



30
24 11226
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
UNA CLINICA DE M. F. DEL ISSSTE

T E S I S

Para obtener el Título en la Especialidad de
M E D I C I N A F A M I L I A R
P r e s e n t a n
DRA. MA. MAGDALENA GUTIERREZ BRAVO
DRA. ADA PATRICIA RAMOS LOPEZ



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



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 está 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

	PAGINA
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	5
MARCO TEORICO	18
JUSTIFICACION	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
OBJETIVOS	27
HIPOTESIS	28
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	28
RESULTADOS	30
ANALISIS	68
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	74

CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
UNA CLINICA DE M. F. DEL ISSSTE.

INTRODUCCION:

De acuerdo a los índices de crecimiento, la población mundial se incrementará alrededor de mil millones de habitantes por década hacia el año dos mil, según el estudio - denominado " Situación de la Población Mundial ", realizada en el año 1977. (2,3,7,8,9)

Este crecimiento se explica por las distintas evoluciones que los índices generales de fecundidad y mortalidad han seguido. La fecundidad por su parte, ha conservado - prácticamente invariables sus niveles: 45.3 nacimientos -- anuales por cada 1 000 habitantes entre 1920 y 1924; 44.9- entre 1955 y 1959; 43.7 entre 1970 y 1974. (7,8,9)

Sin embargo, México cuenta con una de las más altas - tasas de crecimiento demográfico en el mundo: dos y medio millones de nacimientos al año, es decir 6850 diariamente, 286 cada hora, o sea, 5 nacimientos por minuto. En cambio la mortalidad a raíz del impacto de la tecnología sanitaria importada del exterior y de la creación de cierta infra -- estructura en Salud Pública, junto con la pequeña pero -

constante mejora en el nivel de vida de la población, ha disminuido considerablemente, así de ocurrir 28.4 defunciones anuales por cada 1 000 habitantes entre 1920 y 1924, disminuyó a 17 entre 1940 y 1944, a 12.2 entre 1955 y 1959 y a solo 8.6 entre 1970 y 1974. (7,8,9)

A este ritmo la población se duplicará cada 20 años ó menos, todo ello resultado de la relación existente entre la tasa de fecundidad general y la tasa de mortalidad, -- siendo de 198 por mil para la primera y de 9.5 por mil para la segunda, así como el elevado número de hijos por matrimonio, condicionando a esto que más de la mitad de la población mexicana se haya constituida por jóvenes menores de 15 años de edad, lo que trae consigo una disminución en el índice de población económicamente activa y a un incremento en los requerimientos de atención materno-infantil, servicios educativos, vivienda, servicios médicos y servicios públicos en general, etc.

Sin embargo, a partir de 1970, la población mexicana disminuye su velocidad de crecimiento, al descender la natalidad de 43 nacimientos al millar en 1973 a 31 en 1983. La fecundidad ha disminuido principalmente y de manera importante en las zonas con mayores niveles relativos de -- desarrollo socioeconómico, destacándose las entidades del norte del país y el área metropolitana de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey. Todo esto es debido en -- gran parte a que en el año de 1973 se estableció en el -

artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la instalación por parte del Gobierno Federal de Programas de Planificación Familiar, mediante los Servicios de Educación, Salud Pública y Seguridad Social. (2, 7, 8, 9, 13).

Además de los programas emprendidos con propósitos demográficos han influido para la baja de fecundidad, el avance de la urbanización, el mejor nivel educativo y el aumento de la participación de la mujer en empleos remunerados.

La educación tiene una gran influencia en el comportamiento demográfico de la población, hábitos higiénicos, alimenticios y otros factores que condicionan y modifican las tasas de morbilidad y mortalidad general, el primer diferencial notorio en cuanto al número de hijos de las mujeres al término de su período fértil, se observa entre aquellas que tienen de uno a tres años de primaria, con siete hijos, y las que tienen de cuatro a seis años, con seis hijos (1981) es decir, a medida que las mujeres tienen un nivel de escolaridad más alto, tiene menor descendencia. (7, 8, 11).

En la educación, el médico juega un importante papel, enseñando y sugiriendo a la pareja, con absoluto respeto,-- su derecho y obligación de decidir el número de hijos que desee tener y el tiempo oportuno, de manera que regule racionalmente y establezca el crecimiento de la población a fin de lograr el óptimo aprovechamiento de los recursos humanos del país. Además el costo social y económico de la si

tuación demográfica hasta nuestros días justifica que en el país deban desarrollarse programas intensivos que hagan llegar a todas las parejas la posibilidad de detectar y evaluar los factores que avalan el utilizar los métodos anticonceptivos para planificar su familia .

Los programas de Planificación Familiar en México sobre estas bases se han elaborado con los siguientes objetivos .

- Evitar el riesgo a la salud de los embarazos no deseados.
- Dar mayor atención materna y más prolongada al niño durante la primera infancia al reducir la frecuencia de embarazos .
- Crear conciencia en la población de las ventajas de planificar la familia para su propio bienestar .
- Crear sentido de responsabilidad y respeto a la natalidad y sus consecuencias. (7, 11, 13).

Para que la Planificación Familiar tenga éxito se debe contar con el conocimiento e interés de la población, tener disponibilidad de una tecnología adecuada y aceptable, tener servicios médicos y paramédicos que pongan en contacto los dos primeros elementos .

El programa también incluye como elementos básicos, la educación al usuario, que tiende a fomentar el concepto de paternidad responsable y a elevar la dignidad con que cada individuo y cada pareja debe contemplar su función procreativa (11, 13).

ANTECEDENTES :

La historia de la anticoncepción se remonta a milenios atrás, pues la necesidad de practicarla ha existido siempre. Naturalmente han cambiado con el transcurrir de los años - los métodos, las indicaciones y la urgencia de generalizar su uso. Las culturas antiguas encontraron recursos para la práctica de la anticoncepción que perduraron por milenios, - pero no es hasta las investigaciones de Pinkus y Rock sobre la anticoncepción hormonal, en donde aparecen métodos de - gran importancia anticonceptiva, aumentando en forma gradual la aceptación por parte de la población así como de las autoridades de salud; de tal manera, que hoy en día, tanto en México como en casi todo el mundo se cuenta con programas - destinados al control de la natalidad, en nuestro país por ejemplo, los programas de Planificación Familiar se inician en el año de 1974 (6, 7, 13,).

Existen diferentes definiciones que conceptualizan a - la Planificación Familiar, así se tiene que según La Federación Internacional de Planificación Familiar la define como un sistema de control de la natalidad para que cada matrimonio pueda decidir libremente el número de hijos que deseen tener y cuando tenerlos, tomando en cuenta que es necesario proporcionarles el amor que todo hijo necesita, la alimentación, la atención adecuada y una educación lo más completa posible, teniendo siempre en mente que los padres son

los responsables del futuro de sus hijos. (11, 13, 14)

La Dra. Toledo define a la Planificación Familiar como un conjunto de métodos que permite a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo; que puede ser temporal o definitivo . De la misma manera tenemos que M. Mani - soff en su libro la define como aquellos métodos con los que la pareja determina voluntariamente el número de hijos- y los intervalos entre un nacimiento y otro, por la prevención o el aplazamiento de la concepción . (8, 9, 11)

Se podría seguir enumerando muchas más definiciones de Planificación Familiar , pero lo más importante es que el - concepto cualquiera que se tome quede claro, tanto para el- usuario como para quienes lo indican , es decir, que para -- que la planificación familiar tenga éxito se debe contar -- con el conocimiento e interés de la población, tener disponibilidad de una tecnología adecuada y estable , y tener - médicos y paramédicos que pongan en contacto los dos prime- ros elementos . (7, 11, 13)

Existen razones socioeconómicas , médicas, eugenésicas y personales para planear la familia, pero se deben considerar dos razones importantes cuando se aborda el tema y es- tas son: 1) la motivación que rige a quién participará y 2) la metodología según la cual se efectuará . (6, 11, 13)

Cuando se desea planear la familia es importante conocer si lo que se desea es espaciar el número de hijos o si- ha alcanzado el ideal ya que de ello dependerá el tipo de -

método que se utilice. Aunque no existe un método ideal que llegue a tener aplicación a todas las parejas, en la actualidad existen una gran variedad de métodos disponibles. Así se tiene que algunos autores clasifican a los métodos como-naturales, mecánicos (extrauterinos), químicos, hormonales, dispositivos intrauterinos y procedimientos definitivos. - Dexus los clasifica de la siguiente manera (8,11,12).

I.- METODOS NO INSTRUMENTALES.

- Coito interrumpido
- Ritmo

II.- METODOS DE BARRERA

- Preservativo
- Espermaticidas locales

III.- METODOS INTRAUTERINOS

- Inertes
- Liberadores de Iones
- Liberadores de hormonas

IV.- METODOS HORMONALES

- Bucales
- Intramusculares
- Implantes subdérmicos

V.- METODOS QUIRURGICOS

- Salpingoclasia
- Vasectomía

I.- METODOS NO INSTRUMENTALES :

- Coito interrumpido : es el método más antiguo conocido para el control de la natalidad. Es un método natural - que consiste en retirar el pene de la vagina antes de que - se realice la eyaculación. Para su indicación hay que considerar la motivación de la pareja, el fondo cultural, el estado emocional , estado de salud, preferencias personales y prejuicios de los individuos .

Su fracaso va del 10 al 38% años mujer y las causas de éstas son: retiro tardío por falta de control y fuga esper-
mática preeyaculación .

