceptiva que en aquellas que tienen una orientación adecuada sobre la metodología anticonceptiva.

HIPOTESIS ALTERNATIVA.:

La falta de orientación sobre la metodolo-
gía anticonceptiva son causa de alteracio-
nes en el núcleo familiar.

MATERIAL Y METODOS

Se practicó una investigación de carácter prospectivo en el servicio de Planificación Familiar del Hospital General de Zona - No.1 de Culiacán, Sinaloa, en un período de 3 meses; del 10. de Agosto al 31 de Octubre de 1983 realizado en mujeres en edad reproductiva que acuden a éste servicio para otorgárseles algún método anticonceptivo de alta efectividad (DIU, SCB).

Durante este período se otorgaron un total de 1418 consultas, siendo tomada la muestra durante el primer mes de investigación, con un total de 482 consultas, de las cuales se seleccionaron 300 pacientes (62.24%), correspondiendo al 21.15% del global de consultas otorgadas .

Se integraron 2 grupos de estudio de 150 pacientes cada uno, con las siguientes características.:

GRUPO A ó GRUPO DE CASOS.

Estuvo formado por 150 pacientes que ingresaron al Programa de Planificación Familiar para aplicación de DIU ó programación de SCB, con un rango de edad de 15 a 42 años, casadas, con familias nucleares, de rechohabientes, residentes en Culiacán y con un hijo como mínimo.

GRUPO B ó GRUPO CONTROL.

Formado por 150 pacientes activas al Programa de Planificación Familiar Voluntaria con rango de edad de 15 a 42 años y con los mismos requisitos especificados para el grupo A y con un mínimo de un año dentro del programa.

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes menores de 15 años ó mayores de 42 años, con familias no nucleares (solteras, viudas, divorciadas, en unión libre), no derechohabientes, no residentes en Culiacán, y nulíparas.

Para el estudio se estableció un programa de pláticas periódicas con la finalidad de orientar a la nueva usuaria, sobre el -

uso, ventajas, desventajas, efectos colaterales de los diferentes métodos y establecer una participación más activa de la paciente hacia el programa, a fin de esclarecer al máximo sus dudas teniendo como material de apoyo, películas y rotafolios, con colaboración de un Interno de Pregrado, una trabajadora social y una enfermera.

A las 300 pacientes seleccionadas, les fue tomada inicialmente su ficha de identidad, y posteriormente aplicados 3 cuestionarios (anexos).

El cuestionario 1 se aplicó para identificar la profundidad de los conocimientos hacia los diferentes métodos anticonceptivos por la paciente.

El segundo cuestionario, para valorar el grado de orientación otorgado por su médico familiar.

El tercer cuestionario, para establecer las alteraciones en las diferentes funciones familiares.

Los tres cuestionarios tuvieron una puntuación de 2-1-0 respectivamente para cada pregunta, calificándolos de la siguiente manera.: $\frac{\text{Puntuación Obtenida}}{\text{Puntuación Posible}} \times 100$

Se hizo un seguimiento durante los 2 meses consecutivos para identificar las causas de abandono del método.

A los datos obtenidos de la investigación se les aplicó tratamiento estadístico mediante las siguientes fórmulas.:

MEDIA.: $\frac{\text{Sumatoria de la frecuencia por los puntos medios}}{\text{Número total de puntajes}}$

$$\bar{x} = \frac{\sum fx_{PM}}{N}$$

DESVIACION ESTANDAR.: La raíz cuadrada de sumatoria de las desviaciones de la media de una distribución elevadas al cuadrado divididas entre el número total de puntajes.

$$s = \sqrt{\frac{\sum (\bar{x} - X)^2}{N}}$$

T STUDENT : $\frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ dif}}$

CUESTIONARIOS

NOMBRE _____ EDAD _____
 DOMICILIO _____
 AFILIACION _____ OCUPACION _____
 ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
 PARIDAD _____ METODO _____

1. Planeo ud. su familia antes de casarse? SI _____ NO _____
2. Cuantos hijos desea ud. tener? 2 _____ 3-4 _____ +4 _____
3. De quién obtuvo la información?
 médico _____ radio, T.V _____ familiares _____
4. Quién decidió planificar la familia?
 ambos _____ esposa _____ esposo _____
5. Porqué desea planificar su familia?
 para no tener más hijos _____ para tenerlos espaciados _____
 por cuestiones económicas _____
6. Qué métodos conoce ?
 dispositivo, SCB _____ Pastillas, iny _____ apoyo _____
7. Qué métodos ha utilizado?
 dispositivo _____ pastillas, iny _____ apoyo _____
8. Por cuanto tiempo? +2años _____ 1año _____ -1año _____
9. Ha recibido la información completa de los métodos que existen ?
 completa _____ incompleta _____ ninguna _____
10. Conoce las complicaciones que podrían tener con el uso de algún método?
 Completa _____ incompleta _____ ninguna _____
11. Qué sabe del dispositivo ?
 lo acepta _____ causan complicaciones _____ ignora _____
12. Qué sabe sobre la salpingoclasia?
 la acepta _____ causa complicaciones _____ ignora _____
13. Su religión le impide el uso de algún método ? SI _____ NO _____
14. Causas de abandono del método?
 deseo de un nuevo embarazo _____ complicaciones con el método _____
 rechazo del método por la pareja _____
15. Qué sabe sobre la vasectomía?
 la acepta _____ causa complicaciones _____ ignora _____

CUESTIONARIO No.2.

