

11226

120
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

SEDE
CLINICA HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"

AV. 27 DE FEBRERO 1806 VILLAHERMOSA, TABASCO

**"FACTORES DE ACEPTABILIDAD Y ABANDONO DE
LOS DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE
EDAD, EN LA U.M.F. DEL I.S.S.S.T.E. DE
EMILIANO ZAPATA, TABASCO"**

[Handwritten signature]

PROFESORADO DE ESPECIALIDAD
ACTIVIDAD CLINICA HOSPITAL
DR. DANIEL GURRIA URGELL
VILLAHERMOSA, TAB.

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

PRESENTA

DR. FAUSTO SARA O AGUIRRE



SSSTE
ESIS CON
LA DE ORIGEN

27/1/68

Villahermosa, Tabasco, Mayo de 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACTORES DE ACEPTABILIDAD Y ABANDONO DE LOS DIFERENTES
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DE 12 A 49
AÑOS DE EDAD, EN LA U.M.F. DEL ISSSTE DE EMILIANO ZAPATA,
TABASCO**

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

DR. FAUSTO SARAO AGUIRRE

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

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

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

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.


**FACTORES DE ACEPTABILIDAD Y ABANDONO DE LOS DIFERENTES
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE
EDAD, EN LA U.M.F. DEL ISSSTE DE EMILIANO ZAPATA, TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA

FAMILIAR PRESENTA:


DR. FAUSTO SARA O AGUIRRE

AUTORIZACIONES


DR. ALFREDO ENRIQUE CARBALLO
PROF. TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
VILLAHERMOSA, TABASCO


DR. JUAN JOSÉ LOPEZ MACIAS
ASESOR DE TESIS

DRA. LUZ MARÍA JUAREZ
ASESORA DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

Dedicatorias

A mis padres:

- *María (†) y José (†)*

Por su infinito apoyo y

eterno agradecimiento.

A mis hermanos:

A mi esposa:

Celinda

Por su comprensión y cariño

A mis hijos:

Gigliola Maria, Jose Fausto y

Gerardo David

Con todo mi amor

A mis maestros:

Que me brindaron su apoyo

desinteresadamente.

Gracias

A mis compañeros y amigos

Que de alguna forma me

apoyaron

Gracias

A Dios:

Por haberme dado la vida

y haberme iluminado

por el camino del saber

**“FACTORES DE ACEPTABILIDAD Y
ABANDONO DE LOS DIFERENTES METODOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS
MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD, EN LA
U.M.F. DEL I.S.S.S.T.E. DE EMILIANO
ZAPATA, TABASCO”**

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| I. Título | |
| II. Índice General..... | 2 |
| III. Marco Teórico... .. | 4 |
| (Marco de Referencia o Antecedentes) | |
| IV. Planteamiento del problema | 16 |
| V. Justificación | 19 |
| VI. Objetivos | 21 |
| VII. Metodología..... | 23 |
| a) Tipo de estudio | |
| b) Población, lugar y tiempo | |
| c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra | |
| D) Criterios de inclusión, no inclusión y exclusión. | |
| e) Información a recolectar | |
| f) Método o procedimiento para captar la información | |
| g) Consideraciones éticas | |

| | |
|-------------------------------------|----|
| VIII. Resultados..... | 27 |
| a) Descripción de resultados | 28 |
| IX. Análisis de los resultados..... | 32 |
| X. Conclusiones..... | 37 |
| XI. Bibliografía..... | 39 |
| XII. Anexos..... | 46 |

III. Marco Teórico
(Marco de Referencia o Antecedentes).

4

MARCO TEORICO

(MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES)

De suma gravedad y preocupación constante de pueblos y gobiernos ha resultado ser el problema de la sobre población mundial, fenómeno que con mayor fuerza se ha resentido en los países en vías de desarrollo, especialmente en los latinoamericanos.

En México, el problema de la explosión demográfica ha sido uno de los mayores retos y es por ello que los mayores esfuerzos se han dirigido al control de la natalidad como alternativa para prevenir el crecimiento desmesurado de la población, todo ello a través de los métodos de planificación familiar que han sido implementados a través de las distintas instancias de salud pública. En efecto, una de las herramientas más eficaces ha sido la planificación familiar que ha sido llevada a todos los rincones del país, aunque con variados resultados debido a la falta de aceptación en algunos casos por parte de los usuarios o el propio abandono de los métodos. Todo ello en muchos de los casos por una falta de preparación u orientación educativa para su uso adecuado, así como el conocimiento acerca de la importancia de su empleo.

Precisamente el contenido fundamental de este trabajo discurre en torno a la importancia que tiene el nivel de educación, situación socioeconómica, estado civil, edad, i v s a., ocupación, efecto colaterales de los diferentes métodos de planificación familiar de las distintas mujeres sujeto de estudio.

Todo lo anterior con la pretensión de ilustrar la importancia que tienen otros factores diferentes a los médicos como son los socio-culturales y económicos sobre los programas de planificación familiar que si bien es cierto son indispensables para controlar el crecimiento poblacional, no siempre surten los efectos requeridos, necesiándose de otro tipo de apoyos, tales como la capacitación permanente y orientación familiar.

Antiguamente el uso de métodos de planificación familiar, cualquiera que fuera la forma de control para la natalidad, resultaba rechazado de manera tajante por la moral de la sociedad ¹

El problema del crecimiento poblacional ha llegado a tal magnitud que prácticamente todos los sectores de la sociedad admiten la licitud del control de la natalidad, considerándolo no sólo lícito sino necesario. El problema de sobrepoblación ha provocado severos conflictos y dificultades, que aunados a la incapacidad de gobiernos para satisfacer los mínimos indispensables para la subsistencia, tales como vivienda, alimentación, salud y empleo, así como educación, entre otros, hace que este se agudice y repercuta negativamente en la vida de los hombres.²

Para el caso de Tabasco la población se ha incrementado en las últimas décadas. En 1990 el crecimiento poblacional fue de 3.6% para el Estado de Tabasco y para Emiliano

¹ Documentos sobre planificación familiar y la salud. Curso básico sobre Orientación Sexual y Planificación familiar. S.S.A. - D.G.P.F. Oct. 1984. Pág. 2

² Programa Interinstitucional de Planificación familiar. SSA, 1993 - 1998. Pág. 5

Zapata 2.7%. En 1995 para el Estado de Tabasco es de 2.7% y para Emiliano Zapata ha tenido por su parte un 2.4% de incremento poblacional.³

Es precisamente en los países en vías de desarrollo donde con mayor fuerza se resienten los problemas derivados de la superpoblación. Además, es importante señalar los problemas de natalidad y mortalidad infantil derivados de la mala planeación para la reproducción humana

Si bien es cierto que también los países industrializados o llamados de primer mundo sufren el problema multicitado, son sobre todos los países del subdesarrollo, entre los que se encuentran los ubicados en Asia, África y América quienes se ven más afectados

En la planificación familiar son varios los factores que intervienen, siendo fundamental la de quienes reciben y ponen en práctica los métodos de planificación familiar, la aceptación o rechazo muchas veces dependen no solo de la decisión del usuario, sino que en ellos intervienen otros factores, tales como:

- a) Estado civil.
- b) Medio de educación, nivel escolar.
- c) Ocupación.
- d) La edad.
- e) La situación económica.

³ Cuadernos Estadístico Municipal. Edición 1996. Para 1995. INEGI. Tabasco Resultados definitivos, tabulados básicos, conteo de población y vivienda 1995. Pág 19.

f) Efectos colaterales de los diferentes métodos de planificación familiar.

g) Inicio de vida sexual activa

En el contexto local, estatal, nacional y mundial, los programas y campañas de planificación familiar se han multiplicado al considerar la explosión demográfica como un problema de salud pública ⁴

Con la finalidad de conocer las causas de rechazo del dispositivo intrauterino (DIU), se realizó una encuesta investigando los motivos para aceptar o no el DIU así como el grado de conocimiento sobre dicho método anticonceptivo. No existieron diferencias entre los grupos en relación con edad, escolaridad, religión, estado civil y grado de conocimiento sobre el DIU, un alto porcentaje rechazó la colocación del DIU porque no tenían información sobre el mismo, en otro porcentaje menor el esposo se negó a que se lo colocaran y un porcentaje mínimo había sido expuestas a rumores negativos en relación con el DIU. En conclusión rechazan la colocación del DIU por falta de conocimiento sobre el mismo y negativa del esposo para su colocación.⁵

En la Conferencia Mundial de Población celebrada en Yakarta en 1981, se expuso que la planificación familiar es un componente esencial de toda estrategia de desarrollo que trata de mejorar la calidad de vida tanto de los individuos como de las comunidades. Dicha planificación es un derecho humano básico, por lo que los gobiernos deben traducir este

⁴ Enciclopedia de los Municipios de México, Tabasco 1985.