Puede causar efectos secundarios físicos, (impotencia, hipertrofia prostática), psíquicas (eyaculación precoz, insa-
tisfacción sexual, etc). En la mujer puede causar conges --
tión pélvica, insatisfacción sexual y frigidez. (2,6,13,14)

- El ritmo : A principios de siglo, dos investigadores Ogino en Japón y Kraus en Australia, detectaron que la mu -
jer ovula una vez durante cada ciclo sexual (mentrual) y --
por lo tanto es fértil únicamente durante algunos días de -
éste período . Algunas observaciones han permitido conocer-
que el óvulo puede ser fecundado durante las primeras 24 ho-
ras después de haber sido expusado por el ovario. El esper-
matozoide depositado en la vagina puede mantener una capaci-
dad fecundante de 48 a 72 horas. Todo coito realizado tres-
días antes de la ovulación puede fecundar ese óvulo, así --
mismo, por la capacidad de vida del óvulo de 24 horas pue-
de ser fecundado un día después de la ovulación .

En las mujeres con ciclos irregulares, en ocasiones - largos y otras cortos, es complicado el uso del método, las variaciones en los periodos fértiles de las mujeres hacen - que el riesgo de embarazo sea alto, por lo que se ha considerado al método poco práctico ya que las tasas de embarazo - accidental son alrededor de 20 por 100 años-mujer de obser- vación .

Para su indicación deben tomarse en cuenta también el nivel cultural de la pareja, su estado de salud física y men- tal y sus prejuicios entre otros , es el único método acep- tado por la iglesia para el control de la natalidad (3,6,8, 11) .

- Método de Billings : se basa en los cambios que cicli camente presenta el moco cervical debido al efecto de los - estrógenos y progestágenos. De acuerdo con las característi- cas del moco cervical, existen las siguientes fases :

- Dias secos, cuando no hay moco cervical.
- Días húmedos, cuando existe una secreción mucosa y - sensación de humedad en la vulva (período fértil)
- Día ovulatorio, es el último día del periodo fértil
- Fin del período fértil, tres días después del día o- vulatorio .

El método impone restricciones a las relaciones sexua-

les durante el periodo fértil, hacia el final de la menstruación, por no poder identificar la calidad del moco mezclado con la sangre y no saber cuando se inicia el período fértil y durante el período seco la relaciones se limitan a cada tercer día, para identificar el cambio del moco sin que se mezclen con el semen .

Para poder utilizar éste método se deben reunir ciertas características : mujeres menores de 40 años, ciclos menstruales regulares entre 23 y 35 días, y no estar emamantando , no deben usar otro método anticonceptivo, tener disposición para practicar el exámen del moco cervical, y al igual que en los otros métodos; tener salud física y mental, un nivel cultural adecuado, etc. (1, 3, 4, 6, 8, 14)

- Método de la curva de temperature corporal basal : - sirve de ayuda para detectar la ovulación y realizar las relaciones sexuales sin el peligro de un embarazo accidental. Se basa en que después de producirse la ovulación se inicia la producción de progesterona que se mantiene entre la ovulación y la siguiente menstruación, periodo durante el cual la temperatura basal de la mujer se eleva alrededor de 0.5 grados centígrados y con ello se puede detectar cuando se presenta la ovulación . La temperatura debe tomarse por la mañana antes de que la mujer realice algún ejercicio físico.

Según estudios multicéntricos realizados, por la OMS el número de parejas que aceptaron este método es muy reducido , existe una tasa muy alta de embarazos no planeados , -

así como de abandono voluntario elevado. Si por alguna circunstancia existiera la necesidad de utilizar éste método - se debe seleccionar a las parejas que acepten una falla anticonceptiva tan elevada y las restricciones sobre las relaciones sexuales que imponen éste y los métodos anteriores. (1, 2, 7, 8, 11).

II.- METODOS DE BARRERA :

- Preservativo o condón : su origen ha tratado de establecerse en la cultura Persa por la palabra "condu", que significa vaso alargado ,y en la Romana por la palabra -- "condus" , que significa receptáculo. Su antigüedad puede corroborarse con la existencia de culturas egipcias de 1350 - A.C. , en las que se aprecian envolturas de lino para el pene . En el siglo XVIII de nuestra era, se menciona como protección contra enfermedades venéreas y/o para evitar la -- gestación.

El condón es una cubierta de hule, colágeno o intestino de animales que se aplica sobre el pene en erección, se estima que cuarenta millones de parejas lo usan en todo el mundo , en México, en el año de 1985 se estimó que 168 000- parejas utilizaban el condón como método anticonceptivo. La eficacia teórica suponiendo su uso correcto y constante es de 2 embarazos por 100 años-pareja; la eficacia práctica es de 10 embarazos por 100 años-pareja. No existe contraindicación para su uso o rara vez solamente por intolerancia al - caucho .

Algunas de sus ventajas son que no amerita indicación- ni control médico, puede adquirirse fácilmente, permite al

hombre participar activamente en la planificación, protege contra las enfermedades transmisibles sexualmente y en fecha reciente se ha informado que es probable que ayude a prevenir el cáncer del cérvix .

Es ideal en parejas con relaciones sexuales esporádicas ,útil como método de apoyo cuando se expusa el DIU ó se olvida tomar alguna pastilla anticonceptiva y en los varones con eyaculación precoz su uso puede retardar la eyaculación . Dentro de las desventajas que presenta su uso, se menciona que disminuye la sensibilidad y por tanto el placer del coito y existe el riesgo de ruptura, goteo o deslizamiento del condón con la consecuente falla del método (3, 6, 8, 9) .

- Capuchón cervical : es considerado el primer anticonceptivo local de la era moderan , elaborado en Alemania por el Dr. F. A. Wilde en 1938, hecho de caucho; el Dr. C. Ha - sse creó en 1880 el primer diafragma .

El capuchón cervical es un aditamento de hule ó plásti con en forma de dedal que cubre el cuello uterino y que es mantenido en su sitio por la succión entre sus bordes flexibles y la superficie del cérvix o de la unión cervico-va ginal. Para su uso ,se requiere que las pacientes sean adies tradas para su uso, aplicación y retiro. Puede aplicarse po co tiempo antes' del coito y debe permanecer por lo menos 8 horas . Por su contacto directo con el cuello uteriono -- está contraindicado en pacientes con lesiones cervicales,-- cirugia reciente del cérvix , parto en las últimas seis se manas, anormalidades del Papanicolau y en la infección pél vica. (3, 6, 8, 9)

- El diafragma : inventado por el Dr F Wilde y que popularizó el Dr Hasse , es un aditamento que consiste en una membrana de hule sostenido por un anillo metálico que se inserta en la vagina antes del coito. La eficacia anticonceptiva varia de 2 a 19 embarazos por 100 años-mujer ; parece ser que el factor determinante en la eficacia es la motivación para su uso y el adiestramiento adecuado de la paciente . Deberá tenerse precaución de que no permanezca más de 24 horas, pues se han reportado casos de síndrome de choque séptico por permanencia prologada en vagina .(3, 6, 8, 9) .

- Espermaticidas vaginales : su uso se remonta a milenios atrás, se menciona el uso de psatas caseras, sustancias acidificantes, excremento de animales, etc. Aristóteles en su libro Historia Animal, menciona el uso de, aceite de cedro, unguento de plomo, o bien , el uso de bambú aceitado utilizado en China y el excremento de cocodrilo en Egipto.

Los espermaticidas son sustancias cuyas presentaciones van desde tabletas, jaleas, espumas, actuan inactivando a los espermatozoides en la vagina, evitando con esto su ascenso al útero . Deben colocarse en la vagina entre 15 y 30 minutos antes del coito, su elaboración está hecha básicamente de dos componentes; el activo que es un surfactante o una enzima inhibidora y un excipiente . Son usados por un 5% de las mujeres , Son útiles en parejas con relaciones sexuales esporádicas y también para aumentar la, eficacia del preservativo o bien durante las primeras relaciones después de la vasectomía . Uno de los mayores obstáculos para su aceptación lo constituye la negación de muchas parejas a la automanipulación , directamente relacionadas -

con la poca información y equívocos sexuales. El índice de seguridad varía según el autor, inclusive cuando se ha utilizado el mismo producto, lo que hace pensar que más que el anticonceptivo en sí, es la información adecuada con el consecuente uso correcto del método por parte de la pareja, lo que determina su eficacia, lo cual va desde 2.3 a 62 embarazos por 100 años mujer. No existe aborción sistémica y por lo tanto no hay peligro de que pase a la leche materna, por lo que se recomienda su uso durante la lactancia .
(3, 6, 8, 9)

III.- METODOS INTRAUTERINOS :

- Dispositivos : Son pequeños objetos de plástico o metal que al ser introducidos en la cavidad uterina tienen un efecto anticonceptivo. Su uso se remonta a la época en que árabes insertaban guijarros en la cavidad uterina de las camellas para evitar que se preñaran . Fué el médico alemán Richard Richter en el año de 1909 quién creó un dispositivo con un propósito anticonceptivo. De acuerdo a su naturaleza los dispositivos pueden clasificarse en :

- Dispositivos inertes , dentro de los que se cuentan : Lippes, Dalkon-Shield, Safe-T-Coil .
- Liberadores de iones , cuyos representantes son : Cu-T, Cu-7 , Nova-T, y Multiload .
- Liberadores de hormonas, representadas por un Progestasert .

La tasa de mortalidad y morbilidad asociada al uso del dispositivo es baja, la tasa de mortalidad en Estados Unidos en 1980 se calculaba en 1 a 10 muertes por un millón de años -mujer, de usuarias, su uso se asocia a una mayor morbi

lidad , pero a una menor tasa de mortalidad que los anticonceptivos orales. Hasta el momento no ha sido posible tener evidencia de ninguna relación entre el uso de dispositivo y procesos malignos cervicales ó endometriales . La efectividad es menor que el de los hormonales bucales y el de la esterilización ,pero al no depender su efectividad de la -- conducta de las usuarias , como es el caso de tener que tomar una gragea todos los días , el dispositivo presenta una tasa de fracaso menor que los anticonceptivos bucales .

La tasa de embarazos del las usuarias del DIU van de 1 a 6 por 100 mujeres al finalizar el primer año de uso, la tasa de expulsiones es de 5 a 20 y la de extracción por razones médicas varía de 12 a 16. Dentro de los efectos colaterales del dispositivo se tiene a la hemorragia uterina -- que puede ser desde escasa a moderada y el dolor que se com para al dolor menstrual con irradiación a la parte inferior de la espalda, probablemente ocasionada por las contracciones uterinas vigorosas como un intento de expulsar al cuerpo extraño.