1. En alguna de sus consultas con su médico familiar, éste le hablo sobre la necesida de planificar su familia?
siempre _____ casi siempre _____ nunca _____
2. Tuvo tiempo su médico de escuchar su problema?
siempre _____ casi siempre _____ nunca _____
3. Le fueron aclaradas todas sus dudas ?
siempre _____ casi siempre _____ nunca _____
4. Comprendió ud. la forma del uso del método?
siempre _____ casi siempre _____ nunca _____
5. Se concretó su médico a:
darle todas las indicaciones _____ la mando al servicio de PFV _____
sólo le dió la receta _____
6. Le indicó las complicaciones que podría presentar durante la utilización del método elegido ?
siempre _____ casi siempre _____ nunca _____
7. Ha experimentado cambios en las relaciones con su esposo e hijos - con el empleo del método de planificación familiar?
favorables _____ desfavorables _____ ninguno _____
8. Quién le indicó que acudiera al servicio de planificación familiar?
médico familiar _____ espontáneamente _____ parientes _____

CUESTIONARIO No. 3

1. REPRODUCCION

- 1.1 Sus relaciones sexuales son satisfactorias?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

- 1.2 Se bañan los niños y adultos juntos?

siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

- 1.3 El tiempo transcurrido entre un parto y otro es de 2 años como mínimo ?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

1.4 El número actual de hijos con respecto al planeado?

Es adecuado _____ insuficiente _____ Nunca _____

1.5 Ha planeado la pareja la necesidad de planificar la familia?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

2. CUIDADO

2.1 Ha habido control prenatal durante los embarazos?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

2.2 Los esquemas de inmunización en los niños está completa?

2.3 La ropa y el atuendo personal está disponible a tiempo para todos los miembros de la familia?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

2.4 Las enfermedades parasitarias e infecciosas y sus secuelas están presentes en los miembros de la familia?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

2.5 Existe desnutrición en los miembros de la familia?

Ninguno _____ sólo uno _____ Varios _____

3. AFECTO

3.1 El trato de los padres hacia el resto de la familia es adecuado por ambos _____ sólo la madre _____ el padre _____

3.2 Existen problemas en el carácter (conducta) en los miembros de la familia.

Ninguno _____ sólo uno _____ varios _____

3.3 El rol de la esposa en la familia es de:

Esposa-colaboradora _____ esposa-compañera _____ esposa-madre _____

3.4 Lleva a los niños a centros de recreo cuando menos una vez a la semana?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

3.5 Ayuda el padre a la madre en las labores del hogar?

Siempre _____ casi siempre _____ nunca _____

4. SOCIALIZACION

4.1 Utilizan palabras mal sonantes ó socialmente no aceptadas en su lenguaje los miembros de la familia?

Ninguno _____ sólo los padres _____ todos _____

4.2 La escolaridad de los niños está de acuerdo a su edad?

En todos _____ sólo algunos _____ ninguno _____

4.3 Existe alcoholismo ó drogadicción en los miembros de la familia?

Ninguno _____ Alguno _____ varios _____

4.4 Existen expulsiones ó castigos a los niños en la escuela?

Ninguna _____ sólo uno _____ varios _____

4.5 Existe interés en los miembros de la familia para recibir la atención médica?

En todos _____ los padres _____ ninguno _____

5. STATUS

5.1 Reconocen y aceptan los miembros de la familia los límites jerárquicos de autoridad?

Todos _____ sólo algunos _____ ninguno _____

5.2 Existen cambios de trabajo del padre?

Nunca _____ ocasionalmente _____ frecuentemente _____

5.3 El nombre del padre se repite en los hijos?

En el primogénito _____ en alguno de ellos _____ ninguno _____

5.4 El puesto que ocupa el padre en el trabajo es:

Directivo _____ empleado calificado _____ empleado no calificado _____

5.5 Cuentan los padres con unidad móvil para transportarse?

Ambos _____ sólo uno _____ ninguno _____

RESULTADOS

De las 300 mujeres estudiadas, se obtuvieron los siguientes datos.:

EDAD:

El rango de edad para los dos grupos se encontró entre - 15 y 42 años, observando en el intervalo mínimo (15-18) un 6% correspondiendo a 9 mujeres para el grupo A, y un 4% (6 mujeres) para el grupo B.

En el intervalo máximo (39-42), sólo correspondió al - 1.3% (2 mujeres) y un 5.3% (8 mujeres) tanto para el grupo A y B - respectivamente. La edad media para el grupo A fue de 23.7 con una - desviación estándar de 2.9 en contraposición el grupo B la media fue de 27.4 con una desviación de 5 .

TABLA 1.

PARIDAD:

El grupo A presentó una media de 2.4 hijos correspondiendo al 52% (78 mujeres), mientras que el grupo B una media de 3.3 hijos correspondiendo al 40.6% (61 mujeres), con una desviación estándar de 1.69 para el primer grupo y 2 para el segundo.

TABLA 2.

OCUPACION:

Existió sólo un 15.3% (23 mujeres) que trabajan en el grupo A y un 8.6% (13 mujeres) para el grupo B, dedicándose el resto a las labores domésticas.

TABLA 3.

ESCOLARIDAD:

El grupo A mostró una predominancia en los estudios superiores correspondiendo a un 26.0% (41 mujeres), continuando la primaria completa con un 25.3% (40 mujeres) en contraposición el grupo B predominaron la Primaria completa con un 30.6% (46 mujeres), continuando en orden de frecuencia la Primaria Incompleta con un 26% (39 mujeres)

TABLA 4.

GRADO DE INFORMACION PROPORCIONADA POR MEDICO FAMILIAR.:

En este parámetro se observó que el 50% del grupo A acuden sin orientación al servicio de Planificación Familiar Voluntaria presentándose el 60.6% en forma espontánea (91 mujeres), recibiendo orientación completa únicamente el 23.3% (35 mujeres).

Para el grupo B el 47.3% acuden sin orientación (71 mujeres), correspondiendo el 53.3% (80 mujeres) aquellas que se presentan en forma espontánea y el 37.3% (56 mujeres) con orientación completa.

TABLA 5.

CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS AL INGRESAR AL PROGRAMA DE P.F.V.

Mostraron un conocimiento adecuado de los métodos únicamente el 12% (18 mujeres) en el grupo A y un 13.3% (20 mujeres) para el grupo B. Un conocimiento regular de un 28% (42 mujeres) para el grupo A contra un 48% (72 mujeres) para el grupo B., y un total desconocimiento de un 60 % (90 mujeres) para el grupo A, con un 38.6% (58 mujeres) para el grupo B.

TABLA 6.