⁵ Causas del Rechazo del Dispositivo Intrauterino posaparto. Lemarroy, M. I. Gine obst Méx 1995. Pág. 64:43

derecho en políticas y programas ajustados a la realidad que satisfaga las necesidades de los pueblos

Los objetivos del PNPf son contribuir al bienestar de la familia por medio del suministro de información, educación y servicio.⁷

El DIU es un método anticonceptivo confiable, reversible y el más ampliamente utilizado en el mundo. Se calcula que 85 millones de mujeres usan el DIU, con una tasa de embarazo de 1.8 a 9 años, la cual varía de acuerdo con el manejo del clínico, selección de la candidata, elección del DIU, técnica y momento de inserción, así como del seguimiento.⁸ El dispositivo intrauterino posparto es aquel DIU que se inserta durante los primeros diez minutos hasta 48 horas después de la expulsión de la placenta.⁹ Dentro de sus ventajas destacan: bajo costo, no interferencia con la producción láctea, baja incidencia de infección, pocos problemas de metrorragias, bajas tasas de perforación intrauterina, no interferencia con la actividad sexual de la pareja, acción local y protección anticonceptiva.¹⁰ Los efectos adversos incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, perforaciones intestinales,¹¹ perforación

⁶ Planificación familiar Rosenfield A, Wray J., 2ª Ed. México, D. F. 1984. 4ª

⁷ Patrones de salud de atención materno infantil en México. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Materna Infantil y Planificación México 1981. Pág. 75

⁸ Intrauterine contraception. Reinprayoon D. *Curr Opin-Obstet-Gynecol* 1992; 4:527-30

⁹ Dispositivo Intrauterino para uso en el posparto. Thierry M. FHI Translatión 1991. 4S:1

¹⁰ Postpartum IUD. Keys for success. *Contraception* O'Hanley K, Hubert DH: 1992. 45:351-361

¹¹ Serous intestinal complication five years after insertion of a NOVA-T Gronlund B, Blaabjerg J. *Contraception* 1991; 44:517-20.

uterina y expulsión del DIU.¹² Las tasas de expulsión dependen del momento de su inserción, tipo de DIU y técnicas. éstas varía de 7 a 15 por 100 usuarias a los 6 meses. Las tasas de embarazos no deseados van de 2 a 2.8 por 100 usuarias a los 24 meses aun cuando se empleen DIU de cobre, correcta técnica de inserción y adecuado seguimiento.¹³

Pongamos como ejemplo el caso de Vietnam, país que pese a encontrarse en estado de transición ha implementado de manera vigorosa estrategias de planificación familiar de un \$0 15 del ingreso per cápita, para emplearlo en los programas de planificación familiar, lo cual trajo como consecuencia la disminución de infecciones del tracto vaginal y el índice de abortos.¹⁴

Mundialmente los programas de planificación familiar se han duplicado de 1982 a 1989.¹⁵

También hay que tener en cuenta la calidad en el cuidado de las unidades de planificación familiar que está determinada por el establecimiento de la fertilidad, en segundo lugar hay que tomar en cuenta la estructura, elementos y resultados de los servicios de planificación familiar y en tercer lugar se designan indicadores y necesidades estándares

¹² The IUD after 20 years Hutchings JE, Benson. PJ, Perking GW y col.; FamPlannPerspect 1985; 17:244-7.

¹³ Postpartum IUD: Keys for success. Contraception O'Hanley K, Huber DH 1992. 45:351-361

¹⁴ Family Planning in Vietnam. Fowerete in-Mt. World-Health-Stat-O 1994 A7 (1)36-95 Switzerland

¹⁵ Measuring the effort levels of Family Planning Programmes. (Profile of treinta programme effort scores, 1982 and 1989) Rose - JA Mauldin-Wp. World-Health-Stat-O 1994 47(1)16-25. Switzerland.

para la oportunidad de los niveles de calidad de los programas en las unidades de planificación familiar.

Por lo que respecta al efecto de la educación, es importante señalar que en los niveles de educación en la población expuesta al HIV de mujeres atendidas en clínicas de planificación familiar en Virginia, en las cuales se encuentran los niveles de alfabetización de 9.9%, la atención educacional del 18% de la población que requiere programas de planificación familiar se encuentra entre adolescentes con un grado de escolaridad de 8.3%, lo cual significa que las mujeres tengan un grado tan bajo de educación. En lo que se refiere a la primera experiencia sexual, en mujeres ocurre en edad temprana, 15 años de edad, esto sucede en adolescentes sin información adecuada y sin asesoría, quizás una pequeña porción de esta población adolescente conoce el significado de su ciclo menstrual y una gran proporción de embarazos ocurre por falta de información, por lo cual es necesario una mayor educación y volver más accesible los anticonceptivos.^{17 18}

¹⁶ Monitoring and evaluation the quality of family planning services. Gómez-Dantes-C. García Nuñez J. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor. México. Salud Pública México, 1994 mar - apr. 36 (2)180-9. México.

¹⁷ Literacy of women attending Family Planning Clinics in Virginia and reading levels of brochures on HIV prevention. Wells. JA. Ruscavage D; Parker B., Mc. Arthur I. Center of Health Policy studies. Columbia. MD. Fam-Plann-Percept. 1994. May - jun 26 (3) 113 - 5 United States.

¹⁸ Sexual behavior, Reproductive health and Contraceptive use among adolescent and young adults in Mabale Distrit. Agyle Wk Gaeperte J., Epema E; The future group Washington. DC. J-Trop-Med-Hyg 1994 aug 219-27 England

Existen aproximadamente 2.614 agencias que promueven la planificación familiar y dan este servicio 5.640 clínicas de planificación familiar en los Estados Unidos, dichas cifras se han incrementado. El departamento de salud opera en el servicio de planificación familiar en un 15% de los hospitales y en un 6% en otras agencias, estas agencias promueven un 72% de métodos anticoncepcionales ¹⁹

En España se utilizan métodos naturales de planificación familiar. el cual es usado por el grueso de la población, dentro de los métodos ocupado es la medición de la temperatura, análisis del moco cervical ^{20 21}

Un estudio piloto conduce a Muzaffarnagar en el estado de Uttar, India, a demostrar el uso potencial de la medicina tradicional en los servicios de planificación familiar, dichos métodos impartidos a mujeres en un promedio de 25 años (37%) de éstas, sólo el 25% utilizan estos métodos.²²

¹⁹ Famlyl Planning agencies services, policies and fundign. Henshaw SK., Torres A., Fam-Plann-Perspect. 1994. Mar-apr. 26 (2) 529-82 United States.

²⁰ Fertily control by natural methods. Chica Md., Barraco E. Departamento de Salud de San Felipe. Jenn, Spain. Adv - contracept 1994. Mar. 33-6 Netherlands

²¹ Current status of natural family planning in Granada (Spain). Barraco E Sánchez, M, J , Garcia I. Soler, F , Chica md. Departamento de Obstetricia, Hospital Universitario de Granada (Spain) Adv - Contracept 1994 mar 10 (1) 27 - 32 Netherlands.

²² Use traditional Medical prationiters to delivery family planing services in Uttar Pradesh. Kambo Ip., upte., Rm., Kundu As., Dhillon BS., Saxene Bn., Indian council of Medical Research. New Dwlhi. Stud Fam-Plann 1994. Jab-feb 25(1) 32-40 United States

En Agosto de 1990 y diciembre de 1991, el 25% de mujeres de edad reproductiva en Etiopia utilizan modernos métodos de anticonceptivos de planificación familiar. Por su parte, Nigeria Tanzania y Zimbabwe, de un estudio conductual indica que tienen grandes problemas para el uso de métodos de planificación familiar debido a que no tienen suficiente educación y servicios de salud ^{23 24}

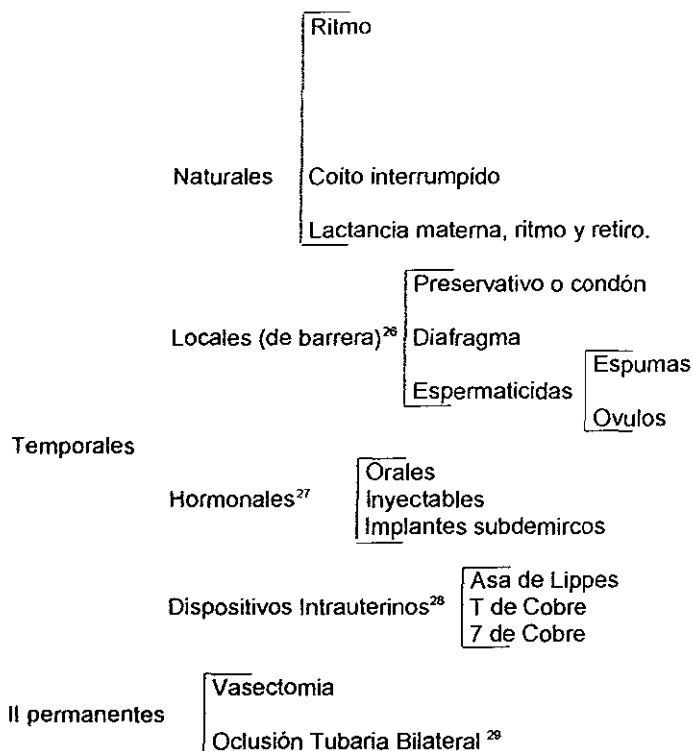
En América Latina, la mayoría de los programas de planificación familiar fueron implementado como respuestas al crecimiento de la población, en la reciente década los programas de planificación familiar han manejado metas bajas en los programas de analfabetismo como consecuencia de la pobre educación. Estudios realizados por el Fondo para la Población de la ONU en los que se analiza el crecimiento demográfico, indica que en África menos del 25% de las mujeres no desea embarazarse tomando anticonceptivos, en América Latina la cifra ronda el 50% de las mujeres no desean embarazarse usando métodos anticonceptivos.²⁵

²³ Using situation analysis data to asses the fuctutioning of family lanning in Nigeria, Tanzania and Zimbaw Mesc. B., Fisher A., Askew Y., Ajayi a., Population concunil. New Yorks Stud-Fam-plann 1994 Jan-Feb 25 (1) United States

²⁴ Modern Contraception use in Ethiopias. Terero A., Larson Cp., Departament of community Health. Addis Ababa University Ethiopie. AM-Public-Heath 1993 nov. 83 (11), 1507-71. United States

²⁵ Quality of care in family planning in Latin América. Díaz J Díaz M Populati6n council. Oggice in Brazil Adv contracept 1993 jun 9 (20) 117-28 Netherlands.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



Existen muchos métodos anticonceptivos, pueden ser enfocados a la mujer o al varón, los más usados son aplicados al sexo femenino y se busca que los métodos sean de larga duración y de alta efectividad para que las pacientes no la abandonen. En México ya contamos con uno de los mejores y más modernos anticonceptivos que son los implantes de levonorgestrel. Aunque estén lejos de ser el anticonceptivo ideal, aventajan de

²⁶ Métodos de Barrera. Population Reports. Serie H. No. 5. Abril 1980

²⁷ Anticonceptivos orales hormonales. Aspectos técnicos y de inocuidad. Publicaciones científicas No. 428 OPS/OMS 1982.

