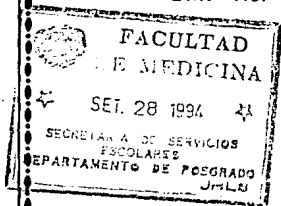




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y USO
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA
UMF No. 2 DEL I.M.S.S. EN LA CIUDAD DE
PUEBLA



T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dra. Ma. del Consuelo Valenzuela Lara

U.M.F. No 2.

IMSS



IMSS



PUEBLA, PUE.

1987-1989

1994

1122633
2Ej.



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 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.

**TITULO: ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA UMF No.2
DEL IMSS EN LA CIUDAD DE PUEBLA.**

**TESIS: QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA: DRA. MA. DEL CONSUELO VALENZUELA LARA.

LUGAR: PUEBLA, PUE. OCTUBRE DE 1988.

A mis Padres:

Jorge Valenzuela Cervantes.

Margarita Lara Ocampo.

A mi esposo:

Francisco J. Viguera

A mi hija:

Selene

A mis hermanos:

Patricia, Jorge y Carlos

A mis Abuelos, Tíos, Primos

Cuñados y sobrinos.

A mis profesores:

Dra. Ana María Cerón Bautista.

**Titular del curso de especialización en Medicina Familiar
de la UMF No.2 del IMSS en Puebla, Pue.**

Dr. José Alfonso Berlanga Aguilar.

Profesor del curso de especialización en Medicina Familiar.

Al Dr. Gerardo Morales Flores.

Médico Gineco-obstetra.

Subdirector médico del turno vespertino del HGR.

Director de la tesis.

A mis amigas y compañeros.

INDICE

| | Pág. |
|----------------------|------|
| I Introducción | 1 |
| II Justificación | 4 |
| III Antecedentes | 5 |
| IV Material y Metodo | 20 |
| V Resultados | 22 |
| VI Conclusiones | 40 |
| VII Resumen | 42 |
| VIII Bibliografía | 43 |

INTRODUCCION

"Casi treinta siglos de evidencia registrada atestiguan -- el deseo humano de controlar su poder de reproducción y de sus esfuerzos concientes de lograrlo.

El término de control de natalidad fue acuñado por Margaret Sanger fundadora del nacimiento de planeación familiar en EUA, en sus esfuerzos para popularizar el concepto de anticoncepción. Trabajando como enfermera entre los paupérrimos de la ciudad de Nueva York, Sanger atestiguó en forma personal la coexistencia de la pobreza y el nacimiento sin control de bebés, al igual que la presencia de tasas elevadas de mortalidad materno-infantil; apoyó intensamente el derecho femenino a determinar el tamaño de la familia y se dedicó a eliminar barreras legales para la distribución de información acerca del control de la natalidad" (Mc Cary JL).

A pesar de la declinación de la tasa de nacimientos en muchas naciones, sobre todo industrializadas, existe el crecimiento desmedido de la población mundial, que de continuar este ritmo alcanzará las cifras aproximadas de 8 600 millones, de los cuales 1 000 millones será de jóvenes entre los 15 y 24 años de edad. Este incremento demográfico juvenil en países en los que no existe planeación del crecimiento y desarrollo económico y social (como América Latina, Asia, Africa, etc.); denominados subdesarrollados agrava los problemas como falta de oportunidades para la educación, desempleo, desnutrición, embarazo precoz alcoholismo y farmacodependencia.

Como resultado de los cambios sociales contemporáneos los adolescentes llevan una actividad sexual con mayor libertad. -- Los conocimientos en reproducción y sexualidad en ellos a nivel urbano y rural son escasos, teniendo un inicio precoz en la --- práctica de las actividades sexuales, que muchas veces conlleva a un embarazo en su mayoría no deseado, aunándoseles todos los riesgos que lleva consigo la maternidad a edades muy tempranas. Todo ello debido en gran parte por el poco nivel de educación-- sexual en los jóvenes y desconocimiento del uso de anticonceptivos, observándose ésto como producto de la deficiencia en los - programas de educación básica media, en los cuales no se incluyen dichos temas, argumentándose que al hacerlo promueve la experiencia del sexo y serviría de estímulo para desatar instintos reprimidos.

La actividad sexual precoz se ve favorecida por el influjo de los medios de comunicación masiva: televisión, radio, cine,- revistas, literatura pornográfica; que en forma exagerada y con fines comerciales exaltan la sexualidad. A lo que se asocia una disminución de las restricciones familiares en esta época, dándose libertad e independencia a los adolescentes y que no saben encausar, enfrentándose al problema de no saber armonizar lo -- que la naturaleza les autoriza, que el ambiente les permite y - la sociedad les rechaza y condena pero que al mismo tiempo les facilita.

Por lo que para educar a los adolescentes obliga a los --- adultos a reeducarse a sí mismos, para transmitir una educación

beneficiosa que oriente y guíe positivamente, haciéndose necesario el desarrollo de programas que contribuyan a su desarrollo físico y psicológico además de orientarlos sobre los problemas de la práctica de la sexualidad precoz.

Con estos antecedentes las Naciones Unidas acordaron en designar a 1985 como el Año Internacional de la Juventud. Durante este lapso se instó a que se fomentara la salud de las familias mediante la difusión de información y orientación adecuadas sobre paternidad responsable a los adolescentes y aplazar la gestación en la futura madre hasta que la pareja haya llegado a la madurez biológica y social.

JUSTIFICACION

La planificación familiar se define como un derecho de las parejas para decidir libremente el número de hijos que deseen procrear, así como el lapso entre cada uno de ellos.

Los programas de planificación familiar mejoran la salud de la madre y el hijo, al evitarse los partos en los extremos de la vida y evitando sean muy seguidos y numerosos. Es por esto la preocupación del programa mexicano de planificación familiar de seguir proporcionando y difundiendo la información al respecto, radicando aquí la importancia del médico familiar, ya que él es el primer contacto en los niveles de atención a la salud y quien debe seguir incrementando el conocimiento del programa logrando una mayor aceptación del mismo.

Aunque se ha observado que algunas mujeres manifiestan conocer algún método y nombrarlo, esto quiera decir que tenga la información correcta, ocasionándose muchas veces la creación de mitos en relación a los mismos lo que motiva el rechazo al uso de los métodos de planificación familiar.

Consideramos que nuestra población como consecuencia del influjo de factores sociales, económicos y culturales, aún tiene poca o mala información acerca de que y cuáles son los métodos anticonceptivos y ahí es donde se debe incidir para lograr la optimización del programa de planificación familiar.

ANTECEDENTES

No hay duda de que los individuos desean controlar la fertilidad. Desde la época en que no se conocía la escritura han existido intentos de alcanzar este objetivo. El empleo temprano de -- agentes anticonceptivos está documentado en antiguos papiros, en los que se habla de espolvorear heces de cocodrilo en la vulva. -- El empleo de semillas y pociones y la práctica del coito interrumpido por el varón fueron conocidos desde los primeros siglos de -- la era cristiana.