FUNCIONES FAMILIARES

Los datos obtenidos en las funciones familiares fueron de la siguiente manera:

REPRODUCCION.:

Encontramos que el grupo A 87.3% (131 mujeres) son funcionales y el 12.7% (19 mujeres) disfuncionales, con una media de 7.28 (27 mujeres) y una desviación estándar de 0.80.

En cambio en el grupo B existe un 66% (99 mujeres) con buena funcionalidad y un 34% de disfunción, con una media de 6.6 y una desviación estándar de 1.42.

GRAFICA 5.

CUIDADO.:

El grupo A con un 98.7% (148 mujeres) de funcionales y el 1.3% de disfuncionales (2 mujeres), con una media de 9.4 con una desviación estándar de 0.5

El grupo B con un 44.7% (67 mujeres) funcionales y un 55.3% (83 mujeres) de disfuncionalidad y una media de 6.4 con des-

viación estándar de 0.97

GRAFICA 6.

AFECTO.:

Para el grupo A un 54.7% (82 familias) funcionales y - el 45.3% (68 familias) no funcionales, con una media de 6.5 y una-desviación estándar de 0.97.

Para el grupo B el 29% (42 familias) unicamente funcio- nales contra un 72% (108 familias) de no funcionalidad, con una me- dia de 6 y una desviación estándar de 1.04. GRAFICA 7.

SOCIALIZACION.:

Tanto para el grupo A como para el B se observó un 100% de funcionalidad, una media de 9.1 y desviación estándar de 1.9 para el grupo A, y una media de 8.4 y una desviación estándar para el gru- po B de 0.94.

STATUS.:

Para el grupo A hay un 59.3% (89 familias) de funcio- nalidad y un 40.7 % (61 familias) de no funcionalidad, con una me- dia de 6.3 y una desviación estándar de 1.6.

Para el grupo B existió un 76.6% (115 familias) no funcio- nales y el 23.3% (35 familias) funcionales, una media de 5.2 y una- desviación estándar de 1.3. GRAFICA 8.

CAUSAS DE ABANDONO DEL METODO EN GRUPO A.

De las pacientes estudiadas en el grupo A, durante el - período de los 3 meses de estudio se establecieron 25 pacientes que- abandonaron el programa, siendo las principales causas de abandono - las siguientes: en primer lugar se encuentran las complicaciones con el método (siendo el sangrado la principal complicación que presen- taron las mujeres, siguiendo el dolor), en segundo lugar se encuen- tra el desdeo de un nuevo embarazo existiendo un 5.3% (8 mujeres) y lo sigue el rechazo del método por la pareja en un 4.6% y solo se re- gistró un 0.6% (1 mujer) en la cual hubo falla del método con la - presencia de un embarazo planeado ó no deseado. TABLA 8.

T STUDENT = 9.04 con una P 0.05 con lo cual la hipóte - sis de investigación se acepta.

TABLA 1.

FRECUENCIA DE EDAD EN AMBOS GRUPOS ESTUDIADOS

Edad	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
15 - 18	9	6	6	4
19 - 22	53	35.3	27	18
23 - 26	51	34	36	24
27 - 30	25	16.6	41	27.3
31 - 34	5	3.3	22	14.6
35 - 38	3	2	10	6.6
39 - 42	2	1.3	8	5.3
TOTAL	150	100	150	100

TABLA 2.

NUMERO REAL DE HIJOS

HIJOS	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
0 - 1	44	29.3	29	19.3
2 - 3	78	52	61	40.6
4 - 5	16	10.6	35	23.3
6 - 7	12	8	20	13.3
8 - 9	-	-	5	3.3
TOTAL	150	100	150	100

Datos obtenidos del H.G.Z No. 1
Culiacán, Sinaloa.

TABLA 3.

OCUPACION EN LAS 300 MUJERES ESTUDIADAS

	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Trabajan	23	15.3	13	8.6
No trabajan	127	84.6	137	91.3
TOTAL	150	100	150	100

TABLA 4.

ESCOLARIDAD EN LAS 300 MUJERES ESTUDIADAS

	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Analfabetas	3	2	6	4
Primaria Incompleta	34	22.6	39	26
Primaria Completa	38	25.3	46	30.6
Sec. Incompleta	8	5.3	3	2
Sec. Completa	28	18.6	19	12.6
Estudios Superiores	39	26	37	24.6
TOTAL	150	100	150	100

Datos obtenidos del H.G.Z No 1
Culiacán, Sinaloa.

TABLA 5.

GRADO DE INFORMACION PROPORCIONADO POR MEDICO FAMILIAR
EN LAS 300 MUJERES

	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Orientación completa	35	23.3	56	37.3
Orientación incompleta	40	26.6	23	15.3
Sin orientación	75	50	71	47.3
TOTAL	150	100	150	100
Acudió por su Med.Fam	64	39.3	70	46.6
Acudió espontáneamente	91	60.6	80	53.3
TOTAL	150	100	150	100

TABLA 6.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS AL INGRESAR
AL PROGRAMA DE P.F.V

	GRUPO A		GRUPO B	
	No.	%	No.	%
Conocimiento adecuado	18	12	20	13.3
Conocimiento regular	42	28	72	48
Desconocimiento	90	60	58	38.6
TOTAL	150	100	150	100

Datos obtenidos del H.G.Z. No. 1
Culiacán, Sinaloa.

TABLA 7.

FUNCIONES FAMILIARES EN LAS 300 MUJERES ENTREVISTADAS

Puntos obtenidos		1 a 2		3 a 4		5 a 6		7 a 8		9 a 10	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
REPRODUCCION	GRUPO A	-	-	1	0.6	18	12	127	84.6	4	2.6
	GRUPO B	2	1.3	12	8	37	24.6	97	64.6	2	1.3
CUIDADO	GRUPO A	-	-	1	0.6	1	0.6	-	-	148	98.6
	GRUPO B	-	-	-	-	83	55.3	60	40	7	4.6
AFECTO	GRUPO A	-	-	-	-	68	45.3	76	50.6	6	4
	GRUPO B	1	0.6	5	3.3	102	68	42	28	-	-
SOCIALIZACION	GRUPO A	-	-	-	-	-	-	26	17.3	124	82.6
	GRUPO B	-	-	-	-	-	-	78	52	72	48
STATUS	GRUPO A	-	-	31	20.6	30	20	89	59.3	-	-
	GRUPO B	2	1.3	29	19.3	84	56	35	23.3	-	-

