

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

CLINICA CUITLAHUAC

33
28j



**CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS POR
MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA COLONIA NUEVA
SANTA MARIA ATZCAPOTZALCO DISTRITO FEDERAL,
DEL 2 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 1995.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VICTORIANA ESCOBAR PEREZ

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F. 16 DE FEBRERO DE 1995.



ISSSTE



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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA COLONIA NUEVA SANTA MARÍA ATZCAPOTZALCO DISTRITO FEDERAL, DEL 2 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 1995.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA :

MEDICO CIRUJANO : VICTORIANA ESCOBAR PEREZ

COORDINADORES : DR. RAUL H. RODRIGUEZ ROBINEZ.

DR. JOSE ANTONIO ORIBIO GALLEGOS

ASESOR DEL TRABAJO : E.S.P. CARLOS NOLVEDO LUNA

AUTORIZACIONES

Profesor Titular del Curso

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
Jefe del Departamento de Medicina Familiar Jefatura de Servicios de Enseñanza. ISSSTE.




CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS POR MUJERES EN EDAD FERTIL DE LA COLONIA NUEVA SANTA MARIA ATZCAPOTZALCO DISTRITO FEDERAL, DEL 2 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 1995.


**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

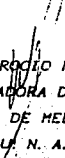
P R E S E N T A :

MEDICO CIRUJANO : VICTORIANA ESCOBAR PEREZ.

A U T O R I Z A C I O N E S


DR. JUAN JOSÉ HAZON RAMÍREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.


DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNAM Por las facilidades que nos brindo para hacer la especialidad de medicina familiar.

AL ISSSTE Por promover y brindarnos la oportunidad de superación y estimularnos para seguir estudiando y actualizandonos.

A TODOS LOS ORGANIZADORES DE ESTE PROGRAMA POR INFUNDIRNOS ENTUSIASMO Y CONFIANZA.

A NUESTROS COORDINADORES Y ASESORES Que con mucha paciencia nos guiaron para culminar este estudio.

A LA CLINICA CUITLANHUAC Con profundo cariño.

I N D I C E

- I. INTRODUCCION**
- II. MARCO TEORICO**
- III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- IV. JUSTIFICACION**
- V. HIPOTESIS**
- VI. OBJETIVOS**
- VII. METODOLOGIA**
- VIII. RESULTADOS Y ANALISIS**
 - 1) EDAD**
 - 2) ESTADO CIVIL**
 - 3) OCUPACION**
 - 4) CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS**
 - 5) METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS EN ALGUNA OCASION**
 - 6) METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ACTUALMENTE**
- IX. CONCLUSIONES**
- X. SUGERENCIAS**
- XI. BIBLIOGRAFIA**
- XII. ANEXOS (INSTRUMENTOS DE RECOLECCION)**

I. INTRODUCCION

Los métodos anticonceptivos son el instrumento esencial para la planificación familiar la que a su vez impacta sobre el crecimiento poblacional. Con base en el XI Censo General de Población y Vivienda la tasa de crecimiento total de la población en el decenio 1970-1980 fue de 3.2 % anual y en el de 1980-1990 de 2.3 % anual, mientras que para 1991 se estima en 1.9 %, cifra aún elevada, no obstante lo conseguido en los últimos años. En México existen cerca de 156,000 localidades rurales de las cuales 13,465 son entre 500 y 2,500 habitantes y más de 140,000 son menores de 500 habitantes. La dispersión de la población es tan elevada que en el 98.3 % de las localidades radica el 28.7 % de la población total del país, que corresponde a 13,339,265 personas. De aproximadamente 84 millones de mexicanos en 1991, la estructura de la población por edades demuestra que nuestro país es predominantemente joven, 19 años en promedio, lo que significa un reto para conseguir una salud reproductiva. Aproximadamente nueve millones de parejas participaron en el Programa de Planificación Familiar en 1991, 4 % más con relación a 1990, logrando con ellos disminuir los niveles de fecundidad y la tasa de crecimiento de la población. En consecuencia, la tasa global de fecundidad se redujo gradualmente de siete hijos por mujer en la década de los sesentas a 3.1 hijos en la de los setentas y a 2.5 en 1990. (21)

La principal razón para el decremento en la fecundidad es sin lugar a dudas el uso de métodos anticonceptivos. En 1976 sólo el

30 % de las mujeres en edad fértil y unidas (1.8 millones) utilizaban algún método contraceptivo. Para 1979 la prevalencia anticonceptiva había aumentado a 37.8 %, en 1982 a 47.7 % y en 1987 a 52.7 %, sin embargo tales incrementos han sido heterogéneos tanto desde el punto de vista social como geográfico. La prevalencia contraceptiva en el área rural en 1987 fue de 33 % en comparación con 59 % en las áreas urbanas y 65 % si sólo se toman en cuenta las tres áreas metropolitanas más pobladas del país. La cobertura global en 1990 se encuentra alrededor del 50 % lo que representa aproximadamente 9 millones de usuarios de métodos anticonceptivos. Por otra parte se debe resaltar el hecho de que los métodos anticonceptivos más populares son aquellos que se denominan como "modernos" entre los que se incluyen los hormonales (tanto orales como inyectables), el dispositivo intrauterino (DIU) y los procedimientos quirúrgicos (salpingoclastia y vasectomía). Los dos primeros se conocen como reversibles y los quirúrgicos como definitivos. Aún existe una población que prefiere los métodos "naturales" y los "tradicionales" como formas vicariantes para regular la fertilidad. (21)

Se considera que la planificación familiar es un instrumento para proporcionar una salud reproductiva, definida como la forma de : a) regular la fertilidad, b) asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones, c) disminuir la mortalidad neonatal, d) impedir embarazos no deseados, y e) evitar los embarazos de alto riesgo. Para conseguir lo anterior es necesario promover los métodos modernos que son los que brindan la mayor seguridad, eficiencia y continuidad; para ello es importante que el prestador del servicio de salud conozca los aspectos médicos y paramédicos de los anticonceptivos a fin de que ofrezca una consejería correcta acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con un absoluto respeto a la ideología de la pareja, en la que se incluyan factores tradicionales, religiosos y culturales. (22)

Otro aspecto interesante a considerar es que en México existe desde la década de los años 70 una enérgica y firme política del Estado para promover y fomentar la planificación familiar, por considerarla como un ingrediente indispensable dentro del plan nacional de desarrollo. Las instituciones del sector público han tomado como una responsabilidad inalienable al programa de planificación familiar y le han asignado recursos especiales para cumplir con tal responsabilidad. En la actualidad el sector público tiene bajo su cobertura al 70 % de las parejas que practican anticoncepción, pero se predice que tal proporción se modificará en el futuro y aumentará notablemente la participación del sector privado. Esto tiene implicaciones financieras y económicas, ya que sólo en material anticonceptivo (hormonales, DIU, condones) se gasta en la actualidad aproximadamente 10 mil millones de pesos al año sin incluir el costo de los servicios profesionales del personal de salud y el Sistema Nacional de Salud. (21)

El control voluntario de la fertilidad beneficia a mujeres, varones y a niños que nacen de ellos. Todas las mujeres y varones en la edad de reproducción deben tener a disposición la anticoncepción. Son especialmente importantes, la educación sobre la anticoncepción y el acceso a píldoras o dispositivos anticonceptivos para adolescentes sexualmente activas, y mujeres después de un parto o un aborto. (15) (1)

Todas las personas sexualmente activas deben instruirse sobre las enfermedades de transmisión sexual, en especial el SIDA y sobre el grado alto (pero no total) de protección que ofrecen los condones con espermaticidas para ambos sexos, con el fin de evitar dichos padecimientos así como el embarazo. (15)

México, está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes con el propósito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto

a la calidad de los productos y servicios que ponen a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional. (21)

Por lo anterior parece conveniente hacer una revisión de las características relevantes de las diferentes opciones de métodos anticonceptivos, con el propósito de mantener actualizados a los profesionales de la salud de las indicaciones, seguridad, eficacia y continuidad de tales métodos. (21) (11)

II. MARCO TEORICO

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Abstinencia periódica. El método del "ritmo" en esencia consiste en evitar tener relaciones sexuales en los días del ciclo menstrual en que el óvulo pudiera ser fertilizado, es decir el "periodo fértil". Para cumplir con lo anterior se ha recurrido al calendario menstrual para conocer el tiempo en que se deben evitar las relaciones sexuales, lo cual es a partir del día 10 del ciclo menstrual hasta una semana antes de que se espera la siguiente menstruación : esto significa que las parejas sólo pueden tener relaciones sexuales unos cuantos días de cada mes y que el método es inefectivo cuando existen irregularidades menstruales. Para subsanar lo impreciso del método anterior se ha tratado de identificar a los indicadores fisiológicos que permitan precisar la época fértil cada mes y así aumentar la confiabilidad. A los métodos que se basan en la detección de variantes fisiológicas, se les conoce como "naturales". Entre los métodos naturales se incluye a la toma de la temperatura basal, a la apreciación del moco cervical y otros son los "sintotérmicos" que combinan el método del ritmo con cualquiera de los otros dos naturales. (19)

Todos tienen el común denominador que exigen una gran motivación y compromiso de la pareja para seguirlos con todo cuidado así como

una capacitación especial para usarlos correctamente. Las estadísticas muestran que estos métodos son en general poco efectivos y que tienen una baja tasa de continuidad estimada al año de seguimiento. El método de la temperatura basal requiere que la señora se tome la temperatura diariamente antes de levantarse, tan pronto despierte. Por lo tanto sólo puede tener relaciones sexuales los primeros 8 días siguientes al inicio de su menstruación y reanudarlas hasta que el registro de la temperatura muestre tres días de elevación, siempre y cuando se haya presentado la ovulación, ya que de lo contrario tendrá que esperar hasta el próximo ciclo menstrual. La técnica del "moco cervical" método de Billings implica que la pareja lleve un curso especial de instrucción para reconocer e interpretar los cambios cíclicos que se presentan en el moco cervical como resultado del efecto de los niveles cambiantes de estrógenos y progesterona que produce el ovario. Con este método sólo se puede tener coito cada tercer día a partir de la fecha en que termina la menstruación para no confundir el semen residual con el moco cervical, después al aparecer moco abundante y filante se inicia el periodo de abstinencia, el cual termina al disminuir la cantidad de moco. De esta manera el periodo promedio de abstinencia, en cada ciclo, es alrededor de 20 días, por lo cual la tasa de continuidad es baja y al año de practicarlo sólo se mantiene un 36 % ; además la tasa de embarazos es de 15 % . La tasa alta de embarazos se debe considerar con base en que las parejas conscientemente aceptan que no siguieron o no pudieron seguir estrictamente las instrucciones. Por otra parte los métodos sintotérmicos combinan la temperatura basal con los indicadores fisiológicos, preferentemente el método del moco cervical para así lograr una mayor seguridad, pero de todas maneras la continuidad sigue siendo baja y se requiere de una gran motivación y responsabilidad por parte de los dos miembros de la pareja, así como el hecho que se tiene que aceptar llevar una abstinencia la mayor parte de cada mes. Algunas parejas deciden usar métodos de "barrera" durante el periodo fértil en asociaciones con los métodos naturales y así conseguir mayor