²⁸ Dispositivo Intrauterino. Population Reports. Serie B. No. 4. Noviembre de 1984.

forma importante a los conocidos actualmente en este país ya que no contienen estrógenos, tienen una duración de hasta cinco años, son reversibles y se colocan fácilmente en el consultorio ²⁰

¹⁹ Anticonceptivos Hormonales Inyectables. Aspectos técnicos y de inocuidad Publicaciones científicas. No. 428. OPS/OMS 1982.

²⁰ Levonorgestrel contraceptive implants Vasconcelos A., M. y col.: Reality and controversy of a current contraceptive method. Ginec Obst. Mex. 1996, 64 498.

IV. Planteamiento del problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres, de 12 a 49 años de edad que tienen un nivel socioeconómico adecuado y buena escolaridad, aceptan de diferentes formas los métodos anticonceptivos de planificación familiar, que las mujeres de igual edad, pero con nivel socioeconómico bajo y poca escolaridad.

¿Cuáles son los factores que influyen en la aceptación o abandono de los diferentes métodos de planificación familiar en pacientes de 12 a 49 años de edad en la U.M.F. del I.S.S.S.T.E. de Emiliano Zapata, Tabasco?

V. **Justificación**

JUSTIFICACION

La planificación familiar, entendida ésta como el procedimiento mediante el cual las familias pueden controlar de manera consciente el número y temporalidad de miembros con que desean contar en lo que a descendencia se refiere, a través de métodos naturales o artificiales, ha requerido del apoyo permanente de las instituciones de salud pública existentes, teniendo como tarea fundamental preservar el bienestar de las familias y en consecuencia de la sociedad en general. Aunque es importante señalar que igualmente el sistema educativo ha jugado un papel muy importante por cuanto ayuda a la aceptación de dichos métodos por parte de la pareja.

En efecto, salud y educación se encuentran íntimamente vinculados y para el caso de planificación familiar resulta de sumo interés identificar precisamente cuál es el vínculo que une a estas dos variables.

Si bien es cierto que es indispensable poner en práctica todos los métodos de planificación familiar para controlar la natalidad, es necesario comprobar que su aplicación lleve un grado pleno de conciencia de quien los usa.

Tomando en cuenta lo grave de la tasa de crecimiento anual en México que es de 3.5% y que en Tabasco es de 2.7%, sabemos que existe una imperiosa necesidad de poner en práctica e incrementar las medidas indispensables para enfrentar el problema. Y así controla el crecimiento poblacional. Es importante pues poner en práctica en este caso a ni-

-vel experimental, estudios analíticos sobre la efectividad de programas de planificación familiar.

En el municipio de Emiliano Zapata, Tabasco, la unidad Médica Familiar del I.S.S.S.T.E cuenta con un programa de control y planificación, dentro del cual se cuenta con un número considerable de la población femenina derechohabiente. Por ello se consideró la posibilidad de que el presente estudio se enfocase al análisis de la relación que guardan las diferentes variables de las usuarias de planificación familiar de la U.M.F. (I.S.S.S.T.E), de Emiliano Zapata; con cada uno de los métodos anticonceptivos ofertado por dicha institución de salud.

Es precisamente en los países en vías de desarrollo donde con mayor fuerza se resienten los problemas derivados de la superpoblación. Además, es importante señalar los problemas de natalidad y mortalidad infantil derivados de la mala planeación para la reproducción humana.

VI. Objetivos.

OBJETIVO GENERAL,

- Identificar algunos de los factores que influyen en la aceptabilidad y abandono de los diferentes métodos de planificación familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los grupos de edades.
- Determinar el estado civil.
- Determinar la ocupación laboral.
- Determinar el grado escolar.
- Identificar los diferentes métodos de planificación familiar más utilizados.
- Determinar los efectos colaterales de los diferentes métodos de planificación familiar.

VII. Metodología.

- A) Tipo de estudio.
- B) Población, lugar y tiempo.
- C) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.
- D) Criterio de inclusión, no inclusión y de exclusión.
- E) Información a recolectar.
- F) Método o procedimiento para captar la información.
- G) Consideraciones éticas.

METODOLOGIA

El trabajo de investigación aquí planteado y que se llevó a cabo con la finalidad de cubrir el requisito para aprobar el curso de especialización en medicina familiar, hubo de realizarse en base a la minuciosa revisión de expedientes clínicos de 40 casos de mujeres cuyas edades fluctúan entre los 12 y 49 años de edad, todas ellas pacientes de consulta externa de la Unidad Médica Familiar del I.S.S.T.E. de Emiliano Zapata, Tabasco, municipio localizado en el oriente del estado y cuya población para 1985 era de 23,878 habitantes.

Dicho trabajo tuvo como duración en lo que al trabajo de revisión y localización de variables se refiere a partir del 1° de mayo hasta el 31 de julio, ocupando los meses de agosto a noviembre para el análisis e interpretación de la información

Se pretendió en todo momento ser objetivo en cuanto a la selección de la muestra y las principales variables objeto del estudio fueron.

- A) Edad
- B) Estado civil.
- C) Escolaridad
- D) Estado socioeconómico.
- E) Ocupación.
- F) Inicio de vida sexual activa.

La información no obtenida a través de la revisión del expediente clínico, fue realizada a la paciente (previa localización del domicilio y citada a la consulta), para la obtención completa de la información. No se realizó carta de consentimiento, porque sólo se entrevistó a las pacientes para contestar las preguntas del formato (recolección de datos) que no causaba daño alguno.

Especificación de variables.

Sujeto: Mujeres con vida sexual activa de 12 a 49 años de edad.

Variable independiente:

- Nivel socioeconómico alto (más de 4 salarios mínimos).
- Escolaridad mayor (más de secundaria)
- Sin disfunción familiar
- Mejores antecedentes ginecoobstétricos (G = 0 a 2).
- Inicio de vida sexual activa después de los 20 a los 30 años.

Variable dependiente.

- A diferente demostración de los métodos anticonceptivos de planificación familiar

- Criterio de inclusión, no inclusión y exclusión de los sujetos de estudio.

| INCLUSIÓN | NO INCLUSIÓN | EXCLUSIÓN |
|---|--|--|
| - Mujeres con edad de 12 a 49 años de edad con vida sexual activa. | - Mujeres menores de 12 años o mayores de 49 años. | - Mujeres que ya no acuden a la unidad a demandar el servicio |
| - Mujeres que solicitan un método anticonceptivo de planificación familiar. | - Mujeres sin vida sexual activa - Mujeres que no acuden a solicitar métodos anticonceptivos de planificación familiar. | de planificación familiar. - Mujeres que se embarazaron aun con el método de estudio. |
| - Mujeres que tengan esposos sin vasectomía. | - Mujeres con esposos que tengan vasectomía. | |
| - Mujeres que no tenga histerectomía. | - Mujeres que tienen histerectomía | |
| - Mujeres que no tengan padecimientos crónicos degenerativos graves. | - Mujeres con padecimientos crónicos degenerativos graves. | |
| - Mujeres sin embarazo. | - Mujeres con embarazo. | |

VIII. Resultados

a) Descripción de resultados

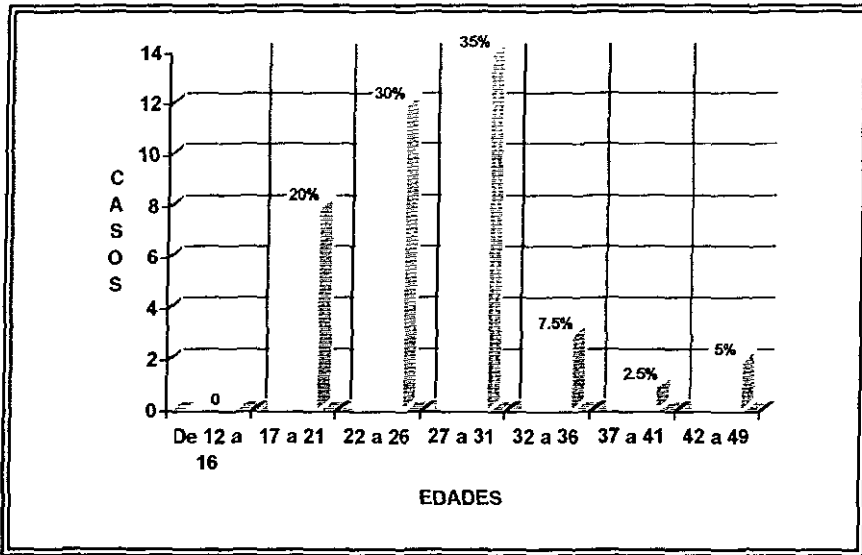
a) Descripción de resultados

a) DESCRIPCION DE RESULTADOS

La atención y control del crecimiento demográfico a través de los distintos métodos de planificación requiere necesariamente de la aceptación por parte de los usuarios, es indispensable pues una entera disponibilidad de éstos para su utilización adecuada y para que los resultados de su aplicación sean los óptimos. Por tanto, es importante destacar el empleo de variables tales como escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico y cultural para evaluar el problema que nos ocupa, toda vez que dichas variables influyen considerablemente en la aceptación de los métodos de planificación familiar.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, comparativo, observacional del 1° de mayo al 31 de junio de 1995 en la U.M.F. (ISSSTE), de Emiliano Zapata, Tabasco; revisándose un total de 40 pacientes (expedientes clínicos), cuyas edades fluctuaron de los 17 a los 44 años de edad, cuyo promedio fue de 26.37 años. Encontrándose por grupos quinquenales de edad: 0 mujeres cuentan con edades de 12 a 16 años (0%); 8 mujeres cuentan con edades entre los 17 y 21 años (20%); 12 mujeres de 22 a 26, (30%); 14 mujeres de la muestra tienen entre 27 y 31 años (35%); 3 mujeres, (7.5%) tienen edades que fluctúan entre los 32 y los 36 años de edad; una mujer (2.5%) tienen de 37 a 41 años y el restante dos mujeres (5%) de 42 a 49 años de edad (Gráfica 1).