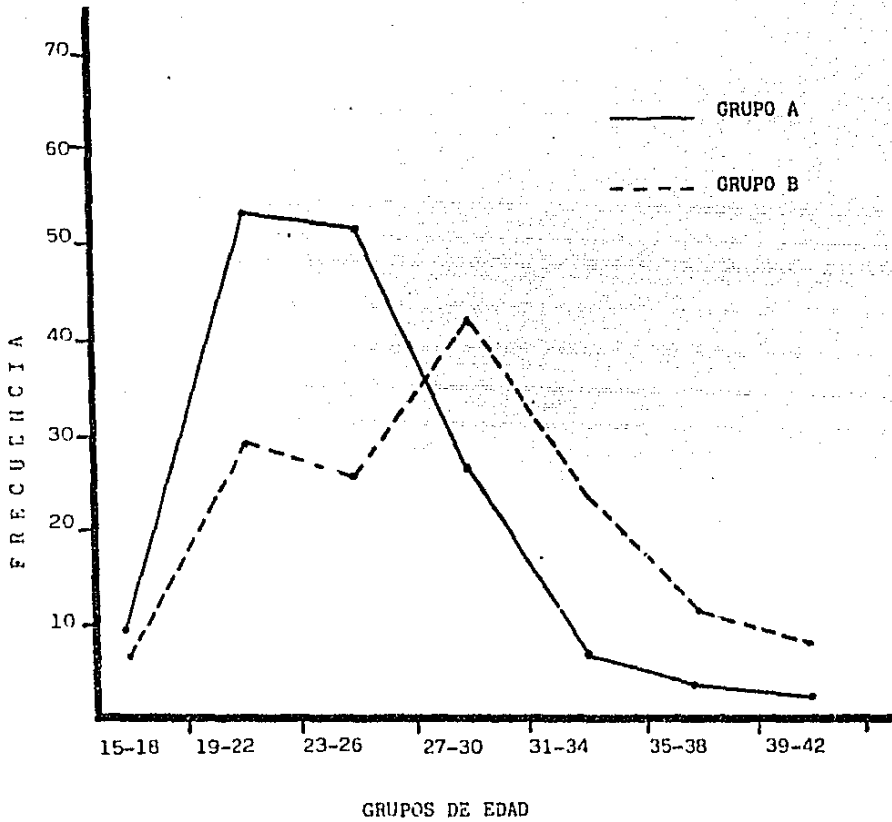
TABLA 8.

CAUSAS DE ABANDONO DEL METODO EN EL GRUPO A

	No. CASOS	%
Deseo de un nuevo embarazo .	8	5.3
Complicaciones con el método	9	6
Rechazo del método por la pareja	7	4.6
Falla del método - Embarazo no deseado	1	0.6
TOTAL	25	16.6

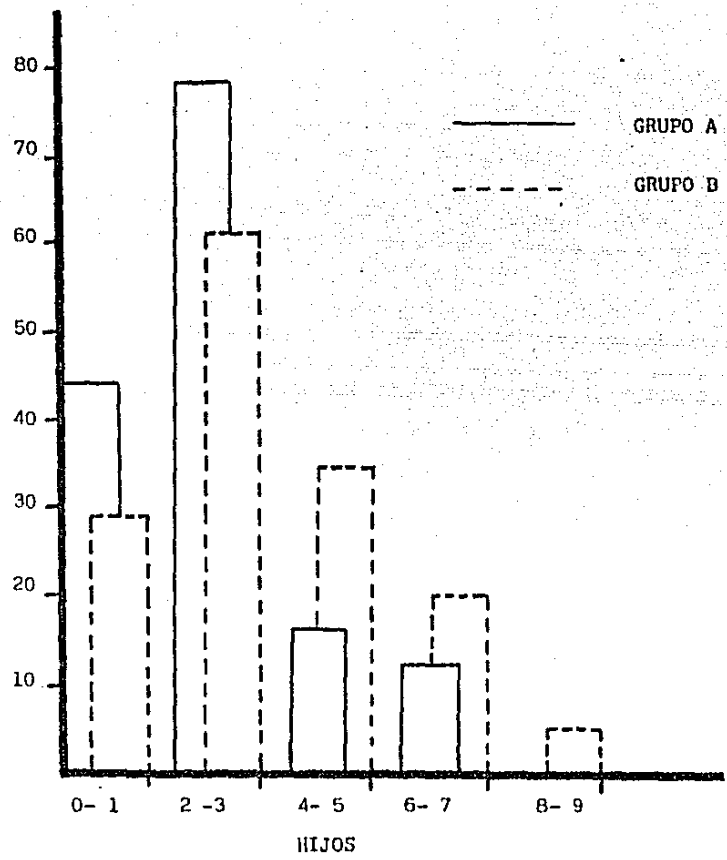
GRAFICA 1.

POLIGONO DE FRECUENCIA EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDADES EN LAS 300 MUJERES ESTUDIADAS



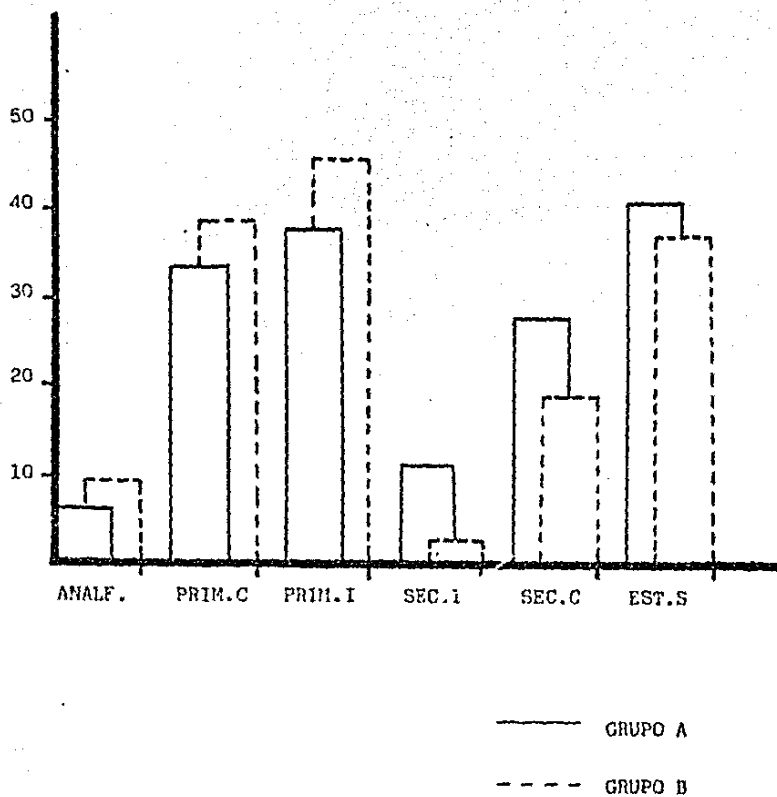
GRAFICA 2.