Dentro de las complicaciones se tiene que la causa más frecuente de hospitalización ó muerte asociada al dispositivo es la infección, se reporta una frecuencia de 7.7 infecciones por 100 años--mujer durante los primeros 15 días posteriores a la inserción y de 2.2 infecciones por 100 años--mujer de 13 a 24 meses después. Otra complicación es la perforación uterina y cervical. La frecuencia exacta se desconoce pues suele pasara asintomática y su diagnóstico es difícil . (3, 6, 8 , 9, 11) .

IV.- METODOS HORMONALES :

La anticoncepción hormonal es uno de los métodos más ampliamente difundidos y aceptados . Se pueden clasificar - en tres grandes grupos: entperotros orales, parenterales , - e implantes subdérmicos . Su uso consiste en la utilización de hormonas naturales, semisintéticas o sintéticas para prevenir el embarazo. Químicamente se dividen en tres grupos:

- Grupo 1 ó estranos .
- Grupo 2 ó pregnanos.
- Grupo 3 ó gonanos .

Su mecanismo de acción es variable y dependerá fundamentalmente de la composición del preparado y de la dosis .Se tiene que los principales son : Los que producen anovula --ción , los que alteran el moco cervical, los que tiene acción endometrial, los que tienen acción tubárica y los últimos que tienen acción ovárica . Existen contraindicaciones- absolutas y relativas para su uso, dentro de las primeras : antecedentes de enfermedad tromboembólica, hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer genital , entre otras. De las relativas se tiene : el exceso de peso, tendencia a la obesidad, epilepsia ,varices, etc. Su eficacia es del -- 0.5% al 1 % de embarazos por 100 usuarias por año . (3, 6, 9, 10, 11)

V.- METODOS QUIRURGICOS :

La esterilización tubárica se logra obstruyendo la -- Trompa de Falopio para impedir el paso del óvulo hacia el - útero. Existen para ello diferentes métodos de abordaje , - así como de diferentes vías. La morbilidad más alta se ob -

serva en la vía vaginal, pero la morbilidad global se estima en 0.8 a 2.5%, utilizando cualquiera de las otras técnicas - Los fracasos son debidos a condiciones preexistentes, como obesidad o enfermedad pélvica, algunas veces debidas a problemas con el instrumental llegandose a alcanzar un fallo global del 0.41% .

La vasectomía es otro método definitivo que se utiliza para la anticoncepción, es uno de los mejores métodos de esterilización dada su sencillez, rapidez, efectividad, inocuidad y grandes posibilidades de reversibilidad . Se utilizan para ello diferentes técnicas, dentro de las complicaciones se señalan como causa de fracaso, el no haber identificado adecuadamente el deferente, o bien , no haberlo resegado sino solo ligado dando así la posibilidad a la recanalización , o a la fistulización , se señalan además como -- complicaciones la formación de hematomas escrotales, abscesos y epididimitis .. Algunos autores mencionan otras complicaciones , como : el granuloma, la creación de anticuerpos antiespermatozoides y efectos psicológicos que provocan cambios psicosexuales en los pacientes .

MARCO TEORICO:

En México, SH. F. Cook y W. Borah, usando los registros del Sistema de Impuestos del Imperio Azteca, estimaban que cuando llegó Hernán Cortés (1518), la población total de México alcanzaba 25 millones de habitantes fuera del Imperio Mexicano, solo el Imperio de los Incas había alcanzado niveles de desarrollo que posibilitaban la creación de centros urbanos y de sistemas de comunicación propios de una sociedad agrocomercial. La estimación de población a la llegada de Pizarro y Almagro varían bastante, alcanzando la más alta de ella a 20 millones de habitantes. La población de ambos Imperios fué descendida en forma importante, estableciéndose que en 1600, la población nativa de México se había reducido a solamente poco más de un millón. En el corto lapso de 82 años no se registraron valores positivos de crecimiento, hasta el año 1660, fecha en que inicia un lento crecimiento que demorará 4 siglos en llevar la población de México a igual tamaño que el encontrado por Hernán Cortés fenómeno ocurrido igualmente en el Imperio Inca. (1,3,7).

Al iniciarse el siglo XX la población total de América Latina alcanzaba a unos sesenta millones de habitantes.

La estimación de población para 1920, se registró en ochenta millones durante el decenio de 1930, todos los países de América sufren un importante cambio en su crecimiento demográfico, con una fuerte declinación de la natalidad, que se relaciona con la crisis económico-mundial y el dece-

nio de 1940, por el inicio de una declinación de la mortalidad que a diferencia de la anterior tiene tendencia a continuar hasta estabilizarse en magnitudes cercanas a la cuarta parte de la existencia sólo treinta años atrás. La declinación de la natalidad en cambio dura sólo un corto período y las tasas de natalidad comienzan a ascender a niveles parecidos a los registrados antes del decenio de 1930. (1,3,9).

Al restablecerse las cifras de natalidad, que habían descendido durante la crisis de la primera mitad del decenio de 1930, se inició en toda América Latina la explosión demográfica y así la mortalidad desciende y los nativos vivos llegan a una edad reproductiva.

Por lo que la explosión demográfica, ha tenido un ritmo de crecimiento máximo, rápido y continuo, produciendo en cincuenta años un crecimiento de ochenta y siete millones a doscientos ochenta millones, originando cambios en el estilo de vida y una presión de los recursos naturales y en el mercado de trabajo, además exacerbándose estos problemas por la aparición de tecnología e industrialización que a consecuencia trae desempleo y subdesempleo por la marginación de los habitantes de las zonas rurales repercutiendo en los sistemas de vida con una rápida urbanización, -- falta de vivienda, carencia de agua potable y de medios de recolección de basura y excretas, la erosión de las tierras la contaminación del aire y los mares, fenómenos que han hecho adverso el ambiente actual. (1,3,9,15)

Es importante frenar el crecimiento demográfico, has-

ta límites que permitan alcanzar un equilibrio entre el medio ambiente, recursos y población, medidas que sean compatibles con el crecimiento económico de cada país.

Según la Federación Internacional de Planificación Familiar define a la Planificación Familiar (PPF), como un -- sistema de control de la natalidad para que cada matrimonio pueda decidir libremente el número de hijos que desea tener y cuando tenerlos, tomando en cuenta que es necesario proporcionarles el amor que todo hijo necesita, la atención -- adecuada, alimentación y una educación lo más completa posible, teniendo siempre en mente, que los padres son los responsables del futuro de sus hijos. (1,3,9,15).

El PPF, surge como ya se mencionó con la explosión demográfica y en 1960, es cuando oficialmente se inicia.

En 1967, Jefes de Estado de todo el mundo, firmaron un documento en favor del derecho de las personas de planificar su familia, sin embargo, no todos los países aceptaban el PPF como control de la natalidad, debido a su contradicción pronatalista, a la oposición de la Iglesia Católica y a sectores de izquierda que en el ambiente universitario se pensaba que era un instrumento para dominar a los países pobres por los países ricos, por lo que de acuerdo a la conducta y acciones de cada país Latinoamericano y del Caribe fueron divididos en seis grupos. (1, 3, 9, 14).

En el primer grupo de países, se encuentran Chile y -- Costa Rica, que con apoyo gubernamental iniciaron tempranamente los programas de PPF, para disminuir los efectos nocivos que el aborto ilegal producía.

En el segundo grupo, se encuentran: Bolivia, Ecuador y Paraguay que aceptan el PPF como parte de los servicios - Materno-Infantil.

En el tercer grupo de países, se encuentran: República Dominicana, Colombia y Panamá, que con apoyo gubernamental-iniciaron tardíamente las actividades del PPF para disminuir los efectos del aborto ilegal.

En el cuarto grupo de países, se encuentran: México, - Venezuela, El Salvador y Guatemala que reconocían el problema poblacional iniciando tardíamente el PPF sin apoyo gubernamental, dejando actuar a la Asociación Nacional Privada, - pero sin prestar apoyo ó impulsar su crecimiento. (1, 3, 9, 14, 15).

En México, las actividades del PPF, estaban centradas- en grupos privados no contando con la colaboración del gobierno, durante el sexenio de 1974-1980, y es en esta época que se reconoce el problema poblacional y se inician las -- acciones para este programa, creándose el Consejo Nacional- de Población, con la responsabilidad de coordinar todas las acciones. En el año de 1974, participan en el Consejo antes mencionado todas las Instituciones Públicas y Privadas para mejorar además la salud de la mujer.

Dentro del Consejo de Poblaciones se encuentran actividades de adiestramiento de personal capaz de prestar servicios activos, incluyendo a los grupos poblacionales con el fin de difundir la educación sexual y la paternidad responsable en las escuelas primarias y secundarias de cada Estado

En el quinto grupo de países, especialmente se encuen -

tra : Perú, que reconoce oficialmente el problema poblacional, pero que no había iniciado implementación efectiva en el área de servicios.

En el sexto grupo de países se encuentran; Brasil, Argentina y Uruguay, considerados como países pronatalistas - que niegan la importancia del problema demográfico y que ven en él factor favorable al desarrollo, sin embargo, inicia - con acciones de PPF por asociaciones privadas.

Otros países, como los estados del Caribe, Barbados, - Cuba, Trinidad y Tobago, en donde dicho problema es grave y todavía más en tanto sigan limitandose las probabilidades - de migración, sin embargo ya cuentan con programas de PPF - de amplia cobertura.

Sin duda, en la zona del Caribe el problema más trágico se presenta en Haití, país de extraordinaria pobreza y de tierras erosionadas, el crecimiento no alcanza cifras superiores solamente porque la tasa de mortalidad es altísima.- El PPF está a cargo del Gobierno, el cual, recibe ayuda de Organizaciones Privadas, pero la carencia de una infraestructura de servicios y el bajo nivel cultural condicionan una escasa cobertura y una gran inconstancia en la utilización de contraceptivos entre quienes aceptan usarlos.(1, 3, 9, 13, 14, 15).