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 0 |
| De 17 a 21 años | 8 |
| De 22 a 26 años | 12 |
| De 27 a 31 años | 14 |
| De 32 a 36 años | 3 |
| De 37 a 41 años | 1 |
| De 42 a 49 años | 2 |



GRAFICA 1

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES EN MUJERES EN EDAD PRODUCTIVA
 POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

La variedad "Estado Civil" demostró que el 75% del total del número de casos se encuentra casadas, mientras el 17.5% son solteras y el restante 7.5 % se encuentra en unión libre. (Gráfica 2).

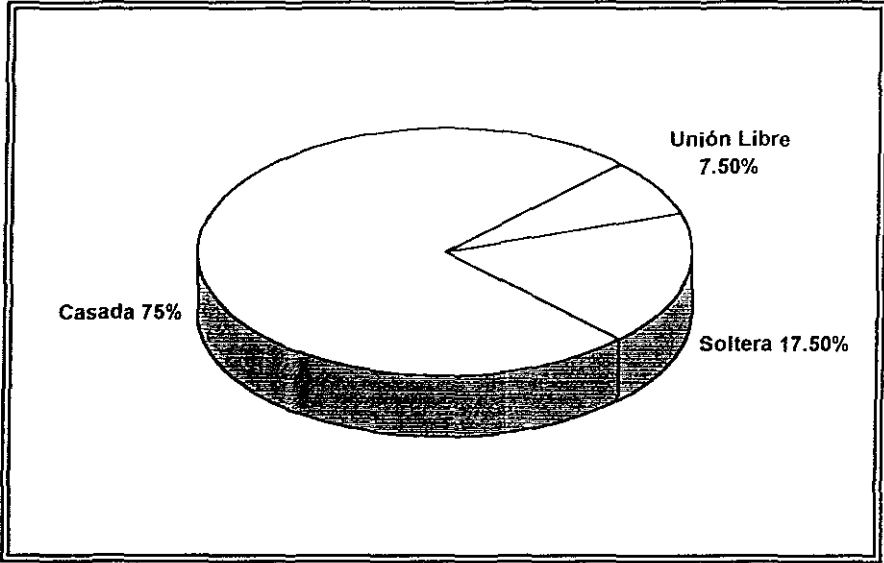
Por lo que respecta a la ocupación de las mujeres sujetos de la investigación la mayor parte de ellas, es decir, el 65% se dedican a las labores del hogar; el 20% son secretarias, el 12.5% trabajan como profesoras y el restante 2.5% son enfermeras. (Gráfica 3).

La escolaridad de quienes conforman la muestra de distribuye de la siguiente manera: el 42.5% estudiaron la primaria, el 37.5% llegaron a la preparatoria y el 20% cursó la primaria, no se localizó ninguna profesional (Gráfica 4).

Se demostró el porcentaje del IVSA en la muestra de 40 casos, quedando de la siguiente manera: de 12 a 16 años, el 32.5%; de 17 a 21 años 62.5%, de 22 a 26 años el 5%, no habiendo casos del IVSA entre las edades de 32 años o más (Gráfica 5).

En lo que se refiere al uso de los distintos métodos de planificación familiar, quedó demostrado que hay inclinación por el uso de métodos hormonales y dispositivos intrauterinos, pues el 87.5%, utilizan los primeros y el 12.5% hacen uso del D.I.U. (Gráfica 6).

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Soltera | 7 |
| Casada | 30 |
| Unión Libre | 3 |

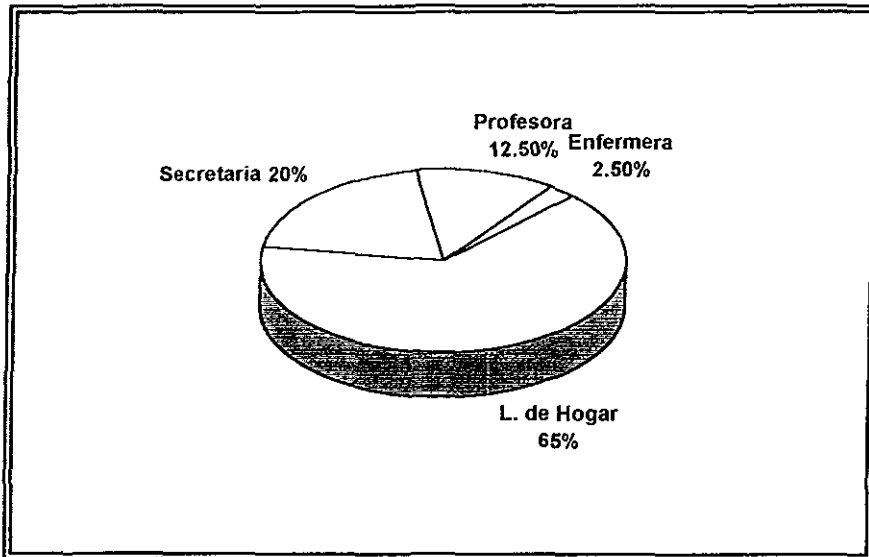


GRAFICA 2

PORCENTAJE DE CASOS POR ESTADO CIVIL

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| L. de Hogar | 26 |
| Secretaria | 8 |
| Profesora | 5 |
| Enfermera | 1 |

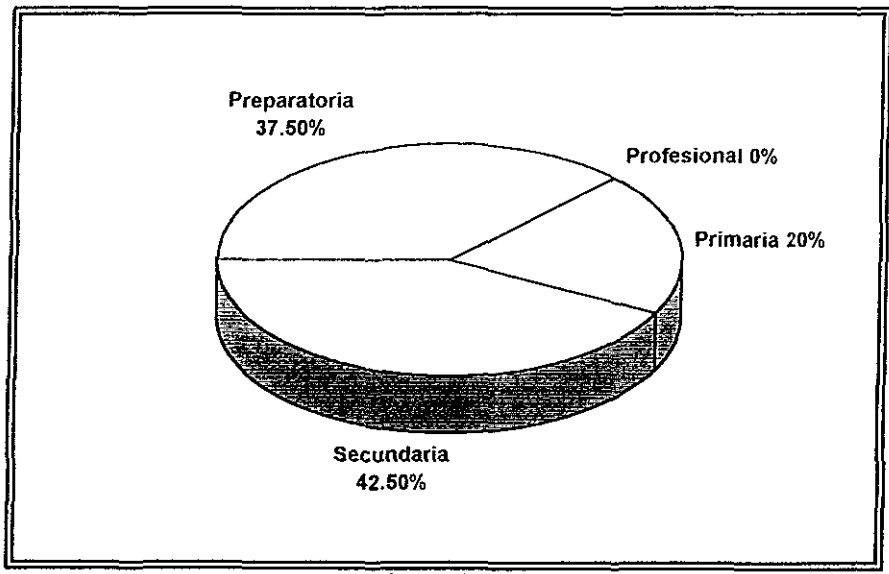


GRAFICA 3

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DE OCUPACION

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Guria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Primaria | 8 |
| Secundaria | 17 |
| Preparatoria | 15 |
| Profesional | 0 |