NUMERO REAL DE HIJOS EN LAS
300 MUJERES ESTUDIADAS



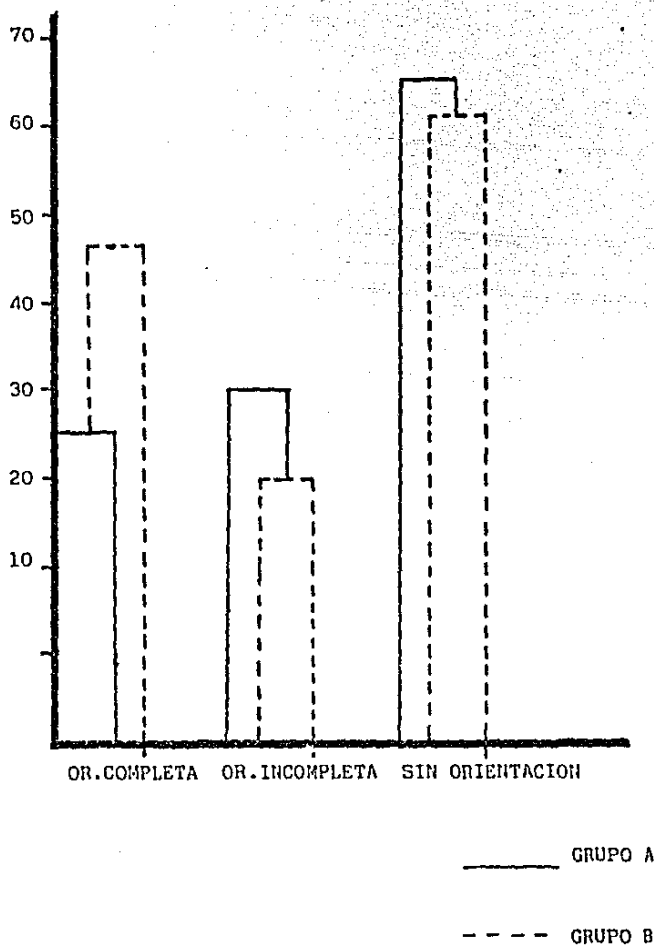
GRAFICA 3.

ESCOLARIDAD EN LAS 300 MUJERES ESTUDIADAS



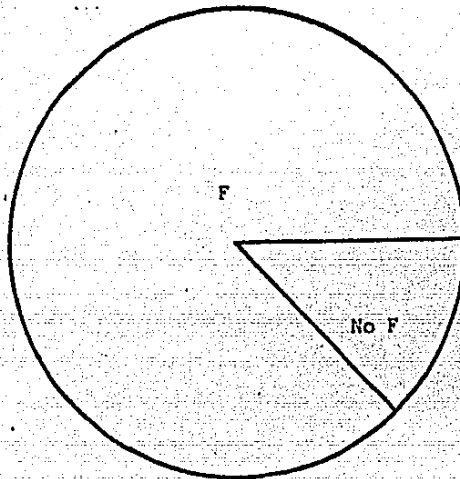
GRAFICA 4.

ORIENTACION EN LAS 300 MUJERES ESTUDIADAS



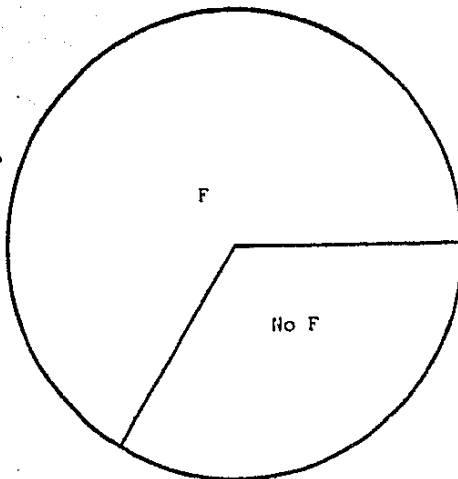
GRAFICA 5.