Los avances en las ciencias básicas y en las aplicaciones -- tecnológicas subsecuentes han proporcionado al hombre moderno una variedad de métodos para el control de la fertilidad más precisos y eficaces (1).

INGLATERRA.- En el siglo XIX que fue de gran apogeo económico para Inglaterra, continuaba la desigualdad social, siendo la -- población obrera la más numerosa además de sufrir la explotación -- y la miseria.

El crecimiento de la población se debió principalmente a los altos niveles de natalidad prevaletentes, mas que al descenso de la mortalidad. Posteriormente empezó una disminución de la fecundidad ocurrida como resultado de dos procesos que son por una parte, el retraso en la edad en que se contraen las primeras nupcias y por otro lado el control de los nacimientos en el seno de la pareja principalmente. Esto se observa a partir de las décadas de -- 1820 y 1830, cuando la fecundidad disminuye por falta de respuesta para obtener un trabajo, retresándose por lo tanto el matrimo-

nio, y las parejas casadas posponen los nacimientos. Esto se vio reforzado posteriormente con la caída de la mortalidad infantil, ocurriendo a mediados del siglo XIX en que se dió un incremento en la esperanza de vida, sobre todo para los niños y fue lo suficientemente fuerte hasta finales del siglo XIX e inicios del XX, es en estos años cuando el control de los nacimientos comienza - su rápida generalización y su amplia aceptación. Los métodos anticonceptivos utilizados fueron principalmente el coitus interruptus y el aborto. Las razones anteriormente expuestas nos explica porqué la disminución en el tamaño de la familia ocurrió - primero en la clase media y fue la primera beneficiada por la -- disminución de la mortalidad infantil.

El siglo XX ha sido el de los avances tecnológicos más acelerados y de los grandes descubrimientos. La Europa Occidental - se caracteriza por la creciente influencia del mundo obrero con progresos en su organización. El proletariado mejora sustancialmente su condición material e intelectual. Se generalizan las familias de dos hijos, hijo único e incluso el matrimonio sin hijos; y un número mayor de mujeres tiene acceso a actividades profesionales. Siendo la tendencia demográfica en los países desarrollados de baja natalidad, baja mortalidad y aumento en la esperanza de vida.

U.S.A.- Técnica y filosóficamente el control de la natalidad y el derecho a regular la fertilidad ha alcanzado su madurez en los últimos 10 a 15 años. Antes no se consideraban asuntos -- adecuados para la discusión pública y menos para la política. En

1961 el Congreso aprobó varios proyectos ideados para iniciar el liderato federal en dicho campo. Este cambio tanto de política - como de opinión pública en favor de la anticoncepción costeadas - por los impuestos para todas las personas sin considerar su condición social o económica, comenzó en la ciudad de Nueva York en 1957-58. Y se comenzaron campañas para revocar la prohibición, - ofreciéndose servicios de control de natalidad entre los programas de atención materno-infantil iniciándose en 7 estados: Alabma, Florida, Carolina del Norte y Carolina del Sur, Georgia, Misissippi y Virginia.

A principios de 1961, una serie de declaraciones públicas - hechas por altos funcionarios del Gobierno indicaban un creciente interés por la explosión demográfica. Los Institutos Nacionales de Salud asumieron mayor responsabilidad económica por la investigación en reproducción humana, esperando surgieran descubrimientos importantes para el control de la concepción. En 1963 la Academia Nacional de Ciencia en su primer informe sobre población pide la participación gubernamental para disminuir el crecimiento de la población, y el presidente Kennedy autoriza la investigación sobre reproducción, con objeto de que ese conocimiento "sea útil para todo el mundo, a fin de que cada uno pueda tomar su propia decisión".

Johnson se refirió al problema del crecimiento en varias -- ocasiones, escogiendo a la planificación familiar en su mensaje especial al Congreso sobre salud y educación como uno de los cuatro problemas críticos de salud que requerían especial atención.

En 1967 el Congreso autorizó fondos especiales destinados a servicios de planificación familiar dentro de los programas de salud materno-infantil. Subrrayándose la importancia del problema de la población por treinta dirigentes mundiales en el día de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, unas de sus declaraciones fueron "el objetivo de la planificación familiar es el enriquecimiento de la vida humana no su restricción, la planificación familiar al asegurar mayor oportunidad a cada persona, libre al hombre para que logre su dignidad individual y su pleno potencial".

En 1969 Nixon resalta la magnitud del problema de la población en un mensaje dirigido al Congreso en donde indicó la conveniencia de expandir las actividades sobre planificación familiar tanto del departamento de Salubridad, Educación y Prevención Social como por otras dependencias del Gobierno.

Toda esta cambiante actitud pública en favor de la planificación y el interés sobre la población coincide con la introducción de nuevos y eficaces métodos anticonceptivos.

AMERICA LATINA.- En el período de 1900-1940 América Latina tenía cierta estabilidad social y política por su evolución económica. Hasta finales de la década de los treinta la vida y la muerte corrían paralelas. En este período Uruguay, Argentina, -- Brasil y Chile duplicaron su población, América Central tuvo un crecimiento menor; así como México por los movimientos políticos de 1910.

En la primera parte del período de 1940-1970 América Latina

umentó a más del doble sus habitantes, se sostenía que este crecimiento no ejercía problema alguno ya que en ese entonces contaba con buenos recursos; sin embargo con esta multiplicación acelerada la mayor parte de sus recursos alimentarios eran consumidos localmente y el crecimiento económico no satisfacía las necesidades crecientes de bienes y empleo, aunándose a esto la caída drástica de la mortalidad. A fines de la década de los cincuenta y principios de los sesentas se inició en varios países de América Latina una disminución acelerada de los niveles de fecundidad (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12). Los primeros países fueron Argentina, Uruguay, Costa Rica, Venezuela, Chile y Colombia. Otros -- países que posteriormente iniciaron el descenso, a fines de los sesenta y principios de los setentas fueron Panamá, México, Ecuador y Paraguay, los que parecen haber alcanzado un ritmo igual o mas veloz que los países precursores. Finalmente los países que no han iniciado un cambio en sus niveles de fecundidad son Haití, Bolivia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, debido a las actuales conmociones de tipo político y social. De los países que presentaron disminución en la natalidad tienen proporciones altas en el uso de métodos anticonceptivos. Es conveniente enfatizar que la contradicción económica, y la dismunición del poder adquisitivo limitan la posibilidad de satisfacer o mantener las expectativas de consumo, lo que condena a las parejas con conocimiento de la anticoncepción a disminuir el número de hijos (13,14,15,16,17,18,19).

En México las actividades de planificación familiar se ini-

ciaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1967 mediante un programa denominado Regulación de la Fertilidad, el cual se levaba a cabo con el uso de anticonceptivos hormonales.