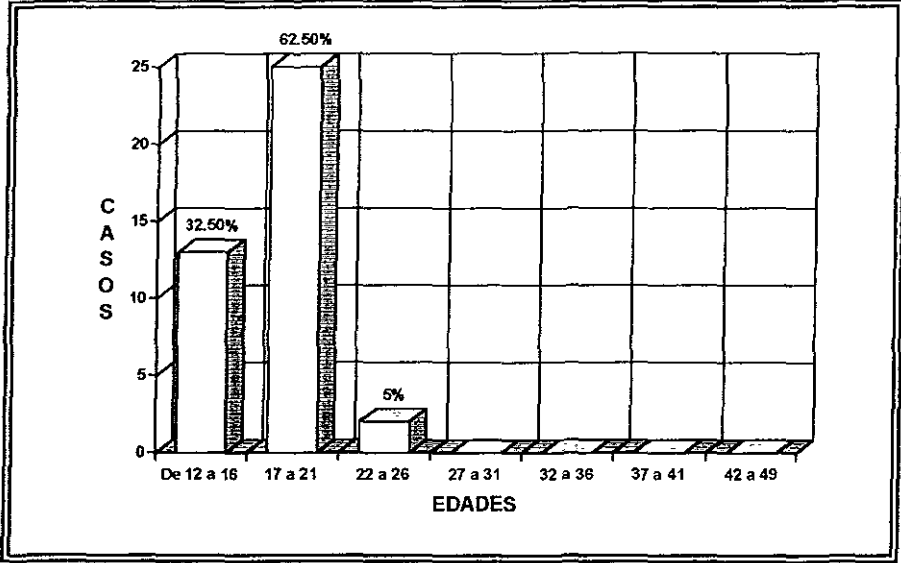


GRAFICA 4

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DE ESCOLARIDAD

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

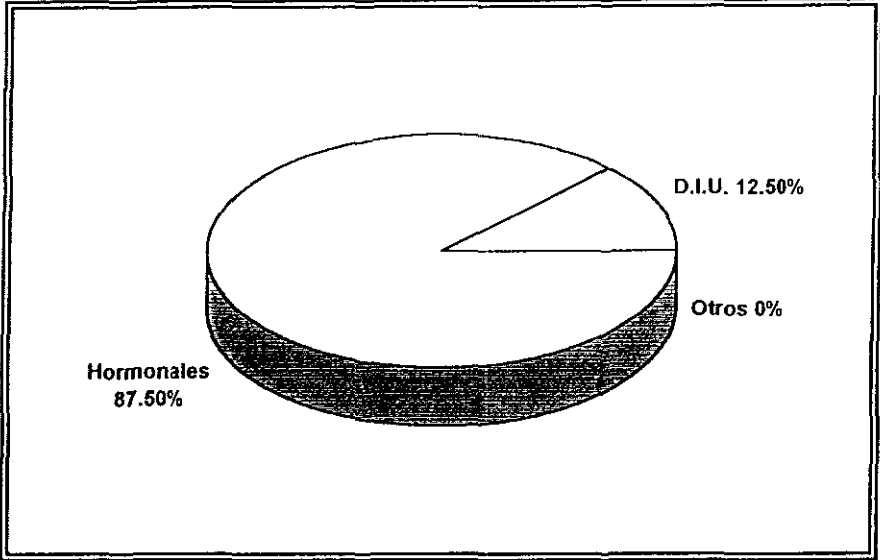
| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 13 |
| De 17 a 21 años | 25 |
| De 22 a 26 años | 2 |
| De 27 a 31 años | 0 |
| De 32 a 36 años | 0 |
| De 37 a 41 años | 0 |
| De 42 a 49 años | 0 |



GRAFICA 5
NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DEL IVSA
EN UNA MUESTRA DE 40 CASOS

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Soltera | 7 |
| Casada | 30 |
| Unión Libre | 3 |



GRAFICA 6

**NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR TIPO DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Guria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

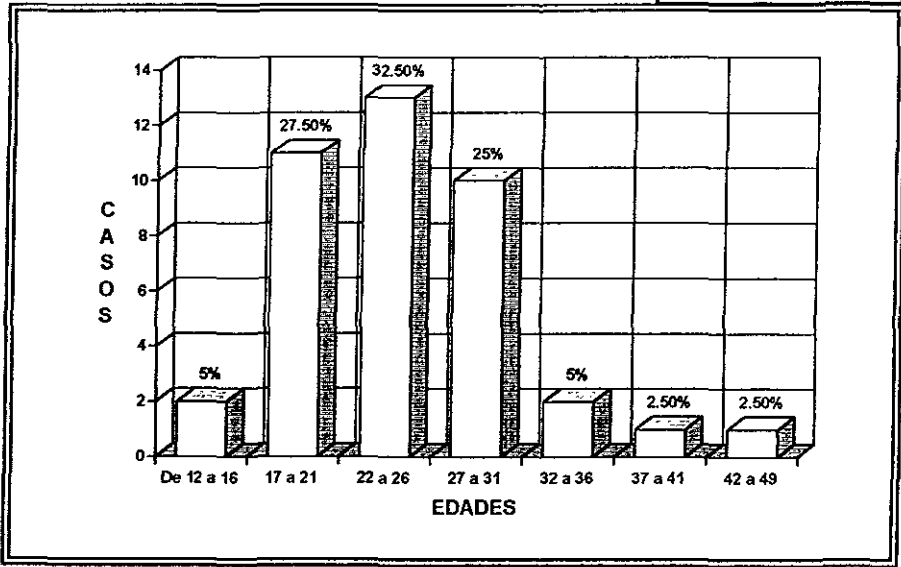
Los datos relativos al porcentaje de casos que utilizan métodos de planificación reflejan que de la muestra analizada el 5% inició su uso entre los 12 y 16 años; el 27.5% entre los 17 y 21 años; el 32.5% de los 22 a los 26 años; el 25% entre los 27 y 31 años; de 32 a 36 años el 5%; de 37 a 41 años el 2.5% y el 2.5% restante de 42 a 49 años de edad. (Gráfica 7).

Para poder determinar la posible causa de abandono de los métodos de planificación familiar se realizó un análisis de los efectos colaterales del uso de los diversos métodos, encontrando que en el caso de cefaleas, esta se presenta en el 28% de las mujeres entre los 17 y 21 años; el 32% de las que tienen entre 22 y 26 años, el 32% de quienes cuyas edades fluctúan entre los 27 y 31 años de edad; el 4% de las que tienen de 32 a 36 e igualmente entre las que tienen de 37 a 41 años. (Gráfica 8.).

Por náuseas y vómitos sufren alteraciones el 25% de mujeres con edades de 17 a 21 años; 29.17% de 22 a 26; 33.33% de 27 a 31 años; 8.33% de 32 a 36 años; 4.17% de 37 a 41 años. (Gráfica 9).

Presentan sangrado intermenstrual el 13.33% de mujeres con edades entre los 17 y 21 años; 40% de 22 a 26, 26.67% aquellas entre 27 y 31 años; de 32 a 36 el 6.67% y 13.33% con edades entre 42 y 49 años. (Gráfica 10).

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 2 |
| De 17 a 21 años | 11 |
| De 22 a 26 años | 13 |
| De 27 a 31 años | 10 |
| De 32 a 36 años | 2 |
| De 37 a 41 años | 1 |
| De 42 a 49 años | 1 |

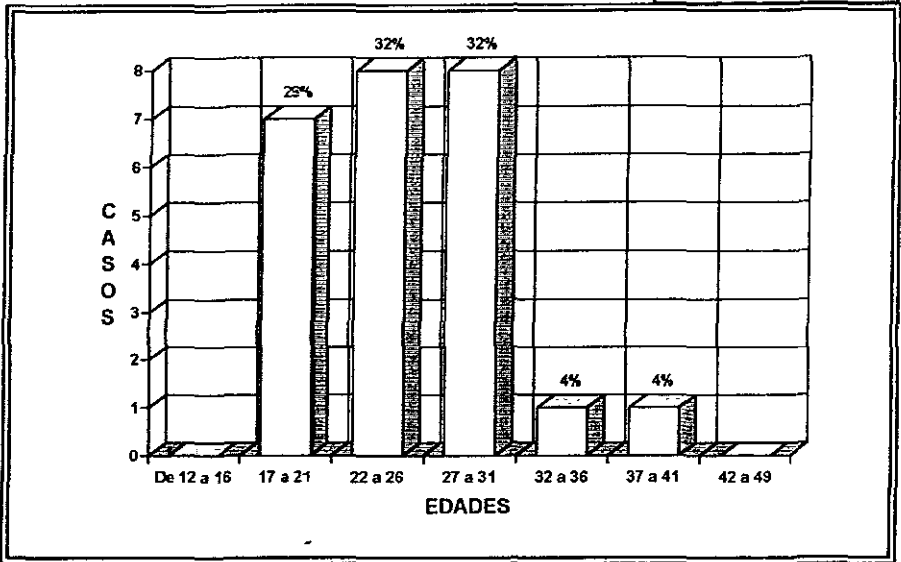


GRAFICA 7

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DEL INICIO
DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 0 |
| De 17 a 21 años | 7 |
| De 22 a 26 años | 8 |
| De 27 a 31 años | 8 |
| De 32 a 36 años | 1 |
| De 37 a 41 años | 1 |
| De 42 a 49 años | 0 |



GRAFICA 8

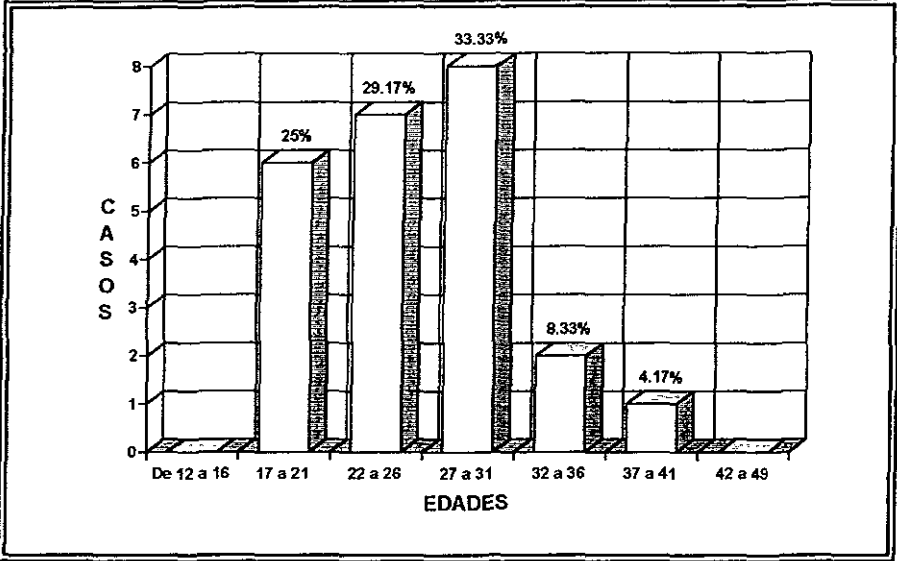
NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR EDADES DE LOS EFECTOS