Los estudios sobre metodología anticonceptiva se iniciaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde -- 1967, en 26 Unidades; como un programa de investigación de la fertilidad, con el uso de productos hormonales anticonceptivos, afreciendo a mujeres que habían tenido tres o más abortos inducidos, ya que contaban con estadísticas que indicaban altos índices de éstos, ejemplo: en 1971 se regis -

traron 14,564, siendo esto el 14.3% del total de egresos - hospitalarios.

Al crearse en 1977, la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar se constituyó el Departamento de evaluación de métodos anticonceptivos encargados de la realización de los estudios básicos para normar acerca de la metodología - anticonceptiva utilizada en el programa.

Durante el período de 1977-1982, los estudios se orientaron fundamentalmente a la investigación biomédica en relación con la efectividad de los métodos anticonceptivos y - con sus efectos indeseables; llevados a cabo directamente - por personal especializado de la propia Jefatura.

En el período de 1983-1985, se involucra en esta metodología al personal de los equipos de salud de las Unidades Aplicativas como base, junto con los resultados de los estudios a nivel normativo, para la toma de decisiones sobre la selección y el uso de métodos anticonceptivos de mayor eficacia y seguridad y con menores efectos indeseables.

A partir de 1986, la Jefatura de Planificación Familiar se propuso profundizar acerca del comportamiento real de - los métodos anticonceptivos en las condiciones propias de - la prestación de los servicios de Planificación Familiar en las unidades aplicativas a nivel nacional. (9)

Los estudios e investigaciones citados, la convivencia directa del personal médico y paramédico con los problemas derivados del embarazo no deseado y sus implicaciones psicosociales, así como la convicción de la necesidad de una solución adecuada constituyen las razones que impulsaron al - Instituto Mexicano del Seguro Social a desarrollar acciones de Planificación Familiar. (1, 3, 9, 13, 14, 15)

Por todo lo anterior, estimamos, que en el caso de no haber un PPF no habrá una medida de control de la natalidad y por lo tanto en el futuro año dos mil la población estará estimada en seiscientos millones novecientos veintinueve -- mil habitantes y no se podrá mantener el equilibrio entre los recursos naturales y la población, así como, el mejoramiento y estabilidad de la pareja. (1, 3, 9).

JUSTIFICACION:

La población mundial aumenta vertiginosamente y este crecimiento tendrá que detenerse. Debe tenerse en cuenta que el crecimiento de la población para los países altamente capitalizados es lento con tendencia a ser nulo y que para los países clasificados como subdesarrollados aumentan a tasas elevadas calculándose que para el año 2000 el 78% de los 6.500 millones de habitantes del planeta corresponderán a los países subdesarrollados; por lo que se ve el crecimiento de la población es un problema de alcance mundial y será más agudo conforme pase el tiempo, por lo que actualmente, científicos, demógrafos, economistas, sociólogos, hombres de estado, etc. Se ocupan del problema.

En México con problemas demográficos muy relacionados a su característica sociocultural, nacen alrededor de 4,500 niños diariamente, por lo que su población aumenta año con año, creciendo a un ritmo aproximado de un 3,2%, el índice demográfico de nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en el mundo.

Aunado al problema de las altas tasas de natalidad se tiene que en los países en vías de desarrollo, la mortalidad ha declinado especialmente en niños en su primer año de vida hasta los diez años y, con la mejor salud de la madre y su supervivencia en edad reproductiva, la natalidad ha aumentado, esto ocurre en un plazo muy corto y el desarrollo económico y social no ocurre con la rapidez suficiente para elevar los niveles de vida lo que hace que estos países tengan cada vez más desempleados y subdesempleo.

Consecuentemente desde hace años, las Naciones Unidas-

han reconocido el problema; en 1968 en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, celebrada en Teherán se reconoció como derecho humano de los padres de familia, el determinar libremente y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.

Todo lo anterior implica la necesidad de crear y cumplir programas de Planificación Familiar para el control de esta situación, sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados - por los sistemas de salud, los objetivos trazados en estos programas no han llegado a cumplirse en su totalidad, siendo aún aceptados en forma irregular en algunos sectores de la población.

De lo anterior se desprende la necesidad de investigar - cuales son los resultados del cumplimiento del programa de Planificación Familiar. El presente trabajo tiene como finalidad investigar esta interrogante y situar el punto principal de discrepancia entre los reportes y las metas, y para ello evaluaremos en particular una clínica de atención de primer nivel del I.S.S.S.T.E., tomando como muestra una población representativa de dicha clínica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se está llevando a cabo en forma adecuada el programa de Planificación Familiar en la clínica Dr. I. Chavez del I.S.S.S.T.E.?

Cuales son los resultados de la aplicación del programa de Planificación Familiar.?

Podemos inferir los resultados de dicho programa a ni -

vel Institucional y con esto evaluar en su totalidad el cumplimiento del mismo?.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

- 1.- Determinar el porcentaje de utilización de los métodos del Programa de Planificación Familiar.
- 2.- Identificar que método de Planificación Familiar es el más utilizado.
- 3.- Identificar algunas características socio-económicas de las usuarias de los métodos de Planificación Familiar.
- 4.- Identificar algunas características socio-económicas de las no usuarias de los métodos de Planificación Familiar.
- 5.- Identificar los motivos de uso, aceptación y preferencia de los métodos de Planificación Familiar, - así como los motivos de rechazo de las no usuarias de los mismos.
- 6.- Investigar los factores que determinan los resultados del programa de P.F. en la Clínica Dr. I. Chavez. Y si estos resultados pueden ser inferidos a nivel Institucional.

OBJETIVOS MEDIATOS:

- 1.- Proporcionar bases que ayuden a mejorar el programa de Planificación Familiar.

HIPOTESIS:

- El programa de Planificación Familiar que se lleva a cabo en la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del I.S.S.S.T.E. se es ta cumpliendo en su totalidad.

HIPOTESIS 0:

- El programa de Planificación Familiar que se lleva a cabo en la consulta externa de Medicina Familiar de la clínica Dr. Ignacio Chávez del I.S.S.S.T.E. no se esta llevando a cabo en su totalidad.

DISEÑO DE INVESTIGACION:

- 1.- TIPO DE INVESTIGACION: Prospectiva, transversal, - descriptiva.
- 2.- UNIVERSO DE TRABAJO: Se estudiaron 250 pacientes - femeninas que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del I.S.S.S.T.E.
- 3.- AREA Y ESPACIO TEMPORAL: La realización de este - estudio se llevó a cabo en la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Dr. Ignacio Chá - vez del I.S.S.S.T.E. en un período comprendido -- entre el 1 de agosto al 8 de septiembre de 1989.
- 4.- MATERIAL Y METODO: Para la recopilación de la in - formación, mediante muestreo por cuotas, se apli - có un cuestionario que constó de 42 preguntas el - cual fué aplicado por un encuestador, dicho cues -

tionario estaba dividido en dos secciones, la primera para aquellas pacientes usuarias de algún método de control de la fertilidad y la segunda, para las pacientes no usuarias de métodos de Planificación Familiar. El cuestionario constó de una ficha de identificación antes de la sección primera y se incluyeron fecha de captura de los datos, nombre y número de expediente, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, antecedentes gineco-obstétricos.

5.- CRITERIOS DE INCLUSION:

- a).- Pacientes femeninas entre 15 y 44 años de edad,-- que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar dentro del período que comprende el estudio.
- b).- Pacientes que aceptaron contestar el cuestionario

6.- CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- a).- Pacientes que no aceptaron contestar el cuestionario.
- b).- Pacientes con antecedentes de Histerectomía
- c).- Pacientes que no se encuentren en las edades de 15 a 44 años.



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE INVESTIGACION
CUESTIONARIO No.1



FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha de captura _____

1.- Nombre _____

2.- No. de Expediente _____

3.- Unidad Médica _____

4.- Edad _____

5.- Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión Libre

- d) Divorciada
- e) Viuda
- f) Otra _____

6.- Escolaridad:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria

- d) Técnica
- e) Bachillerato
- f) Otra _____

7.- Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Obrera
- c) Comerciante
- d) Técnica

- e) Empleada de Oficina
- f) Profesionista
- g) Otra _____

8.- Religión:

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Evangelista

- d) Testigo de Jehová
- e) Otra _____
- g) Ninguna

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

9.- Edad de la Menarca _____

10.- Inicio de la vida sexual activa _____

11.- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____

12.- ¿Cuántos abortos ha tenido? _____

13.- ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____

14.- ¿Que edad y sexo tiene cada uno de ellos? _____

15.- ¿Cuántos hijos más desea tener? _____

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

- 16.-¿Utiliza actualmente algún método de planificación Familiar?
a) Si (Continuar) b) No (Pase a cuestionario 2)
- 17.-¿Cuál utiliza?
a) Quirúrgico V o S d) Preservativo
b) DIU e) Ovulos
c) Hormonal Oral f) Hormonal Inyectable
g) Otro _____
- 18.-¿Desde cuándo? (Tiempo en meses) _____
- 19.-¿Quién eligió este método?
a) El Médico d) La pareja(Usted y su cónyuge)
b) La paciente e) Otros _____
c) Su pareja (su cónyuge)
20. ¿Dónde lo obtuvo?
a) SSA d) Particular
b) IMSS e) Otros _____
c) ISSSTE
- 21.-¿Tiene un control periódico?
a) Si (Continuar) b) (No Pase pregunta 24)
- 22.-¿En dónde?
a) SSA d) Particular
b) IMSS e) Otros _____
c) ISSSTE
- 23.-¿Cada cuándo? (Tiempo en meses) _____
(Continúe pregunta 25).
- 24.-¿Por qué no tiene control?
a) Atribuible a la paciente
b) Atribuible al Médico
c) Otros _____
- 25.-¿Por qué utiliza este método?
a) Comodidad d) Seguridad
b) Indicación Médica e) Insatisfacción con otros métodos
c) Temporal f) Otros _____
- 26.- ¿Le gustaría utilizar otro método?
a) Si (Continuar) b) No (Continúe preg. 29)