En 1972 la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva formuló el Programa de Planificación Familiar Voluntaria otorgándose este servicio como respuesta a la demanda de mujeres con alto riesgo materno-fetal y aborto inducido. En 1973 se crearon dentro de la misma Jefatura 25 unidades de planificación familiar para la población no derechohabiente. En el año de 1974 se ampliaron los servicios de planificación familiar a todas las delegaciones del país y en 1975 se incluyeron las unidades médicas de campo y solidaridad social, apoyándose además en las parteras empíricas a las cuales se les capacitó en atención materno-infantil (20,21,22,23,24,25,26,27,28).

A partir de 1977 se dispuso que la prestación de los servicios de planificación familiar se incorporara a las actividades propias de los médicos familiares y no familiares en los distintos niveles de atención. El 28 de octubre del mismo año, el presidente de la República aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, y el 16 de noviembre en el IMSS se acordó la creación de la Jefatura de Servicios de planificación familiar. Durante este mismo año participaron en la elaboración del plan nacional de planificación familiar las diferentes instituciones de salud y seguridad social. A partir de entonces y como consecuencia de la definición de este plan nacional, la programación de actividades se realizan tomando en cuenta el universo susceptible del pro

grama y los recursos médicos disponibles tanto generales como de especialistas en ginecoobstetricia, para continuar con la promoción educacional (29,30,31,32,33,34,35,36).

METODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Métodos Naturales: a) Coito interrupto.- Quizá es el mas antiguo método de anticoncepción, consiste en retirar el pene de la vagina cuando el hombre siente la inminencia de la eyacula---ción.

b) Método del ritmo (Ogine-Knaus ó abstinencia periódica).- La ovulación en la mujer ocurre una sola vez durante el ciclo menstrual y tiene una relación más o menos constante con el principio del próximo período menstrual, ya que se producirá entre 14- y 16 días después de la ovulación. Tomando en cuenta esto se harán los siguientes cálculos: como la segunda mitad del ciclo ---siempre dura 14 días y la ovulación se presentó 14 días antes de la regla, la abstinencia debe ser cinco días antes (72 horas de viabilidad del espermatozoide y 48 horas de seguridad) y 3 días-después (24 horas de viabilidad del óvulo y dos días de seguridad).

Este método puede completarse por medio de la curva de temperatura basal, en la cual puede saberse el día de la ovulación, de acuerdo a el alza de la temperatura a partir de la segunda fa se del ciclo.

c) Método de Billings o método del moco cervical, está basado en el hecho de que la cantidad y las características del moco que produce el cérvix uterino varía durante el ciclo menstrual, llegando a una filancia máxima durante el día de la ovulación. El día ovulatorio el moco es más claro, fluído y filante. A partir de la ovulación el moco es más espeso, turbio y la filantez es mínima.

El fracaso del método del ritmo es superior al 14% pero la conjunción de los métodos anteriores ya expuestos, sin duda reducirá las fallas de cualquiera utilizados aisladamente.

2. Métodos de Barrera: es difícil evaluar su efectividad ya que los fracasos de éstos no es solo del producto en sí, sino -- una falla de la usuaria en la correcta aplicación del mismo y en su empleo constante. Dentro de estos se encuentran:

a) Preservativo.- El método más viejo de anticoncepción mecánica. Alguna especie de cubierta para el pene ha sido empleada por lo menos desde hace 1 500 años. Se atribuye la palabra condón al Dr. Condom, un médico que proporcionaba al rey Carlos II un medio para prevenir la descendencia ilegítima. Se menciona que Casanova (1725-1798) nombró a los preservativos en sus memorias.

La vulcanización de la goma facilitó la manufactura en grandes cantidades a un costo reducido y contribuyó grandemente al uso extendido del preservativo. Algunos han sido lubricados previamente y los mejores poseen una pequeña área para recoger el semen y disminuir la posibilidad de ruptura del preservativo en el momento de la eyaculación. Cuenta con la ventaja de ser un im

pedimento parcial a la propagación de las enfermedades venéreas. El empleo eficaz del preservativo varía con la buena disposición del hombre para usarlo adecuada y consistentemente; el índice de embarazos varía de 7 a 15 por 100 mujeres al año.

b) Espermicidas.- Es mejor aceptado en los países mas desarrollados. Su mecanismo de acción consiste en disminuir la movilidad del espermatozoide y además tiene la capacidad para actuar como barrera física en el cérvix, previniendo la penetración del espermatozoide. Los ingredientes activos son el monóxido de nitrógeno y el metilfenilolol 80 mgs.

c) Anillos Vaginales.- Actualmente varias organizaciones internacionales investigan sobre estos anillos, los cuales estan hechos de goma y silicones para utilizarlos intravaginalmente durante 30 días, liberando 5 mg de monóxido de nitrógeno por día.

d) Esponjas Vaginales.- Esponja hecha de colágeno que tiene una capacidad absorbente considerable, tiene una incidencia alta de fracasos por lo que no tiene mucha aceptación.

e) Diafragma.- El diafragma con jaleas espermaticidas ha sido usado durante muchos años. Es un dispositivo de goma, de forma parecida a una copa que se inserta en la vagina, de tal forma que el cullo encaja en la jalea colocada por la mujer en la copa del diafragma. Este método es poco utilizado en nuestro medio y es mas aceptado en países desarrollados. Con respecto a su efectividad se ha llegado a mencionar hasta un 23% por 100 usuarias durante el primer año.

Los métodos de barrera pueden ser de elección en parejas -- que se encuentran en el post-parto o en período de lactancia, -- usuarias que están en período de "descanso" de otros anticonceptivos, rechazo a otros procedimientos anticonceptivos y se ha -- mencionado el uso del condón en eyaculadores prematuros para disminuir la sensibilidad. Como contraindicaciones están las pacientes con prolapsos, reacción alérgica a los medicamentos y la insuficiente motivación al método.

3. Dispositivo Intrauterino.- Los dispositivos no son nue--vos. El anillo de Gräfenberg fue utilizado en Alemania a fines - de la década de los veinte y comienzo de la de los treinta. Era de metal y fue descontinuado porque se suponía que causaba infección de la mucosa uterina y las trompas. En la actualidad los -- dispositivos se hacen de plástico suave. El renacimiento del DIU se produjo a fines de la década de los cincuentas. Los efectos - del DIU se limitan sólo al aparato genital.

Aproximadamente 5% de mujeres en edad fértil en países desarollados prefieren este método. A nivel mundial 60 millones de mujeres lo utilizan, de los cuales, 40 millones en China y 15 en el resto del mundo.