FUNCIONES FAMILIARES EN AMBOS GRUPOS
REPRODUCCION



GRUPO A

	No.	%
FUNCIONALES	131	87.3
NO FUNCIONALES	19	12.7

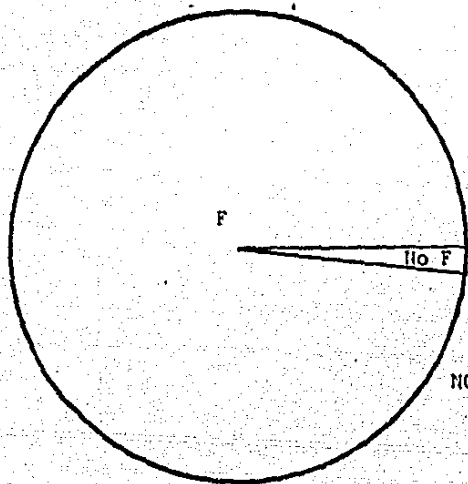


GRUPO B

	No.	%
FUNCIONALES	99	66
NO FUNCIONALES	51	34

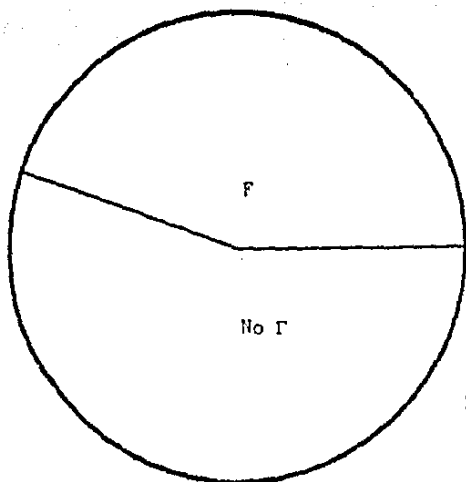
FUNCIONES FAMILIARES EN AMBOS GRUPOS

CUIDADO



GRUPO A

	No.	%
FUNCIONALES	148	98.7
NO FUNCIONALES	2	1.3

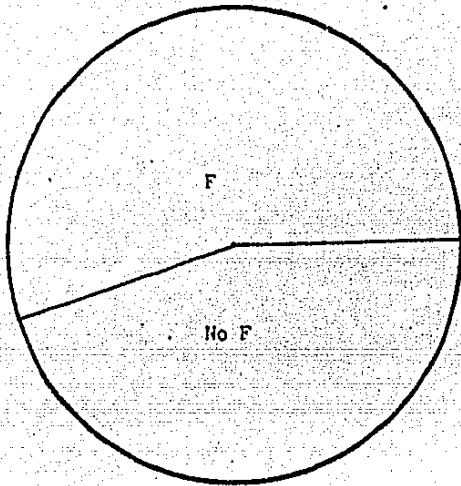


GRUPO B

	No.	%
FUNCIONALES	67	44.7
NO FUNCIONALES	83	55.3

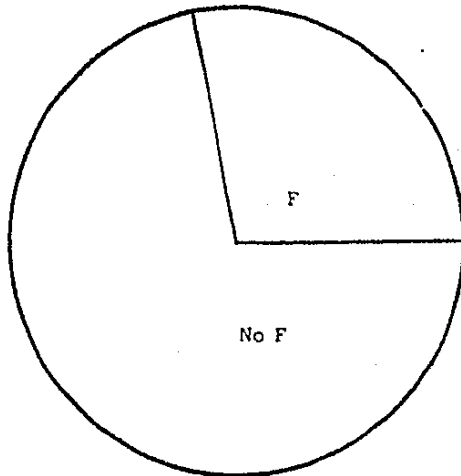
FUNCIONES FAMILIARES EN AMBOS GRUPOS

AFECTO



GRUPO A

	No.	%
FUNCIONALES	82	54.7
NO FUNCIONALES	68	45.3



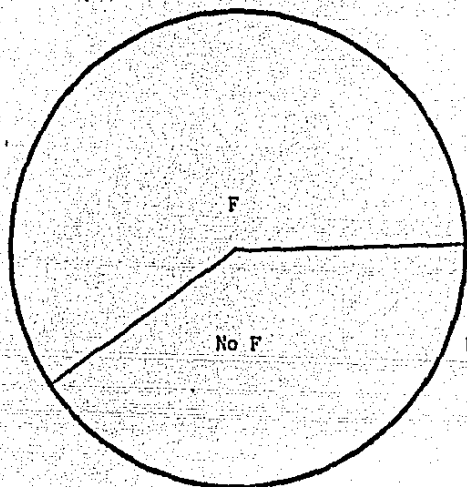
GRUPO B

	No.	%
FUNCIONALES	42	29
NO FUNCIONALES	108	72

Datos obtenidos del H.G.Z no. 1
Culiacán, Sin.

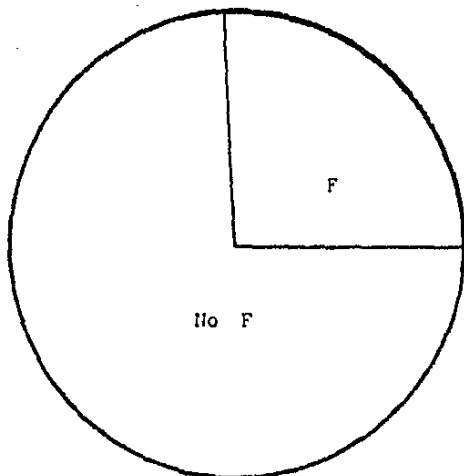
FUNCIÓNES FAMILIARES EN AMBOS GRUPOS

STATUS



GRUPO A

	No.	%
FUNCIÓNES	89	59.3
NO FUNCIÓNES	61	40.7



GRUPO B

	No.	%
FUNCIÓNES	35	23.3
NO FUNCIÓNES	115	76.6

Datos obtenidos del H.G.2 Nol
Culiacán , Sinaloa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

De los resultados obtenidos podemos constatar que en la población de mujeres estudiadas predominó la utilización del dispositivo intrauterino. Esto puede reflejar los efectos de las campañas - masivas, pues el DIU es el método que más fácilmente se presta para ello, lo cual además demuestra la adecuada acentación de los diferentes servicios que ofrece la planificación y en especial la de los métodos intrauterinos, siendo aceptados en la actualidad por mujeres - en los inicios de su etapa reproductiva, tomando como método inicial el dispositivo intrauterino, en una forma adecuada, demostrándose esto en nuestro estudio ya que el grupo A la media es de 23.7 años las cuales inician su anticoncepción con métodos de mayor efectividad.

La justificación del uso del DIU como principal forma de control proviene no sólo del hecho de ser un método barato y fácil - de aplicar masivamente, sino que puede llegar a ser la forma más - efectiva de control no sólo por sus cualidades biológicas, sino porque no requiere esfuerzos adicionales por parte de las usuarias(3).

Es notorio que mientras para las aceptantes de pastillas no solamente un 37% se encuentran todavía utilizando un método del - programa 2 años después, esta proporción aumenta hasta el 71% para - las aceptantes del DIU, como es evidente en el grupo B de nuestro estudio, en el cual se observa una media de utilización del método hormonal de un 70% durante 2 años , abandonando dicho método para iniciar un nuevo control por medio del DIU, observando que no existe un descenso en la continuidad, ya que dichas pacientes tienen una mayor aceptabilidad por éste método por un período de 1 a 2 años en un 63% de las mujeres del segundo grupo sin abandonarlo, lo que conlleva a una mayor estabilidad familiar (4).