seguridad y continuidad. De esta manera la prevalencia sólo alcanza un 40 %. Con el fin de hacer más aceptables estos métodos, se han desarrollado algunas pruebas hormonales, para uso doméstico, y así conocer con una mayor precisión la etapa fértil; sin embargo, aún se desconoce la efectividad de estas pruebas y también se tiene que saber de su costo. Las técnicas domésticas se basan en medir la concentración tanto de estrógenos como de progesterona en la orina mediante procedimientos inmunoenzimáticos. (20)

Retiro. Es el método más antiguo de anticoncepción, y se le utilizó ampliamente en Europa durante siglos, en donde contribuyó en forma significativa a reducir la tasa de fecundidad. Hasta 1986, cerca de 35 millones de parejas en todo el mundo usaron el método del retiro. De ellas 13 millones correspondieron a los países en desarrollo, encontrándose las tasas más altas en América Latina ya que cerca del 6 % de las parejas casadas referían usar este método. Para que el método sea eficaz, el hombre debe retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación, y mantenerlo apartado de la vagina y de los genitales externos. La tasa de fracaso es cercana al 18 %. (19)

Métodos de barrera. Se basan en impedir físicamente que el espermatozoide se ponga en contacto con el óvulo y por lo tanto que haya fertilización. Para ello se han usado el condón, el diafragma, el capuchón cervical y preparaciones farmacéuticas con propiedades espermaticidas. Se considera que poseen una menor efectividad en comparación con los métodos modernos, pero tienen una ventaja adicional como protectores de enfermedades sexualmente transmisibles. Los condones son sencillos de usar y además son seguros si se usan correctamente en cada coito. No requieren de una supervisión médica y tienen un costo bajo. Los condones pueden disminuir la sensibilidad durante el coito, y por lo tanto llegar a interferir con la estimulación precoz; además se requiere de una negociación entre la pareja. Los condones se debilitan y

pueden romperse si se almacenan inapropiadamente o si se usan sin lubricantes a base de aceite. En particular los condones son el método más seguro para evitar enfermedades de transmisión sexual así como infecciones que eventualmente llegan a lesionar las trompas uterinas. El condón está provisto de una sustancia surfactante, el nonoxinol-9, que inmoviliza al espermatozoide y así se aumenta su eficiencia. Esta misma sustancia es la base de la mayor parte de los espermaticidas que se formulan farmacológicamente como geles, espumas, cremas y supositorios vaginales. Para mayor seguridad se han diseñado artefactos que llevan al nonoxinol-9 dentro de un capuchón cervical el cual se introduce en la vagina y que cubriendo al cérvix uterino confieren protección anticonceptiva durante 48 horas. (19)

Asimismo, en la actualidad está de moda una esponja que contiene el mismo espermaticida y que se coloca dentro de la vagina y su efecto persiste durante 24 horas, por lo tanto tienen la ventaja que no se tiene que introducir inmediatamente antes del coito. "El anillo cervical" es un plástico que se fija manualmente por la misma persona en el cuello uterino y así liberar un progestágeno. (19)

Hormonales orales. Desde que entraron al consumo en los años 60, se han venido usando en grado variable de aceptación y en México siguen siendo muy populares aunque tienen un índice bajo de continuidad. En el mercado existe una gran variedad de formulaciones farmacológicas, pero la mayor parte de las presentaciones contiene un progestágeno y un estrógeno. El progestágeno puede ser noretindrona, acetato de noretindrona, diacetato de etinodiol, norgestrel y/o levonorgestrel; por otra parte el estrógeno es etinilestradiol, 3-metil-éster de etinil-estradiol en una concentración igual o debajo de 30 microgramos ("pildora de dosis baja"). En general existen dos presentaciones, una que contiene en una tableta la combinación estrógeno-progestágeno para tomarse durante 21 días; la otra

presentación -"ciclica"- sólo contiene el estrógeno en las primeras 14 tabletas y la combinación estrógeno-progestacional en las últimas siete tabletas. Otra presentación es la "triciclica" en la que se combinan de manera variable el estrógeno y el progestágeno en un intento de imitar los cambios en los niveles hormonales que ocurren normalmente en el ciclo menstrual. También existe una preparación que sólo contiene un progestágeno ("minipill") a dosis baja y que se usa particularmente en algunas mujeres durante la lactancia. En términos generales, para los programas oficiales de planificación familiar se prefiere la formulación combinada de estrógeno-progestágeno en la presentación de 28 tabletas (21 tabletas activas y 7 inertes) para que se tomen sin interrupción y el sangrado menstrual ocurre cuando se están tomando las pastillas sin fármacos. La formulación triciclica no ha conseguido confirmar ventajas ni beneficios clínicos. Los anticonceptivos hormonales orales son los más conocidos y de mayor aceptación, pero tienen una menor tasa de continuidad. (20) (5)