Actualmente los mas utilizados son el anillo de plástico impregnado de bario (lippes), el 7 de cobre en su extensión axial, la T de cobre 200 y el progestasert. Se han observado algunos -- problemas que se presentan con el uso del DIU, como son menstruaciones mas abundantes ó pérdida intermenstrual, expulsión des---pués de su inserción, mayor frecuencia de infecciones pélvicas,-

embarazo no deseado con mayores posibilidades de ser ectópicos.-- La acción contraceptiva del DIU se debe a la producción de una - reacción inflamatoria local estéril producida por la presencia - de cuerpo extraño en el útero. La adición del cobre aumenta la - reacción inflamatoria. La vida media del progestasert es de 1 -- año y la T de cobre 200 es de 2 años.

Se recomienda que el DIU debe aplicarse durante o recién pa sada la menstruación, las razones son porque teóricamente el cér vix está abierto y el sangrado menstrual enmascara el producido- por la aplicación del artefacto. Si la mujer está ingiriendo an- ticonceptivos orales se puede aplicar en cualquier fecha del ci- clo. Si es post-parto se sugiere hacerlo 2 o 3 meses después pa- ra disminuir la posibilidad de expulsión. No se debe aplicar --- cuando se sospecha embarazo, en infecciones pélvicas agudas, car diopatías valvulares, antecedentes de hemorragias y pacientes -- que estén utilizando anticuagulantes.

4. Hormonales.- En 1897 Beard sugirió que el cuerpo amari-- llo inhibía la ovulación durante el embarazo, a principios de es- te siglo llegó a enterarse parcialmente el papel de los ovarios en el ciclo sexual. En 1921 Haberlandt en el transplante de ova- rios de ratas preñadas a las hembras sexualmente maduras, les -- causaba esterilidad transitoria y en 1933 Hartman sugirió la uti lización de "amniotina" (preparado de estrógenos de líquido am- niótico bovino) como anticonceptivo. En 1940 Sturgis y Albright- observaron que el empleo de estrógenos inyectados aliviaba la -- dismenorrea e inhibía la ovulación.

En 1938 se observó que la etisterona resultaba activa cuando se daba por vía oral y en 1956 la noretisterona (noretindrona) demostró ser el agente progestacional más potente. Las primeras pruebas en las mujeres las hicieron Rock, Pincus y García, y comprobaron que era un anticonceptivo eficaz, aunque el endometrio tendía a desprenderse en forma irregular por lo que se añadieron estrógenos.

En 1960 la Asociación Británica de Planificación aprobó la anticoncepción hormonal. Las pruebas a gran escala se han realizado en Puerto Rico desde 1956. En 1963 Goldzieher y col. introdujeron la administración seriada de estrógenos en la primera parte del ciclo. En 1971 García informa de un nuevo progestágeno en microdosis asociado a etinil-estradiol con efectos secundarios mínimos.

La píldora es el método reversible más eficaz para prevenir el embarazo. Dentro de las ventajas de su uso tenemos protección contra enfermedad inflamatoria pélvica con la mitad del riesgo - en relación a las no usuarias y la cuarta parte de riesgo de las usuarias de dispositivo, tienen la décima parte de riesgo de las no usuarias de embarazo ectópico, protección contra el cáncer de endometrio, de los ovarios y contra enfermedad benigna de las mamas en comparación con las no usuarias. Eliminación de los trastornos menstruales comunes, tensión premenstrual e hipermenorrea.

En forma general los anticonceptivos actúan evitando la ovulación al interferir en el hipotálamo la liberación del factor de hormona luteinizante, modificación en el endometrio contando-

con menor sustrato energético para que sobreviva el blastocisto. Modifica la concentración del ácido siálico del moco cervical-- tornándose mas espeso y viscoso. Alteran la capacidad de respues ta del ovario a la estimulación por las gonadotropinas y la alte ración de la motilidad de las trompas y con ello el transporte - del óvulo y del espermatozoide.

Tipos de anticonceptivos: a) Combinados.- Son los mas utili zados. Combinación hormonal de estrógenos con un progestágeno, - de administración continua por 3 semanas, iniciándose su inges-- tión al 5o. día del ciclo. Su índice de seguridad es del 0.1%.

b) Secuenciales.- Llamada también terapéutica bifásica. In- gestión de tabletas con estrógenos del 5o. al 19vo. día del ci-- clo y posteriormente tabletas combinadas de estrógenos y gestáge nos del 20vo. al 25vo. día. Su protección es menor que la tera-- péutica combinada.

c) Minipíldora.- Se emplean dosis pequeñas diarias de gestágenos. Tienen mas efectos indeseables por no contener estrógenos y pue- den presentarse manchados intermenstruales.

d) Píldora post-coital.- Se utilizan 5 mg de etinil-estradiol o dietil-estilbestrol como forma única 72 horas post-coito, se re- comienda para mujeres que tienen relaciones poco frecuentes.

e) Gestágenos en anillos.- Se trata de frenar el factor cervical e impedir la penetración del espermatozoide, tiene la ventaja de ser de acción prolongada pero con una eficacia menor a los combi nados.

La OMS recomienda como contraindicaciones absolutas a las - neoplasias estrógeno dependientes, alteraciones de la función he

pática, trastornos de la cuagulación, anomalías de la menstruación no diagnosticadas, el embarazo y disrritmias cerebrales.

5. Esterilización femenina.- La esterilización femenina voluntaria es otro método anticonceptivo mas utilizado a nivel mundial, esto ha sido posible por la alta eficacia que ofrece.

De las primeras informaciones figura la técnica descrita -- por Madlener, que consiste en el aplastamiento de la trompa antes de la ligadura. A fines de 1924 Irving introduce el muñón -- proximal en la pared muscular del útero y el distal entre las hojas del ligamento ancho. Esta técnica presentaba muchas complicaciones.

La técnica mas difundida mundialmente es la de Pomeroy descrita en 1939, consiste en realizar una sutura en el asa tubárica a nivel del tercio medio después de la cual es reseca. La - fimbrectomía de Kroener fue descrita en 1935. Uchida en 1975 degcribe su técnica, en la cual después de infiltrar con solución - salina el trayecto muscular de la trompa en 3-4 cm. se peritoniza.

Laparoscopia.- En 1960 se iniciaron los primeros procedi--- mientos laparoscópicos. Inicialmente se utilizó la electrocuagulación pero tenía el riesgo de quemar órganos vecinos. Con la -- termocuagulación se destruye la trompa en lugar de los circuitos eléctrico, éste método no ha sido generalizado ya que no ha sido posible establecer su eficacia.

El dispositivo mecánico mas difundido es el anillo tubárico conocido con el nombre de banda elástica o anillo de Yoon, desa-

rrollado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Johns - Hopkins en 1973.

Según el informe obtenido del Consejo de Población en marzo de 1986 de un total de 236 858 laparoscopías, la incidencia de - fracasos fue de 3.7 por mil.