La diferencia en la distribución de edades entre el grupo A y B puede deberse como señala Gutierrez Avila en su estudio, - que esto es debido a que las campañas de planificación aún no tienen

gran impacto en los grupos de edad más jóvenes , objeto primordial - de estos programas. Esto puede significar que las mujeres empiezan a planificar no antes, sino después de haber procreado, corroborándolo en nuestro estudio ya que en el grupo A la media del no de hijos es de 2.3 iniciando su anticoncepción después del primer embarazo.

Uno de los aspectos que influyen en la efectividad de un programa de planificación es obviamente el retraso en la fecha del primer embarazo, al parecer esto no sucede en la población de estudio. Este fenómeno se observa en la comparación del número de hijos, es decir, que el grupo A emprende con mayor énfasis la planificación sólo después de haber tenido su segundo hijo, mientras que el grupo B se concentra entre 3-4 hijos lo cual significa que cuando las mujeres deciden planificar es porque el número de hijos es elevado ó bien que al no utilizar ningún método tienen por ende un gran número de hijos. Esta situación revela que aún la población no utiliza adecuadamente los servicios de planificación.

En México, como en otros países, existe una relación importante entre la escolaridad y la regulación de la fecundidad. De las mujeres investigadas predominan los estudios superiores en el grupo A 26% con una menor fecundidad , continuándole los estudios de primaria completa en un 25.3% y sólo un 2% en la que no registraron escolaridad, encontrando en las mujeres que están ya en el programa un promedio de escolaridad de primaria completa en un 30.6%, continuando la primaria incompleta con un 26% y sólo un 4% las que no tenían ninguna escolaridad. Por lo que podemos concluir que el factor cultural es importante para la aceptación y conocimiento de la metodología anticonceptiva, tendiendo con este parámetro al descenso en el número de hijos en relación al grado cultural que la paciente tenga (11).

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado excepto las formas tradicionales en el campo (peón agrícola) y en la ciudad (servicios en general) es reciente en México. Esta primera -

clasificación del trabajo muestra una primera aproximación del fenómeno reproductivo, y su estrecha vinculación a los fenómenos de cambio social. Es importante por lo tanto referir que aún la mujer no se integra a una sociedad productiva continuando con el rol de esposa-madre, únicamente con las funciones de cuidado, afecto y reproducción, siendo mínimo el porcentaje de mujeres colaboradoras al núcleo familiar, siendo en nuestra investigación el 24% de mujeres que trabajan en ambos grupos.

Es muy probable que en los próximos años observemos una mayor incorporación de la mujer a tareas productivas que estaban reservadas sólo para el hombre. En este sentido, los programas de planificación familiar se asocian a éstos cambios sociales y satisfacen los requerimientos de la pareja a limitar el tamaño de la familia al incorporarse con mayor tiempo al trabajo fuera del hogar. Esto tiene repercusiones en el carácter de la familia al ocurrir ambas situaciones: trabajo de la mujer y planificación familiar, la planificación familiar ayuda a la pareja a realizar sus decisiones toda vez que la mujer este incorporada al trabajo, y establece las condiciones sociales para una mayor incorporación de la mujer a la actividad (13).

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de la familia se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma. Las familias también desarrollan sus propias actitudes hacia, la sexualidad, la comunicación, disciplina etc; cuando funciona como un grupo pequeño que está tratando de llevar a cabo una tarea, la familia con frecuencia es ineficiente. Su fortaleza radica en crear un medio en el cual sus miembros puedan desarrollarse como individuos, socializarse y establecer nexos que les ofrezcan apoyo emocional. Cuando la familia desempeña sus cinco funciones básicas: la de proporcionar socialización, atención, afecto, la reproductiva y la de dar un status al grupo éste se encuentra dentro de un equilibrio, cuando alguna de estas no se cumple entra la familia en crisis, siendo la comunicación afectiva la primera que es afectada (19).

Las etapas normales del desarrollo familiar están plagadas de stress. Anticipándose a éstos y colocándolos en la adecuada perspectiva, así la orientación anticipada se deberá establecer desde las prácticas de atención infantil, para continuarlo en el transcurso del ciclo vital familiar.

Podemos decir que la composición familiar en la actualidad tiende a seguir el modelo de familia conyugal nuclear, basado en el matrimonio y en los hijos- cada vez menor número- iniciando con la procreación varios problemas para la familia, desde el punto de vista de la práctica o no de la planificación familiar (número y espaciamiento de los hijos y por lo tanto el uso necesario de los métodos de regulación natal), cuando no se ejerce un control en el aspecto reproductivo la familia entra en crisis con las funciones de afecto, cuidado, socialización de los hijos, ya que si los padres no están preparados para llevar a cabo esta función, tiene un efecto negativo sobre la formación de la personalidad la cual va quedar impresa en la vida de los hijos. La participación conjunta del padre y de la madre pueden evitar desajustes mayores o, al contrario agravarlos si no existe una unidad educadora y orientadora en esta función.

Todavía existe una actitud un tanto irreflexiva al respecto de cuantos hijos se desean, y aun cuando cada vez se desea un menor número de hijos, todavía se desconocen los métodos científicos de regulación natal, como se demuestra en nuestro estudio en los 2 grupos estudiados (tabla 5 y 6), o bien no aparece una actitud consciente en el uso de ellos. Para una mayoría de la población, el recurso a los programas médicos de planificación, es sólo teórico, a pesar de las campañas. Además la desorientación existente en la materia sexual afecta grandemente a la consistencia de los lazos en las funciones familiares, por lo que las nuevas generaciones dada su liberalidad de su conducta sexual muchas veces favorece relaciones sexuales fortuitas y consecuencia de un embarazo no previsto, el cual puede concluir en la terminación de dicho embarazo con el aborto.