COLATERALES DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

(CEFALEA)

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 0 |
| De 17 a 21 años | 6 |
| De 22 a 26 años | 7 |
| De 27 a 31 años | 8 |
| De 32 a 36 años | 2 |
| De 37 a 41 años | 1 |
| De 42 a 49 años | 0 |

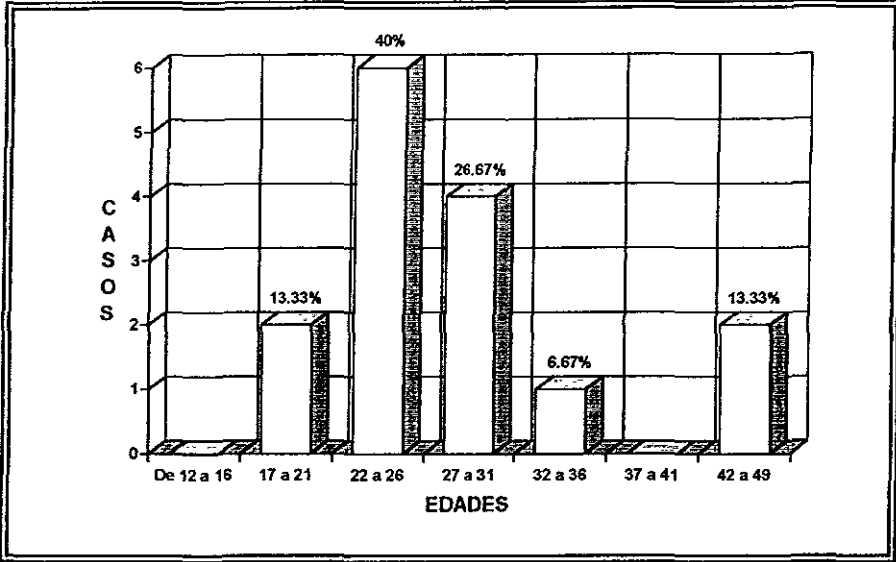


GRAFICA 9

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR EIDADES DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (NAUSEAS Y VOMITO)

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| De 12 a 16 años | 0 |
| De 17 a 21 años | 2 |
| De 22 a 26 años | 6 |
| De 27 a 31 años | 4 |
| De 32 a 36 años | 1 |
| De 37 a 41 años | 0 |
| De 42 a 49 años | 2 |

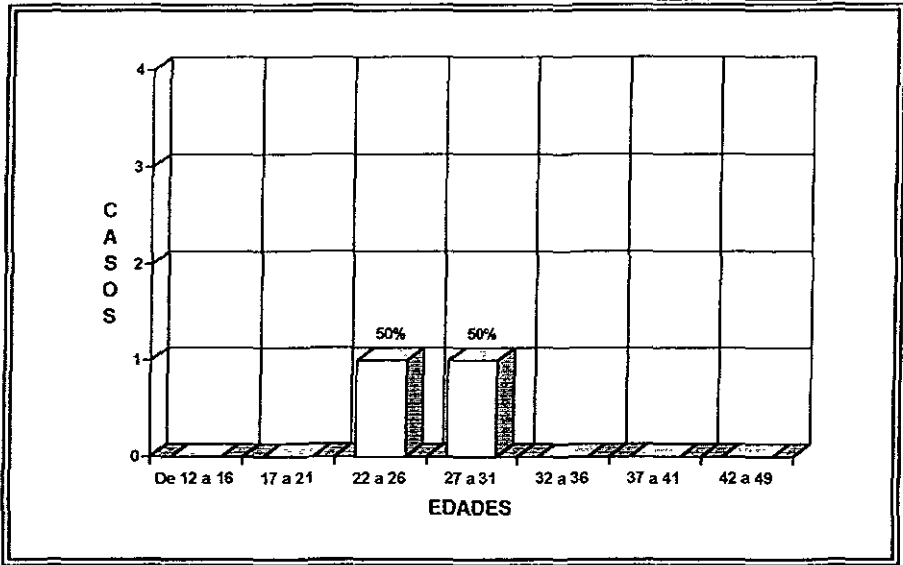


GRAFICA 10

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR EIDADES DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (SANGRADO INTERMENSTRUAL)

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| Número de casos | 40 |
|-----------------|----|
| De 12 a 16 años | 0 |
| De 17 a 21 años | 0 |
| De 22 a 26 años | 1 |
| De 27 a 31 años | 1 |
| De 32 a 36 años | 0 |
| De 37 a 41 años | 0 |
| De 42 a 49 años | 0 |



GRAFICA 11

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR EDADES DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR (COLICOS)

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurúa Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

Las mujeres que sufren problemas relacionados con cólicos representan el 50% de los 22 a 26 años; y 50% de 27 a 31 años de edad. (Gráfica 11)

Las 40 mujeres sujetos de la investigación se ubicaron de acuerdo con su estado socioeconómico, obteniéndose que el 27.5% corresponden al nivel medio y el restante 72.5% al nivel bajo. (Gráfica 12).

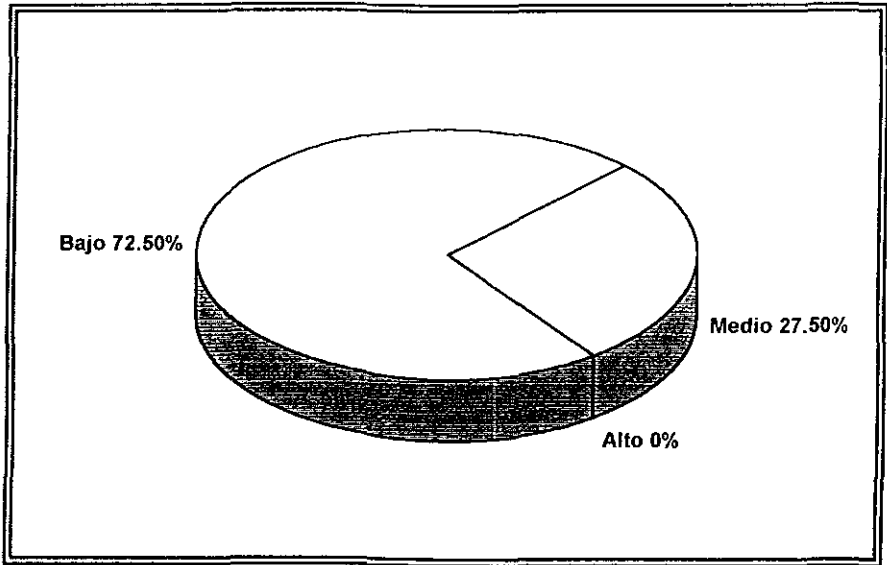
Se demostró que 32 mujeres, el 80% de la muestra consideran buena la eficiencia de los métodos de planificación familiar y 8 de ellas, el 20% lo consideran malos, (Gráfica 13).

La variable relacionada con el número de casos que abandonan o continúan usando los métodos de planificación familiar indicaron que el 67.5% continúa usándolo, el 15% lo han abandonado por los efectos del sangrado intermenstrual; el 12.5% se embarazaron y por tal motivo lo abandonaron y el 5% atribuyen la causa de su abandono a las náuseas y vómitos provocados por su uso. (Gráfica 14).

Ahora bien de la muestra sufrieron efectos colaterales causado por hormonales: 24 mujeres (60%), náuseas y vómitos; 25 mujeres (62.5%), cefalea; 15 mujeres (37.5%) sangrado intermenstrual; 2 mujeres (5%), cólico y 3 mujeres (7.5%) ningún efecto colateral. (Gráfica 15).

Cabe señalar que de la muestra obtenida sufrieron efectos colaterales causados por el DIU, 0 mujeres (0%), náuseas y vómitos; 0 mujeres (0%) cefaleas; 4 mujeres (10%), sangrado intermenstrual; 5 mujeres (12.5%), cólico y 0 mujeres (0%) ningún efecto. (Gráfica 16)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Bajo | 29 |
| Medio | 11 |
| Alto | 0 |



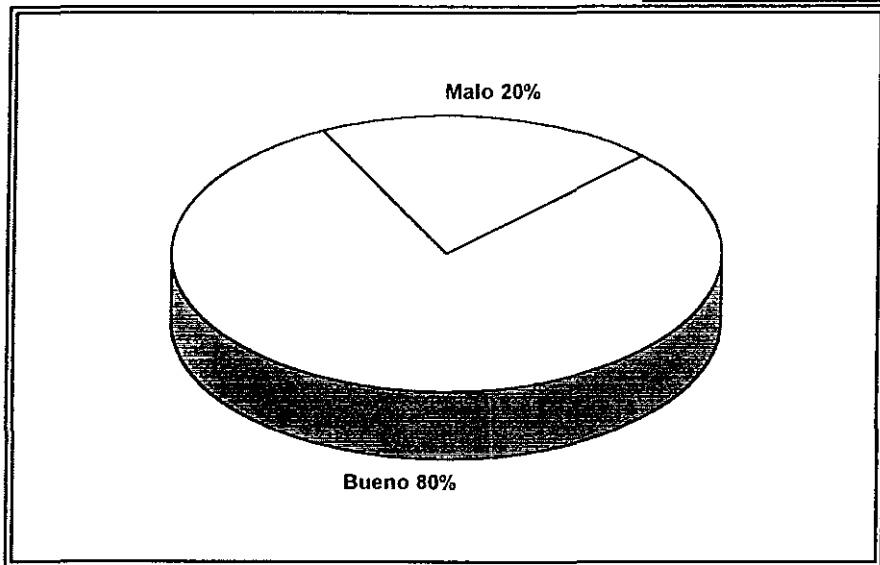
GRAFICA 12

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR EL ESTADO

Económico

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurúa Urgeñ, Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-----------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Bueno | 32 |
| Malo | 8 |