6. Esterilización masculina.- La vasectomía clínicamente se utilizó como sustituto de la castración en la hipertrofia prostática benigna en 1893. Sharp en 1909 practica la vasectomía para fines eugenésicos. En 1910 el fisiólogo alemán propuso la vasectomía para producir rejuvenecimiento en hombres acabados. Roberto Lichtenstern en 1918, realizó varias vasectomías con este propósito, y debido a las diferencias en opiniones la contrapusieron, siendo desacreditada muy pronto. Proffembeger (1956-1961),- publicó el empleo de la vasectomía para la regulación de la fertilidad en el varón. Con este fin en la actualidad, este procedimiento se ha incrementado en los últimos 10 años, sobre todo en los países europeos.

La vasectomía consiste en una pequeña incisión a través del escroto y se interrumpe la luz del conducto deferente para bloquear el paso del esperma desde el testículo. Este método se lleva a cabo en 20 minutos aproximadamente, con anestesia local y - en forma ambulatoria, bien realizada no presenta complicaciones- (37,38,39,40,41,42).

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo en mujeres en edad fértil que acudieron a la consulta externa de la UMF No.2 del IMSS en Puebla, durante los meses de marzo a octubre de 1988, para determinar si en el conocimiento que se tiene de los métodos anticonceptivos y su uso, influyen factores sociales, económico y culturales.

Para tal propósito se encuestaron al azar un grupo de 1 000 mujeres cuya edad se encontraba entre los 15 y 49 años, incluyéndose las embarazadas, se excluyeron las que se encontraban fuera de este grupo de edad y no se incluyeron las que cursaban con alguna enfermedad crónica. Para lo cual se aplicó un cuestionario personal anónimo en el que se contemplaron las siguientes variables:

ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE LOS
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA UMF N.º 2

Edad Estado Civil Ocupación
Escolaridad Con vida sexual activa
Número de hijos Intervalo entre embarazos
¿Utilizó algún método anticonceptivo para espaciar sus embara-
zos? ¿cuál?
En caso negativo diga brevemente porqué

Mencione quien le ha proporcionado información sobre los métodos
de planificación familiar

De la siguiente lista de métodos anticonceptivos marque los que
conoce y describa brevemente en que consisten:

DIU Condón Ovulos Pastillas Ritmo Retiro Espumas
Diafragma Inyecciones Lavados vaginales

Describa en que consiste la salpingoclasia

Describa en que consiste la vasectomía

Si usted tuvo alguna orientación sexual diga quién y en donde se
le proporcionó

RESULTADOS

En la tabla 1, se muestra la distribución de los grupos de edad en la cual se aprecia que el promedio de edad fue de 27.5.- Lo que indica que el estudio se realizó en mujeres en edad reproductiva ideal.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

| GRUPOS DE EDAD | No. | % |
|----------------|------|-----|
| 15 - 19 | 193 | 20 |
| 20 - 24 | 347 | 34 |
| 24 - 29 | 242 | 24 |
| 30 - 34 | 128 | 12 |
| 35 - 39 | 26 | 3 |
| 40 - 44 | 10 | 1 |
| 45 - 49 | 54 | 5 |
| TOTAL | 1000 | 100 |

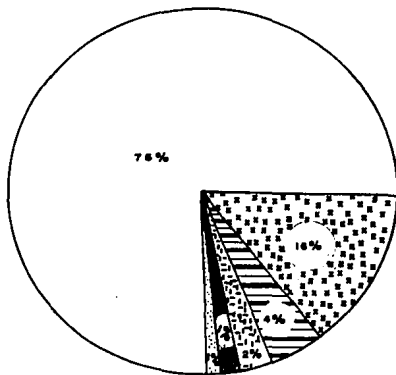
FUENTE: encuesta

La gráfica 1 nos muestra la distribución según el estado civil, observándose que el mayor número de encuestadas son casadas- 76%, siguiéndole las solteras con 16%, y unión libre con 4%.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 1

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL



-  Casadas
-  Solteras
-  Unión libre
-  Divorciadas
-  Viudas
-  Madres solteras

FUENTE: encuesta

En la tabla 2 se encuentra la distribución por escolaridad, el mayor número con 190 (19%) tuvo primaria incompleta, en segundo lugar 178 (17.8%) con secundaria completa, en tercero primaria completa con 162 (16.2%). Llama la atención que 30 mujeres - no contaban con escolaridad correspondiendo a un 0.3%.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 2

GRADO DE ESCOLARIDAD

| ESCOLARIDAD | No. | % |
|------------------|------|------|
| ANALFABETAS | 30 | 3 |
| PRIM. INCOMPLETA | 190 | 19 |
| PRIM. COMPLETA | 162 | 16.2 |
| SEC. INCOMPLETA | 34 | 3.4 |
| SEC. COMPLETA | 178 | 17.8 |
| COMERCIAL | 160 | 16 |
| PREP. COMPLETA | 125 | 12.5 |
| PROF. INCOMPLETA | 89 | 8.9 |
| PROFESIONAL | 125 | 12.5 |
| TOTAL | 1000 | 100 |

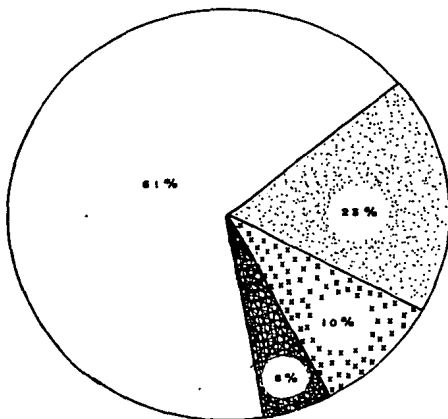
FUENTE: encuesta





La gráfica 2 revela que 61% de las mujeres de la encuestadas se dedica a las labores del hogar, 23% son empleadas, 10% profesionista y el 6% estudiantes.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 2

OCUPACION DE LAS MUJERES ENCUESTADAS



-  Labores del hogar
-  Empleadas
-  Profesionista
-  Estudiante

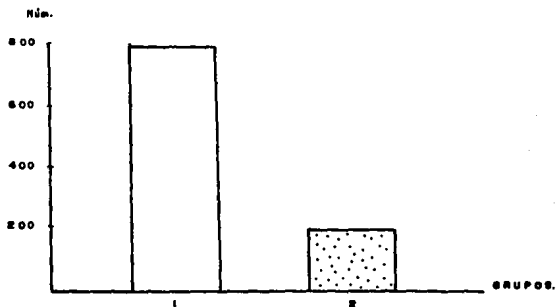
FUENTE: encuesta

La gráfica 3 ilustra en el grupo I a 800 mujeres que refirieron tener VSA, en el grupo II a 200 mujeres sin VSA.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 3