De lo expuesto anteriormente, el médico familiar ó médico de primer contacto, debe generar acciones en función del mejoramiento en la calidad de vida de sus familias, del ideal en el tamaño de la familia, del valor de la paternidad responsable, de la madurez sexual y la integración de la pareja, estableciendo una actitud informativa y orientadora sobre el uso de los métodos anticonceptivos en la población joven.

Dada la hipótesis formulada al principio de la investigación y correlacionando con los resultados obtenidos podemos concluir que es verdadero lo que se formuló y la falta de orientación sobre la metodología anticonceptiva causa repercusiones en las funciones de la familia.

RESUMEN

Se efectuó un estudio prospectivo en mujeres en edad reproductiva dividiéndose en 2 grupos de 150 cada uno, estudiándosele a cada grupo la profundidad de la información dada durante la consulta externa de medicina familiar, el grado de aceptación de los métodos, la profundidad en el conocimiento de los métodos anticonceptivos y los cambios generados en las funciones familiares.

Se observó que la edad que predominó en el grupo A fue la de 23 años mientras que la del grupo B fue de 27 con una media en el número de hijos de 2.4 y de 3.3 para cada grupo, lo que significa que la mujer inicia su anticoncepción después del primer embarazo, o bien cuando la mujer decide planificar es porque el número de hijos es elevado. Lo anterior demuestra que aún la población no utiliza adecuadamente a la planificación.

Aún la mujer continua con el rol esposa-madre sin incorporarse decididamente a una sociedad productiva, lo que suele elevar los niveles de fecundidad ya que la mujer únicamente está al cuidado y socialización de los hijos .

También se observa una mayor escolaridad en los grupos estudiados (grupo A) teniendo por ende un mejor entendimiento de la metodología anticonceptiva , sus ventajas, desventajas, su utilización, tendiend con éste parámetro el descenso en el número de hijos en relación al grado de escolaridad que la paciente tenga.

En nuestro estudio se comprueba que un porcentaje elevado carece de información por parte de su médico familiar en relación a los métodos de alta efectividad como son los dispositivos intrauterinos y los métodos definitivos, con lo cual podemos concluir que de bemos conocer mejor las actitudes del personal que presta los servicios de planificación familiar a fin de proporcionarle la información conveniente y oportuna para mantener e incrementar su motivación y participación en las aceptantes.

Debemos continuar las investigaciones relacionadas con el conocimiento y las actitudes de la población acerca de la planifi

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

cación familiar y en particular sobre el uso de métodos anticonceptivos en la población joven, como base para orientar adecuadamente la información que debe brindarsele al respecto.

Se debe continuar con los estudios para conocer los cambios que a nivel individual y primordialmente familiar están asociados al uso de los diferentes métodos.

Es indispensable el desarrollo intensivo de las actividades de promoción y de educación tanto en el ámbito de las propias unidades, como a nivel de las comunidades, utilizando los diversos medios de comunicación, pero sobre todo, mediante la promoción y motivación que directamente realice el personal médico, de enfermería, y de trabajo social, en la atención de la salud de la población, para lo cual es indispensable la capacitación y actualización de este personal. Para lo cual es necesario que se tomen los siguientes lineamientos:

- A. Incrementar las acciones educativas al medio rural
- B. Orientar primordialmente a la población joven, de la cual dependera la conducta reproductiva de las próximas generaciones.
- C. Promover la orientación adecuada de la sexualidad, que se ejerza con responsabilidad y que se cuente con bases firmes para la aceptación y continuidad en el uso de la metodología anticonceptiva.

Sólo de ésta manera se podrá ejercer el derecho que confiere el artículo 4o constitucional.

BIBLIOGRAFIA

1. Correu A.S.; Campos C.J.; Cervantes B. y Keller B .A.: El programa de Planificación Familiar de SSA en los estados fronterizos. - Salud Pública. Mex, 27,1:180 1980.
2. Chagoya L.: Dinámica Familiar y patología. La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Ediciones Médicas Hosp. Inf. Méx. 25-38 1975.
3. Gutiérrez A.H.J.; González C.A.: Planificación Familiar en una colonia marginada en la Cd. de México. Salud Pública Méx. 24,1;39 - 1982.
4. IMSS.: Planeación Familiar. Reseña documental de la Seguridad Social 2:11-24 1979.
5. IMSS.: Datos estadísticos del Programa de Planificación Familiar-Delegación Sinaloa. 1981-1982.
6. Islas C.R.: Actualizaciones en Planificación Familiar . Semana Médica de Méx. 98,8: 230 1981.
7. Jackson D.D.: The study of the family. Family Process 4,9:16 1965
8. Klineberg O.: Psicología Social. Edit.Fondo de cultura Económica. Biblioteca Psicológica y psicoanalítica.
9. Leñero O.L.: La familia. Edit.Edicol S.A. México. 1a. Ed. 1976.
10. Levin J.: Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Edit. Harla México. 2a. Ed. 1979.
11. MacGregor C.; Martínez M.J.; Castelazos A.L.; Rodríguez A.J y Karner S.: Aspectos de la reproducción relacionados con los derechos humanos. Gac. Med. Méx. 117,7;265 1981.
12. Martínez M.J.: La revolución Demográfica en México. 1970-1980 .

13. Memorias sobre la Planificación Familiar en México. Médico Moderno 12,1:36-220 1973.
14. Ostergard D.R.: Manual de Planificación Familiar. Edit. Pax 4a Ed. México. 1974.
15. Ruiz V.V.: Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar. Méndez Oteo. México 1979.
16. Sánchez R.E.: Psicología Social. Edit. Oasis Nueva Biblioteca - Pedagógica México. 1978.
17. Saucedo J.M.: La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Ev. Med. 119,2:155 1981.
18. Smilkstein M.G.: Apgar familiar: una propuesta para probar el funcionamiento familiar y su uso por el médico.
19. Shires R. D, Hennen K.R.: Medicina Familiar. Guía práctica. Edit McGraw Hill. México. 1a. Ed. 1983.
20. Westoff F.CH.: La fecundidad no deseada en 6 países en vías de desarrollo. Perspectivas internacionales en Planificación Familiar. 7,2:43 1981.