27.-¿Cuál?
a) Quirúrgico
b) DIU
c) Hormonal oral
d) Hormonal inyectable
e) Preservativo
f) Ovulos
g) Otros _____

28.-¿Por qué lo preferiría?
a) Comodidad
b) Indicación Médica
c) Control definitivo
d) Seguridad
e) Insatisfacción con otros métodos
f) Otros _____
(Pasar pregunta 30)

29.-¿Por qué no le gustaría?
a) Satisfacción con el que actualmente utiliza.
b) Insatisfacción o molestias con otros métodos
c) Otras razones _____

30.-¿Ha utilizado otro método antes que el actual?
a) Si (Continúe) b) No (Termina cuestionario)

31.-¿Cuál?
a) Quirúrgico
b) DIU
c) Hormonal Oral
d) Hormonal Inyectable
e) Preservativo
f) Ovulos
g) Otros _____

32.-¿Cuánto tiempo lo utilizó? (Tiempo en meses) _____

33.-¿Por qué cambió al método actual?
a) Comodidad
b) Indicación Médica
c) Por ser definitivo
d) Seguridad
e) Insatisfacción
f) Otros _____

** Termina el cuestionario para las pacientes que utilizan algún método de Planificación Familiar **

CUESTIONARIO No. 2

34.-¿Por qué?
a) Por estar embarazada
b) Por deseo de embarazo
c) Por que todos los métodos le producen molestias.
d) Por estar lactando
e) No lo necesita
f) No los conoce
g) Otros _____

35.-¿Ha utilizado anteriormente alguno?

a) Si (Continuar) b) No (Continuo preg. 41)

36.-Diga ¿Cuál?

a) DIU d) Preservativo
b) Hormonal Oral e) Ovulos
c) Hormonal Inyectable f) Otros _____

37.-¿Durante cuánto tiempo lo utilizó? (Tiempo en meses)

38.-¿Por qué motivo lo abandonó?

a) Por deseo de embarazo
b) Por embarazarse.
c) Por que le provocaba molestias
d) Por indicación médica
e) Otros _____

39.-¿Piensa utilizar posteriormente éste u otro método?

a) Si b) No (Termina cuestionario)

40.-¿Cuál?

a) Quirúrgico o) Preservativo
b) DIU f) Ovulos
c) Hormonal oral g) Otros _____
d) Hormonal Inyectable

** Termina Cuestionario **

41.-¿Le gustaría utilizar alguno?

a) Si b) No (Termina cuestionario)

42.-¿Cuál?

a) Quirúrgico e) Preservativo
b) DIU f) Ovulos
c) Hormonal Oral g) Espuma
d) Hormonal Inyectable h) Otros _____

** Termina Cuestionario**

RESULTADOS:

Datos obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos a 250 pacientes de la Clínica Dr. - Ignacio Chávez del ISSSTE, durante el mes de Agosto de 1989, para investigar acerca de la utilización de los métodos de Planificación Familiar.

Se encontró que la mayoría de las pacientes: el 46% de las mujeres en edad reproductiva están entre los 26 y 40 años, que el 8.4 % están entre los 15 y 20 años, y el 11.6 % entre los 21 y 25 años; no siendo esto lo esperado ya que en la población general hay más mujeres adultas - jóvenes que adultas maduras. Gráfica I.

El estado civil de la mayor parte de las mujeres entrevistadas el 65.6 % son casadas, y el 20.8 % son solteras, lo cual concuerda con los porcentajes antes señalados referentes a las edades de las mujeres. Tabla I.

También se investigó la escolaridad, encontrándose que la mayor parte, 98 pacientes tienen preparación superior, es decir; nivel de licenciatura y postgrado, 94 pacientes tienen nivel medio y solo una mínima parte, 5 pacientes son analfabetas. Tabla II.

En la Tabla III, se observa que la mayoría son trabajadoras del gobierno, aunque sus ocupaciones son muy variadas y van desde profesionistas hasta trabajadoras manuales, 162; y parte importante, 88 pacientes están re

gistradas en el Instituto por sus esposos y su ocupación son las labores del hogar.

Se consideró un punto importante de investigar, la religión, el 91.6 % de nuestras pacientes entrevistadas, tienen por religión la Católica, el 4.4 no tiene, y el 4 pertenece a otras como: la Evangelista, Protestante y Testigos de Jeová. Tabla IV.

Se interrogaron los Antecedentes Gineco-obstétricos, obteniendo los siguientes resultados: las edades en que se presentó la menarca en 210 de las pacientes fué entre los 11 y 14 años como se registra en la literatura médica. Gráfica II.

El inicio de la vida sexual activa se encontró en 143 pacientes entre los 18 y 23 años, y en 24 pacientes - aún no se había iniciado hasta el momento del estudio, en 7 de ellas porque solo tenían 15 años, y en las otras 17 se encontró que pertenecían a los diferentes grupos de edad Tabla V.

Se les interrogó acerca de cuántos embarazos habían tenido; respondiendo el 23.55 % que 2, el 19.55 % que 3, y solo el 4 % no se había embarazado aún, el resto tuvo 1 ó de 4 hasta 11, lo que se puede ver en la Tabla VI. - - Obviamente no se contabilizaron las pacientes que aún no iniciaban la vida sexual activa.

También se investigó cuántos abortos habían tenido,

encontrándose la mitad de la muestra (54.6 %) sin haber -
tenido abortos, una cuarta parte, (26.8 %) tuvo 1 y el -
resto más de 1 y hasta 7. Tabla VII.

En la Tabla VIII se representó el número de hijos vi
vos, y en ella el porcentaje más alto (28.24 %) correspon-
dió a las pacientes con 2 hijos, y su respuesta a cuántos
hijos más deseaba tener fué que ninguno, ó 1 en los casos
en que en el momento de la entrevista solo tenían 1 hijo.
Gráfica III.

Ante la pregunta ¿Utiliza actualmente algún método -
de Planificación Familiar? 150 pacientes respondieron po-
sitivamente, y 100 en forma negativa, como puede verse en
la Tabla IX; en esta primera parte del instrumento de re-
colección de datos analizaremos los datos de las pacientes
que respondieron afirmativamente y posteriormente las de-
más.

En la Gráfica IV se puede ver que el 50 % de las pa-
cientes tienen métodos definitivos, el 20 % utiliza DIU
y el otro 30 % se ha distribuido entre las otras formas -
de control de la fertilidad. También se investigó el - -
tiempo de utilización de los métodos; encontrándose que 61
pacientes tenían tiempos que oscilaban entre 2 y 24 meses,
los demás lo habían utilizado entre 1 y 200 meses, Tabla
X.

Con respecto a la elección del método; correspondió

a la pareja en el 39.3 % de los casos, a las pacientes en el 30.6 %, al médico en el 23.3 % y la mínima parte, 6.6% fué decisión de la pareja (el cónyuge), teniendo 3 de ellos inclinación por métodos quirúrgicos como la vasectomía. Tabla XI. La Institución donde se les proporciona y/ó proporcionó el método de control de la fertilidad fué en casi el 50 % de las pacientes en el ISSSTE, y más del 25 % en forma particular, el 11.3 % en el IMSS. Tabla XII.

Al indagar sobre si llevan un control periódico, solo 40 de las pacientes respondió afirmativamente, Tabla XIII y de ellas la mitad lo realiza en el ISSSTE y la cuarta parte en forma particular.

Las 110 pacientes que NO llevan un control periódico de su método de Planificación Familiar respondieron que las causas fueron en el 30 % por causas atribuibles a ellas mismas y el otro 70 % por que consideraban que su método no lo requiere, ya que tienen métodos quirúrgicos. Tabla XIV.

La frecuencia de las visitas al médico para el control del método de P. F. en el 30 % fué de cada 6 meses y las de la mayoría fué en tiempos menores. Curva I.

Las causas de la elección del Método de P. F. utilizado en el momento de la entrevista fué del 42.6 % por seguridad y el 22.6 % por indicación médica, el resto se debe a las otras causas mencionadas en la Tabla XV. Las pa

cientes que contestaron que lo escogieron porque ofreció mayor seguridad utilizan los métodos definitivos, generalmente.

Otra de las interrogantes fué: ¿le gustaría utilizar otro método?, a la cual el 82.6 % de las pacientes contestaron que NO. Tabla XVI. De las cuales, 107 se encuentran satisfechas con el método que actualmente utilizan, 11 pacientes se encuentran insatisfechas ó presentan molestias con los otros métodos y solo 6 pacientes refirieron "otras" razones. Tabla XVII.

De las 26 pacientes que respondieron que SI les gustaría utilizar otro método, el 50 % preferiría el método quirúrgico, el 26 % el DIU y el otro 22 % alguno de los "otros" métodos (hormonales y de barrera). Tabla XVI. El motivo del porqué lo preferiría, fué en casi la mitad de las pacientes porque ofrece mayor seguridad, el 30.7 % - por comodidad, y el resto por causas varias. Tabla XVIII.

Otra de las preguntas fué ¿Ha utilizado otro método antes que el actual?. El 25.3 % NO ha utilizado, el 74.6% SI. De las pacientes que sí utilizaron anteriormente - algún método de P. F. el 38 % utilizaba DIU, el 35 % usó hormonales orales, y se identificó a 1 paciente que se embarazó 2 años después de que se le había practicado salpinxoclasia. Tabla XIX. El tiempo que utilizaron éstos - métodos fué en 24 de los casos entre 13 y 24 meses, en 14

pacientes entre 25 y 36 meses y en 1ª entre 49 y 60 meses; el resto de las pacientes notificó tiempos muy variados.

Tabla XX.