VIDA SEXUAL



- Con vida sexual activa
- Sin vida sexual activa

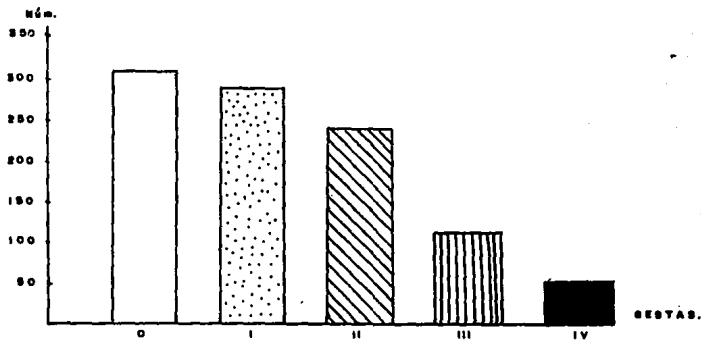
FUENTE: encuesta

La gráfica 4 revela el número de gestaciones previas en las mujeres del estudio, 320 sin hijos; con un hijo 280, con dos hijos 243, con 3, 107 y con 4 hijos 50. Es de llamar la atención - que el mayor número de encuestadas no tenía hijos.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 4

NUMERO DE GESTACIONES



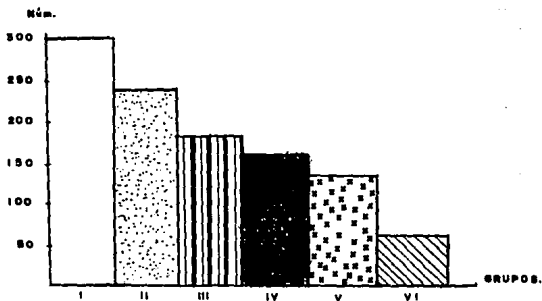
FUENTE: encuesta

La gráfica 5 muestra el periodo intergenésico de las encuestas, con menos de 1 año fueron 46 (4.6%), con 1 año 114 (11.4%), con 2 años 203 (20.3%), con 3 años 151 (15.1%), con 4 años 117 (11.7%), y 5 años o mas 49 (4.9%). Dentro de este parámetro se detectó que 151 mujeres utilizaron método de planificación familiar para espaciar sus embarazos, siendo el DIU el método mas empleado en un 47.6%, le siguieron los hormonales orales en 30.4%, el preservativo en 14.5% y un 7.2% hormonales parenterales y métodos tradicionales (naturales). En esta parte del estudio también se observó que el grupo de mujeres con mayor riesgo reproductivo por un periodo intergenésico corto con menos de un año - hasta antes de los 2 años, 89 mujeres no emplearon método alguno, 137 lo abandonaron siendo la principal causa la creencia de que les ocasionaba daño y sentían muchas "molestias" cuando los utilizaban, sólo 3 refirieron haberse embarazado con el DIU.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 5

PERIODO INTERGENESICO



I 2 años

IV 1 año

II 3 años

V 5 o más años

III 4 años

VI -1 año

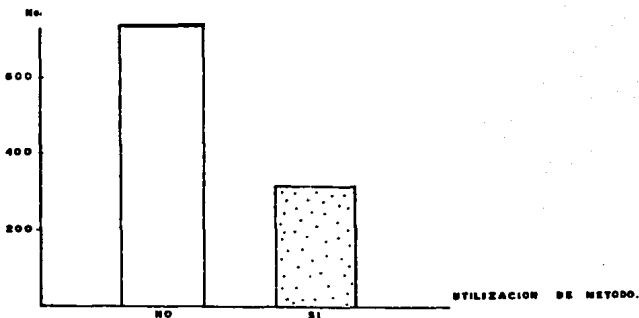
FUENTE: encuesta

La gráfica 6 nos muestra que de las 1000 mujeres encuestadas, 350 eran usuarias de algún método de planificación familiar y 650 no utilizaban método alguno. Del grupo de usuarias el más utilizado fue el DIU por 152 mujeres, siguiendo OTB por 103, hormonales orales por 49, preservativo por 21, método del ritmo por 18 y hormonales parenterales por 7; éstos últimos fueron por mujeres de más de 35 años de edad. Gráfica 7.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

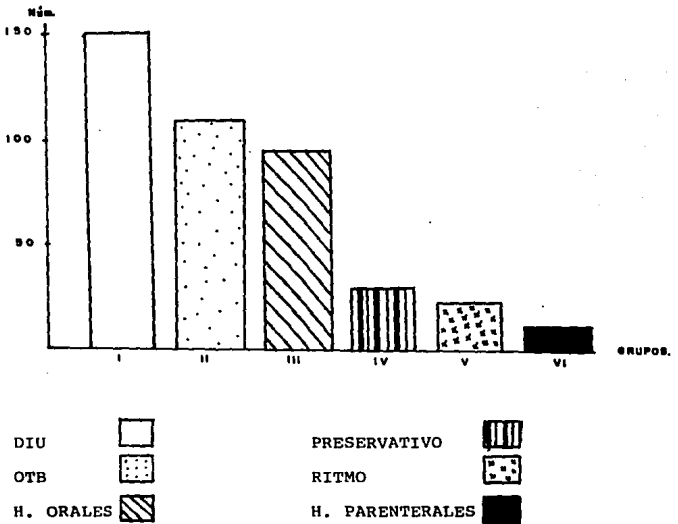
GRAFICA 6

UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO



FUENTE: encuesta

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
GRAFICA 7
METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES Y DEFINITIVOS
MAS EMPLEADOS



FUENTE: encuesta

La tabla 3 muestra un listado de las causas por las que el grupo de 650 mujeres no emplean método de planificación familiar 200 manifestaron no llevar VSA, 183 estaban embarazadas, 72 deseaban embarazo, 47 se encontraban lactando, con climaterio 36, por puerperio 33, y 42 no conocían ningún método anticonceptivo, 14 no lo empleaban por no permitirlo su pareja y 23 por pensar-- que les podía causar daño. Con lo anterior podemos notar que 79- mujeres desconocen los métodos y los beneficios que en un momento dado pueden recibir de éstos.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 3

CAUSAS DE NO UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO

| CAUSA | No. | % |
|-------------------------|-----|------|
| EMBARAZO | 183 | 28.1 |
| DESEA EMBARAZO | 72 | 11 |
| NO TIENE VSA | 200 | 30.7 |
| LACTANCIA | 47 | 7.2 |
| PUERPERIO | 33 | 5.0 |
| CLIMATERIO | 36 | 5.5 |
| DESCONOCE | 42 | 6.4 |
| NO LO PERMITE SU PAREJA | 14 | 2.1 |
| HACEN DAÑO | 23 | 3.5 |
| TOTAL | 650 | 100 |

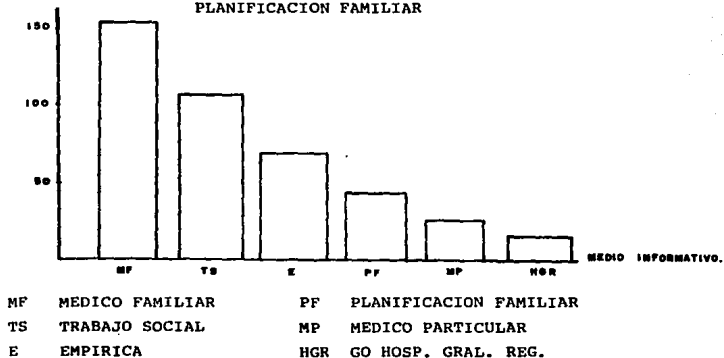
FUENTE: encuesta

En el estudio se detectó que 535 mujeres habían recibido información acerca de los métodos de planificación familiar, para valorar si esta información era correcta y útil se investigó dónde de la habían recibido, encontrando que el mayor número 184 mujeres se les brindó en la UMF No.2 por su médico familiar, en segundo término a través de trabajo social 129 casos, 92 conocían los métodos en forma empírica (por familiares, farmaceutas, vecinos, etc.) y acudían a aplicarlo por iniciativa propia, 62 a través del servicio de planificación familiar, 37 por médico particular y 31 por el médico de ginecoobstetricia del HGR (Gráfica 8).

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRAFICA 8

MEDIO POR EL CUAL OBTUVO INFORMACION SOBRE
PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: encuesta

En la gráfica 9 se muestra cuales son los métodos temporales (modernos y tradicionales) mas conocidos por las mujeres de nuestro estudio, ocupando el primer lugar los hormonales orales por 378, no conocían ninguno 176, óvulos 150, DIU 147, preservativo 53, hormonales parenterales 19, método del ritmo 11, espumas 6, método del retiro 5. Hay que resaltar que de las mujeres que no conocían ninguno en su mayoría eran jóvenes sin VSA. Se encontró también que actualmente se conoce más los métodos modernos en relación a los tradicionales, los cuales fueron mencionados por las mujeres de mas edad.

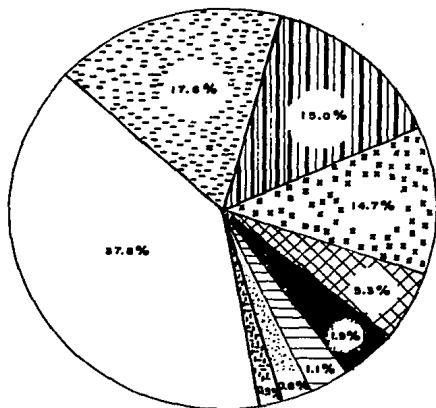
Se observó en nuestro estudio que 279 mujeres describen correctamente los métodos de planificación familiar que conocen, - 248 describieron de 1 a 3 métodos y 168 no describió ninguno.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS





GRAFICA 9

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

MAS CONOCIDOS



-  PASTILLAS
-  DESCONOCEN
-  OVULOS
-  DIU

-  RESERVATIVO
-  M. PARENTERALES
-  RITMO
-  ESPUMAS

 REMIRO

FUENTE: encuesta

Con respecto al conocimiento de los métodos definitivos se encontró que 729 mujeres no saben en que consiste la salpingoclasia, 211 respondieron que es la ligadura de las trompas y 60 refirieron que era la operación de la matriz para no tener hijos; - que generalmente es para mujeres de más edad y con 3 o más hijos. Tabla 4.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 4

CONOCIMIENTO SOBRE ESTERILIZACION FEMENINA

| CONCEPTO | No. | % |
|-------------------|------|------|
| NO SABE | 729 | 72.9 |
| OPERACION QX. | 211 | 21.1 |
| LIGADURA TUBARICA | 60 | 6.0 |
| TOTAL | 1000 | 100 |

FUENTE: encuesta

En la tabla 5 se observa lo referente a la vasectomía, encontrándose que 418 no sabían en que consiste, 390 refirió que era la operación del hombre para no tener hijos y 192 describió la vasectomía.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 5

CONOCIMIENTO SOBRE ESTERILIZACION MASCULINA

| CONCEPTO | No. | % |
|---------------|------|------|
| NO SABE | 418 | 41.8 |
| OPERACION QX. | 390 | 39 |
| DEFINIO | 192 | 19.2 |
| TOTAL | 1000 | 100 |

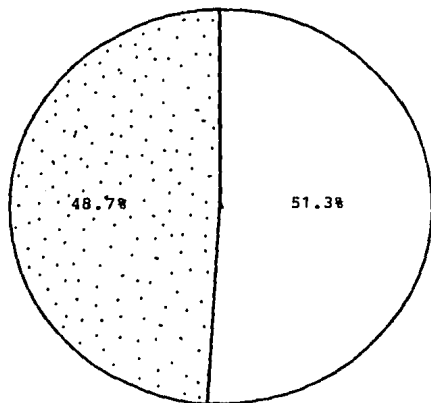
FUENTE: encuesta

Otro parámetro que se valoró en el estudio fue el conocer - si habían recibido alguna orientación sexual. Como se muestra en la gráfica 10, 487 (48.7%) sí recibieron información y 513 (51.3%) no tenían información al respecto. De las mujeres que tenían información se detectó que 186 (38.1%) les fue proporcionada en la escuela por los profesores con asesoría médica, 155 (31.8%) en la UMF No.2 proporcionada en su mayoría por su médico familiar y en segundo término a través de trabajo social, 105 (21.5%) en forma empírica por familiares y 41 (8.4%) por médico particular.

CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVO

GRAFICA . 10

ORIENTACION SEXUAL



NO RECIBIO INFORMACION



SI RECIBIO INFORMACION

FUENTE: encuesta

CONCLUSIONES

Los factores sociales, económicos y culturales en relación al conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar - tienen una influencia directa como lo demuestra el estudio. Pese a la gran difusión de estos métodos, pudo observarse que hay de interés en las mujeres jóvenes, sobre todo aquellas que no llevan vida sexual activa. El hecho de saber su existencia no quiere decir que se conozcan, sin embargo la encuesta nos revela que esto no es impedimento para su utilización, siendo el principal motivo de su uso las condiciones económicas precarias en que se vive actualmente, lo que muchas veces las obliga a actuar por -- iniciativa propia.

Conocedores de la importancia de los beneficios de la planificación familiar, en la UMF No.2 en forma conjunta médicos familiares y el servicio de trabajo social han unido esfuerzos para la promoción en la utilización de los métodos anticonceptivos, - sobre todo en mujeres jóvenes, primigestas y embarazadas, enfatizando sobre los métodos definitivos, ya que prevalece la idea de que son para las multíparas y que se encuentran en la cuarta década de la vida. Sin embargo aún hace falta causar mayor impacto en la difusión de los métodos de esterilización tanto femenina - como masculina, ya que en el estudio no se detectaron parejas vasectomizadas.

A pesar de lo anteriormente expuesto, aún hay mucho por hacer, sobre todo en la población joven que es la más susceptible a

efectuar un cambio en la actitud con respecto a los métodos anti conceptivos educándolos y hacerles conocer que teniendo una información correcta, hace que vayan desapareciendo creencias erróneas en relación a estos métodos que generalmente provocan rechazo a su uso por considerarlos innecesarios o dañinos. Instrucción que debe ir unida con una orientación sexual ya que en nuestro medio además de ser deficiente es inadecuada por factores -- culturales como tabús, machismo e ignorancia en los diferentes niveles educativos y el núcleo familiar.

RESUMEN

Se encuestaron 1000 mujeres en edad fértil en la UMF No.2 - del IMSS en la ciudad de Puebla, estudio en el cual se determinó la influencia de factores sociales, económicos y culturales - en el conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar.

De los resultados obtenidos se concluyó que la falta de una adecuada información sobre la planificación familiar aunada a -- la falta de orientación sexual es motivo de su desconocimiento - más no de su uso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ordoñez RR. Relación entre mortalidad infantil y fecundidad en México. Rev Mex Ped 1984; 51:93-102.
- 2.- Rubio GL, Schilling RA, Schlein HJ y col. Actividad sexual y métodos anticonceptivos en varones universitarios. Rev Chil Obst y Ginec 1987; 52:255.
- 3.- Anónimo. La mujer en la salud y el desarrollo: el punto de vista de las Américas. Crónicas de la O.M.S. 1984 ; 38:262-269.
- 4.- Paxman JF. La higiene de la reproducción, los jóvenes y la ley - Crónicas de la O.M.S. 1984; 38:203-212.
- 5.- Vera FV, Tamayo SO, González DJL y col. Conocimiento de anticonceptivos en pacientes jóvenes que solicitan interrupción del embarazo. Rev Cub Obst y Ginec 1987:13.
- 6.- Avila CI. Embarazo en la adolescente. Rev Mex Ped 1984; 51:311.
- 7.- Campos MG. Educación y mortalidad en el medio rural. Rev Mex Ped 1985; 52:277-279.
- 8.- Halfdan N. La planificación familiar al servicio del desarrollo humano. Crónicas de la O.M.S. 1984; 38:251-254.
- 9.- Anónimo. El embarazo y el aborto en la adolescencia; informe de una revisión de la O.M.S. O.M.S. SERIES DE INFORMACION TECNICA-1975; 583:26.
- 10.- Anónimo. Adolescent fertility; risks and consequences. POPULATION REFORMS 1976; J:165.
- 11.- Molina R, Anaya S, Ibazeta G y col. Nivel de conocimientos y práctica de sexualidad en adolescentes. Rev Chil Obst y Ginec -- 1986; 51:243.
- 12.- Kramarosky DC, Iglesias DJ. Estudio sobre aspectos psicosociales de la adolescencia chilena. Rev Chil Obst y Ginec 1987; 52:16
- 13.- Chio NI, Espinoza TA, Paymiro BT y col. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cub Obst y Ginec 1987:13.
- 14.- Anónimo. Mortalidad materna; ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Crónicas de la OMS 1986; 40:195-205.
- 15.- Martínez MJ. La revolución demográfica en México, 1970-1980. IMSS 1982.
- 16.- Martínez MJ, Jiner VJ. Planificación Familiar, Demografía Médica un Enfoque Multidisciplinario. IMSS, 1985. México: IMSS, 1985.
- 17.- Mc Calister DV. La planificación familiar alcanza la mayoría de edad. en Mc Calister DV. Hacia Mejores Programas de Planificación Familiar. México; Editorial Pax Mex, 1985.
- 18.- Rizo A. Planificación familiar en Latinoamérica. Rev Mex Ped --- 1985; 52:451-458.
- 19.- Urbina FM, Vernon CR. La investigación psicosocial y de servicios sobre planificación familiar en México. Sal Pub Mex 1985:27 271-273.
- 20.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS - 1981 (instructivo).

- 21.- Soberon AG. El proceso de integración de los servicios de salud. *Sal Pub Mex* 1983;25:11.
- 22.- Gallegos AJ. Aportaciones a la planificación familiar. *GMM* -- 1983;119:187-190.
- 23.- Gallegos AJ, García PJ, Killel A. Evaluación del programa de planificación familiar del I.M.S.S. *Ginec Obst Mex* 1977;41.
- 24.- Anónimo. Planificación familiar en México. *Rev Mex Ped* 1985;52:315-319.
- 25.- Fernández RF, Cortés RR, Vela HJ. Participación de la parte rural en el programa de planificación familiar: Experiencia en Puebla. *Rev Med IMSS* 1984;22:127-131.
- 26.- Avila CI. Planificación familiar, crecimiento demográfico y salud. *Rev Mex Ped* 1984;51:82.
- 27.- Juárez TC. Programa de planificación familiar en México. *Rev Mex Ped* 1984;22:399-401.
- 28.- Mc Calister DV. Técnicas del control de la concepción, en -- Mc Calister DV. Hacia mejores programas de planificación familiar. México: Editorial Pax Mex, 1975.
- 29.- Ordoñez BR. La salud de la mujer en México: panorama general. *Rev Mex Ped* 1985;52:7-23.
- 30.- Mc Calister DV. Perspectivas médicas y de conducta en los -- servicios de planificación familiar en: Mc Calister DV. Hacia mejores programas de planificación familiar. México; Editorial Pax Mex, 1975.
- 31.- De Acosta OM, Gómez AM. Contracepción Hormonal Oral. *Rev Cub Obst y Ginec* 1987;10:50.
- 32.- Lomanto MA. Anticoncepción hormonal. *Rev Col Obst y Ginec* -- 1985;36:189.
- 33.- Pritchard JA, McDonald PG, Grant F. Planificación familiar -- en Williams. Obstetricia. 3a Ed. México; Editorial Salvat -- 1987.
- 34.- Toledo MA, Massem CJ, González AJ. Planificación familiar -- en López OF. A.M.H.G.O. No. 3 2da ed. Ginecología y Obstetricia. México; Editorial Mendez Dteo, 1982.
- 35.- Anónimo. Breves anotaciones sobre recientes conceptos en anticoncepción. *Rev Col Obst y Ginec* 1987;38:107.
- 36.- Anónimo. Rumores acerca de prácticas anticonceptivas. *POPULATION REPORTS* 1986;J:4-6.
- 37.- Anónimo. Atención primaria de salud y planificación familiar. *POPULATION REPORTS* 1987;J:3-10.
- 38.- García PJ, Gallegos AJ. Efectividad en el uso de anticonceptivos en el programa de planificación familiar voluntario -- del IMSS. *Rev Sal Pub* 1972;19:655.
- 39.- Galles INK. La salud no debe ser privilegio. *Bol OMS* 1981;26-10.
- 40.- Anónimo. Disponibilidad de los servicios de planificación familiar. *POPULATION REPORTS* 1986;M:26-28.
- 41.- Gómez GR. Papel médico social de los niveles de atención médica. Primer nivel de atención médica. *GIM* 1985;121:177-179.