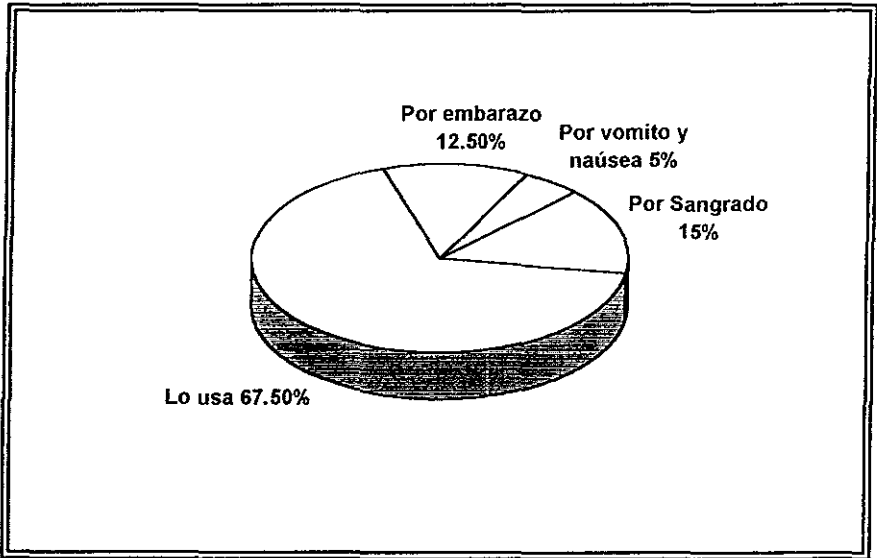


GRAFICA 13

**NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES EN LA EFICIENCIA DEL
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR**

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Guría Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|---------------------------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Lo usa | 27 |
| Por embarazo lo abandona | 5 |
| Por vómito y náusea lo abandona | 2 |
| Por el sangrado lo abandona | 6 |

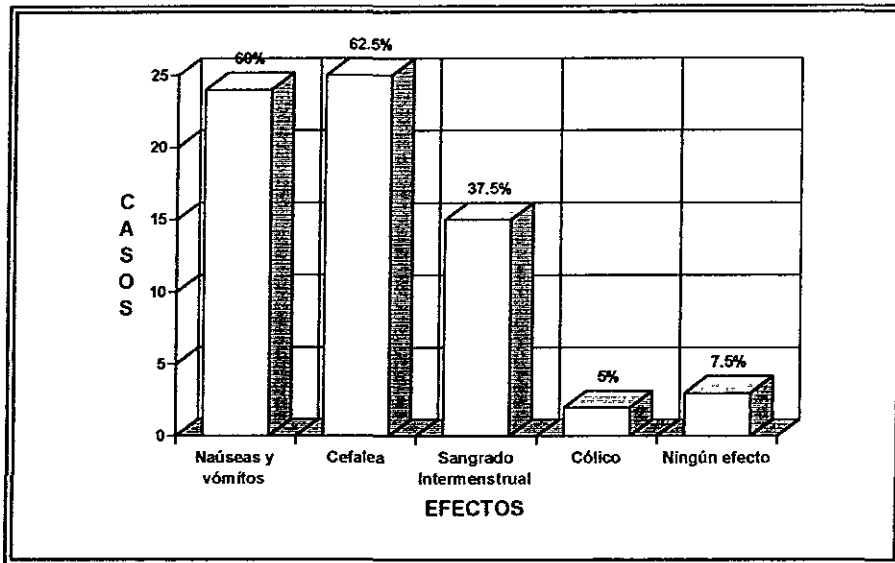


GRAFICA 14

**NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES POR MOTIVO DE ABANDONO
DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR**

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la

| | |
|-------------------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Náuseas y vómitos | 24 |
| Cefalea | 25 |
| Sangrado Intermenstrual | 15 |
| Cólico | 2 |
| Ningún efecto | 3 |



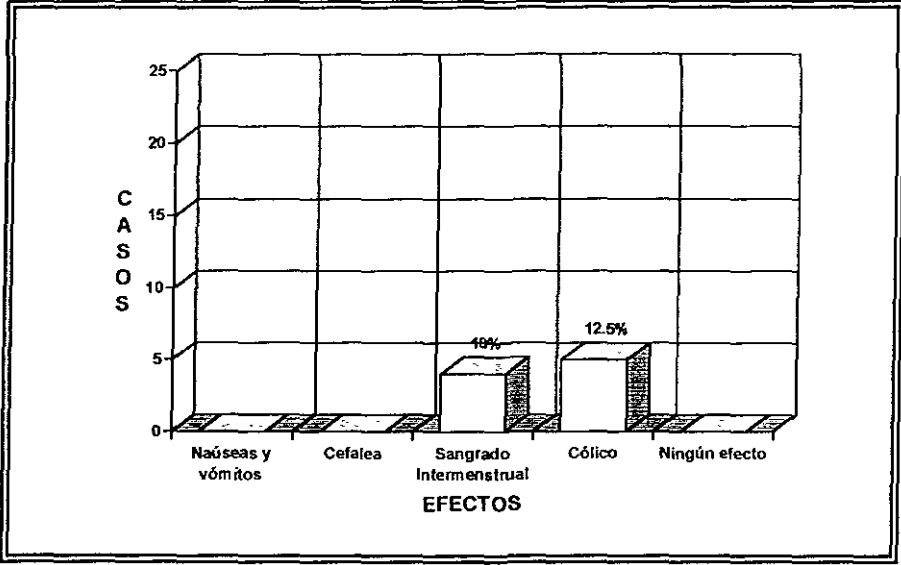
GRAFICA 15

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DE MUJERES CON EFECTOS

COLATERALES CAUSADOS POR HORMONALES

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurria Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

| | |
|-------------------------|----|
| Número de casos | 40 |
| Náuseas y vómitos | 0 |
| Cefalea | 0 |
| Sangrado Intermenstrual | 4 |
| Cólico | 5 |
| Ningún efecto | 0 |



GRAFICA 16

NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES DE MUJERES CON EFECTOS

COLATERALES CAUSADOS POR EL D.I.U.

Fuente: Cédula de Captación de Datos de la U.M.F. de Emiliano Zapata, Tabasco y de la Clínica Hospital. Dr. Daniel Gurría Urgell. Villahermosa, Tabasco (I.S.S.S.T.E.)

IX. Análisis de resultados.

ANALISIS (DISCUSION) DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

El programa de planificación familiar en México muestra un avance muy importante en 1976, el 30.2% de las mujeres en edad fértil usaban algún método en 1995 aumentó al 66.5% en nuestro caso no lo determinamos ya que tendremos que analizar el resto de las instituciones y determinar el porcentaje real de usuarias.³¹

Si se mantiene el incremento promedio actual en el uso de anticonceptivos para el año 2000 se superaría la meta promedio de 75%.³²

Con base en el décimo primer censo 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 y que mientras para 1991 es estima en 1.9% cifra aún elevada. De aproximadamente 84 millones de mexicanos en 1991, la estructura de la población por edades demuestra que nuestro país es predominantemente joven, 19 años de edad en promedio, lo que significa un reto para conseguir una salud reproductiva. Aproximadamente 9 millones de parejas practicaron en el programa de planificación familiar en 1991, 4% más en relación con 1990, logrando

³¹ México demográfico. Brevario 1980 - 1981 CONAPO. México, D. F. Pág.s 28 - 32, 39 - 40, 57, 70, 72, 75, 100.

³² Encuesta Nacional Demográfica. CONAPO 1982.

con ello disminuir los niveles de fecundidad y la tasa de crecimiento de la población³³

La prevalencia en el uso de anticonceptivos varía significativamente según la escolaridad de las mujeres, aunque las diferencias a través de los años son menores. En 1987 usaban anticonceptivos el 69.9% de las mujeres en edad fértil con secundaria completa o más, y un 23.7 sin escolaridad, con una diferencia de 46.2%. En 1995 la cobertura se incrementó en más del doble en el grupo de mujeres sin escolaridad distribuyéndose de la siguiente manera: sin escolaridad 48.5%, primaria incompleta 58.2%, primaria completa 67.7% y secundaria o más 75.3%. En nuestro estudio encontramos similar el estudio ya que el mayor porcentaje fue en pacientes con secundaria completa o más, no encontramos pacientes analfabetas pero los resultados son similares a los encontrados a nivel nacional. El porcentaje de uso de anticonceptivos se ha incrementado en todos los grupos de edad, en las mujeres de 25 a 39 años se observó el mayor número de usuarias. 66.5% similar a lo que encontramos en las mujeres de 22 a 26 y de 27 a 31 años. Entre las mujeres que aún no han tenido hijos el porcentaje de usuarias es muy bajo 17.5% en el ámbito nacional, nosotros encontramos el 17.50% muy similar a lo reflejado en el ámbito nacional.^{34 35}

³³ ZARATE, Treviño Arturo. Estado actual de la planificación familiar. UNAM. México. 1992.