La decisión de cambiar al método actual al momento del estudio fué en el 36.6 % de las pacientes por seguridad; en el 23.2 % por indicación médica, las demás por diversas causas observadas en la Tabla XXI.

Las 100 pacientes que contestaron que en el momento de la entrevista NO utilizaban algún método de P. F. fué en el 45 % de los casos porque no lo necesitaba, el 28 % por estar embarazada, y el 9 % por tener deseo de embarazo, el 18 % por otras causas. Tabla XXII.

De las 100 pacientes arriba mencionadas, 52 utilizaron anteriormente algún método de P. F. y 48 NO. Los métodos utilizados por este grupo de pacientes fueron: en el 40.3 % de ellas, hormonales orales, 30.7 % usaron DIU y el 28.8 % "otros" métodos, como se puede ver en la Tabla XXIII.

El 29 % de las pacientes utilizaron el método anterior por tiempo que osciló entre 1 y 24 meses. Tabla XXIV.

Se les interrogó a las pacientes acerca de los motivos por los cuales abandonaron la forma de control de la fertilidad que llevaban, encontrándose que en el 38.5 % de los casos por deseo de embarazo, en el 21.1 % porque les provocaba molestias, al igual que por "otras" razo-

nes, de las que se pueden observar los porcentajes y las otras causas mencionadas en el instrumento de recolección de datos. Tabla XXV.

Las respuestas a la pregunta de que si piensan utilizar posteriormente éste u otro método; el 86.5 % de las - pacientes respondió afirmativamente y solo el 13.4 % en forma negativa. De las pacientes que SI piensan llevar un control de la fertilidad; casi la mitad muestra preferencia por el DIU, el 33.3 % por los métodos quirúrgicos, el 11.1 % por otros como el ritmo, Tabla XXVI.

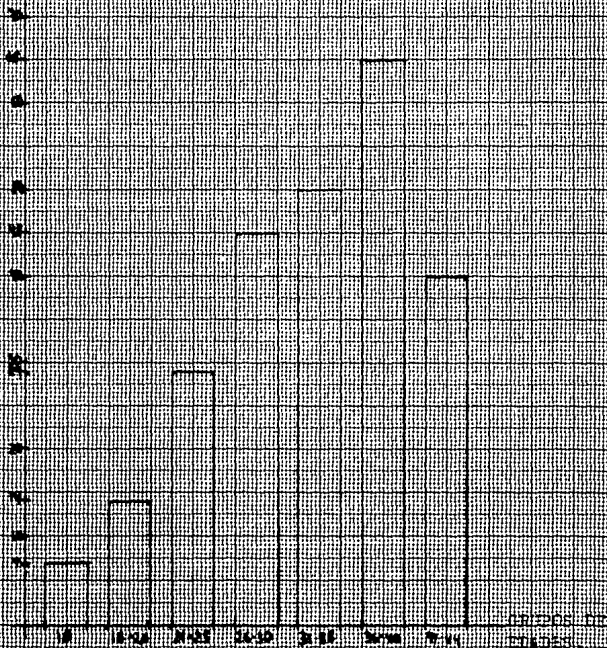
Las pacientes que anteriormente NO han utilizado métodos de P. F.; el 58 % de las pacientes contestó a la - pregunta ¿Le gustaría utilizar alguno? en forma negativa y el 41.7 % afirmativamente, y la mayoría de ellas, es decir el 38.5 % se inclina por el DIU, el 30.7 % por otros, y el 15.3 % por métodos quirúrgicos. Tabla XXVII.

GRAFICA 1. Embarazos de las mujeres en edad reproductiva
 en revisión por la Clínica Del Incedo (Primer Trimestre)

TRIMESTRE en Agosto de 1989.

EDAD	FASIS	EMBAR (N°)	(%)
15	7	4.8	
16-20	14	9.8	
21-25	20	13.8	
26-30	41	28	
31-35	60	40	
36-40	85	57	
41-44	70	47	
TOTAL	254	170.2	

PACIENTES



NOTA: Intercambio de información de datos.

Tabla 1. Estado Civil de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

ESTADO CIVIL	PACIENTES	(%)
CASADAS	164	65.6
SOLTERAS	52	20.8
UNION LIBRE	18	7.2
DIVORCIADAS	10	4
VIUDAS	5	2
OTRA	1	0.4
TOTAL	250	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla II. Nivel Académico de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

NIVEL ACADEMICO	PACIENTES	(%)
LICENCIATURA Y POSTGRADO	98	39.2
BACHILLERATO	31	12.4
TECNICO	17	6.8
SECUNDARIA	46	18.4
PRIMARIA	53	21.2
ANALFABETA	5	2
TOTAL	250	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla III. Ocupación de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

OCUPACION	PACIENTES	(%)
L. DEL HOGAR	88	35.2
EMPLEADA OFICINA	63	25.2
OTRA	58	23.2
PROFESIONISTA	40	16
TECNICA	1	0.4
OBRAERA	0	0.0
COMERCIANTE	0	0.0
TOTAL	250	100.0

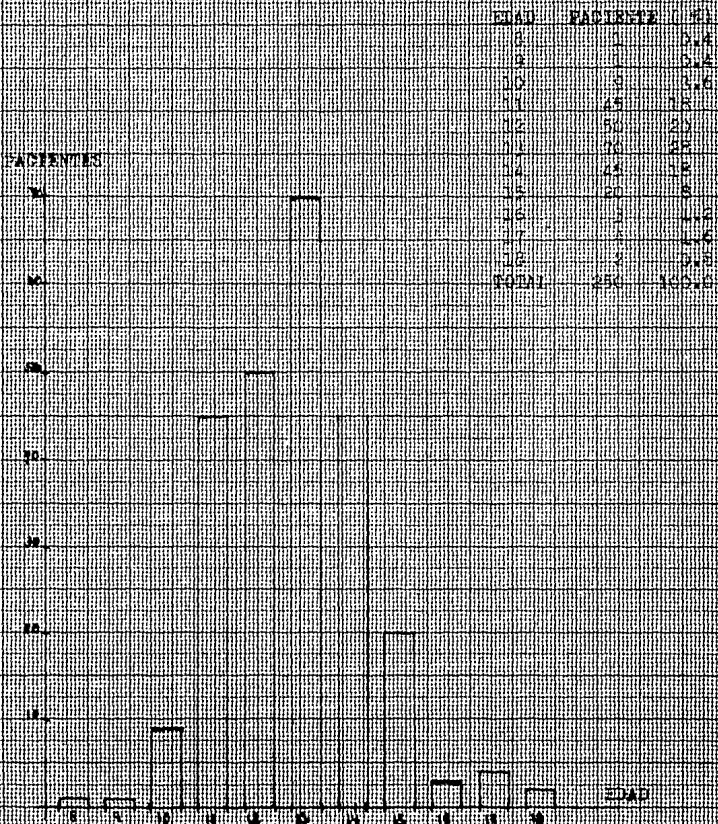
FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla IV. Religiones a las cuales pertenecen las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

RELIGION	PACIENTES	(%)
CATOLICA	199	91.6
NINGUNA	11	4.4
EVANGELISTA	7	2.8
TESTIGO DE JEOVA	2	0.8
PROTESTANTE	1	0.4
OTRA	0	0.0

FUENTE: instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA II. Edad de presentación de los pacientes en las lesiones cervicobraquiales en el Centro Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en agosto de 1989.



FUERON INSTRUMENTADO DE RESOLUCIÓN DE DERMIS

Tabla V. Inicio de Vida Sexual Activa en las pa-
cientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio -
Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

I.V.S.A. (años)	PACIENTES	(%)
NO	24	9.6
13	1	0.4
14	4	1.6
15	12	4.8
16	10	4.0
17	18	7.2
18	31	12.4
19	25	10.0
20	30	12.0
21	18	7.2
22	16	6.4
23	23	9.2
24	8	3.2
25	10	4.0
26	7	2.8
27	4	1.6
28	1	0.4
29	1	0.4
30	3	1.2
31	1	0.4
32	1	0.4
33	1	0.4
36	1	0.4

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla VI. Número de embarazos de las pacientes -
entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del
ISSSTE en Agosto de 1989.

NUMERO DE EMBARAZOS	PACIENTES	(%)
0	9	4.0
1	35	15.5
2	53	23.5
3	44	19.5
4	29	12.8
5	28	12.4
6	12	5.3
7	6	2.6
8	2	0.8
9	3	1.3
10	3	1.3
11	1	0.4
TOTAL	226	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla VII. Número de abortos que han tenido las -
pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio
Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

NUM. DE ABORTOS	PACIENTES	(%)
0	118	54.62
1	58	26.85
2	26	11.57
3	9	4.16
4	3	1.38
5	1	0.46
6	1	0.46
7	1	0.46
TOTAL	217	100.00
	24	SIN VSA
	9	SIN EMBA RAZOS
	250	

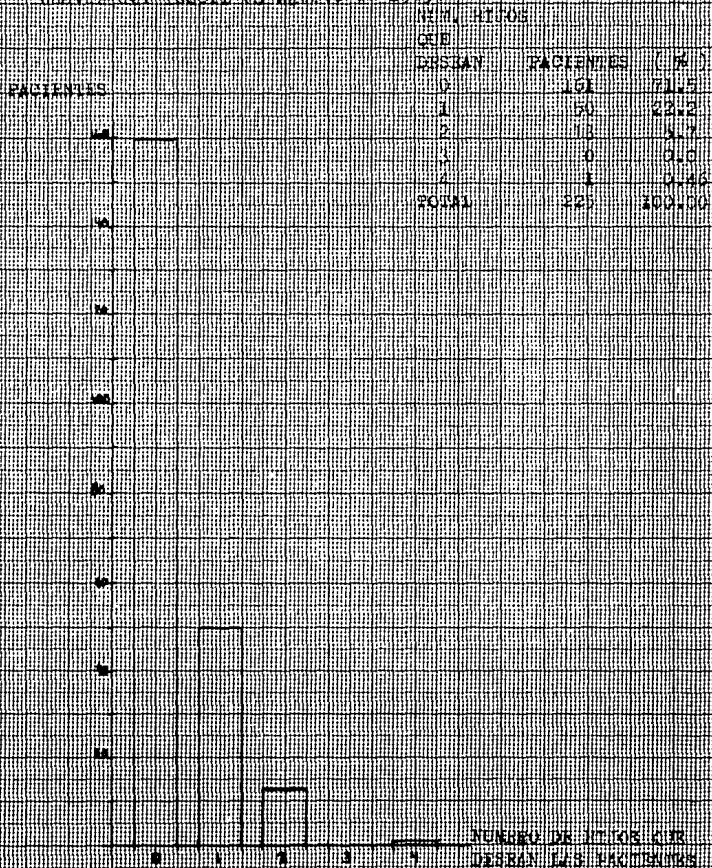
FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla VIII. Número de hijos vivos de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

NUM. HIJOS VIVOS	PACIENTES	(%)
0	22	10.1
1	46	21.2
2	61	28.2
3	41	18.9
4	23	10.6
5	10	4.6
6	6	2.7
7	2	0.9
8	4	1.8
9	1	0.4
TOTAL	216	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICA III. Numero de hijos que desean tener las
pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Llanusa
(datos del CENSAE en Agosto de 1985).



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos.

Tabla IX. Mujeres que SI y NO utilizan algún método de Planificación Familiar entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

TIENEN METODO DE P. F.	PACIENTES	(%)
SI	150	60
NO	100	40
TOTAL	250	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRÁFICA IV. Pacientes que utilizaron algún método de
Planificación familiar entrevarianzas en la clínica
Dr. Ignacio Chávez del ISESTE en Agosto de 1959.

Químico I	17	
Químico V	3	100%
P.I.I.	30	20%
Hormonal oral	17	10%
Intermitivo	3	2.1%
Ovulos	4	2.6%
Hormonal Iny.	5	3.1%
Otro	13	8.6%

TOTAL 150
PACIENTAS

PACIENTES



TITULO: Tratamiento de regulación de la vida.

Tabla X. Tiempo de utilización de los métodos de P.F. en las mujeres entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

USO (MESES)	PACIENTES
- 1	1
2 - 12	41
13 - 24	20
25 - 36	14
37 - 48	9
49 - 60	6
61 - 72	9
73 - 84	7
85 - 96	13
97 - 108	6
109 - 120	8
121 - 132	1
133 - 145	7
146 - 158	3
159 - 199	2
200 ó más	2
TOTAL	150

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XI. Decisión de la elección del Método de Planificación Familiar en las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

DECISION POR:	PACIENTES	(%)
EL MEDICO	35	23.3
LA PACIENTE	46	30.6
SU CONYUGE	10	6.6
LA PAREJA	59	39.3
OTROS	0	0.0
TOTAL	150	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XII. Instituciones que proporcionan a los pacientes sus métodos de Planificación Familiar, entre vistades en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

INSTITUCION	PACIENTES	(%)
S. S. A.	10	6.6
I. M. S. S.	17	11.3
I. S. S. S. T. E.	71	47.3
PARTICULAR	43	28.6
OTROS	6	4.0
TOTAL	150	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Table XIII. Institución y control periódico del método de P. F. en las pacientes entrevistadas en la Clínica - Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

CONTROL PERIODICO	PACIENTES	(%)
SI TIENE	40	26.6
INSTITUCION:		
S. S. A.	3	7.5
I. M. S. S.	3	7.5
I. S. S. S. T. E.	20	50.0
PARTICULAR	11	27.5
OTROS	3	7.5
NO TIENE	110	73.3

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XIV. Causas por las cuales NO llevan control del Método de P. F. las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

ATRIBUIBLE A:	PACIENTES	(%)
LA PACIENTE	12	30
AL MEDICO	0	0
OTROS	28	70
TOTAL	40	100

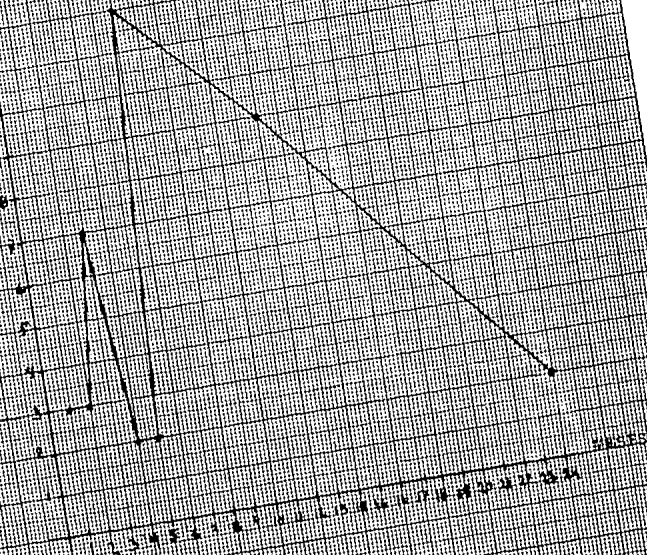
FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

CURVA 1. Presencia de vacías al moldeo para control del Método de D. P. de las unidades comprobadas en la Cánton Dr. Leonardo Chávez del ISBSTE en Agosto de 1980.

UNIDADES (MUESTRAS)	PARTICIONES
1	5
2	1
3	2
4	2
5	10
6	1
12	1
24	40
TOTAL	

VACIANTES

2
1
0
-1
-2
-3
-4
-5
-6
-7
-8
-9
-10



PLANTA Instrumetal de la Cánton Dr. Chávez.

Tabla XV. Motivos de utilización del método de P. F. de les pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

MOTIVO DE PREFERENCIA	PACIENTES	(%)
COMODIDAD	20	13.3
INDICACION MEDICA	34	22.7
TEMPORAL	10	6.6
SEGURIDAD	64	42.7
INSATISFACCION CON OTROS METODOS	16	10.6
OTROS	6	4.0
TOTAL	150	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XVI. Pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989; a quienes les gustaría utilizar otro método de P. P. y cuáles son éstos.

PREFERENCIA POR OTRO METODO	PACIENTES	(%)
SI	26	17.3
QUIRURGICO	13	50.0
DIU	7	26.9
HORMONAL ORAL	2	7.7
HORMONAL INY.	3	11.5
PRESERVATIVO	1	3.8
OVULOS	0	0.0
OTROS	0	0.0
NO	124	82.6

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Table XVII. Pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989; a quienes NO les gustaría utilizar otro método de P.F.

CAUSAS	PACIENTES
SATISFACCION CON EL ACTUAL	107
INSATISFACCION O MOLESTIAS CON OTROS METODOS	11
OTRAS RAZONES	6
TOTAL	124

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XVIII. Motivos por los cuales algunas pacientes prefieren otros métodos de P. F., entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

RAZONES	PACIENTES	(%)
COMODIDAD	8	30.7
INDICACION MEDICA	0	0.0
CONTROL DEFINITIVO	3	11.53
SEGURIDAD	11	42.30
INSATISFACCION CON OTRO METODO	2	7.69
OTROS	2	7.69
TOTAL	26	100.00

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XIX. Pacientes que SI y NO utilizaron antes otro método de P. F. entrevistadas en la Clínica - Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

UTILIZO OTRO METODO ANTES?	PACIENTES	(%)
SI	112	74.6
CUAL?		
QUIRURGICO	1	0.91
DIU	43	38.39
HORMONAL ORAL	39	34.82
HORMONAL INY.	11	9.82
PRESERVATIVO	2	1.78
OVULOS	4	3.57
OTROS	12	10.71
NO	38	25.3

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XX. Tiempo de utilización de los métodos de P. F. anteriores de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

USO (MESES)	PACIENTES
- 1	1
1 - 6	10
7 - 12	11
13 - 24	24
25 - 36	14
37 - 48	10
49 - 60	12
61 - 72	8
73 - 84	3
85 - 96	4
97 - 108	3
109 - 120	5
121 - 132	0
133 - 145	1
146 - 158	1
159 - 199	3
200 ó más	2
TOTAL	112

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXI. Motivo de cambio al método actual de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio - Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

MOTIVO	PACIENTES	(%)
COMODIDAD	15	13.39
INDICACION MEDICA	26	23.21
POR SER DEFINITIVO	12	10.71
SEGURIDAD	41	36.60
INSATISFACCION	13	11.60
OTROS	5	4.46
TOTAL	112	100.00

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXII. Motivos por los que No utilizan método de P. F. las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez en Agosto de 1989.

CAUSAS	PACIENTES	(%)
POR ESTAR EMBARAZADA	28	28
POR DESEAR EMBARAZO	9	9
TODOS LOS METODOS LE PRODUCEN MOLESTIAS	4	4
POR ESTAR LACTANDO	4	4
NO LO NECESITA	45	45
NO LOS CONOCE	2	2
OTROS	8	8
TOTAL	100	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Table XXIII. Métodos que usaron anteriormente las mujeres que actualmente NO utilizan métodos de P. F. entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

UTILIZO ANTERIORMENTE	PACIENTES	(%)
SI	52	52.1
DIU	16	30.7
HORMONAL ORAL	21	40.3
HORMONAL INY.	4	7.7
PRESERVATIVO	4	7.7
OVULOS	0	0.0
OTROS	7	13.4
NO	48	48

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXIV. Tiempo de utilización de los métodos anteriores de las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

TIEMPO EN (MESES)	PACIENTES
1 - 6	9
7 - 12	11
13 - 24	9
25 - 36	7
37 - 48	2
49 - 40	4
61 - 72	0
73 - 84	1
85 - 96	2
97 - 108	1
109 - 120	1
121 - 132	1
133 - 145	1
146 - 158	0
159 - 199	1
200 ó más	1
TOTAL	52

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXV. Motivos de abandono del método anterior en las pacientes entrevistadas en la Clínica Dr. - Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

MOTIVOS	PACIENTES	(%)
DESEO DE EMBARAZO	20	38.46
POR EMBARAZARSE	6	11.53
PRODUCIA MOLESTIAS	11	21.15
INDICACION MEDICA	4	7.69
OTROS	11	21.15
TOTAL	52	100.00

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXVI. Pacientes que piensan posteriormente - utilizar algún método de P. F. y cuales son ellos, mujeres entrevistadas en la Clínica Dr. Ignacio Ch^g vez del ISSSTE en Agosto de 1989.

METODOS A UTILIZAR A FUTURO	PACIENTES	(%)
SI	45	86.5
QUIRURGICO	15	33.3
DIU	19	42.2
HORMONAL ORAL	2	4.4
HORMONAL INY.	1	2.2
PRESERVATIVO	2	4.4
OVULOS	1	2.2
OTROS	5	11.1
NO	7	13.4

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla XXVII. Pacientes que NO han utilizado métodos de P. F. a quienes SI y NO les gustaría utilizar alguno y cuál, entrevistados en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en Agosto de 1989.

METODO PREFERIDO	PACIENTES	(%)
SI	13	41.93
QUIRURGICO	2	15.38
DIU	5	38.46
HORMONAL ORAL	1	7.69
HORMONAL INY.	1	7.69
OTROS	4	30.76

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

ANALISIS:

De las pacientes entrevistadas se encontró que casi la mitad se encuentra entre los 26 y 40 años de edad, y una mínima parte están entre los 15 y 20 años, y solo el 10 % aproximadamente tienen entre 21 y 25, y como ya se mencionó en los resultados esto no era lo esperado ya que las pirámides poblacionales del último Censo Nacional indicaron que más del 50 % de la población general son menores de 15 años, la falta de concordancia entre esto último mencionado y nuestros resultados, se piensa que se debe a que nuestro estudio no se enfocó a la población abierta, sino a las pacientes entre 15 y 44 años, es decir a las mujeres con vida reproductiva. De haberlo realizado en una población abierta sí hubiéramos encontrado un alto índice de menores.

La cantidad de mujeres cuyo estado civil es el de casadas coincide con de mujeres adultas, y solo una quinta parte de las entrevistadas fué solteras, ya que aquí se incluyen a las mujeres entre 15 y 20 años principalmente, un mínimo número de éstas pertenecen a otros grupos de edades. También esto guarda relación con el nivel de escolaridad, ya que hay más solteras profesionistas que con otras ocupaciones. Existe un pequeño número de analfabetas, el que no debería de existir, ya que el Estado ha proporcionado facilidades para educar al Pueblo aunque a

veces, y a pesar de ello, las bajas condiciones socioeconómicas de las familias imposibilitan enviar a los hijos a las escuelas, lo importante es que: en 1989 aún hay - - analfabetas en nuestra Ciudad de México.

Un alto índice de mujeres derechohabientes del I.S. S.S.T.E. son mujeres trabajadoras, debido a que la población derechohabiente del Instituto pertenece en su gran mayoría a la clase socioeconómica media y media baja. Un número menor están registradas como esposas e hijas del trabajador del Gobierno.

El aspecto religioso es importante ya que el 91 % de las mujeres entrevistadas son Católicas y sin embargo la mayoría no sigue los preceptos religiosos en cuanto al punto de Planificación Familiar se refiere, ya que la Iglesia solo permite el uso de los métodos Billings y ritmo menstrual y nuestras pacientes a pesar de ello utilizan otros distintos que generalmente les ofrecen mayor seguridad.

Los resultados confirman que las mujeres con 1 hijo desean otro, y las que tienen 2 ó 3 ya no desean tener - más, ésto es importante para la elección del método de P. F. sobretodo si ya la peridad está satisfecha. Sin embargo, y a pesar de la difusión de los métodos de P. F. y la accesibilidad a ellos, un 25 % de las mujeres entrevistadas tienen 4 ó 5 hijos, lo cual como es ya sabido, dificulta más el buen desarrollo de una familia de clase media,

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

y tampoco justifica el alto índice de abortos.

De 250 pacientes, 150 tienen método de Planificación Familiar y el tiempo de uso de 61 de ellas es de 2 a 24 meses, corto si se compara con la duración de la etapa reproductiva de la mujer mexicana, se cree que se debe a que cambian de método y muchos han utilizado antes que el actual 2 ó 3 formas de control y en ocasiones alguno de ellos fué el que utilizaron durante mayor tiempo. En el presente estudio solo se tomó en cuenta el tipo de método actual y el último inmediato anterior, hubiera sido interesante conocer el tiempo de duración de los métodos anteriores.

En teoría, la elección del método de P. F. debe ser en pareja; en el estudio se ha realizado así solo en el 39.3 %, en 30 % a la paciente y el médico en el 20.3 %, - ésto es debido a que algunas mujeres piensan "que son ellas las que se embarazan y ellas las que sufren al tener y criar a los hijos" por lo que es de ella la decisión; en otros muchos casos, el cónyuge se muestra indiferente y en otros más aún no permite que su pareja se controle, - ya que tiene la idea errónea de que así pueden llegar al adulterio; por lo que ellos prefieren los embarazos, además, esto último nos deja ver que aún en la actualidad - el "machismo" tiene gran peso.

También el hecho de que solo 3 de los esposos de las

mujeres entrevistadas tengan como forma de control la vasectomía nos hace apoyar la idea de la fuerte influencia del machismo y de las ideas equivocadas acerca del método, por falta de orientación e información adecuadas.

Dentro del grupo de pacientes que tienen método de P. F. un pequeño número tiene control periódico, el cual deberían tenerlo el 100 % de las pacientes, y por ser derechohabientes del I.S.S.S.T.E. realizarlo en el mismo Instituto, pero no es así, ya que solo 20 pacientes de las 150 acuden por este motivo a consultar; la causa: en general es la insatisfacción obvia con la mala atención médica proporcionada en el Instituto, por lo que prefieren solicitar atención particular, y en algunos casos en otras instituciones de salud.

De las mujeres que no tienen control, el 50 % tiene métodos definitivos y las pacientes consideran que no lo ameritan, lo cual es discutible, ya que como sabemos, existen las complicaciones inmediatas y tardías, por lo que SI ameritan un control. En otras mujeres la vida agitada que actualmente llevamos en esta Ciudad, les hace quejarse de falta de tiempo para solicitar el control, y solo van a consulta por enfermedad.

Aparentemente la mayoría de las mujeres están satisfechas con el método que usan; las mujeres que no utilizan, al decir de ellas, porque no lo necesitan, argumen-

tan que: no tienen pareja, ó aunque la tengan viven con - disfunciones familiares importantes y no tienen relaciones sexuales, algunas más, desean embarazarse y otras por que tienen problemas con los métodos y les gustaría que - hubiera alguno que sea eficaz, sin que presente adversos ni complicaciones, ésto aún no existe.

Algunos pacientes les gustaría utilizar otro método como el quirúrgico, pero por falta de condiciones favorables no pueden llevarlo a cabo.

CONCLUSIONES:

En general los pacientes que se consideran con paridad satisfecha buscan una forma de control definitivo. Según los Informes Mensuales del Programa de P. F. NO se cumplen las metas fijadas, pero se cree que una de las fallas es la falta de un control adecuado de las pacientes, ésto, a consecuencia de que tampoco el Programa de Medicina Familiar funciona adecuadamente, por la gran demanda - de consulta, falta de personal médico y paramédico capacitado y falta de recursos materiales, para poder realizarlo como a su inicio se ideó.

Sabemos que el mayor reto a vencer, es la ignorancia y el desconocimiento de los métodos de P. F. predominante mente en las clases socioeconómicas bajas, pero sin el -

apoyo adecuado por parte del Instituto no podrán mejorarse los índices de uso de métodos de Planificación Familiar y por lo tanto las tasas de natalidad.

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

- 1.- Viel B. La crisis poblacional en América Latina. - Population Reports. Programas de planificación familiar. Serie J, Num 18 feb: J1-J31.
- 2.- Rimhart M.A. Kols A. et al. Madres y niños más sanos mediante la planificación familiar. Population Reports. Programas de planificación familiar. Serie J, Num 27 mayo 1985: J1-J47.
- 3.- Urbina FM. Vernon CR. La investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México. Salud Pública México; 1985; vol 27, Num 4, --jul-ago 266-285.
- 4.- Hatcher R. Guest F, Stewart F. Contraceptive Technology. Obstet Gynecol. 1986, Num 143, mayo: 29-35
- 5.- Sondheimer S. Efectos metabólicos de las píldoras anticonceptivas. Clin Obstet Gynecol 1981. Num 3. - ago: 935-938.
- 6.- Revista Médica del I.S.S.S.T.E. Actualización en - Medicina. 1988; vol 2, Num 2, feb: 7-25.
- 7.- Camposortega CS. Situación Demográfica en México. El Colegio de México. 1980. 4-39
- 8.- Boris Rubio Lotwin. Temas Selectos de Planificación Familiar. Ed. Richter. Edición conmemorativa. 1934-1974.
- 9.- Jorge Martínez Manatou. Juan Giner V. Planificación Familiar y Demografía Médica. (IMSS). 1985

- 10.- Goodman GA. Gilman A. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Edit. Panamericana; sexta edición. 1386-1412.
- 11.- López OE. Toledo MA. Ginecología y Obstetricia. - Edit. Mendez Oteo. 1983. 955-990.
- 12.- Novak ER. Jones GS. Jones HW. Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana; novena edición: 707-717.
- 13.- Harrison TR. Principios de Medicina Interna. Edit Mc. Graw Hill; décima edición. 955-999.
- 14.- J.Guillen KJ. Actitud y conocimientos acerca de - la vasectomía de 201 Médicos Familiares de la Delegación 5 del Valle de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis Recepcional.
- 15.- Jiménez SM. Vasectomía como control de la natalidad. Tesis recepcional.
- 16.- Guerrero MM. Cambios en la actividad sexual secundarios a la vasectomía. Tesis recepcional.