Durante un tiempo se discutieron mucho los riesgos, inconvenientes y peligros de tomar la "píldora", pero ahora paradójicamente existe más interés por conocer los beneficios. Existen datos epidemiológicos que sugieren que los anticonceptivos hormonales pueden proteger contra los cánceres de endometrio, del ovario, de la mama y del cérvix. Se piensa que las mujeres que toman el anticonceptivo hormonal padecen menos frecuentemente dismenorrea y el síndrome premenstrual; asimismo, la prevalencia de quistes ováricos foliculares es mucho menor. Por otra parte, los anticonceptivos que se usan en la actualidad en las dosis recomendadas prácticamente no afectan la concentración de las lipoproteínas circulantes ni los factores que modifican la presión arterial. Tampoco incrementan la ocurrencia de trombosis venosa, el desarrollo de litiasis vesicular ni alteran la función hepática. (6) (7) (17) (4) (3) (9) (10)

Hormonales inyectables. Contienen una combinación de estrógeno-progestágeno y su efecto anticonceptivo varía entre uno y tres meses por lo cual tiene mayor aceptación por ciertos grupos sociales, así sorpresivamente son de mayor demanda en zonas rurales y en mujeres de baja condición social y escolaridad. Otra presentación contiene sólo el progestágeno, pero se produce sangrado menstrual irregular con mayor frecuencia. Todos estos inyectables de "depósito" tienen la característica común de acompañarse de una mayor frecuencia de sangrado intermenstrual y/o periodos de amenorrea, por lo cual es necesario enterar a la usuaria de estos efectos indeseables para que el método tenga una mayor aceptación.

Implantes subdérmicos. Se ha desarrollado un dispositivo ("Norplant"), que consiste en seis pequeños cilindros del tamaño de un cerillo de un elastómero que contiene levonorgestrel los que se insertan mediante un trocar por debajo de la piel del brazo. Se utiliza anestesia local en la parte superior e interna del brazo y se hace una pequeña incisión para facilitar la introducción del implante. El progestágeno pasa inmediatamente a la circulación con una velocidad casi constante y así se produce un efecto anticonceptivo durante cinco años con una tasa de embarazo menor de 1 %. Tiene el mismo inconveniente, sangrados menstruales irregulares, que todo hormonal de depósito. Se ha encontrado que tiene una tasa aceptable de continuidad ya que alcanza 50 % a los cinco años en personas motivadas y bajo supervisión médica estrecha. La extracción de los cilindros requiere anestesia local y de una cirugía menor por personal médico bien capacitado. La fertilidad se recupera de inmediato al retirar los implantes. Aunque todavía no sale al mercado el Norplant 2, ya se han hecho algunas modificaciones como son el Norplant 2, que en lugar de 6 sólo se aplican 4 cilindros y tiene un efecto de tres a cuatro años. Otra presentación, aún en experimentación, son implantes biodegradables que tienen el propósito de evitar el problema de la extracción. Lo fundamental en el uso de este método es la

capacitación correcta para aplicar el implante y una consejería especializada. (r2)

Anillo cervical. Todavía en una etapa experimental, se estudia el efecto y seguridad de un anillo de silicón que contiene una mezcla de levonorgestrel y estradiol. El anillo se inserta en la vagina por la misma mujer y se lo retira cada tres semanas para así lograr que se presente el sangrado menstrual. A la semana de haberse extraído se vuelve a insertar y de esta manera se tiene una protección anticonceptiva similar a la que se logra con los anticonceptivos hormonales orales. Parece ser que la inserción del anillo es fácil y tiene la gran ventaja que sólo se aplica cada tres semanas y así se evita la molestia del diafragma que se tiene que colocar antes de cada relación sexual. (r) (r3)

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

En la actualidad sólo existen cuatro modalidades de DIU provistos de un filamento que sirve de "cola", éstos son el "7" de cobre, la T 20080, la T 380A y la T que libera progesterona, todas con un efecto que dura entre 3 y 4 años. La modalidad de mayor uso es la T 380A que tiene una superficie de cobre de 380 mm² la que se encuentra contenida en los dos brazos del marco de plástico y por lo cual confiere una protección anticonceptiva entre 4 y 6 años, con una tasa de embarazo acumulativa de 0.5 por 100 años mujer al año de uso y sólo 1.9 después de 4 años. (14) (18)

El principal inconveniente del DIU es que puede favorecer alguna infección genital y secundariamente salpingitis. Este inconveniente se puede reducir con la asepsia obligatoria que se tiene al introducir el DIU y además con la recomendación de no usarlo en mujeres nuligestas y sobre todo si tiene más de un compañero sexual. En parejas monógamas no existe contraindicación para su uso, en particular en parejas que han terminado su procreación y que no pueden tomar anticonceptivos hormonales por alguna razón especial. En la actualidad es el método de elección para la planificación familiar después de un evento obstétrico como puede ser una cesárea o un parto. (14) (16)

La aplicación correcta del DIU evita la posibilidad de perforación uterina e infección del aparato genital, incluso en el periodo postparto y postcesárea. La tasa de expulsión en este periodo es baja, alrededor de 20 % . (14) (16)

NUEVOS METODOS

Procedimientos "inmunológicos". Todavía se encuentran en una etapa inicial de experimentación y sin mucha esperanza de llegarse a utilizar en el futuro próximo, entre ellos se incluyen las "vacunas" contra la hormona coriónica, otra contra ciertos elementos celulares del espermatozoide y una más contra las células de la zona pelúcida del folículo ovárico. Una vacuna anticonceptiva contra espermatozoides podría incluir un antígeno en los espermatozoides que impidiera que estos se adhieran a la superficie del óvulo. La vacuna estimularía la producción de anticuerpos por parte de la mujer para bloquear la fecundación del óvulo. Se requieren muchos años para obtener una vacuna de esta naturaleza y la misma, al menos inicialmente tiene el inconveniente que se le administraría solo a las mujeres. Sería deseable disponer de una versión masculina, pero esto es aún más difícil de alcanzar. Vacunas dirigidas en contra de moléculas específicas como son los espermatozoides, oocitos y embrión podrían ser útiles siempre y cuando no produjeran una respuesta inmune permanente o que pudieran afectar otras funciones del organismo. (8)

Mifepristone. Existe una droga que impide o desprende al huevo recién anidado en el endometrio y que por este motivo ha provocado una gran controversia ética y moral en varios países. Se trata de

una sustancia que posee una acción antiprogesterona debido a que compete con la hormona natural -la progesterona- por los receptores celulares a nivel del endometrio. De esta manera tal sustancia engaña al receptor celular y no permite que se fije la progesterona natural, la que es indispensable para mantener implantado al huevo fertilizado. El procedimiento "abortivo" se tiene que completar con la administración de una prostaglandina sintética, la cual provoca las contracciones uterinas que expulsan al huevo fecundado. En síntesis se trata de un "legrado farmacológico" y así evitar el legrado instrumental o la extracción manual. Para disminuir las contracciones dolorosas del útero y la cantidad de sangrado, se debe administrar diferentes dosis del antiprogestágeno y de la prostaglandina de acuerdo con la experiencia de cada centro hospitalario. (8)

Condón femenino. Otro método es el "condón femenino" que tiene la forma de bolsa que se ajusta a la cavidad vaginal y de esta manera la mujer adquiere control de su propio cuerpo, y además que la protege de las enfermedades sexualmente transmisibles.

**ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES PARA EL
HOMBRE**

Algunos productos químicos naturales, como el gossipol (derivado del aceite de semilla de algodón), causan esterilidad sin alterar la secreción hormonal del testículo. El gossipol puede causar reducción peligrosa del potasio en algunos hombres, lo cual puede conducir a problemas cardíacos, además el retorno a la fecundidad puede ser muy retardado.

Después de analizar los resultados variables y no constantes con el uso del gossipol para provocar azoospermia, se ha intentado buscar nuevos métodos para la anticoncepción masculina. Se ha utilizado la aplicación de testosterona, sola o en combinación con los análogos sintéticos de la hormona hipotálamica liberadora de gonadotropinas. Con esta combinación se llega a producir inhibición de la secreción de gonadotropinas y en consecuencia de la producción de testosterona y espermatozoides por el testículo. La inclusión de testosterona es imprescindible para así conservar la libido y la potencia sexual. También se ha explorado la administración de megadosis de testosterona, ya que se obtiene un efecto inhibitorio directo sobre la producción de espermatozoides, pero los resultados han sido muy variables y no aseguran el efecto anticonceptivo. En conclusión, actualmente sólo existen dos

opciones para el hombre : la vasectomía y el condón. De manera menos segura y con incomodidades se encuentra "el retiro" o la abstinencia periódica. (21)

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Vasectomía. Es un procedimiento sencillo y exento de riesgo ya que no produce ninguna alteración inmediata ni a largo plazo como podrían ser procesos autoinmunes o cáncer testicular y/o prostático. El gran número de vasectomías practicadas y la prolongada observación de las personas que han sido sometidas al procedimiento quirúrgico constatan que no se acompaña de ninguna lesión. (21) (15)

La vasectomía es un procedimiento de cirugía menor que dura 15 minutos, tiene además una eficacia del 99 % por lo que es uno de los métodos anticonceptivos más seguros. La mayoría de los hombres sólo experimentan dolor leve inmediatamente después de la cirugía y las complicaciones graves son excepcionales. (21) (15)

Un nuevo procedimiento desarrollado en China llamado vasectomía "sin bisturí", consiste en dos pequeñas punciones, en vez de un corte con el bisturí. Este nuevo procedimiento es más rápido, tiene menos complicaciones y despierta menos temor ya que no se utiliza un bisturí. Con cualquiera de los dos métodos los conductos deferentes, se ligan, se cortan o se cauterizan. (21)

Si bien en algunos hombres se ha restaurado la fecundidad, por medio de técnicas microquirúrgicas costosas, en la mayoría de los países no existe una fácil disponibilidad de dicha operación y no siempre funciona.

Salpingoclasia. En varios países la salpingoclasia es el método preferido para la planificación familiar y en el nuestro se va incrementando su uso de manera acelerada. En mujeres que han terminado su fecundidad y que se encuentran alrededor de los 35 años es el método de elección, sobre todo después del último evento obstétrico. Se ha visto que la salpingoclasia tiene una gran aceptación, independientemente de la clase social y es ampliamente recomendada entre sí por las mismas personas. (15) (8)

No produce ningún efecto indeseable, a pesar de que se le atribuye, sin fundamento, una disminución en la gratificación sexual. La salpingoclasia se puede realizar mediante una minilaparotomía o una laparoscopia. (15)

Definitivamente se prefiere la minilaparotomía, en particular después de un parto o un aborto ya que se realiza con anestesia local y técnicamente se facilita la operación. Después de un parto es mejor hacerla a las 48 horas y en el caso de cesáreas se realiza inmediatamente después del alumbramiento. La salpingoclasia, destinada al espaciamiento intergenésico iterativo y opcional, no en el posparto, se puede realizar indistintamente con microlaparotomía o con laparoscopia, pero se debe tener en cuenta que para esta última se requiere un adiestramiento muy especializado así como el instrumental sofisticado. (21)

C O D A

No obstante que han transcurrido varias décadas, aún no se ha desarrollado un "método anticonceptivo ideal" que asegure las premisas de : 1) seguridad, 2) eficacia, 3) fácil administración, 4) alta aceptación, 5) inmediata recuperación de la fertilidad, y 6) bajo costo. Por ahora lo importante es proporcionar una amplia y variada oferta de métodos para que de ellos se seleccione el más apropiado para cada pareja, después de haber sido informada de manera amplia y siempre con un absoluto respeto a su voluntad. Una oferta variada de métodos anticonceptivos, por un personal capacitado, así como un rápido y fácil acceso a los métodos constituye la base de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. (21)

Para que los métodos de planificación familiar tengan una mayor eficacia y uso se debe contar con la participación responsable de ambos miembros de la pareja. El hombre debe participar más activamente, contribuyendo de manera responsable al éxito de la planificación familiar. (22)

**ARTICULO 4o
CONSTITUCIONAL**

*"...Toda persona tiene derecho
a decidir de manera libre,
responsable e informada sobre
el número y espaciamiento de
sus hijos."*

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Conocen y usan los métodos anticonceptivos las mujeres en edad fértil de la Colonia Nueva Santa María en el D.F. ?

IV. JUSTIFICACION

Para lograr el éxito de la planificación familiar es necesario contar con el conocimiento e interés de la población, disponer de una tecnología adecuada y aceptable, contar con el recurso humano ideal para el logro de los objetivos. Es necesario identificar y solucionar, los factores que impidan la aceptación de los métodos anticonceptivos. Legalmente la norma oficial mexicana para la planificación familiar en la atención primaria a la salud es quien regula las acciones. Todo esto justifica mantener y fomentar los programas de planificación familiar a fin de que toda pareja decida con pleno respeto a su dignidad el número de hijos deseados.

V. HIPOTESIS

Las mujeres en edad fértil de la Colonia Nueva Santa María, conocen los métodos anticonceptivos, en un 85 % , los usan en un 60 % .

VI. OBJETIVOS

General.- Conocer la proporción de mujeres en edad fértil de la Colonia Nueva Santa María que conocen y usan los métodos anticonceptivos.

Específicos.- Según los resultados obtenidos implementar estrategias que favorezcan el uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil.

Determinar que método anticonceptivo temporal es el más usado por las mujeres en edad fértil de la Colonia Nueva Santa María.

Determinar la proporción de mujeres en edad fértil que usan métodos anticonceptivos definitivos en la Colonia Nueva Santa María.

VII. METODOLOGIA

A fin de realizar la comprobación estadística de la hipótesis en la investigación, se hizo lo siguiente :

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en 225 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la Colonia Nueva Santa María, del 2 de Enero al 15 de Febrero de 1995.

Por medio de encuesta por entrevista estructurada aplicada al azar, se logró la obtención de los datos necesarios, se procedió a su revisión, clasificación y tabulación por medio de paloteo, se aplicaron medidas de resumen, se elaboraron cuadros, cuyo análisis e interpretación nos permite emitir conclusiones generales y sugerencias en base a la hipótesis y objetivos.

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa lo siguiente:

1. En este grupo de mujeres en edad fértil se observa que la mayor proporción de ellas se encuentra entre los 45 y 49 años de edad con un total de 44 personas, correspondiendo a un 20.5 % ; en el grupo de mujeres entre 30 a 34 años de edad es el grupo de menor proporción con un 8.8 % (19 personas), datos que se indican en el Cuadro No. 1.

2. En relación al estado civil se considera en el Cuadro No. 2 que el grupo de mujeres casadas es el más alto con un total de 103 mujeres que corresponden al 47.9 % , siguiendo el grupo de solteras con 95 personas y que corresponden al 44.2 % ; la unión libre correspondió al 1.4 % (3 personas).

3. En el Cuadro No. 3 se observa que la mayor proporción de mujeres se dedica al hogar, siendo 66 personas que corresponden al 30.7 % , le siguen el grupo de mujeres empleadas con 48 que corresponden al 22.3 % , el número de secretarias correspondió a 9 personas con el 4.2 % .

4. En el Cuadro No. 4 se indica en relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos por las mujeres en el presente estudio el 91.6 % (197 personas). Conocen los preservativos, 84.7 % (182 personas). Respecto a la oclusión tubaria bilateral alcanzan 84.7 % , siendo

ambos los de mayor conocimiento y en menor proporción los demás métodos. El uso de otros métodos como tés, hiervas, es el método de menor conocimiento con el 36.7 % (79 personas).

5. En relación al uso ocasional se observa en el Cuadro No. 5, que el método más usado fué la oclución tubaria con el 38.6 % (83 personas), siguiendo el uso de preservativos con el 32.6 % (70 personas). Los de menor uso son otros métodos como tés, hiervas y el aborto provocado. En cuanto a la estadística de la hipótesis se puede observar en el Cuadro No. 4 como el 91.6 % (197 personas) del total de 215 mujeres en edad fértil conocen por lo menos un método anticonceptivo, y en el Cuadro No. 6 se observa que el 61.9 % (133 personas) usan actualmente por lo menos un método anticonceptivo. Resultados que avalan la verificación de la hipótesis del presente estudio.

6. En el Cuadro No. 6 se observa como el método anticonceptivo más usado actualmente por las mujeres en edad fértil es la oclución tubaria bilateral con un 27.8 % (37 personas) y el dispositivo intrauterino en la misma proporción. El uso de preservativos en proporción del 13.9 % (18 personas) y en menor grado el uso de los demás métodos, siendo los óvulos, aborto provocado, tés y hiervas los menos aceptados.

SE ENHERRAN TABULARMENTE LOS DATOS OBTENIDOS DE ACUERDO A LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN LA COLONIA NUEVA SANTA MARIA MEXICO DISTRITO FEDERAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 2 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 1995.

CUADRO NO. 1

MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPO ETAREO COLONIA NUEVA SANTA MARIA DISTRITO FEDERAL
2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.

GRUPO ETAREO	NO. DE MUJERES EN EDAD FERTIL	X
15-19	24	11.2
20-24	29	10.7
25-29	37	17.2
30-34	19	8.0
35-39	33	15.3
40-44	35	16.3
45-49	44	20.5
TOTAL	215	100.0

FUENTE : ENCUESTAS.

CUADRO NO. 2

DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGUN ESTADO CIVIL, COLONIA NUEVA SANTA MARIA

DISTRITO FEDERAL, 2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.

ESTADO CIVIL	NO. DE MUJERES EN EDAD FERTIL	%
SOLTERAS	95	44.2
CASADAS	103	47.9
VIVIDAS	0	3.7
DIVORCIADAS	6	2.8
UNION LIBRE	3	1.4
TOTAL	215	100.0

FUENTE : ENCUESTAS.

CUADRO NO. 3

OCCUPACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL, COLONIA NUEVA SANTA MARIA DISTRITO FEDERAL

2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.

OCCUPACION	NO. DE MUJERES EN EDAD FERTIL	%
HOGAR	66	30.7
EMPLEADAS	48	22.3
PROFESIONISTAS	36	16.7
ESTUDIANTES	34	15.8
MAESTRAS	10	4.7
T. DOMESTICAS	12	5.6
SECRETARIAS	9	4.2
TOTAL	215	100.0

FUENTE : ENCUESTAS.

CUADRO NO. 4

**CONOCIMIENTO Y PROPORCION POR METODO ANTICONCEPTIVO EN MUJERES EN EDAD FERTIL,
COLONIA NUEVA SANTA MARIA DISTRITO FEDERAL, 2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.**

METODOS	NO OIDO HABLAR DE ?							
	SI	%	NO	%	ABST.	%	TOTAL	%
OCLUSION TUBARIA	182	84.7	33	15.3	0	0	215	100
VASECTOMIA	160	74.4	55	25.6	0	0	215	100
INYECCIONES	171	79.6	44	20.4	0	0	215	100
PASTILLAS	176	81.9	39	18.1	0	0	215	100
DISPOSITIVO INTRAVETERINO	165	76.7	50	23.3	0	0	215	100
PRESERVATIVOS	197	91.6	18	8.4	0	0	215	100
OVULOS, JALEAS ESPUMAS	136	63.3	79	36.7	0	0	215	100
RITMO CALENDARIO O BILLINGS	165	76.7	50	23.3	0	0	215	100
RETINO O COITO INTERUMPIDO	130	60.5	85	39.5	0	0	215	100
ABORTO PROVOCADO	150	70.5	57	26.5	0	0	215	100
OTROS(TEC, NIERVAS)	79	36.7	136	63.3	0	0	215	100

FUENTE : ENCUESTAS

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO NO. 5

**USO OCASIONAL Y PORCENTAJE DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL,
COLONIA NUEVA SANTA MARIA DISTRITO FEDERAL, 2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.**

METODOS ANTICONCEPTIVOS	ALGUNA VEZ USTED O SU COMPANERO HA USADO ?							
	SI	%	NO	%	ABST.	%	TOTAL	%
OCCLUSION TUBARIA	83	26.6	132	61.4	0	0	215	100
VASECTOMIA	15	7.0	200	92.9	0	0	215	100
INYECCIONES	29	13.5	186	86.5	0	0	215	100
PASTILLAS	37	17.2	178	82.8	0	0	215	100
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	40	18.6	175	81.4	0	0	215	100
PRESERVATIVOS	70	32.6	145	67.4	0	0	215	100
OVULOS, JALEAS ESPERMAS	11	5.1	204	94.9	0	0	215	100
RITMO CALENDARIO O BILLINGS	40	18.6	175	81.4	0	0	215	100
RETIRO O COITO INTERMITENTE	6	2.8	209	97.2	0	0	215	100
ABORTO PROVOCADO	2	0.9	213	99.1	0	0	215	100
OTROS(YES, HIERNAS)	0	0.0	215	100	0	0	215	100

FUENTE : ENCUESTAS

CUADRO NO. 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FERTIL,
COLONIA NUEVA SANTA MARIA DISTRITO FEDERAL, 2 DE ENERO A FEBRERO 15, 1995.

METODOS ANTICONCEPTIVOS	NO. DE PERSONAS	%	TOTAL DE MUJERES	%
OCCLUSION TUBARIA	37	27.0	215	17.2
VASECTOMIA	4	2.7	215	1.9
INYECCIONES	16	12.6	215	7.4
PASTILLAS	13	9.0	215	6.0
DISPOSITIVO INTRAVTERINO	37	27.0	215	17.2
PRESERVATIVOS	10	13.9	215	8.4
OVULOS, TABLETAS Etc.	-	-	-	-
RITMO CALENDARIO O BILLING	4	2.7	215	1.9
RETIRO O CORTO INTERMITENTE	4	2.7	215	1.9
ABORTO PROMOCADO	-	-	-	-
OTROS (YES, NIEGAS)	-	-	-	-
TOTAL	133	100	215	61.9

FUENTE : ENCUESTAS

IX. CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

1. La participación de la mujer en la planificación familiar sigue siendo de gran relevancia.
2. Las actividades en el hogar es la principal ocupación de las mujeres en edad fértil en la colonia Nueva Santa María.
3. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, se tiene preferencia por los métodos confiables.
4. El método definitivo más empleado es la oclusión tubaria bilateral, notándose poca participación del hombre en la planificación.
5. El 91.6 % de las mujeres en edad fértil en la Colonia Nueva Santa María conocen por lo menos un método anticonceptivo y el 61.9 % usan actualmente algún método de planificación.
6. El presente estudio indica la importancia de que la comunidad a la que servimos conozca los métodos anticonceptivos con el fin de que decida libre y conscientemente el uso o no de los mismos.

X. SUGERENCIAS

1. Mantener o implementar medidas educativas para dar a conocer a la población los métodos anticonceptivos para su aceptación y/o uso.

2. Proporcionar temas de orientación sexual a jóvenes y adultos e implementar a corto plazo la planificación familiar.

3. Motivar al hombre a participar en la planificación familiar a través del conocimiento y la aceptación de la vasectomía sin bisturí en el primer nivel de atención.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Daling JR, Weiss NS, Metch BJ, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *N Engl J Med* 1985, 312:937-41
2. Ladsay R, Tohne J, Kanders B. The effect of oral contraceptive use on vertebra bone mass in pre-and post-menopausal women. *Contraception* 1986, 34:333-40
3. Layde PH, Ory HW, Schlesselman JJ. The risk of myocardial infarction in former user of oral contraceptives. *Fam Plann Perspect* 1982, 14:78-80
4. Lipson A, Story DB, LaRosa JC, et al. Progestins and oral contraceptive induced lipoprotein changes: a prospective study. *Contraception* 1986, 34:121-34
5. Lonnerdal B, Forsum E, Hambracus L. Effect of oral contraceptives on composition and volume of breast milk. *Am J Clin Nutr* 1980, 33:816-24
6. Meade TW. Oral Contraceptives, clotting factors and thrombosis. *Am J Obstet Gynecol* 1982, 142:758-61
7. Meade TW, Greenberg G, Thompson SG. Progestogens oral cardiovascular reactions associated with oral contraceptive preparations. *Br Med J* 1980, 280:1157-61
8. Mishell DR. Contraception. *New Eng J Med* 1989, 320:777-87
9. Mishell DR Jr. Noncontraceptive health benefits of oral steroidal contraceptives. *Am J Obstet Gynecol* 1982, 142:809-16
10. Ory HW. The noncontraceptive health benefits from oral contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 1982, 14:182-4

11. Secretaría de Salud. Norma oficial de los servicios de Planificación Familiar. Mayo 1994
12. Sivín I. Internationalexperience with NORPLANT and NORPLANT-2 contraceptive. - Stud Fam Plann 1988, 19:81-94
13. Sivín I, Mishell DR Jr, Victor A, et al. A multicenter study of levonorgestrel-estradiol contraceptive vaginal rings. I. Use effectiveness. Contraception 1981, 24:341-58
14. Sivín I, Tatum HJ. Four years of experience with the TC1 380A intrauterine contraceptive device. Fertil Steril 1981, 36:159-63
15. Steven A Schroeder, Marcus A Krupp, Laurence M. Tierney Jr. Stephen J. McPhee Diagnostico Clínico y Tratamiento. Manual Moderno 1993
16. Triman K, Likin I. Intrauterine device. Popul Rep 198,16:1-31
17. Van der Vange N, Kloosterboer HJ, Haspels AA. Effect of seven low-dose combined oral contraceptive preparation on carbohydrate metabolism. Am J Obstet Gynecol 1987, 156:918-22
18. Vessey MP, Lawless M, McPherson K, Yeates D. Fertility after stopping of intrauterine contraceptive device. Br Med J 1983, 286-106
19. Vessey M, Meisler L, Flavel R, Ryeates D. Outcome of pregnancy women using different methods contraception. Br J Obstet Gynecol 1979, 86:548-56
20. Winters SJ, Marshall GR. Hormonally based male contraceptives: will they even be a reality. J Clin Endocrinol Metab 1991, 73:464-5

21. Zárate Treviño Arturo, DR. " Estado actual de la Planificación
Familiar " Facultad de medicina, UNAH 35. 117. 1992

XII. ANEXOS (INSTRUMENTOS DE RECOLECCION)

Encuesta sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

1) Edad :

2) Sexo :

3) Ocupación :

4) Escolaridad :

5) Edo. Civil :

6)	Ha recibido información	Ha usado en alguna ocasión usted o su pareja
a) Oclusión tubaria bilateral	Si ___ No ___	Si ___ No ___
b) Vasectomía	Si ___ No ___	Si ___ No ___
c) Inyecciones	Si ___ No ___	Si ___ No ___
d) Pastillas	Si ___ No ___	Si ___ No ___
e) Dispositivo intrauterino	Si ___ No ___	Si ___ No ___
f) Preservativo	Si ___ No ___	Si ___ No ___
g) Ovulos, jaleas espumas	Si ___ No ___	Si ___ No ___
h) Ritmo, calendario o Billigs	Si ___ No ___	Si ___ No ___
i) Retiro o coito interrumpido	Si ___ No ___	Si ___ No ___
j) Aborto provocado	Si ___ No ___	Si ___ No ___
k) Otros (tés, hiervas)	Si ___ No ___	Si ___ No ___

7) Esta utilizando algun método usted o su pareja

Si ___ No ___