³⁴ ZARATE, Treviño Arturo. Estado actual de la planificación familiar. UNAM. México 1992

En México la distribución de usuarias sufrió una modificación en 1976, los hormonales orales era el mayor método usado 35.9%, el DIU en un 23.3%. Actualmente el método de mayor demanda es la Salpingoclasia al 41.3% no valorada en nuestro estudio por no realizarse. El DIU en segundo lugar con 22%, tradicionales 13.4% y orales solo 12.7% de participación a diferencia nosotros encontramos uso similar a 1976 con hormonales orales 87.5%. DIU solo 12.5%.³⁵

Como promedio nacional la tasa global de fecundidad alcanzó en 1970 la cifra de 6.6 hijos por mujer a 2.8 hijos en 1995.

Es importante señalar que de haberse mantenido el ritmo de crecimiento observado en 1970, actualmente la población del país sería de 106.7 millones en lugar de 93.2 millones, estimación de CONAPO lo cual representa una diferencia de más de 13 millones de habitantes.

De lo anteriormente expuesto se deduce que las mujeres que componen la muestra seleccionada para la presente investigación utilizan un método de

³⁵ Boletín Informativo Estadística, S.S.A. - D.G.E.I. México, D. F., Marzo 1994.

³⁶ Estado actual de la planificación familiar, Zarate Treviño Arturo. UNAM. México. 1992

planificación familiar, inclinándose la mayoría de ellas por los métodos hormonales.³⁷

38

³⁷ La Educación de la sexualidad humana. 2 Familia y Sexualidad. Edit Consejo nacional de Población. México. 1982.Pág. 107 y 115

³⁸ La Educación de la sexualidad humana. 2 Familia y Sexualidad. Edit. Consejo nacional de Población. México. 1982.Pág. 107 y 115

X. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este estudio se concluyó que en el grupo de edad de 12 a 49 años, el método anticonceptivo más utilizado fue el hormonal oral (87.5%), en comparación al D.I.U., tomando en cuenta que existen datos epidemiológicos que sugieren que los anticonceptivos hormonales pueden proteger contra los cánceres de endometrio, de ovario, de la mama, y del cervix. Se considera como bueno el método, aunque se tiene efecto colateral el sangrado intermenstrual; se tenía que valorar el uso de anticonceptivos oral que se utilizan en la actualidad a dosis recomendada para contrarrestar este efecto colateral.

La escolaridad es un factor determinante en la aceptación de cualquier método anticonceptivo de planificación familiar propuesto a la usuaria, porque se rompen tabúes o tradiciones en cuanto al uso o no de algún método anticonceptivo.

El estado civil de las usuarias no fue determinante para la utilización de algún método anticonceptivo de planificación familiar, posiblemente por la gran promoción que existen en las áreas educativas, donde han cursado nuestro grupo de estudio.

La ocupación laboral no influyó directamente con el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo de planificación familiar. Valdría la pena dar seguimiento a la presente investigación para tener mayor margen de interpretación y corroborar la efectividad. Incluir en el estudio métodos de planificación familiar definitivo (vasectomía y OTB).

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1 Documentos sobre planificación familiar y la salud. Curso básico sobre Orientación Sexual y Planificación familiar. S.S.A - D.G.P.F. Cct. 1984. Pág. 2
- 2 Programa Interinstitucional de Planificación familiar. SS: 1993 - 1998. Pág. 5
- 3 Cuadernos Estadístico Municipal. Edición 1996. Para 1995. INEGI Tabasco. Resultados definitivos, tabulados básicos, conteo de población y vivienda 1995. Pág. 19.
- 4 Enciclopedia de los Municipios de México, Tabasco 1985.
- 5 Causas del Rechazo del Dispositivo Intrauterio posparto. Lemarroy. M. I. Gine obst.Méx. 1995. Pág. 64:43
- 6 Planificación familiar Rosenfield A, Wray J., 2ª Ed. México, D. F. 1984. 4ª
- 7 Patrones de salud de atención materno infantil en México. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Materna Infantil y Planificación México 1981. Pág. 75

- 8 Intrauterine contraception. Reinprayoon D. *CurrOpin-Obstet-Gynecool*1992, 4:527-30
- 9 Dispositivo Intrauterino para uso en el posparto. Thiery M. FHI Translatión 1991. 4S.I
- 10 Pospartum IUD: Keys for success. Contraception O'Hanley K, Hubert DH: 1992. 45:351-361.
- 11 Serious intestinal complication five years after insertion of a NOVA-T Gronlund B, Blaabjerg J.: *Contraception* 1991; 44:517-20.
- 12 The IUD after 20 years Hutchings JE, Benson. PJ, Perking GW y col. *FamPlannPerspect* 1985; 17:244-7
- 13 Pospartum IUD: Keys for success. Contraception O'Hanley K, Huber DH 1992. 45:351-361
- 14 Family Planning in Vietnam. Fowerete in-Mt. *World-Health-Stat-O* 1994 A7 (1)36-95 Switzerland
- 15 Measuring the effort levels of Family Planning Programmes. (Profile of treinta programme effort scores, 1982 and 1989) Rose - JA Mauldin-Wp. *World-Health-Stat-O* 1994 47(1)16-25. Switzerland.

- 16 Monitoring and evaluation the quality of family planning services Gómez-Dantes-C. García Nuñez J. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuemavaca, Mor. México. Salud Pública México, 1994 mar - apr 36 (2)180-9. México.
- 17 Literacy of women attending Family Planning Clinics in Virginia and reading levels of brochures on HIV prevention. Wells JA Ruscavage D; Parker B., Mc Arthur I. Center of Health Policy studies. Columbia. MD. Fam-Plann-Perspect. 1994. May - jun 26 (3) 113 - 5 United States.
- 18 Sexual behavior, Reproductive health and Contraceptive use among adolescent and young adults in Mabale District. Agyle Wk Gaeperte J., Epema Ej. The future group Washington. DC. J-Trop-Med-Hyg 1994 aug. 219-27 England.
- 19 Family Planning agencies services, policies and funding. Henshaw SK., Torres A., Fam-Plann-Perspect. 1994. Mar-apr. 26 (2) 529-82 United States.
- 20 Fertility control by natural methods. Chica Md., Barraco E. Departamento de Salud de San Felipe. Jenn, Spain. Adv - contracept. 1994. Mar. 33-6 Netherlands.

21 Current status of natural family planning in Granada (Spain).

Barraco E. Sánchez, M, J., García I., Soler, F., Chica md.
Departamento de Obstetricia, Hospital Universitario de Granada
(Spain). Adv - Contracept 1994 mar 10 (1) 27 - 32 Netherlands

22 Use traditional Medical practitioners to delivery family planing services in Uttar Pradesh.

Kambo Ip., upte., Rm , Kundu As ,
Dhillon BS., Saxene Bn., Indian council of Medical Research New
Dwhi. Stud Fam-Plann 1994. Jab-feb 25(1) 32-40. United States.

23 Using situation analysis data to asses the fuctutioning of family lanning in Nigeria, Tanzania and Zimbaw.

Mesc. B., Fisher
A., Askew Y., Ajayi a., Population concunil. New Yorks Stud-Fam-
plann 1994 Jan-Feb 25 (1) United States

24 Modern Contraception use in Ethipias.

Terero A., Larson Cp.,
Departament of community Healh. Addis Ababa University Ethiopie.
AM-Public-Heath 1993 nov. 83 (11), 1507-71. United States.

25 Quality of care in family planning in Latin América.

Díaz J Díaz
M. Popolati6n council. Oggice in Brazil Adv contracept 1993 jun 9
(20) 117-28 Netherlands.

- 26 Métodos de Barrera Population Reports. Serie H. No. 5. Abril 1980.
- 27 Anticonceptivos orales hormonales. Aspectos técnicos y de inocuidad. Publicaciones científicas No. 428 OPS/OMS 1982.
- 28 Dispositivo Intrauterino. Population Reports. Serie B No. 4 Noviembre de 1984.
- 29 Anticonceptivos Hormonales Inyectables. Aspectos técnicos y de inocuidad. Publicaciones científicas. No. 428. OPS/OMS 1982.
- 30 Levonorgestrel contraceptive implants Vasconcelos A., M. y col .. Reality and controversy of a current contraceptive method. Gynec Obst. Mex. 1996; 64:498.
- 31 México demográfico. Breviario 1980 - 1981. CONAPO. México, D. F. Pág.s 28 - 32, 39 - 40, 57, 70, 72, 75, 100.
- 32 Encuesta Nacional Demográfica. CONAPO 1982.
- 33 Estado actual de la planificación familiar Zarate, Treviño Arturo.. UNAM. México. 1992.

**34 Boletín Informativo Estadística, S.S.A. - D.G.E.I México, D. F.,
Marzo 1994**

**35 Estado actual de la planificación familiar, Zarate Treviño Arturo.
UNAM. México. 1992**

**36 La Educación de la sexualidad humana. 2 Familia y Sexualidad.
Edit. Consejo nacional de Población. México. 1982.Pág. 107 y 115**

**37 La Educación de la sexualidad humana. 2 Familia y Sexualidad.
Edit. Consejo nacional de Población. México. 1982.Pág. 107 y 115**

XII ANEXOS

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE EMILIANO
ZAPATA, TABASCO.**

CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS.

NOMBRE. ESTADO CIVIL: EDAD:
SEXO. OCUPACION: DOMICILIO:
No DE EXP. : ESCOLARIDAD: SERVICIO:

NIVEL ECONOMICO: alto (), medio (), bajo ().

A.G.O.:

MENARQUIA: **RITMO:**

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:

G: **P:** **A:** **C:** **F.U.P.:** **F.U.R.:**

METODO DE PLANIFICACION EMPLEADO:

INICIO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

EFFECTOS COLATERALES EN EL METODO EMPLEADO:

EFICACIA DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

MOTIVO DEL ABANDONO DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: