

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POR SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**FACTORES QUE DETERMINAN EL USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA
POBLACIÓN FEMENINA DE LA DELEGACIÓN
TLALPAN D.F. 1998**

T E S I S

**Que para obtener el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

INVESTIGADORAS:

**OLIVIA ARCOS GARCÍA
MA. DEL ROSARIO GARCÍA ELIZONDO
RAQUEL MARTÍNEZ PÉREZ**

ASESORA

MAESTRA GUADALUPE JOSEFINA PERÉZ GUTIERREZ



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

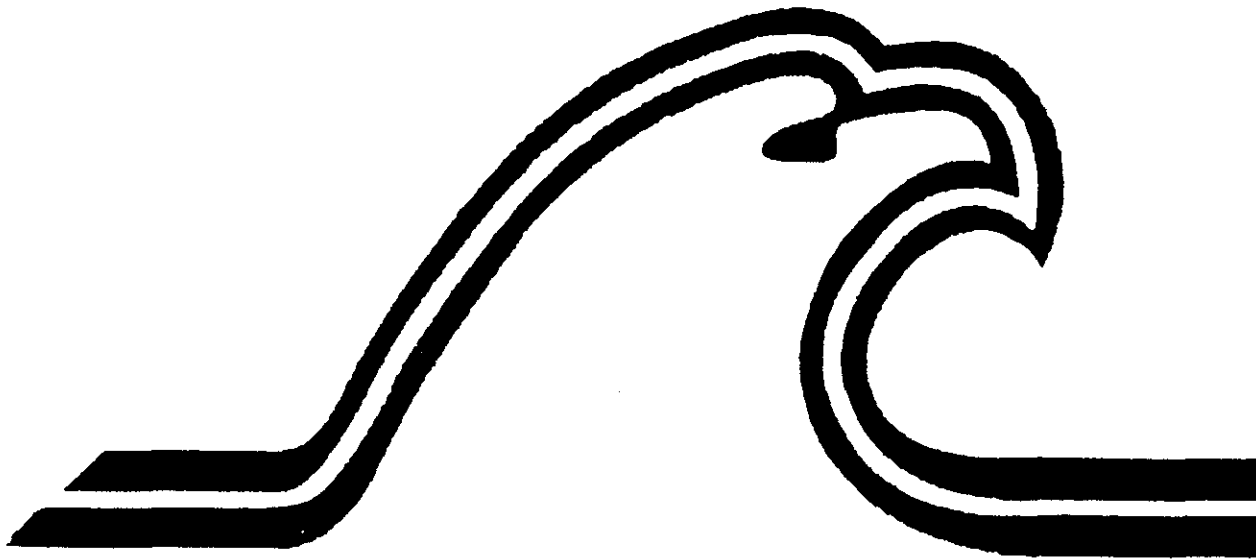
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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 textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


BIBLIOTECA CENTRAL
REFERENCIA
USO ÚNICAMENTE EN SALA



UPAEP

H. Puebla de Z. a 27 DE Noviembre de 1998

BIBLIOTECA CENTRAL
REFERENCIA
USO ÚNICAMENTE EN SALA

ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

La que suscribe **DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ**, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, establece la **A C E P T A C I Ó N** del Protocolo de Investigación titulado "Factores que determinan el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del Distrito Federal 1998", proyecto realizado por la alumnas Arcos García Olivia, García Elizondo Ma. del Rosario y Martínez Pérez Raquel, alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, continuando así su investigación para sustentar examen profesional como requisito de titulación que establece el Reglamento General de Titulación de la Universidad y la Escuela de Enfermería.

ATENTAMENTE
"LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO"



DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

M.C. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIERREZ
Asesor de la Materia de Seminario de Tesis
En la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Por medio de la presente hago constar que el trabajo de Tesis titulado “Factores que determinan el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del Distrito Federal 1998”, presentado por las alumnas: Arcos García Olivia, García Elizondo Ma. del Rosario y Martínez Pérez Raquel, se ha concluido en contenido y metodologicamente, para se presentación como examen profesional.

A T E N T A M E N T E
“LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO”

M.C. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIERREZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL



DEDICATORIA

OLIVIA:
A MIS PADRES.
PABLO Y REBECA, POR IMPULSARME
EN TODO MOMENTO A SEGUIR ADELANTE

ROSARIO:
A MIS PADRES, HERMANOS Y
SOBRINO. QUE CON SU APOYO
INCONDICIONAL CONTRIBUYERON A
LA CULMINACION DE ESTA ETAPA DE
MI CARRERA.

RAQUEL:
A MI ESPOSO, MIS HIJOS Y HERMANOS
POR SU AYUDA, PACIENCIA E IMPULSO
QUE ME BRINDARON EN EL
TRANSCURSO DE LA CARRERA.

AGRADECIMIENTOS

CON ADMIRACION Y CARIÑO A LA M. en C. GUADALUPE JOSEFINA PEREZ GUTIERREZ POR SU ASESORIA Y APOYO, EN LA ELABORACION DE LA PRESENTE TESIS.

A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, POR DARNOS LAS FACILIDADES Y OPORTUNIDAD DE SUPERARNOS.

A LA UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE PUEBLA POR LA FORMACION ACADEMICA QUE RECIBIMOS DE LOS EXCELENTE MAESTROS CON QUE CUENTA.

AGRADECEMOS MUY ESPECIALMENTE A LUIS AGUILAR LEYVA, POR SU TIEMPO, APOYO, COLABORACION Y PARTICIPACION INCONDICIONAL EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
JUSTIFICACIÓN	11
HIPÓTESIS	11
MARCO TEÓRICO	12
I ANTECEDENTES	
1.1 HISTORICOS	12
1.2 DELEGACIÓN TLALPAN	15
II MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	17
2.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES	17
2.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) Y NORPLANT	18
2.3 EL CONDON, DIAFRAGMA Y CONDON FEMENINO	20
2.4 ESPERMICIDAS	22
2.5 ABSTINENCIA PERIODICA, BILLING Y RETIRO	23
2.6 SALPINGOCLASIA	24
2.7 VASECTOMIA	25
2.8 PILDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA	27
III MARCO LEGAL	28
3.1 LEY GENERAL DE SALUD	29
3.2 PLAN NACIONAL DE SALUD	29
METODOLOGÍA	32
1.- LUGAR DE ESTUDIO	32
2.- DISEÑO DEL ESTUDIO	32

4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	32
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
VARIABLES INDEPENDIENTES	34
VARIABLE DEPENDIENTE	34
TAMAÑO DE MUESTRA	35
MUESTREO	37
LIMITES	37
RECURSOS	37
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	39
RIESGOS DE LA INVESTIGACION	39
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	39
RESULTADOS	40
COMPROBACION DE LA HIPOTESIS	53
CONCLUSIONES	55
SUGERENCIAS	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	59
ENCUESTA	60
CRONOGRAMA	64
MAPA	65

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 LUGAR DE ORIGEN Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	41
CUADRO No.2 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR LUGAR DE PROCEDENCIA EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	42
CUADRO No. 3 ESTADO CIVIL Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	43
CUADRO No. 4 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y EDAD DE LA ENTREVISTADA EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	44
CUADRO No. 5 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACION A LA RELIGION EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	45
CUADRO No. 6 NIVEL EDUCATIVO ASOCIADO AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	46
CUADRO No. 7 NIVEL SOCIOECONOMICO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	47
CUADRO No. 8 OCUPACION DE LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA ASOCIADA AL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DEL. TLALPAN D.F.	48
CUADRO No. 9 RELACION DE EDAD DE MENARCA E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	49
CUADRO No. 10 NUMERO DE EMBARAZOS Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACION FEMENINA DELEGACION TLALPAN D.F.	50
CUADRO No. 11 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACION AL SERVICIO MEDICO CON QUE CUENTA LA POBLACION FEMENINA DEL. TLALPAN D.F.	51
CUADRO No. 12 METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZA LA POBLACION FEMENINA DEL. TLALPAN D. F.	52

INTRODUCCIÓN

La elección de un método anticonceptivo para prevenir un embarazo, espaciar su número o concluir la procreación depende del deseo personal del usuario, de sus características demográficas, educativas, socioeconómicas y religiosas, así como por los problemas médicos que pueden amenazar la salud de la madre o del feto, como es la diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón o enfermedades de transmisión sexual.

El reconocer que tanto hombres como mujeres que toman la decisión acerca de su sexualidad deben ser respetados, ya que se aborda una parte muy compleja de su vida y de su personalidad que afecta de manera directa sus sentimientos y su relación de pareja.⁽¹⁾

Tomando en cuenta todos estos aspectos se han creado servicios de planificación familiar respaldados en consideraciones ético-legales contemplados en el Plan Nacional de Salud de 1972, en la Ley General de Población y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su art. 4º, publicado en el Diario Oficial de 1973. Sobre la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos como una de las acciones básicas de promoción y protección de la salud de la población, que permite una procreación en las edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer y un adecuado espaciamiento de los embarazos evitando los de alto riesgo, a través de la protección anticonceptiva oportuna y eficaz que les permita una reproducción en las mejores condiciones de salud y bienestar, tanto de la propia pareja, como de su descendencia.⁽²⁾

El Estado Mexicano ha promovido desde hace dos décadas mejorar las condiciones de salud, al considerar el control de la natalidad como un derecho humano fundamental en el uso de métodos anticonceptivos, proporcionando servicios con información y educación para que la población regule su fecundidad dando oportunidad de que las parejas ejerzan este derecho conscientemente según sus convicciones “coadyuvando de esta manera a mejorar las condiciones de salud y bienestar social de la población”. Asegurando al mismo tiempo una calidad de vida a todo ser humano.⁽³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al identificar el comportamiento reproductivo a través del uso de un método anticonceptivo y reconocer los aspectos fundamentales que contribuyen a la elección de este y al disfrute de una vida armónica individual, social, familiar y de la propia pareja.

Es así como surge la inquietud por conocer los factores que influyen en el comportamiento reproductivo de la población femenina en general en cuanto al uso de métodos anticonceptivos tomando en cuenta los factores socioculturales y de salud ^(4,5) que influyen en la población femenina de la Delegación Política de Tlalpan, tomando a esta como una entidad representativa del D.F., ya que en ella existen estratos de población de todos los niveles socioeconómicos y culturales que permiten traspolar lo que está sucediendo en esta población con toda la del Distrito Federal.

¿Qué factores influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan D. F.?

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos de la población femenina de la Delegación Tlalpan D. F.

ESPECÍFICOS

Determinar cómo el lugar de procedencia influye en el uso de métodos anticonceptivos de la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

Identificar si la escolaridad de la pareja influye en el uso de métodos anticonceptivos de la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

Identificar los factores socioeconómicos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

Identificar como la religión influye en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

Identificar los antecedentes heredo familiares y obstétricos que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

Identificar el uso y tipo de método anticonceptivo como: Pastillas, Inyecciones, Dispositivo, Condón, Cirugía y otros métodos que utiliza la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F..

JUSTIFICACIÓN

El estudio de las prácticas anticonceptivas en la población femenina mexicana, desde la década de los setenta, ha sido de particular interés para los investigadores en el campo de la demografía y la salud pública en México. Como resultado de ello se ha generado una cantidad considerable de información sobre el tema, a tal grado que parecería inútil continuar las investigaciones sobre este tópico. Pero, ¿Que sabemos realmente de las practicas anticonceptivas de la población Mexicana? La Ley General de Población y Salud en los setenta marco un cambio en la política de población del país hacia la disminución de esta, mediante el control de la fecundidad. Que estimo que la puesta en marcha del programa de planificación familiar incremento la tendencia descendente ya observada en la tasa global de fecundidad desde mediados de la década de los sesenta, por otro lado las encuestas nacionales sobre practicas anticonceptivas y fecundidad de 1976, 1979, 1982 y 1987 revelaron que el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas, usuarias de anticonceptivos, fue de 30.2, 37.8, 47.7, y 52.7 %, respectivamente.

Estos planteamientos hacen evidente el avance en la anticoncepción en México, al llegar al nivel de cobertura del 61.3% en 1992, permitiendo esto afirmar que se alcanzo la meta del programa de planificación familiar para 1994 con más de un año de anticipación.

De hecho, con las tendencias observadas se proyecto que la cobertura anticonceptiva de mujeres unidas al final de 1994 fuera de aproximadamente el 65 %.

Por otro lado la Delegación Tlalpan reportó un incremento poblacional en mujeres en el periodo de 1950 a 1995 de 49.9 a 51.6% y en hombres de 50.1 a 48.4%; al comparar estos datos con los obtenidos en todo el Distrito Federal que fue de 53.5 a 52.0% en mujeres y en hombres 46.5 a 48.0% respectivamente.

Esto hace pensar que a pesar de los programas de planificación familiar se mantuvo un incremento poblacional similar en las cuatro décadas de ambas poblaciones.

La información presentada también evidencia que el avance en la regulación y control de la fecundidad en México se ha basado no solo en el uso de métodos anticonceptivos modernos, sino de otros factores como la educación, nivel socioeconómico y la disponibilidad de servicios médicos entre otros.⁽⁷⁾ De ahí que surge la siguiente hipótesis.

HIPOTESIS

Los factores Socioculturales y de salud influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la Delegación Tlalpan del D. F.

MARCO TEÓRICO

I. ANTECEDENTES

1.1 Antecedentes Históricos

En todas las civilizaciones antiguas se han encontrado rastros de la regulación de la fertilidad.

Como la mayor parte de las ideas que parecen muy nuevas, el control de la natalidad es en realidad algo muy viejo, ya se mencionaba en un papiro egipcio escrito hace casi 4000 años, y era tema de debates entre los filósofos griegos hace por lo menos 2400 años. En la India los primeros métodos documentados parecen remontarse a 1600 años.

En China, la primera referencia se encuentra en un texto médico que tiene unos 1300 años y la idea misma

Parece ser mucho más antigua. Las tribus primitivas que aún existen, a pesar de haber vivido aisladas de la civilización y no saber nada de los escritos egipcios u orientales, y mucho menos de la ciencia o la medicina moderna, poseen sus propios métodos.

Aristóteles pensaba que se podía servir mejor a la civilización manteniendo una población estacionaria en las ciudades-estados de Grecia; apoyaba leyes que limitaran el número de hijos que cada familia podía tener. Otros filósofos griegos abogaban incluso por un solo hijo de familia. Así, la idea de limitar la natalidad para contener la explosión demográfica tiene más de 2.000 años, se remonta a un periodo en que había muchos menos seres humanos que ahora sobre la faz de la tierra, pero su capacidad de producir alimentos y satisfacer otras necesidades de la vida era menor.

El hombre primitivo podía fácilmente suponer que el bebé era resultado de algo que la mujer había comido o soñado; o de la influencia del sol o de la luna; o bien que se había producido espontáneamente, como el ciclo menstrual femenino. Con el cual parecía tener alguna relación.

En la historia figuran muchos experimentos para controlar la natalidad, efectuados antes de que se estableciera el papel del padre. En Grecia y Roma, uno de los métodos aconsejados era que la mujer llevara un talismán hecho con las entrañas de una leona, el hígado de un gato o el diente de un niño.

En la Europa medieval, se enseñaba a las mujeres a creer en las virtudes anticonceptivas del corazón de una salamandra, de anillos con piedras preciosas o de las coronas de mirto de las ceremonias nupciales.

El método más avanzado de todos los empleados en la antigüedad fue el intento de inventar un dispositivo que funcionara como diafragma vaginal moderno. Es decir que crease una barrera mecánica colocada antes de la unión sexual, para impedir que los espermatozoides penetraran en el útero.

El papiro egipcio aconsejaba, entre otras cosas, un tapón hecho con excremento de cocodrilo. en otras épocas y lugares se han hecho tapones con hierbas, algas, higos secos, semillas de mostaza, hojas, cera de abejas, o pedazos de tela.(6).

Sin embargo la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertes y nacimientos no fue muy lejano a cero y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional mediante la ocupación de amplias tierras inhabitadas.

La situación cambio en los últimos dos siglos, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas al interior de familias, ciudades, países y al mundo en general.

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba, su cumbre nuevas formas de regulación de la fertilidad llegaron a ser técnicamente accesibles y culturalmente aceptadas en muchos países.

La anticoncepción hormonal se volvió una realidad practica hacia finales de los años cincuenta(2) antes de 1905, año en que el sistema hormonal fue descubierto, los médicos y los científicos partían de que la actividad sexual y el sistema reproductor estaban gobernados por el sistema nervioso. Para el periodo de 1920 a 1930 el sistema hormonal fue mejor conocido médicamente y la producción de hormonas se convertía en un gran negocio de la industria farmacéutica.

Las hormonas representaban un gran potencial para curar muchas enfermedades. la confianza en ellas fue reforzada por las nuevas terapias desarrolladas a partir del descubrimiento a principios de siglo, de la insulina y de la tiroides. (4) entre 1934 y 1940 los químicos europeos descubrieron métodos para obtener sintéticamente la mayoría de las hormonas sexuales a partir del colesterol, glándulas, bilis y orina de animales, sin embargo la manufactura de estas hormonas, fue un proceso muy costoso.

Para los años cuarenta y cincuenta se desarrollaron nuevas técnicas que permitieron la manufactura de las hormonas a partir de material vegetal que representaba menos gasto.

Estos descubrimientos en la industria de las hormonas coincidieron con un creciente conocimiento del sistema reproductivo.

Ya en 1897 se había postulado que el cuerpo lúteo del ovario era crucial para la ovulación pero el verdadero mecanismo de como funcionaba permanecía siendo un misterio, hasta que cuatro grupos de científicos en Europa aislaron la hormona femenina, la progesterona en 1934. A fines de los años 20 el estrògeno la otra hormona femenina fue aislada en Holanda.; de manera similar los años 30 fueron testigos del primer avance en el conocimiento acerca de la cronología de la ovulación de la mujer, al separarse la ovulación de la menstruación desde el principio y colocándola a la mitad del ciclo.

Para fines de los años 30, las hormonas femeninas eran un componente clave en los trastornos ginecológicos de los desordenes menstruales y otros problemas de la mujer.

Para la mitad de la década de los 40 se lograron muchos avances en la manufactura de progesterona a partir de algunos tipos de raíces de plantas (barbascas) como la especie de discorea, que permitió a los científicos obtener el compuesto diosgenina, como un material barato para producir grandes cantidades de progesterona.

Descubierta esta en un principio por el químico japonés Tsukamoto y Vemo, en 1935, la obtención de diosgenina a partir de las plantas resulto útil, Russel Marker un químico que trabajo en la Universidad de Pennsylvania en los Estados Unidos de Norteamérica.

En su búsqueda de plantas que contuvieran diosgenina, Marker encontró en el sudeste de México una dioscorea que los mexicanos llaman “ cabeza de negro “, planta silvestre que crece en las selvas del Estado de Veracruz y contiene grandes cantidades de diosgenina, 25 % ,inicialmente se uso para desordenes ginecológicos y en la cura de las artritis.

Marker se asocio con Sintex dejando la manufactura de grandes cantidades de progesterona y cortisona colocando a esta el la manufactura de la progesterona efectiva y barata.

Gregorio Pincus un biólogo que se entera de los trabajos de Marker, se entrevista con él, para enterarse de sus investigaciones sobre la progesterona, pero Pincus lo hace con el fin de usar la progesterona como anticonceptivo, ya que era un experto de fertilidad en animales.

El hecho extraordinario de poder controlar la fertilidad en el ser humano, no hubiera sido posible sin los rigurosos estudios de laboratorio y exahustivas pruebas clínicas que realizaron Pincus, Chang, Rock, que dieron lugar a la “píldora pincus”, siendo así el padre de la píldora.

En 1955 en la quinta conferencia internacional sobre la planeación familiar en Tokio Japón, Pincus presento un trabajo sobre “algunos efectos de la progesterona y compuestos relacionados sobre la reproducción y el desarrollo temprano en los mamíferos”. Este trabajo incluye información obtenida en colaboración con el Doctor Rock sobre la inhibición de la ovulación por la progesterona, ministrando oralmente a las mujeres con el método mejor conocido del 5to. a 24to. día y alguna información preliminar sobre el uso del noretinodrel de searle como un inhibidor de la ovulación.

Los primeros estudios fueron montados en Puerto Rico era el lugar ideal para encontrar voluntarias por la desesperación que tenían por controlar la natalidad.

Las pruebas en Puerto Rico pronto fueron seguidas por ensayos similares en Estados Unidos, Haití, México, Hong Kong, Japón y Gran Bretaña, cuyo objetivo era evaluar la dosis necesaria para suprimir la ovulación, poniendo principal atención en los efectos colaterales que las mujeres experimentaban al tomar la píldora.

En 1970 la minipíldora surge tras encontrar problemas cardiovasculares asociados a alta dosis de estrógenos.

En México existió una etapa pronatalista en 1910, periodo revolucionario que significó la perdida de un gran número de vidas humanas, y la disminución total de la población del país, con la idea de que una población numerosa y creciente hace automáticamente a un país más poderoso y en mejores condiciones de vida.

Los primeros intentos “oficiales” de ofrecer servicios de planificación familiar en México se dieron en la Península de Yucatán.

En 1960 se crea en la Ciudad de México una asociación denominada inicialmente “ para el bienestar de la familia” y posteriormente “ pro-salud maternal”, (nótese que se evita la denominación de planificación familiar), destinada a ofrecer servicios de planificación familiar y a estudiar la aceptabilidad de métodos hormonales.

Este fue el primer servicio organizado para ofrecer planificación en México y durante algunos años el único; esta asociación es fundada y dirigida por la Doctora Edris Rice- Wray, quien previamente había trabajado en la investigación clínica de la “ Píldora de Pincus”. En Puerto Rico.

De 1960, a la fecha se han presentado grandes avances en el conocimiento de la anticoncepción. sin embargo como casi siempre sucede el paso del conocimiento a la practica a sido deprimentemente lento a pesar de los esfuerzos tanto de los investigadores como de autoridades en salud.

La primera clínica de planificación familiar en el sector publico se establecio en el entonces Hospital de Enfermedades de la Nutrición hacia finales de 1965.

A partir de 1967, se inician en el IMSS las primeras acciones de protección anticonceptiva, con carácter de investigación médica sobre la regulación de la fecundidad.

Fue hasta diciembre de 1973, en esta fecha se incorpora en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el articulo 4to. en los siguientes términos.

“El varón y la mujer son iguales ante la ley esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.^(6,7,2)

1.2 Delegación Tlalpan

La palabra Tlalpan tiene su origen en el vocablo Náhuatl Tlalli < tierra y pan > sobre o sea “lugar de tierra firme”.

Aproximadamente en el año 700 ac. llego un grupo Otomí y se instala en la parte más alta de la ribera del lago de la gran Tenochtitlan, encontrando vestigios en el centro ceremonial en la zona arqueológica de Cuicuilco. “lugar de canto y danza”.

En el siglo XII un grupo Xochimilca pobló Topilejo, otro grupo procedente de Coyoacan fundo San Miguel Ajusco.

Con la llegada de los españoles sufrió una reorganización con el propósito de tener mayor control; dándose la evangelización, cobrándose tributo y servicios personales.

Inicia en el siglo XVI la época colonial de Tlalpan formando parte del marquesado del valle el cual fue otorgado a Hernan Cortés en 1521 como reconocimiento nobiliario jugosa recompensa por su desempeño como conquistador, posteriormente el marquesado fue dividido en alcaldías menores y corregimientos con una nueva forma de gobierno llamada encomiendas.

En 1532 Tlalpan pagaba tributo al rey, encomendados y caciques, (el primer tributo fue pagar la prestación de servicio personal de “repartimiento” ò control del tributo) para ello se diseño un mapa o código donde se incluyeron todos los barrios.

En el siglo XVI se construyeron capillas, iglesias y ermitas con la evangelización de los indígenas.

En 1537 se deslindan las tierras y se regula el uso de agua, organizándose el pueblo en barrios, en 1794 se construyó el drenaje y se empedraron sus calles.

El 25 de septiembre de 1827 recibe el Título de Ciudad, se instala la primer imprenta y la gaceta donde se publicaban las disposiciones oficiales, se crea la Casa de Moneda y el Instituto Literario hasta que en 1830 se traslada la capital del Estado de México a Toluca, lo mismo que la Casa de Moneda, la imprenta y el Instituto Literario.

Se instalaron fabricas como la de hilados y tejidos de lana “ La Fama Montañesa” y la fabrica de papel de Peña Pobre y la de Loreto.

En el año de 1855 después de la Revolución Mexicana logran que Tlalpan pertenezca oficialmente y forme parte del Distrito Federal.

En 1865 se construye el primer tramo de vías para ferrocarril entre Tacubaya y Mixcoac.

En 1877 se da una huelga realizada por los obreros de la fábrica de hilados y tejidos “La Fama Montañesa” para pedir que la jornada laboral fuera de 12 hrs.

Tlalpan fue la primera población del país que quedó comunicada por teléfono con la Ciudad de México en 1878.

En 1900 llega a Tlalpan el tren de tracción eléctrica que salía de la Plaza de la Constitución quedando cancelada en 1993.

Encontramos por otro lado que en 1904 se crea la Escuela Militar de Oficiales de Infantería, Caballería, en 1908 la Escuela Correccional para menores.

En 1928 se suprimen las municipalidades y la Ciudad se divide en doce Delegaciones y en 1970 se da una nueva división del Distrito Federal pasando de 12 a 16 Delegaciones de las cuales una corresponde a Tlalpan.

La ubicación geográfica de la Delegación de Tlalpan se encuentra a 19°, 09', 57'' de latitud norte y 99°, 09', 57'' en longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Colinda al norte con las Delegaciones Magdalena Contreras, Alvaro Obregon y Coyoacan, al este con Xochimilco y Milpa Alta, al sur con el Estado de Morelos al oeste con el Estado de México y la Delegación Magdalena Contreras, con un porcentaje territorial del 20.7% de la superficie del D.F. (304.99km²). Pero solo 17% es urbana y sus 485,043 habitantes (5.88% del total) se concentran en zonas densamente pobladas⁽⁸⁾

II. METODOS ANTICONCEPTIVOS

2.1 Anticonceptivos orales e inyectables

Descripción

- .Las pastillas y las inyecciones evitan la ovulación.
- . Si no ovula, la mujer no puede quedar embarazada.
- .Las dosis hormonales o su presentación pueden ser diferentes.

Ventajas.

- .Son métodos reversibles y temporales.
- .Casi 100% eficaces.
- .No interrumpen la actividad sexual.
- .Previenen el cáncer o algún tipo de inflamación pélvica.
- .La pastilla regula el periodo menstrual, acorta y disminuye el dolor en quien lo sufre.

Inconvenientes

- .La mujer debe recordar diariamente el tomar la pastilla o la fecha en que se deberá inyectar nuevamente.
- . Algunas mujeres pueden experimentar náuseas, dolores de cabeza, ligero aumento de peso, sensibilidad en el pecho, sobretudo los tres primeros meses de su utilización.
- . En algunas mujeres que utilizan inyectables, el embarazo se puede retardar varios meses después de abandonar el método.

Uso

Es adecuado para mujeres que tienen:

- . Periodos menstruales abundantes y dolorosos.
- . Relaciones sexuales frecuentes.
- . Deseos de tener mas hijos después.
- . Buena memoria para recordar su utilización.

Es inadecuado para mujeres con:

- . Hipertensión arterial.
- . Diabetes
- . Problemas cardiovasculares o várices.
- . Jaquecas frecuentes.
- . Adicción al tabaco.
- . Más de 35 años.
- . Antecedentes de cáncer.

Procedimiento

- . La pastilla se toma diariamente o las de 21 días se suspenden 7 días antes de empezar un nuevo paquete.
- . La inyección se aplica de acuerdo a la dosis señalada.
- . Si la mujer se olvida de tomar una pastilla, debe tomarla en cuanto se acuerde, no interrumpir el ciclo y utilizar ese mes otro método de apoyo.
- . Si deja de menstruar dos meses, debe realizarse una prueba de embarazo.

Señales de peligro

La mujer deberá consultar al consejero médico en caso de:

- . Dolores de cabeza, de piernas o abdominales severos .
- . Problemas de visión borrosa.
- . Irregularidades menstruales.
- . Manchas en la cara.

Relación con la sexualidad.

- . La seguridad que le ofrece este método amplía la libertad sexual
- . No interrumpe el juego sexual.
- . La mujer adquiere mayor sensibilidad en sus pechos y pezones, ello facilita la estimulación.
- . Los periodos menstruales cortos, regulares y sin dolor, le facilitan su vida sexual.
- . Las irregularidades menstruales producidas por los inyectables afectan a algunas mujeres.
- . En algunas mujeres la inyección disminuye el deseo sexual y la libido.
- . Cuando el uso continuo produzca resequeidad vaginal, resulta conveniente cambiar de dosis o de marca a una que contenga menos estrógenos y utilizar temporalmente un lubricante local cualquiera, solo si persiste la molestia se recomienda cambiar de método.

Relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La mujer que utiliza anticonceptivos hormonales no está protegida de una ETS, ni del SIDA si esta en riesgo, su pareja debe utilizar el condón.

2.2 Dispositivo Intrauterino (DIU) y Norplant

Descripción

- . El DIU es un pequeño objeto plástico con cobre que se coloca en el útero. Evita que se una el óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre.
- . El Norplant es un método con seis pequeños tubos que contienen hormonas e impiden la ovulación. Se aplica bajo la piel del brazo o la pierna.

Ventajas

- . Eficaz de un 97 % a un 99%.
- . No interfiere con la actividad sexual.
- . Puede aplicarse en el postparto o en otro momento vigilando que no sea expulsado.

Inconvenientes

- . Requiere personal calificado para su aplicación.
- . Puede ser dolorosa su inserción o su retiro.
- . Puede provocar sangrados más abundantes o menstruaciones dolorosas sobre todo al iniciar sus uso.
- . El Norplant puede provocar algunos desordenes menstruales.

Uso

El DIU es adecuado para mujeres que:

- . Tiene hijos pero quieren espaciar el siguiente embarazo.
- . Estan lactando a sus bebes.
- . Lo han usado anteriormente con buenos resultados.
- . Están dispuestas ha probar algo nuevo como el Norplant.

El DIU es inadecuado para mujeres que:

- .Tienen varios compañeros sexuales
- .Tienen infecciones pélvicas o cervicales activas.
- .Tiene periodos menstruales irregulares, dolorosos o prolongados.
- .Tienen anemia.
- .Han tenido un embarazo fuera del útero.

El Norplant es inadecuado para mujeres que:

- . Requieren de regularidad menstrual.

Procedimiento

- . El personal de salud aplica el DIU en la cavidad uterina de preferencia el segundo día de la menstruación y lo revisa periódicamente, de preferencia semestralmente.
- . Algunas mujeres desean checarlo introduciendo sus dedos en la vagina para tocar los hilos.
- . El tiempo de eficacia del DIU varía de acuerdo al tipo del mismo. Informe a la usuaria cual le ha sido aplicado.
- . El Norplant se aplica subdérmicamente en el brazo o pierna y puede ser retirado el día que lo solicite.

Señales de peligro

La mujer debe consultar al consejero o médico si tiene:

- . Hemorragia o retraso de la menstruación.
- . Dolores abdominales o inflamación pélvica.
- . Molestias o dolores de ella o de su compañero durante la relación sexual.
- . Infección o secreciones vaginales anormales.
- . Escalofríos fiebre o malestar general sin una causa aparente.

Relación con la sexualidad

- . El método se aplica y se olvida.
- . Es una decisión íntima que puede conservarse en secreto aún del compañero.
- . Produce seguridad y libertad de la expresión sexual.
- . El Norplant produce ocasionalmente mayor sensibilidad corporal por las hormonas que libera.

Relación con las ETS.

- . El DIU no es recomendable en mujeres propensas a contraer una ETS, ni con varios compañeros sexuales y no protege de ellas.
- . El Norplant si es recomendable a este tipo de mujeres, aunque de igual manera, no protege contra este tipo de enfermedades.

2.3 El Condón, Diafragma, Condón femenino.

Descripción

- . El condón es un objeto de látex o plástico que se usa para cubrir el pene durante el coito. No permite que los espermatozoides o el VIH penetren en la vagina.
- . El diafragma es un capuchón de plástico que se coloca en la vagina y cubre el cuello del útero. Impide la entrada de los espermatozoides o el VIH al útero.
- . El condón femenino es un objeto de látex o plástico que se usa para cubrir las paredes vaginales e impedir el paso de los espermatozoides.

Ventajas

- . Eficientes en un 90% y hasta un 99% si se combina con espermicidas.
- . El condón es fácil de obtener y usar.
- . No tienen efectos secundarios .
- . Ayudan a la protección de las ETS incluyendo el SIDA.
- . Probablemente evita el cáncer cervical.
- . Son reversibles y temporales.

Inconvenientes

- . Mal utilizados, interrumpen la actividad sexual.
- . Atenúan la sensibilidad durante el coito en algunos hombres o mujeres.
- . Es preciso tener varios condones disponibles porque debe usarse uno nuevo para cada relación.
- . El Diafragma no se encuentra disponible fácilmente.

Uso

Adecuado para:

- . Quienes desean espaciar los hijos.
- . Quienes tienen relaciones sexuales ocasionales o con varias parejas diferentes.
- . Quienes temen al contagio de una ETS o del SIDA.

- . Quienes se preocupan por los efectos secundarios de otros métodos.
- . Mujeres que no pueden utilizar otro método en el postparto o la lactancia.
- . Hombres responsables de su vida de pareja.

Inadecuado para:

- . Quienes no están de acuerdo como pareja.
- . Quienes no lo van a utilizar regular y cuidadosamente.
- . Quienes no desean tener más hijos definitivamente.

Procedimiento

- . Se desenrolla el condón sobre el pene erecto, dejando un pequeño espacio en la punta para recoger el semen.
- . Después de la eyaculación se sostiene el borde del condón para retirar el pene de la vagina.
- . El condón es desechable y debe utilizarse uno nuevo para cada relación.
- . El Diafragma puede aplicarse varias horas antes de la relación y debe retirarse 2 horas después. No es desechable.
- . El condón femenino debe colocarse en la vagina antes de tener relaciones sexuales, para que se adhiera adecuadamente a las paredes vaginales.

Señales de peligro

- . Aparentemente ninguna.
- . Un paquete de condones en mal estado o almacenados por mucho tiempo disminuye su eficacia porque puede romperse.
- . En algunas personas, si el látex o el lubricante produce irritación, conviene cambiar de marca.

Relación con la sexualidad

- . Existen muchos mitos y tabúes al respecto que conviene diluir antes de utilizar estos métodos de barrera.
- . Prolongan el tiempo de la respuesta sexual, retardan la eyaculación y el orgasmo, permitiendo mayor placer.
- . Disminuyen los casos de eyaculación rápida o eyaculación precoz.
- . Permiten un mayor conocimiento de los órganos genitales del compañero y otra forma de estimulación y tocamiento mutuo.
- . La erección del pene va desapareciendo muy lentamente después de la eyaculación.
- . La mujer y el hombre no se sienten tan húmedos y algunos se sienten más limpios.

Relación con las ETS.

- . El condón es el único método que previene las ETS incluyendo el SIDA, sobre todo si contiene Nonoxynol-9 o se acompaña de un espermicida.
- . Facilita el sexo seguro tanto para evitar el riesgo de una ETS como de un embarazo.
- . Proporciona seguridad a aquellas personas que tienen varios compañeros sexuales.

2.4 Espermicidas.

Descripción

- . Los Espermicidas existen en diferentes presentaciones, óvulos, tabletas vaginales, espumas y jaleas. Las sustancias que contienen destruyen los espermatozoides y bloquean su entrada al útero. Son llamados por ello, métodos de barrera.

Ventajas

- . Son eficaces siempre y cuando se usen correctamente y acompañados del condón.
- . No producen efectos secundarios.
- . Ayudan a proteger de las ETS incluyendo el SIDA si contienen Nonoxynol-9.

Inconvenientes

- . La pareja debe esperar varios minutos después de usar el método, para iniciar el acto sexual.
- . A algunas mujeres les disgusta tocar sus genitales.
- . Ocasionalmente pueden producir irritación o excesiva humedad.

Uso

Adecuado para:

- . Quienes tienen relaciones sexuales ocasionalmente.
- . Quienes desean espaciar sus hijos.

Inadecuado para:

- . Quienes definitivamente no quieren hijos.
- . Quienes no logran un acuerdo de pareja.
- . Quienes no desean tocar sus genitales.
- . Quienes consideran que se interrumpe la relación sexual.

Procedimiento

- . Conviene seguir las instrucciones de cada espermicida.
- . Las jaleas y espumas se introducen con su aplicador en la vagina antes de la penetración.
- . Las tabletas vaginales y los óvulos se introducen con el dedo hasta el fondo de la vagina, de 10 a 30 minutos antes del coito.
- . En todos los casos, para una segunda relación sexual debe realizarse otra aplicación y nunca utilizar duchas vaginales.
- . Simultáneamente, es conveniente que el hombre ponga un condón en su pene.

Señales de peligro

- . Irritación fuerte y persistente en los genitales.

Relación con la sexualidad

El uso de espermicidas mejora considerablemente el patrón de respuesta sexual porque:

- . Estimulan el descubrimiento de los propios genitales y los del compañero.
- . Funcionan como lubricantes facilitando la penetración y disminuyendo el dolor.
- . Cambian el ritmo y permiten a la mujer un mayor tiempo de estimulación.

Relación con las ETS.

- . Disminuyen ligeramente la posibilidad de contraer el virus del SIDA al contener Nonoxynol-9.

2.5 Abstinencia Periódica, Billings y Retiro.

Descripción

- . El coito no se practica durante los días fértiles de la mujer por el peligro de quedar embarazada más fácilmente. Suele ser entre los 12 y 16 días antes de la próxima menstruación. Se llama también ritmo.
- . El método Billings combina varios indicadores que le permiten buscar una mayor certidumbre a la pareja, como la temperatura o la consistencia del moco cervical, entre otros.
- . El retiro interrumpe la respuesta sexual en la última fase.

Ventajas

- . No requiere ningún producto especial aparte de la educación y el conocimiento del propio cuerpo.
- . Son aceptables para todos los grupos religiosos aun en aquellos que se oponen a la planificación familiar.

Inconvenientes

- . El índice de eficacia es bajo por múltiples factores.
- . Es difícil para mujeres con períodos menstruales irregulares o con una salud sexual deficiente.
- . Para muchas parejas es difícil determinar su propio período de ovulación.
- . Suele exigir larga práctica y orientación frecuente de personal especializado durante varios meses.
- . El retiro interrumpe la dinámica de la respuesta sexual y produce temor a la falta de control.

Uso

Adecuado para:

- . Quienes tienen creencias religiosas o morales que no les permiten usar otros métodos.
- . Cuando los dos están de acuerdo en utilizar este sistema.
- . Quienes no les afecta un nuevo embarazo.

Inadecuado para:

- . Quienes desean conseguir un control adecuado en la cantidad de hijos que desean tener.
- . Quienes no tienen conocimiento adecuado del funcionamiento de los órganos sexuales.

Procedimiento.

- . Curva Térmica:
Toma de la temperatura a la misma hora, todas las mañanas y condiciones basales.

La eficacia del método puede mejorar si se traza una curva de temperatura para determinar el momento de la ovulación.

. Método del Moco:

Reconocer la modificación en sus secreciones vaginales, que son espesas en la etapa preovulatoria claras y acuosas en la postovulatoria.

Puede practicar el coito con seguridad tras desaparecer el moco ovulatorio.

. Coito Interrumpido.

El varón debe tener un control total en el momento de la eyaculación para retirar el pene de la vagina antes de la salida del semen con los espermatozoides.

Señales de peligro.

. Trastornos de la respuesta sexual y/o problemas diversas.

Relación con la sexualidad.

. Insatisfacción sexual.

. Puede crear conflictos entre la pareja si no están convencidos de usar este método.

. Disminuye la comunicación con la pareja.

Relación con las ETS.

. No protege de las ETS ni del SIDA.

2.6. Salpingoclasia

Descripción

. Es una operación en la que se ligan y se cortan las trompas de falopio o tubos en los que se produce la fecundación al unirse el óvulo y un espermatozoide en el cuerpo de la mujer.

. Ella seguirá menstruando pero no podrá tener más hijos. Se le llama también esterilización.

. Requiere una consejería adecuada y una decisión libre y voluntaria.

Ventajas.

. Es muy eficaz.

. No tiene efectos secundarios duraderos.

. La pareja no se preocupará más por la anticoncepción porque es un método permanente.

Inconvenientes.

. Es una cirugía que requiere algún tipo de anestesia y produce molestias.

. Ocasionalmente puede complicarse.

. Deja una cicatriz pequeña en el abdomen.

. No es reversible.

. En casos raros puede producirse un embarazo fuera del útero.

. No puede hacerse sin una consejería adecuada que asegure la decisión voluntaria.

. Requiere servicios especializados para realizarla.

Uso.

Adecuado para:

. Quienes tienen el número total de hijos deseados

. Quienes están en riesgo reproductivo y por indicaciones médicas no pueden embarazarse otra vez.

Inadecuado para:

- . Parejas indecisas o con problemas religiosos.
- . Parejas que confunden femineidad con maternidad y se sentirían incompletas o mutiladas.

Procedimiento.

- . En una clínica se realiza la operación utilizando anestesia local o bloqueo epidural.
- . Se hace una pequeña incisión en el abdomen y se cortan y ligan las trompas de falopio.
- . Se pide reposo a la usuaria por algunos días y seguir las indicaciones de aseo de la herida y de vigilancia de la cirugía.
- . Una semana después se retiran las puntadas y un mes mas tarde se hace una revisión medica.

Señales de peligro.

- . Complicaciones en la cirugía o posteriores a ella: fiebre, dolores agudos, sangrado o infecciones en la herida.
- . Trastornos de la respuesta sexual o problemas diversos. Debe acudir al consejero o al medico.

Relación con la sexualidad.

- . La seguridad que produce la eficacia del método repercute en una expresión libre y sana de la sexualidad.
- . No interrumpe el acto sexual.
- . La decisión libre y voluntaria de terminar con la fecundidad produce bienestar en la pareja y reafirma los valores femeninos.

Relación con las ETS.

- . La cirugía femenina no protege de las ETS ni del SIDA.

2.7.Vasectomía.

Información esencial

Descripción

- . Es una sencilla operación en la que se cortan los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta el pene.
- . El hombre sigue eyaculando semen pero este no contiene espermatozoides.
- . Su compañera sexual no puede que dar embarazada.
- . Requiere una consejería adecuada una decisión libre y voluntaria.

Ventajas.

- . Muy eficaz.
- . El procedimiento es muy simple y seguro.

- . No tiene efectos secundarios duraderos.
- . No deja cicatriz.
- . La pareja no se preocupará más de la anticoncepción porque es un método permanente.
- . No requiere hospitalización.

Inconvenientes.

- . Molestias durante la intervención y un poco después de ella.
- . No es eficaz de inmediato. Debe usarse otro método anticonceptivo mientras se vayan eliminando todos los espermatozoides, de 16 a 20 eyaculaciones aproximadamente.
- . No es reversible.

Uso.

Adecuado para:

- . Quienes tienen el número total de hijos deseados.
- . Quienes tienen una compañera sexual que por indicación médica no puede embarazarse de nuevo.
- . Quienes desean un método que no les cause problemas.
- . Los hombres que participan activamente a la planificación de su familia.

Inadecuado para:

- . Parejas indecisas o con problemas religiosos.
- . Hombres que confunden virilidad o masculinidad con paternidad.
- . Hombres con patología testicular o escrotal.
- . Personas con trastornos hematológicos.

Procedimiento.

- . En el consultorio médico se inyecta un anestésico local en el escroto y se hace una pequeña incisión, se extraen cortan y bloquean los conductos. Dura de 10 a 15 min.
- . Se pide reposo relativo por dos días.

Señales de peligro.

- . Si se observa sangrado en la herida.
- . Si el escroto esta muy adolorido o inflamado se debe acudir al médico.
- . Algún cambio en el patrón de respuesta sexual, debe acudir con el consejero.

Como se relaciona con la sexualidad.

- . La seguridad que produce la eficacia del método repercute en una expresión libre y sana de la sexualidad.
- . El hombre sigue capacitado para realizar el acto sexual igual o mejor que antes de la vasectomía.
- . Su aspecto y deseo no cambian y en algunos casos hay mejor producción de semen.

Cómo se relaciona con las ETS.

- . La vasectomía no protege de las ETS ni del SIDA.

2.8. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia.

Descripción.

- . Las pastillas anticonceptivas de emergencia son dosis grandes de píldoras anticonceptivas.
- . Deben tomarse en las primeras 72 horas de haber tenido relaciones sexuales.

Ventajas:

- . Previenen embarazos no deseados o inesperados.
- . Algunas mujeres que usualmente no pueden usar píldoras anticonceptivas, pueden usar las PAE en caso necesario.
- . Previenen y cuestan menos que un aborto.
- . Se pueden obtener con anticipación y tenerlas cerca en caso de emergencia.

Inconvenientes:

- . Náuseas (un promedio de 50%) ò vómito (un promedio de 20%).
- . No son tan efectivas comparadas con otros contraceptivos.
- . No se deben usar como un contraceptivo regular.
- . Necesita una receta.

Uso:

Es adecuado para:

- . En caso de tener relaciones sexuales inesperadas.
- . En caso de haber sido forzada a tener relaciones sexuales.

Es inadecuado para :

- . Mujeres que usualmente no pueden tomar píldoras.

Procedimiento :

- . Acudir a su clínica de planificación familiar para obtener la receta médica.
- . Tomar dos dosis grandes en las siguientes 72 horas después de tener relaciones sexuales.

Señales de peligro:

- . Náuseas y vómito.

Relación con la sexualidad:

- . La seguridad que ofrece este método amplía la libertad sexual.
- . No interrumpe el juego sexual.

Relación con las ETS.

- . La mujer que utiliza este método no la protege de ETS ni del SIDA^(9a 33)

III. MARCO LEGAL.

3.1.Ley General de Salud

Servicios de Planificación Familiar.

Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes los 20 años o bien después de los 35 así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello, mediante la correcta información anticonceptiva la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que este la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurran.

Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar.
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación de su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar, y biología de la reproducción humana.
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69. La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y sus efectos sobre la salud.

Artículo 70. La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y su reglamento y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71. La Secretaría de Salud prestara a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el Sistema Educativo Nacional.^(34,35)

3.2 Plan Nacional de Planificación Familiar.

Los primeros antecedentes de ofrecer servicios de Planificación Familiar en México se remontan a Yucatán con el Gobernador Felipe Carrillo Puerto influenciado por Alma Reed, quien intento establecer acciones de planificación familiar en la península.

En 1924 durante la administración del Presidente Plutarco Elias Calles se hicieron intentos de ofrecer métodos de planificación familiar como forma de regular el crecimiento demográfico del país.

La Ley General de Población promulgada el 23 de diciembre de 1947 muestra una clara tendencia pronatalista en los artículos relativos a los problemas demográficos.

El artículo segundo decía:

El aumento de la población debe procurarse:

- 1) Por el crecimiento natural y
- 2) Por la inmigración.

Entre 1950 y 1960 México tuvo una tasa porcentual de crecimiento de la población de 3.1%.

En 1960 se crea en la Ciudad de México una asociación denominada inicialmente "Para el bienestar de la Familia", y posteriormente "Pro-Salud Maternal", destinada a ofrecer servicios de planificación familiar y estudiar la aceptabilidad de métodos hormonales esta asociación, es fundada y dirigida por la Doctora Edris Rice-Wray, quien previamente había trabajado en la investigación clínica de la píldora de Pincus en Puerto Rico.

La regulación de la fertilidad en el humano a través del uso de métodos anticonceptivos fundandose el Centro de Investigación sobre Fertilidad y Esterilidad AC. (CIFE). En 1965 se crea el Departamento de Investigación Científica del IMSS, creandose la División de Biología de la Reproducción, dando un gran servicio a la población.

El crecimiento demográfico se hacia cada vez más evidente en el país, la tasa de crecimiento demográfico para 1970 era de 3.4%, sin embargo el gobierno no toma la decisión de regular este crecimiento.

Ya que existia mucha oposición por la iglesia y médicos de renombre. El Doctor John Rock demostró que el crecimiento demográfico solo se podría lograr a través de la inhibición de la ovulación (como salud de la mujer y de la oportunidad de decidir el tamaño de su familia). Se penso también en un método anticonceptivo que no inhibiera la ovulación y que pudiera ser aceptado por varios grupos religiosos.

La primera clínica de planificación familiar en el sector público se encuentra en el Instituto Nacional de la Nutrición en colaboración con la UNAM, quien cuenta actualmente con el Programa de Biología de la Reproducción.

En 1973 se incorporo en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos el artículo 4to.

“El varón y la Mujer son iguales ante la Ley. Esta protegera la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

En enero de 1974 se decreto la nueva Ley General de Población y en diciembre del mismo año se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Estos cambios permitieron a las entidades del Sector Salud, iniciar oficialmente la acciones de planificación familiar.

En 1976 se realizó la encuesta Mexicana de Fecundidad, así nació el Plan Nacional de Planificación Familiar y la Coordinación Nacional del Programa de Planeación Nacional que estaba integrado por: SSA, IMSS, y el ISSSTE. El 28 de octubre de 1977 ante el Presidente José López Portillo se dio a conocer que este plan debería hacerse respetando la libertad del ser humano, de la pareja, de la igualdad de los sexos.

De julio a octubre de 1978 se realizó la primera encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, los datos obtenidos fueron: la tasa bruta de reproducción en el año de 1974 fue de 3.20% y la que se obtuvo en 1978 fue de 3.53% lo que mostraba una sensible baja en el comportamiento reproductivo de la población.

Además la encuesta detecto que el 26.2% usaban un método, el 12.1% habían usado y ya no usaban el método y el 62.7% nunca habían usado ningún método.

Los resultados de la encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos con modulo de fecundidad y mortalidad en 1979, obteniendo una información sobre el comportamiento de la población, además, del uso y no uso de métodos anticonceptivos y la atención materno- infantil todos relacionados con aspectos socioeconómicos tales como educación, empleo, vivienda, salud, y tamaño de la localidad.

Se dedujo una tasa global de fecundidad de 4.83% con una tasa de natalidad de 35 por 1000.

Con un tasa bruta de mortalidad de 8 por 1000 y una tasa de mortalidad de 7.4% en los menores de 5 años. Concluyendo que el ritmo de crecimiento de la población se estimaba en un 2.7% para el año de 1979. (Todo esto es un programa de planificación familiar voluntario).

El censo de 1980 arrojó un volumen de población de 77.4 millones de habitantes.

A fines de 1980 el programa de planificación familiar del IMSS, había captado 611,012 aceptantes del programa.

De 1979 a 1981 hubo un aumento de 14% en la proporción de mujeres en unión donde el 5.0% practicaba la anticoncepción en el área rural; en 1981 esta tasa aumento a 27.4% y los anticonceptivos eran obtenidos por la mitad de las usuarias en el sector público, el IMSS, participa con 45.0%.

Según la tasa global de fecundidad en 1970 la mujer tenía 8 hijos en toda su vida reproductiva en 1981 era de 6, es decir, la fecundidad se redujo el 25% en este último periodo, llegando la tasa de crecimiento demográfico del país a 2.4% en 1982.

A partir de 1983 el programa de planificación familiar del IMSS oriento sus acciones hacia el cuidado de la salud (como riesgo reproductivo) destinado a la prevención de los embarazos de alto riesgo.

En 1984 el programa de planificación familiar del IMSS captó 1,038.400 nuevas Usuaras, el 47.7% utilizaban hormonales orales, 36.4.% dispositivo intrauterino, y 15.4% salpingoclasia, y solamente el 0.5.% vasectomía en el hombre.

En 1991 se captan 324,478 aceptantes a finales de 1988, hacían uso de métodos anticonceptivos en el sector público y privado alrededor de 7.5 millones de mujeres en edad fértil en unión; es decir, el 54% de un total de 14 millones.

El número promedio de hijos nacidos vivos que tendría cada mujer durante su vida reproductiva se estimó en 2.8% para 1990, y 2.5% para 1994.

La cobertura de protección anticonceptiva al considerar el total de usuarios activos de métodos anticonceptivos modernos (hormonales, dispositivos intrauterinos, y métodos quirúrgicos) con el total de mujeres de 15 a 49 años en edad fértil siendo de 59.0% en 1990 y 62.0% en 1994.

Considerando una proporción de usuarios activos de métodos anticonceptivos de 70.6% en 1990 y de 79.0% para 1994^(36,37,2,7,9)

METODOLOGIA

1.- LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevo a cabo en:

La Delegación Tlalpan al suroeste del D.F y presenta una población aproximadamente de 194,455 mujeres de 15 a 64 años que refieren haber utilizado algún método anticonceptivo. Esta Delegación tiene un total de 103,961 viviendas, cuenta con unidades de primer nivel de atención dos corresponden al I.M.S.S. una que pertenece al I.S.S.S.T.E. y tres al D.D.F. y las clínicas adscritas a la S.S.A. de acuerdo a la información del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática.

2.- DISEÑO DEL ESTUDIO.

TRANSVERSAL:

Porque se hizo una sola medición en el tiempo

OBSERVACIONAL:

Porque permitio observar el fenómeno de estudio.

DESCRIPTIVO :

Porque permitio describir como se esta comportando el fenómeno de estudio

ANALÍTICO:

Porque permitio hacer un cruce de variables, permitiendo realizar un análisis estadístico del fenómeno en estudio.

3- POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Una muestra representativa de la población femenina de 15 a 64 años de edad, residente de la Delegación Tlalpan del D.F.

4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

INCLUSIÓN.

- población femenina residente de la Delegación Tlalpan del D.F..
- de 14 a 64 años.
- aceptación voluntaria a la entrevista.
- que haya iniciado vida sexual activa
- que se encuentre en el domicilio en el momento de la encuesta .

EXCLUSIÓN.

- falta de aceptación a la entrevista.

ELIMINACIÓN.

- no se considera.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

INDEPENDIENTES:

FACTORES SOCIOCULTURALES COMO ES LUGAR DE ORIGEN, ESTADO CIVIL, RELIGION, EDUCACION Y OCUPACION DE LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA, NIVEL SOCIOECONOMICO

FACTORES DE SALUD COMO EDAD DE MENARCA, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA NUMERO DE EMBARAZOS Y SERVICIOS MÉDICOS UTILIZADOS POR LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
----------	------------------------	--------------------

1.-ASPECTOS GENERALES:

Lugar de procedencia	lugar de origen referido por la entrevistada	nominal
Edad	la referida por la entrevistada en años cumplidos	cuantitativa.
Estado civil	considerar el referido por la entrevistada	nominal
Religión	creencia religiosa que la entrevistada refiera	nominal
Escolaridad de la entrevistada y su pareja	número de años estudiados de acuerdo al ultimo año. escolar aprobado, referido por la entrevistada	nominal discreta.
Nivel socioeconómico	calificación obtenida por medio del instrumento de evaluación de nivel socioeconómico (INSE)	ordinal
Ocupación	actividad económica referida por la entrevistada para ella y su pareja	nominal

2.-ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS

Antecedentes heredo familiares	conocimientos de la presencia de algunas enfermedades en los familiares de primero y segundo orden (padres, hermanos, abuelos y tios)	nominal
---------------------------------------	---	---------

3.-ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Fecha de primera regla	referida por la entrevistada en años cumplidos	cuantitativa.
Inicio de vida sexual activa	la referida por la entrevistada a la edad en años cumplidos en el inicio de relaciones sexuales	cuantitativa.
Edad del primer embarazo	la referida por la entrevistada en años cumplidos	cuantitativa.
Paridad	número de embarazos obtenidos en toda su edad reproductiva	cuantitativa
Abortos	cantidad de abortos referidos por la entrevistada	cuantitativa.

4.-HÁBITOS HIGIENICOS

Baños a la semana número de veces que refiere la entrevistada bañarse a la semana cuantitativa.

Cambio de ropa interior número de veces que refiere la entrevistada cuantitativa.

Duchas vaginales uso de lavados vaginales referidos por la entrevistada nominal.

5.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Padecimiento de alguna enfermedad genital tanto de la entrevistada como de su pareja,
el referido por la entrevistada nominal.

6.- USO DE SERVICIOS MEDICOS

Servicios médicos institución a la que acude la entrevistada nominal.

Frecuencia de uso de servicios médicos referido por la entrevistada al año cuantitativo

DEPENDIENTE:

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tipo de método utilizado por la entrevistada y su pareja referido por la entrevistada nominal

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculado tomando en cuenta la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq}{E^2}$$

Donde:

Z = nivel de confianza 95% (1.96) áreas bajo la curva normal.

Pq = variabilidad del fenómeno de estudio. 5% (.05).

P = total de respuestas afirmativas 50% (.5)

q= total de respuestas negativas 50% (.5)

E = precisión con que se generan los resultados 5 % (.05)

De donde se obtiene la muestra inicial:

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5) (.5)}{(.05)^2}$$

Esto es igual.

$$n = 384.$$

Formula para obtener tamaño de la muestra :

$$n = \frac{n^o}{n^o - 1} \cdot \frac{1}{1 + \frac{1}{N}}$$

Donde:

n^o = tamaño de muestra.

N = población (universo)

Sustituyendo:

$$n = \frac{384}{384-1}$$

$$1 + \frac{\quad}{194,455}$$

$$n = \frac{384}{383}$$

$$1 + \frac{\quad}{194,455}$$

$$n = \frac{384}{1 + .0019696}$$

$$n = \frac{384}{1.0019696}$$

ESTO ES IGUAL:

$$n = 383.2$$

MUESTREO

Se realizo un muestreo por conglomerados multietapico, con base al marco geoestadístico de la Delegación Política de Tlalpan, teniendo como unidades de selección inicial, las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) homogeneizando los conglomerados a 500 viviendas por grupo ó (AGEB) obteniendo un total de 207.52 grupos (AGEB), los cuales fueron elegidos y mapeados para su localización.

Posteriormente para el tamaño de muestra requerido se calculo un total de 75 manzanas, y en cada manzana se eligieron 6 viviendas en donde se seleccionando de nuevo a una de las mujeres de 14 a 65 años que ahí residen y aceptaron participar en el estudio.

LIMITES

LUGAR : Delegación Política De Tlalpan D.F.

TIEMPO : del 15 de julio de 1998 al 15 de febrero de 1999.

RECURSOS

HUMANOS.

ASESOR:

MTRA. GUADALUPE JOSEFINA PEREZ GUTIERREZ

RESPONSABLES :

ARCOS GARCÍA OLIVIA.

GARCÍA ELIZONDO MA DEL ROSARIO.

MARTÍNEZ PEREZ RAQUEL.

MATERIALES.

1. 4000 hojas blancas de papel tamaño carta.
2. 25 lápices.
3. 10 gomas.
4. 25 bolígrafos.
5. 6000 copias fotostaticas.
6. viáticos. (9 personas)

FINANCIEROS.

- 1.-\$ 432.00
- 2.-\$ 37.50
- 3.-\$ 10.00
- 4.-\$ 50.00
- 5.-\$ 900.00
- 6.-\$ 3870.00
- 7.-\$ total \$ 5,299.50

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

La captura de la información se realizó a través de una base de datos en una computadora personal. su validación se realizó por medio de frecuencias simples y verificación en el 20% de los casos.

El análisis se llevó a cabo en forma univariada para estadística descriptiva, frecuencias media y medianas. en el análisis bivariado para el cálculo de riesgos en estudios transversales analítico, intervalos de confianza para un nivel del 95 % los cuales se calcularon con el programa estadístico microsoft excel 1997.

RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a las características del estudio, se realizó una encuesta en población abierta, en donde la información necesaria es posible obtenerla a partir de una entrevista y la cual no requiere maniobras de intervención, se considera factible y no involucra aspectos éticos por lo que solo se solicitó el consentimiento verbal de la entrevistada para llevarla a cabo.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Para fines de la recolección de información, se realizó una encuesta en el área de la Delegación Política de Tlalpan.

Se llevó a cabo una prueba piloto, para validar el contenido del cuestionario y su reproducción. Así como un adiestramiento al personal que colaboró en la recolección de los datos; sobre la técnica de la entrevista, y aplicación del cuestionario. El personal participante para la encuesta estuvo formado por 6 pasantes de enfermeras de nivel técnico, que realizaron las visitas en los domicilios de las manzanas seleccionadas en forma aleatoria.

En cada vivienda que resultó elegida fue marcada con una clave con gis para señalar la visita a esa vivienda, en caso de que la entrevistada no pudiera responder la encuesta en ese momento, se insistió en ello haciendo una cita específica para este fin.

Las 3 enfermeras supervisoras se encargaron de ordenar el trabajo de campo y verificar las acciones que se llevaron a cabo dentro de lo planeado. Así mismo se llevó un registro del avance del estudio, de las negativas a la entrevista o bien de las viviendas vacías encontradas. El horario elegido de 10:00 a 12:00am. Y de 16:00 a 18:00pm. para disminuir la posibilidad de encontrar viviendas vacías.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

LUGAR DE ORIGEN Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

1998

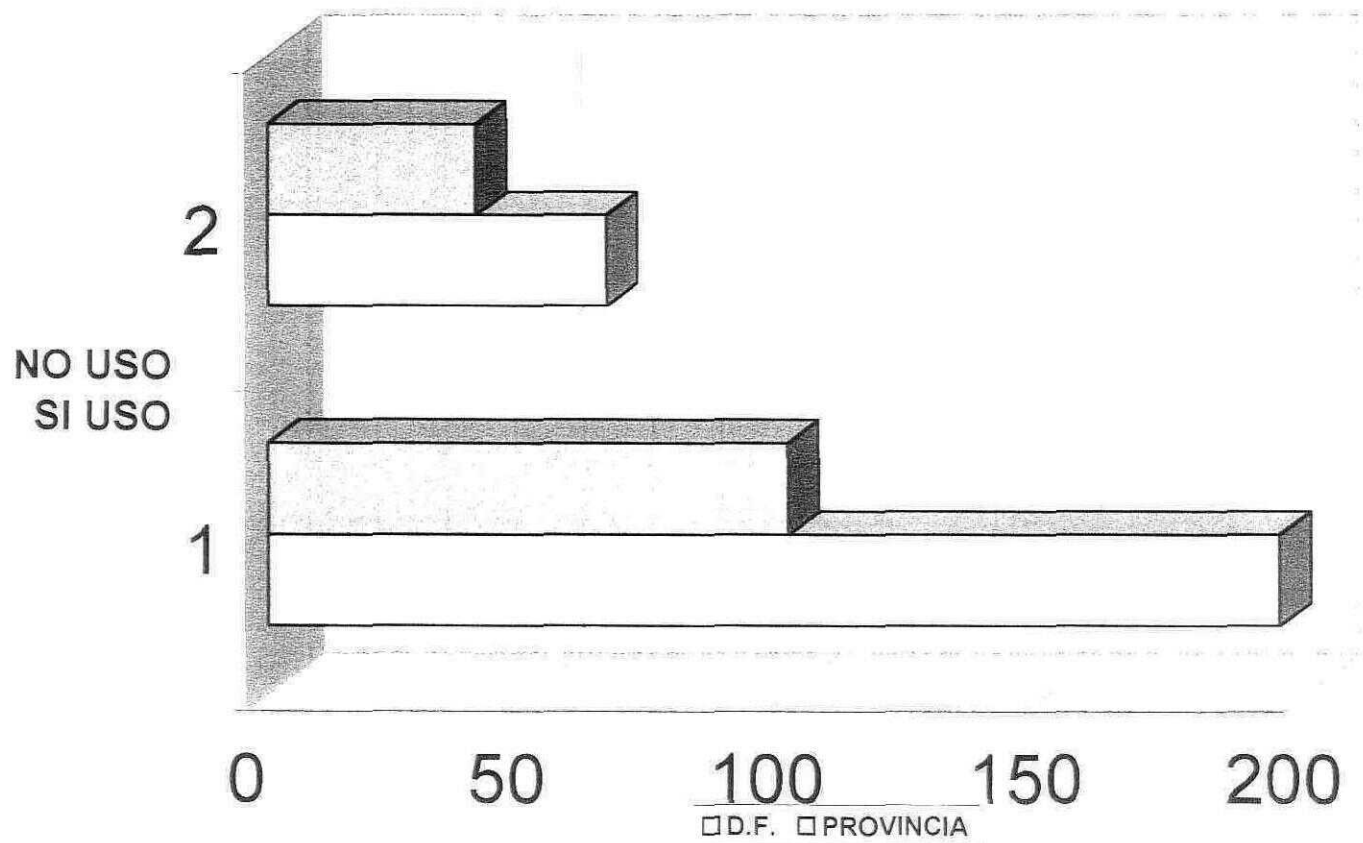
LUGAR DE ORIGEN	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO			
	N°	%	N°	%	N°	%
D. F.	195	66.10	65	61.90	260	65.00
PROVINCIA	100	33.90	40	38.10	140	35.00
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Encuesta aplicada a la población femenina de la delegación tlalpan D.F. diciembre 98 enero99

INTERPRETACIÓN:

De una población de 400 mujeres estudiadas el 66.10% son del D.F. y usa algún método anticonceptivo. Y el 33.90 % de provincia. Con una razón de 1.85: 1

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA ENTREVISTADA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 2

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR LUGAR DE PROCEDENCIA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

1998

ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ZONA NORTE						
COAHUILA	1	1.19	-	-	1	0.71
CHIHUAHUA	3	3.57	-	-	3	2.14
DURANGO	-	-	1	1.78	1	0.71
NUEVO LEON	2	2.39	-	-	2	1.42
TAMAULIPAS	-	-	2	3.57	2	1.42
ZONA CENTRO						
ESTADO DE MEX	4	4.76	4	7.14	8	5.71
GUANAJUATO	6	7.14	6	10.71	12	8.75
HIDALGO	6	7.14	4	7.14	10	7.14
JALISCO	4	4.76	3	5.35	7	5.00
MORELOS	6	7.14	-	-	6	4.28
PUEBLA	6	7.14	8	5.71	14	10.28
QUERETARO	3	3.58	2	3.57	5	3.57
SAN LUIS POTOSI	2	2.39	-	-	2	1.42
TLAXCALA	1	1.19	1	1.78	2	1.42
ZACATECAS	-	-	1	1.78	1	0.71
ZONA SUR						
CAMPECHE	-	-	1	1.78	1	0.71
CHIAPAS	3	3.58	-	-	3	2.14
GUERRERO	4	4.76	3	5.35	7	5.00
MICHOACAN	10	11.90	10	17.85	20	14.28
OAXACA	7	8.33	4	7.14	11	7.85
VERACRUZ	16	19.04	5	8.92	21	15.00
TOTAL	84	60.00	56	40.00	140	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: La población de provincia se dividió estratégicamente en tres regiones: sobre sale de la zona norte Chihuahua, de la zona centro Guanajuato y Puebla, de la zona sur Los estados de Michoacán y Veracruz

CUADRO N° 3

ESTADO CIVIL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

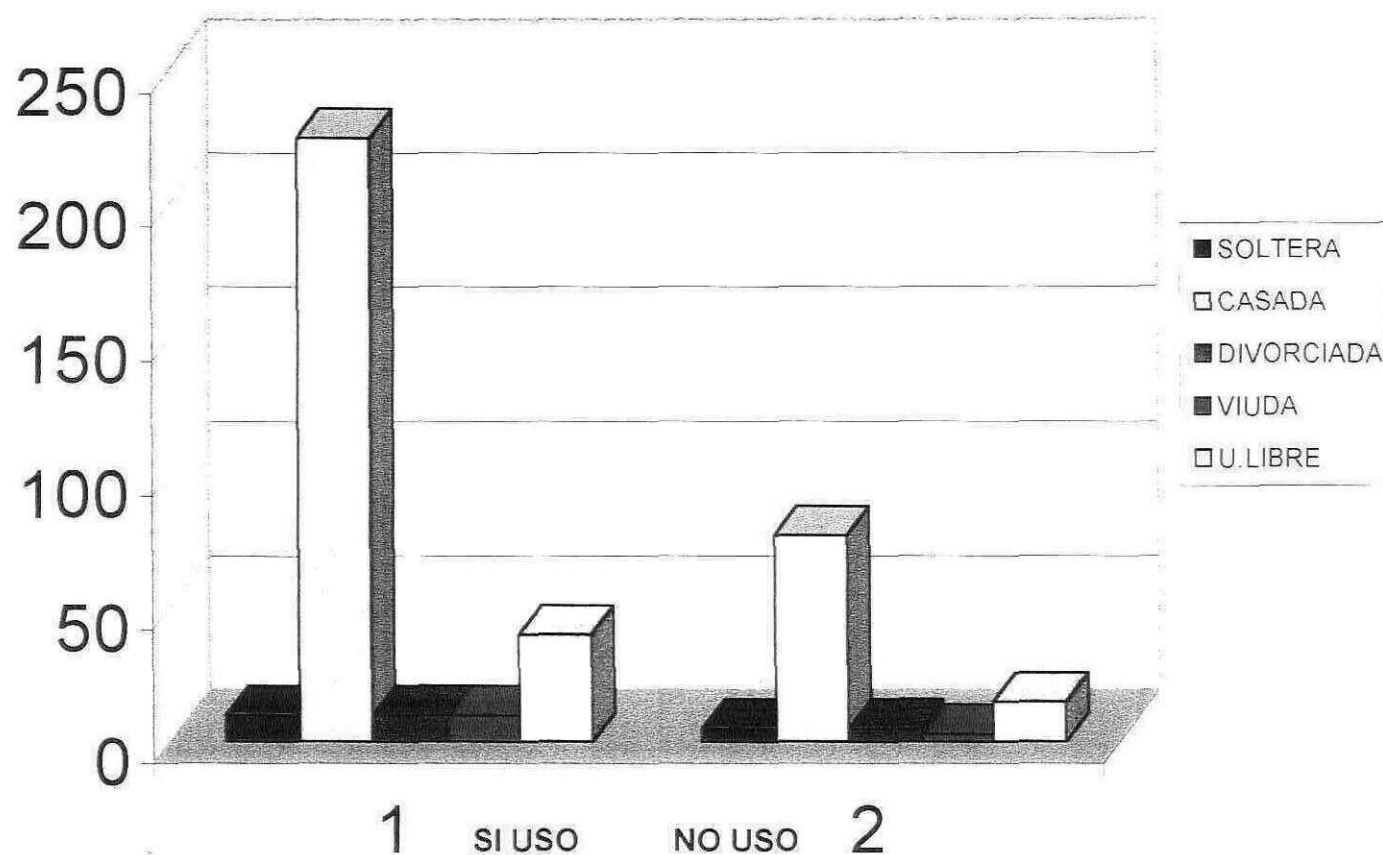
1998

ESTADO CIVIL	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO			
	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERA	10	3.38	5	4.76	15	3.75
CASADA	225	76.29	77	73.33	302	75.50
DIVORCIADA	10	3.38	5	4.76	15	3.75
VIUDA	10	3.38	3	2.86	13	3.25
U.LIBRE	40	13.57	15	14.29	55	13.75
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: De la población de 400 encuestas aplicadas, el 73.75% 295 mujeres emplean algún método anticonceptivo, de estas el 76.29 % son casadas.

ESTADO CIVIL DE LA ENTREVISTADA Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 4

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EDAD DE LA ENTREVISTADA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

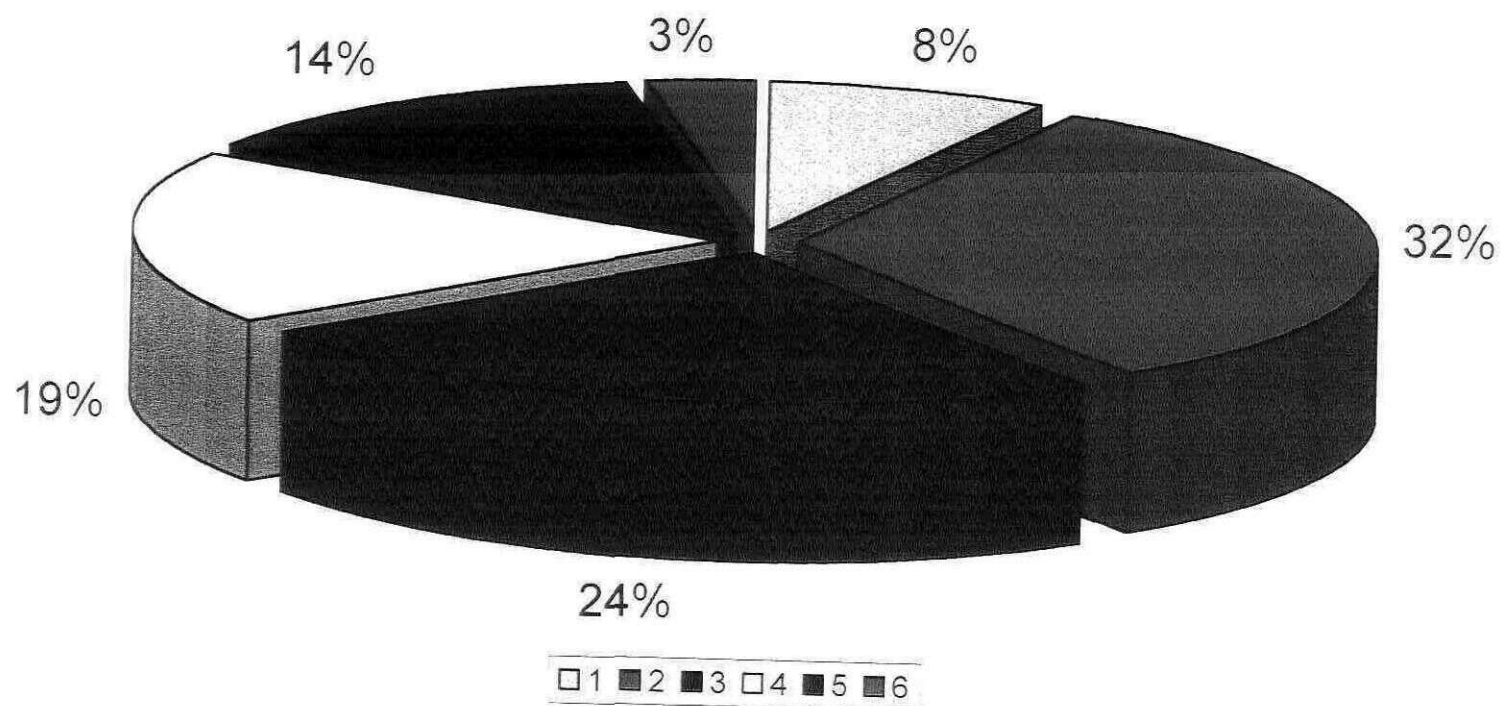
1998

EDAD DE LA ENTREVISTADA	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	Nº	SI USO %	Nº	NO USO %	Nº	%
14 – 20	23	7.79	8	7.61	31	7.75
21 – 30	96	32.54	33	31.42	128	32.00
31 – 40	72	24.40	23	21.90	95	23.75
41 – 50	55	18.64	21	20.00	76	19.00
51 – 60	40	13.55	16	15.23	57	14.25
61 - +	9	3.05	4	3.80	13	3.25
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: La población comprendida de 21 – 30 años (32.54 %) ocupa el primer lugar en el uso de métodos anticonceptivos y de 31 – 40 años (24.40 %) el segundo, donde la media es de 37.4 años de mujeres que usan métodos anticonceptivos considerando así que el grupo en edad fértil esta protegido.

EDAD DE LA ENTREVISTADA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 5**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACIÓN A LA RELIGIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.**

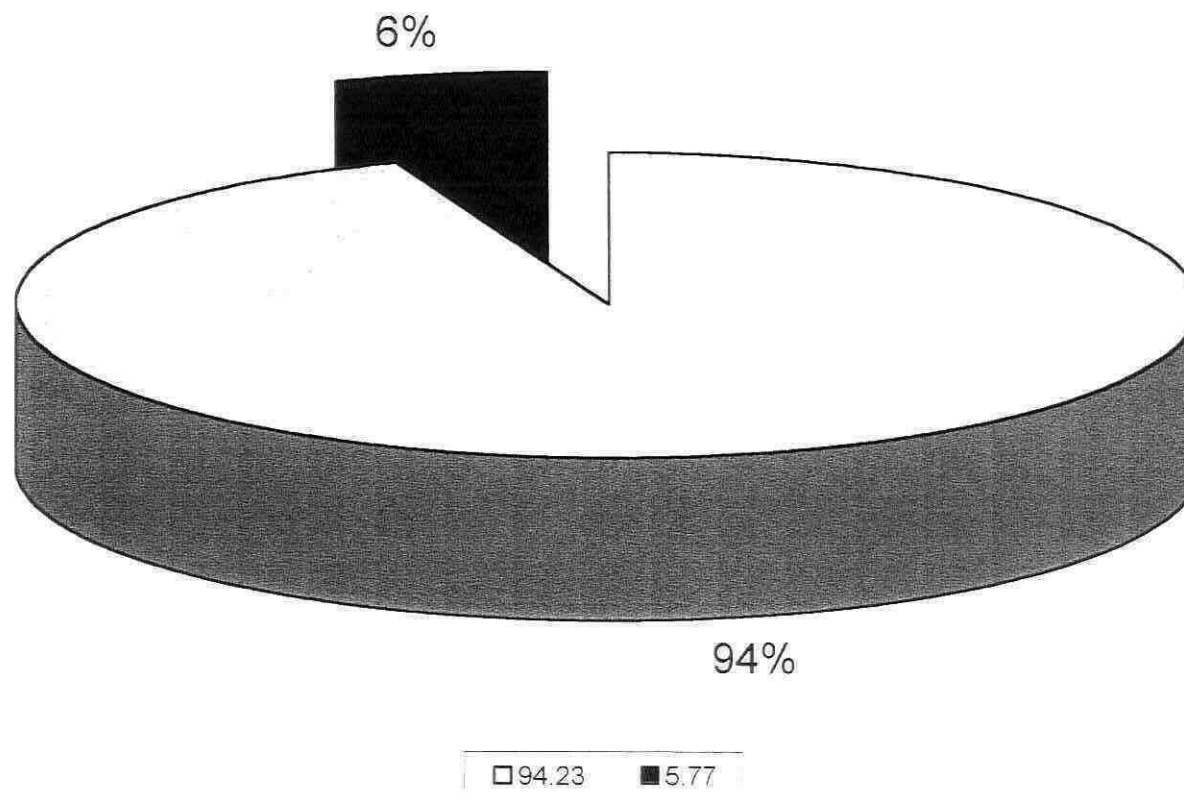
1998

RELIGIÓN	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CATOLICA	278	94.23	100	95.23	378	94.75
OTRAS	17	5.77	5	4.77	22	5.25
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: De las 295 mujeres que emplean algún método anticonceptivo. El 94.23 % son católicas.

RELIGIÓN DE LA ENTREVISTADA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 6

NIVEL EDUCATIVO ASOCIADO AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

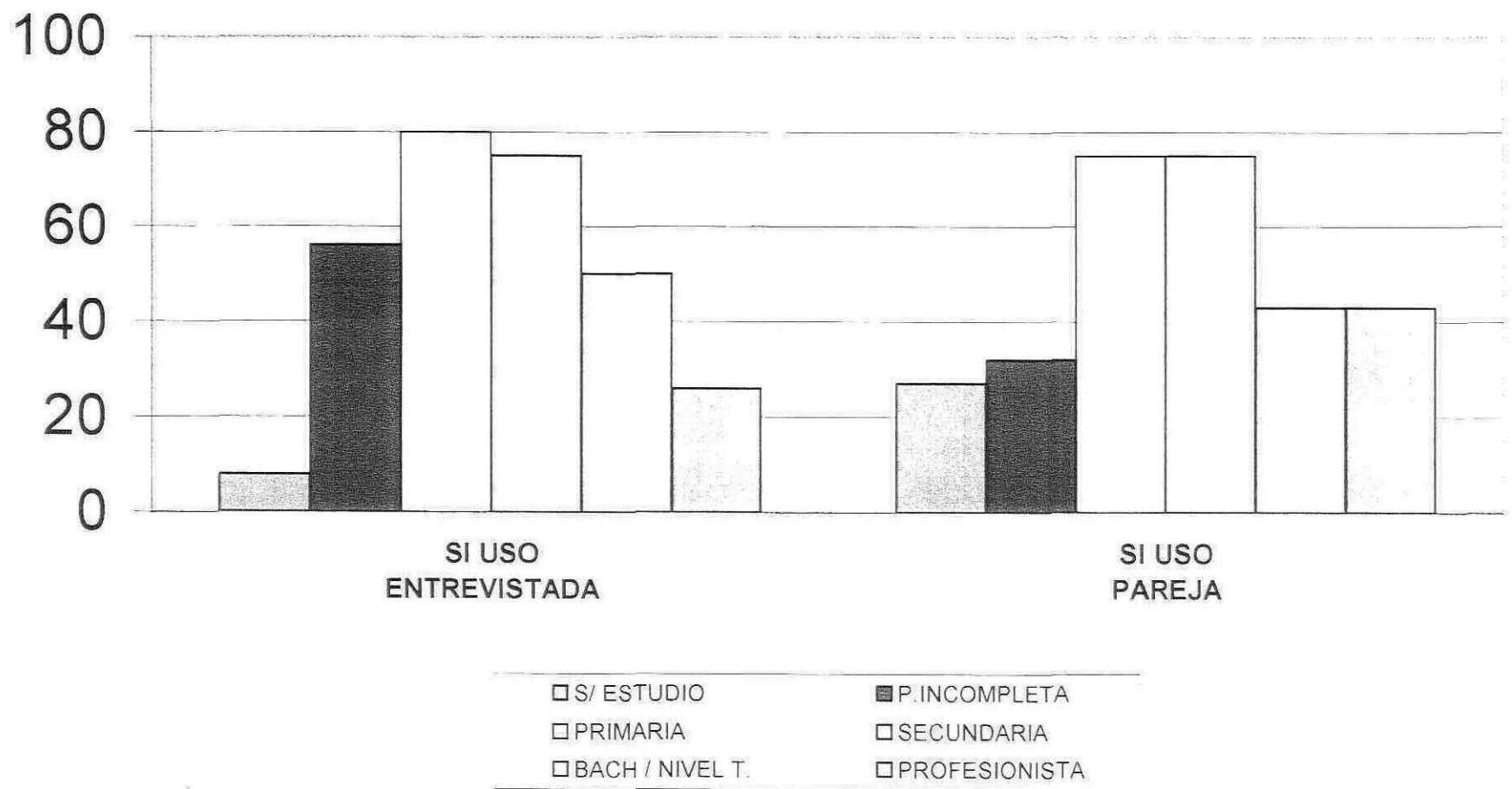
1998

ENTREVISTADA						PAREJA						
AÑOS DE ESTUDIO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS											
	SI USO		NO USO		TOTAL		SI USO		NO USO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	8	2.71	4	3.80	12	3.00	27	9.16	14	13.33	41	10.25
1 – 5	56	18.99	19	18.10	75	18.75	32	10.84	14	13.33	46	11.50
6	80	27.11	28	26.67	108	27.00	75	25.42	32	30.48	107	26.75
7 – 9	75	25.42	20	19.04	95	23.75	75	25.42	16	15.23	91	22.75
10 – 12	50	16.95	21	20.00	71	17.75	43	14.58	11	10.48	54	13.50
13 - +	26	8.82	13	12.39	39	9.75	43	14.58	18	17.15	61	15.25
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: No se observa diferencia por años de estudio de la entrevistada y su pareja en relación al uso de métodos anticonceptivos.

NIVEL EDUCATIVO DE LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA EN RELACIÓN AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 7

NIVEL SOCIOECONOMICO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

1998

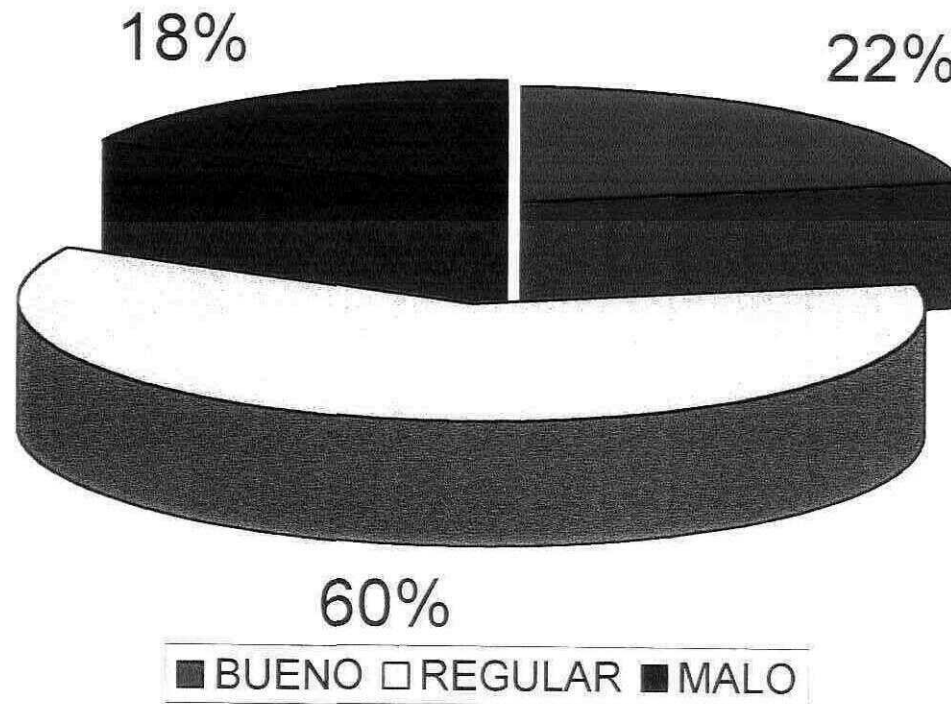
NIVEL SOCIO ECONOMICO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	64	21.70	11	10.48	75	18.75
REGULAR	179	60.68	57	54.29	236	59.00
MALO	52	17.62	37	35.23	89	22.25
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

INTERPRETACIÓN: Del 73.75 % de mujeres que usan métodos anticonceptivos el 21.70 % tiene un nivel socioeconómico bueno, el 60.68 % regular y el 17.62 % malo.

* NIVEL SOCIOECONOMICO.- Se obtuvo con la pregunta 8 del cuestionario; de acuerdo a la referencia número 37 de la bibliografía.

NIVEL SOCIOECONOMICO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 8

OCUPACIÓN DE LA ENTREVISTADA Y SU PAREJA ASOCIADA AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

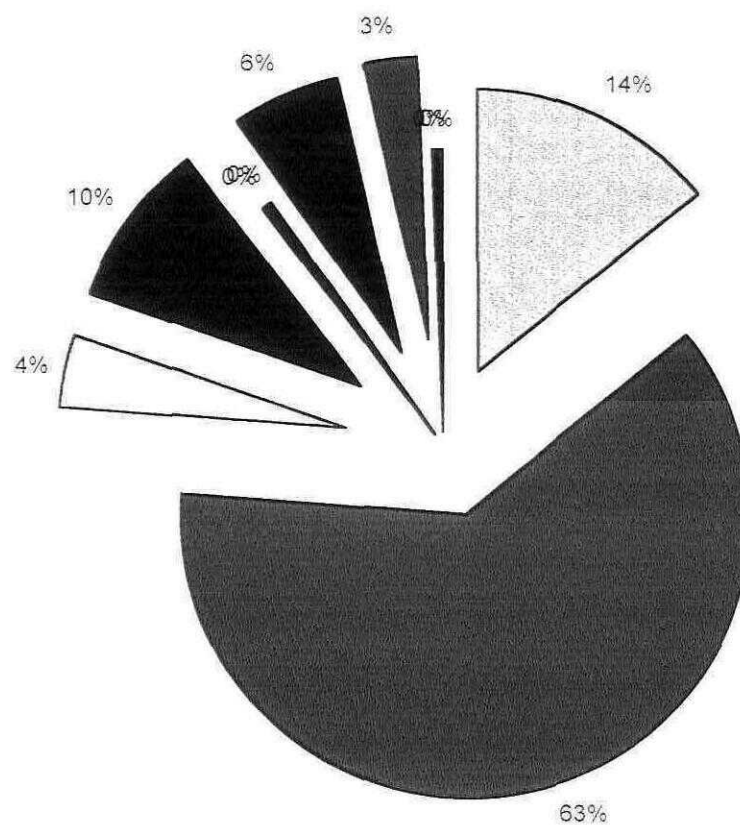
1998

OCUPACIÓN	ENTREVISTADA						PAREJA					
	USO		DE MÉTODOS		TOTAL		ANTICONCEPTIVOS		NO USO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DESEMPLEADO	-	-	-	-	-	-	30	10.17	13	12.39	43	10.75
HOGAR	222	75.26	80	76.19	302	75.50	1	0.34	1	0.96	2	0.50
E.DOMESTICO	13	4.40	4	3.80	17	4.25	1	0.34	-	-	1	0.25
COMERCIANTE	29	9.84	3	2.85	32	8.00	60	20.34	23	21.90	83	20.75
OBRERO	1	0.33	1	0.95	2	0.50	26	8.81	8	7.61	34	8.50
CAMPESINO	-	-	-	-	-	-	6	2.03	2	1.90	8	2.00
EMPLEADO	19	6.45	7	6.66	26	6.50	137	46.45	43	40.96	180	45.00
PROFESIONISTA	9	3.06	7	6.66	16	4.00	21	7.11	11	10.48	32	8.00
JUBILADA	1	0.33	3	2.85	4	1.00	7	2.38	2	1.90	9	2.25
PENSIONADO	1	0.33	-	-	1	0.25	6	2.03	2	1.90	8	2.00
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: Según la ocupación de las entrevistadas 302 (75.5 %) se dedican al hogar de las cuales 222 (75.26 %) usan métodos anticonceptivos. Y en relación a la ocupación de la pareja de la entrevistada el 45% son empleados; de los cuales el 46.45% utilizan algún método anticonceptivos.

OCUPACION DE LA ENTREVISTADA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



DESEMPLEADO	HOGAR	E. DOMESTICO	COMERCIANTE	OBRERA
CAMPESINA	EMPLEADA	PROFESIONISTA	JUBILADA	PENSIONADA

CUADRO N° 9

RELACIÓN DE EDAD DE MENARCA É INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA CON USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D. F. 1998

IV S A	EDAD MENARCA Y SI USO														TOTAL	EDA D MENARCA Y NO USO														TOTAL
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	8		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
12 13	3												3	1.01	0	0										0	0			
14 15		2	3	14									19	6.44			1	13	1							15	14.29			
16 17			3	22	36								61	20.67					22							22	20.96			
18 19					41	37							78	26.44					26							26	24.76			
20 21						33	28						61	20.67					1	16						17	16.19			
22 23							31						31	10.30						10						10	9.52			
24 25								4	11				15	5.08						2	3					5	4.76			
26 27									9				9	3.05							5					5	4.76			
28 29									5	1			6	2.03							1	1				2	1.90			
30 31									5	1			6	2.03									1	1		2	1.90			
32 33										4			4	1.35											1	1	0.96			
34 35											1		1	0.33												0	0			
36 +												1	1	0.33												0	0			
TOTAL	3	2	6	36	77	70	63	30	6	1	1		295	100												105	100			

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN:

Con el inicio de la vida sexual activa; debe promoverse el uso de algún método de planificación familiar, que permitiera evitar embarazos no deseados y una relación de pareja satisfactoria.

en relación a la población escuestada, se observa lo siguiente: el grupo representativo de la USA, inicio a los 12 años y la menarca a los 8.

La población que usa algún método de planificación familiar, inicio vida sexual activa de los 18 a los 19 años en un 26.44 % y en segundo lugar el grupo de 16 a 17 años y el de 20 - 21 con el 20.67% cada uno.

El grupo de reporta no usar ningún método de planificación familiar (24.76 %) y en segundo lugar el de 16 a 17 años, con 20.96 %.

La x de la menarca de las 295 encuestadas que usan métodos anticonceptivos es de 17.5 ± 1.2 y de IVSA la x 21.5 ± 5 .

CUADRO N° 10

NUMERO DE EMBARAZOS Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

1998

NUMERO DE EMBARAZOS	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0 – EMB.	16	5.42	4	3.80	20	5.00
1 – 2	105	35.60	36	34.29	141	35.25
3 – 4	105	35.60	35	33.33	140	35.00
5 – 6	41	13.90	15	14.29	56	14.00
7 – 8	12	4.06	8	7.61	20	5.00
9 – 10	8	2.71	2	1.91	10	2.50
11 – 12	6	2.03	4	3.81	10	2.50
13 – 14	2	0.68	1	0.96	3	0.75
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: El 71.20 % de mujeres que usan algún método anticonceptivo reportan de 1 a 4 embarazos con una $\times$ (3.5)

CUADRO N° 11

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN RELACIÓN AL SERVICIO MEDICO CON QUE CUENTA LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F

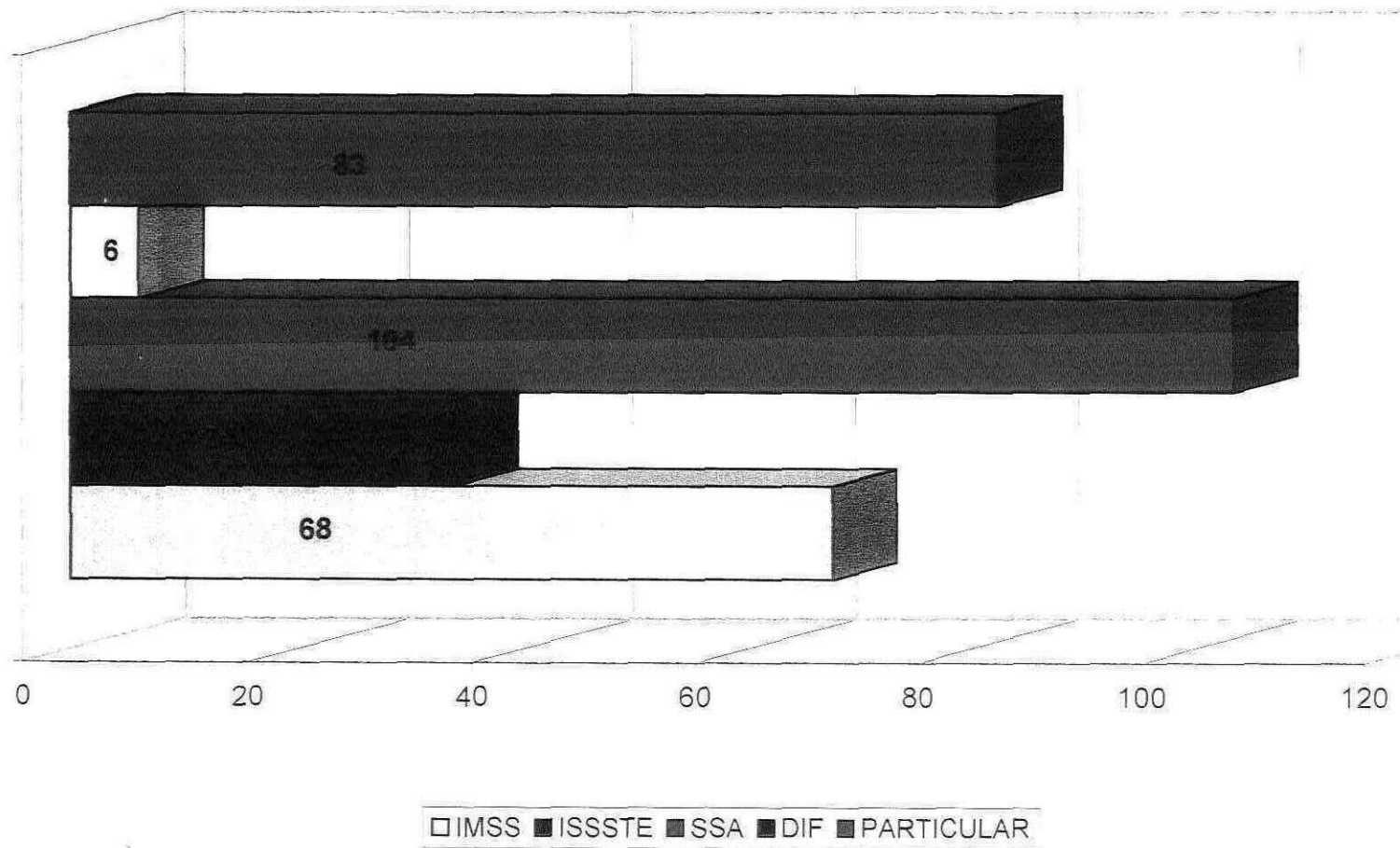
1998

SERVICIO MEDICO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				TOTAL	
	SI USO		NO USO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IMSS	68	23.06	24	22.85	92	22.75
ISSSTE	34	11.52	11	10.48	45	11.25
SSA	104	35.26	31	29.52	135	33.75
DIF	6	2.03	1	0.96	7	1.50
PARTICULAR	83	28.13	38	36.19	121	30.75
TOTAL	295	73.75	105	26.25	400	100

FUENTE: Misma de cuadro 1

INTERPRETACIÓN: De las 400 mujeres encuestadas, el 22.75 % recibe atención médica en el IMSS, el 11.25 en el ISSSTE el 35.20% acude a la SSA y al DIF. Y el 30.75% utiliza servicio médico particular. Del total el 73.75 % utilizan métodos anticonceptivos.

SERVICIO MEDICO AL QUE ACUDE LA ENTREVISTADA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



CUADRO N° 12

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZA LA POBLACIÓN FEMENINA DELEGACIÓN TLALPAN D.F.

1998

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Nº	%
INYECTABLES	46	11.50
PASTILLAS	127	31.75
DISPOSITIVO	153	38.25
CONDON	22	5.50
SALPINGOCLASIA	61	15.25
OTROS	3	0.75
TOTAL	412	100

FUENTE: Misma del cuadro 1

INTERPRETACIÓN: De las 295 personas que emplean métodos anticonceptivos, 117 utilizan más de un método. El 38. 25 % dispositivo, el 31.75 pastillas y en tercer lugar la salpingoclasia con el 15.25 %.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

COMPROBACION DE HIPOTESIS.

Se utilizo la Chi (χ^2) sirve para probar variables cualitativas.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde:

O=Frecuencia observada.

E=Frecuencia esperada. (Variable Dependiente)

Uso de métodos anticonceptivos

		SI	NO	
Factor Sociocultural	E s p e r a d o	295	105	400
Factor Salud		295	105	400
		590	210	800

VARIABLE	USO	O	E	$\frac{(O-E)^2}{E}$
FACTOR SOCIOCULTURAL	SI	295	295	0
	NO	105	105	0
FACTOR SALUD	SI	295	295	0
	NO	105	105	0

$$\chi^2=0$$

GRADOS DE LIBERTAD

$$gl = (c-1)(r-1)$$

c = No. de columnas

r = No. de renglones

$$gl = (c-1)(r-1)$$

$$gl = (1)(1)$$

$$gl = 1$$

considerando el nivel de significancia en la tabla estadística , encontramos

$$95\% = 0.5 = 3.841$$

$$99\% = 0.1 = 6.635$$

y el resultado de la aplicación de la fórmula de chi cuadrada, da 0.

Rechazamos la hipótesis de investigación los factores socioculturales y de salud no influyen en el uso de métodos anticonceptivos en la población femenina de la delegación tlalpan del D.F.

CONCLUSIONES

- El uso de métodos anticonceptivos no depende del lugar de origen.
- El estado civil esta en relación al uso de métodos anticonceptivos, así dos terceras partes de la población general estaria empleando algún método.
- Como factores socioculturales de este trabajo de investigación se consideraron: lugar de origen, estado civil, religión, años de estudio, ocupación y nivel socioeconomico, que al comprobar la hipótesis no influyen en el uso de algún método de planificación familiar.
- En relación a la variable factores de salud, incluimos: edad de menarca, inicio de vida sexual activa, número de embarazos, que con los resultados obtenidos no influyen en la práctica anticonceptiva.

Por ultimo, el método temporal más usado es el dispositivo.

SUGERENCIAS.

- Mayor difusión al programa de planificación familiar, para sensibilizar al tercio de la población encuestada, que no emplea ningún método anticonceptivo.
- Continuar con la capacitación del personal médico y paramédico para alcanzar las metas nacionales de planificación familiar.
- Realizar trabajos de investigación en otras delegaciones que permitan comparar los resultados de la Delegación Tlalpan, considerando otras variables que determinen su uso.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Harewana E. Control de la Natalidad. Ed Léfe (Informe Internacional) 1967:21 a 109.
- 2.- Martínez MJ. Sucedió en México. Del Nacimiento de la “Píldoras” a la reducción de la tasa de crecimiento Poblacional de la Secretaria de Salud 1994: 7a 263.
- 3.- Cervantes A. Programa Nacional de Población. 1987-1994: ¿ Nuevas alternativas o viejas premisas?. Demos. 1990; (1) : 22-23.
- 4.- Nortman D. Parenteral age as a factor in pregnancy outcome and child development New York : Reports on population council, 1974.
- 5.- Omran A.R. Reviem of the evidence. Further studies on family formation patterns and health. Geneva : World Health Organization 1981.
- 6.- Lara M. Historia de la Píldora Anticonceptiva Rev. Ciencias (48) octubre- diciembre 1997: 28 a 39.
- 7.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo Población y Vivienda. México, D.F. INEGI, 1990
- 8.- Monografía de la Delegación Política de Tlalpan del Distrito Federal INEGI 1990
- 9.- Instituto Mexicano del Seguro Social;
Manual para el uso de la Metodología anticonceptiva 1994: 7-29.
- 10.- Vazquez El, Santos Y R, Bassol S, Alvarado g, Garza y Estudio Comparativo de la Aceptabilidad y Efectividad entre dos anticonceptivos orales aplicados por vía vaginal. Rev. Ginecología y Obst. Mex. 1992 : 60 (1), 112.
- 11.- Flores MF, Flores OF, Medellín GD. Rev. Ginecología y Obstetricia de México 1993; 61 (Suplemento I). 95.
- 12.- [http : // www, positive, org/cps/Di Que Si/ Control natal html](http://www.positive.org/cps/DiQueSi/Controlnatal.html). 1997: 1-3.
- 13.- Alvarez PS, Borbolla SM. DID Transcesárea y sus complicaciones más frecuentes. Rev. Gineología y Obstetricia de México. 1994. 330-335.
- 14.- Vasconcellos AM, Unda US. Implantes Anticonceptivos de Levonorgestrel . Realidades y controversias de un método anticonceptivo actual: Rev. Ginecología y Obstetricia de México 1996; 64: 498- 502.
- 15.- [http; emisión, uson, mx/webpers/medina lauté couc. Htm](http://emisión.uson.mx/webpers/medina/laute_couc.Htm). Anticonceptivos. 1-4

- 16.- http://www.Atletic-Club.es/que_contrace.htm Contracepción- planificación familiar 1-6.
- 17.- Vaudale- TS, Conde Ge. Anticonceptivos, VIH y otras enfermedades de transmisión Sexual. Rev. Ginecología y Obstetricia Méx 1993 (63) 40- 45.
- 18.- Sojo AI Cortes gv. Estrógenos. Terapia anticonceptiva. Rev. Ginecología y Obstetricia de México Méx. 1995 (63) : 46- 49
- 19.- Lievano TSA, González LNO et al. La desinformación de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes y el Embarazo no deseado. Informe preliminar. Rev. Ginecología y Obstetricia de México 1994. (62) supl. 92-93.
- 20.- Morán C, Fuentes G Amado F, Higareda H, Bailón R, Zarate . La práctica de anticoncepción Posparto en Hospitales del Distrito Federal. Rev. Salud Pública de México.
- 21.- <http://www.cmory.edu/whse/Med/famplan/> Spanish ECP. Htm. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) o la píldora de la mañana siguiente (PAMS) 1 a 2.
- 22.- Nazar B A, Halperín F D, Salvatierra IB. Efecto de las Prácticas Anticonceptivas sobre la fecundidad en la Región Fronteriza de Chiapas, México. Rev. Salud Pública Méx. 1996; 38:13-19.
- 22.- Faúdes A. Avances Recientes en Anticoncepción y Planificación Familiar. Rev. Salud Pública de México 1992; 34 (1): 5-17.
- 23.- [hiHp,/med. Unex. Es/ medmun d / informe de/ planific. Htm](http://hiHp.med.Unex.es/medmun/d/informe/de/planific.htm). Planificación Familiar en el Sur. 1996; 1-3.
- 24.- Briseño HH, Meza PF, et al. Aborto y Planificación familiar en el Hospital General de Zapopan (H.G.Z.). Rev. Ginecología y Obstetricia de Méx. 1992, 60 (1), 110.
- 25.- Ordaz VR García J. Conocimiento y Práctica Anticonceptiva de los Adolescentes y jóvenes del Area Metropolitana de la Ciudad de México (AMCM). Rev. Ginecología y Obstetricia de México 1992: 60 (1). 110.
- 26.- Kenneth R. Niswander. Anticoncepción, aborto y Esterilización. Manual de Obstetricia Diagnóstico y Tratamiento. Ed .Salvat. 3- 21.
- 27.- Vazquez B.E, Serrano CJA, Andrade SA, Vasquez MJE, Chavez L.A. Efectos de la combinación Gestogeno - Etinilestradiol sobre el endometrio. Rev. Ginecología y Obst. Méx. 1992: 60 (1).111
- 28.- Muñoz. PM, Faz Hom, Salomon RI. EL Dispositivo Intrauterino y su Impacto Endometrial. Rev. Ginecología y Obst Méx. 1992: 60 (1). 111

- 29.- Garza FS, Morales DA, Fuziwara J L, Figueroa JG, Alonso A, Zarate A, Evaluación del Anticonceptivo Inyectable Mensual C Y C L O F E M. en el Programa de Planificación Familiar: Estudio Introductorio. Rev. Ginecología y Obst. Méx 1992: 60 (1), 112.
- 30.- De la Garza Lo, Muñoz, CE Romero BM. Expulsión del DIU colocado post alumbramiento . Rev Ginecología y Obst. Méx. 1992: 60 (1),112.
- 31.- Hinojosa J.C, Ramírez C, Velazquez y Salazar c, Canales E.S. Perfil Biopsicosocial de Mujeres que Solicitaron Reversión de Salpingoclasia.- Rev. Ginecología y Obst, Mex 1992: 60 (1); 113.
- 32.- Anibal Faundes. Avances Recientes en Anticoncepción Familiar. Rev. Salud Pública de Méx. 1992:34. (1) . 5- 17
- 33.-García BJ, Figueroa PJ. Práctica Anticonceptiva en Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana en la Ciudad de México. Rev. Salud Pública de Méx. 1992 :34 (4). 413-421
- 34.- García C, Flores M , Tovar V. México: Comportamiento Reproductivo y Marginación Social 1970- 1990. Elementos para un Diagnóstico Geográfico en Salud Reproductiva. Rev. Salud Pública de Méx. 1995 : 37 (4) 279- 287.
- 35.- Figueroa PJG, Aguilar BM. Persona y Reproducción Humana. México; Trabajo presentado en el II Congreso sobre Universidad y Derechos Humanos en América Latina, 1990.
- 36.- Figuerroa PG. Comportamiento Reproductivos y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. Rev Salud Pública de Méx. 1991. 590- 661.
- 37.- Bronfman M, G ruiscatre H, Castro V, Castro R y Gutiérrez G. II La Medición de la desigualda; una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Arch. Inves. Méd. México, 1988; 19:351-360.

ANEXOS

U.P.A.E.P.
LICENCIATURA DE ENFERMERIA
Y
OBSTETRICIA

OPINION DE LA ENTREVISTA SOBRE EL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS ASOCIADOS A FACTORES SOCIOCULTURALES Y DE SALUD
DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE LA DELEGACIÓN TLALPAN DEL D. F. 1998

INSTRUCCION : FAVOR DE ANOTAR DENTRO DEL CUADRO DE LA DERECHA
EL NÚMERO DE LA RESPUESTA SELECCIONADA.

FECHA : _____ NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____

DIRECCION : _____ No. DE ENCUESTA _____ ☐☐☐

I DATOS GENERALES:

1- ¿ DONDE NACIO USTED? _____ ☐

2- ¿ CUANTOS AÑOS TIENE USTED VIVIENDO EN EL D.F.? _____ ☐☐
ESPECIFICAR.

3- ¿ QUE EDAD TIENE USTED? _____ ☐☐

4- ¿ CUAL ES SU ESTADO CIVIL? _____ ☐

1) SOLTERA 2) CASADA 3) DIVORCIADA 4) VIUDA 5) UNION LIBRE.

5- ¿QUE RELIGION TIENE? _____ ☐

1) CATOLICA 2) PROTESTANTE 3) JUDIA 4) OTRA

6- ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO USTED? _____ ☐

PRIMARIA__ SECUNDARIA__ TECNICO O BACHILLERATO__
PROFESIONAL__

7- ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO SU ESPOSO? _____ ☐

PRIMARIA__ SECUNDARIA__ TECNICO O BACHILLERATO__
PROFESIONAL__

8 - ¿DE QUE MATERIAL ES EL PISO DE SU CASA? _____ ☐

1) RECUBRIMIENTO 2) CEMENTO 3) TIERRA

8.1 ¿ TIENE AGUA POTABLE? _____ ☐

1) EN LA CASA 2) EN EL VECINDARIO 3) TOMA PÚBLICA

8.2- ¿TIENE DRENAJE? _____ ☐

1) EN LA CASA 2) LETRINA 3) FOSA SEPTICA 4) NINGUNA.

8.3- ¿CUANTAS HABITACIONES TIENE PARA DORMIR? _____ ☐
ESPECIFICAR.

8.4- ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA? _____ ☐
ESPECIFICAR.

8.5-¿ QUIEN ES EL JEFE DE FAMILIA (DE MAYOR IMPORTE ECONOMICO?

9- ¿EN QUE TRABAJA USTED? _____ ☐

1) HOGAR 2) SIRVIENTE 3)POR SU CUENTA 4)OBRERO
5)CAMPEÑO 6)EMPLEADO 7) PROFESIONISTA 8) DESEMPLEADO.

10- ¿EN QUE TRABAJA SU ESPOSO? _____ ☐

1) HOGAR 2) SIRVIENTE 3)POR SU CUENTA 4) OBRERO5) CAMPEÑO
6) EMPLEADO 7) PROFESIONISTA 8) DESEMPLEADO.

II.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

11- ¿A QUÉ EDAD TUVO SU PRIMER REGLA? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

12- ¿CUÁNTOS AÑOS TENIA CUANDO EMPEZO SUS RELACIONES
SEXUALES? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

13-¿CUANTAS VECES SE HA CASADO Ó VIVIDO EN UNIÓN LIBRE? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

14- ¿CUÁNTAS VECES AL MES ACOSTUMBRA A TENER RELACIONES
SEXUALES? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

15- ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE EMBARAZO POR PRIMERA
VEZ? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

16-CUÁNTAS VECES SE HA EMBARAZADO? _____ ☐ ☐
ESPECIFIQUE.

17-CUÁNTOS ABORTOS HA TENIDO? _____ ☐
ESPECIFIQUE.

18-¿CUÁNTAS VECES SE HA CASADO Ó VIVIDO EN UNIÓN LIBRE SU PAREJA? _____
ESPECIFIQUE. ☐

19-¿A SU PAREJA LE HICIERON LA CIRCUNSIÓN? _____
1) SI. 2) NO. ☐

20-¿SE HA REALIZADO ALGUNA VEZ EL PAPANICOLAOU? _____
1) SI 2) NO. ☐

21-¿CADA CUANTO SE HACE USTED EL PAPANICOLAOU? _____
1) CADA AÑO 2) DOS VECES AL AÑO 3) CADA DOS AÑOS. ☐

III. HABITOS HIGIENICOS:

22-¿CUANTAS VECES ACOSTUMBRA A BAÑARSE A LA SEMANA? _____
ESPECIFIQUE. ☐

23-¿CADA CUANDO ACOSTUMBRA EL CAMBIO DE ROPA INTERIOR A LA SEMANA? _____
ESPECIFIQUE. ☐

24-¿UTILIZA DUCHAS VAGINALES? _____
1) SI 2) NO ☐

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

25-¿SU MÉDICO LE HA DICHO QUE USTED TENGA O HAYA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? _____
☐

1)INFECCION VAGINAL 2)GONORREA 3)SÍFILIS 4)CANCER 5)VERRUGAS GENITALES 6) OTRAS _____ 7) NINGUNA.
ESPECIFIQUE

26-¿SABE USTED SI SU PAREJA TIENE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? _____
1)GONORRREA 2)SÍFILIS 3)VERRUGASGENITALES 4)CANCER
5)INFECCION GENITAL 6)OTRAS. _____
☐

V.ACCESO Y USO DE SERVICIOS MÉDICOS:

27-¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGUNA INSTITUCIÓN? _____
1) SI 2) NO ☐

28-¿CUÁNDO USTED SE ENFERMA QUE SERVICIO DE SALUD UTILIZA? ____ ☐

1) IMSS 2) ISSSTE 3) SSA 5) DIF 6) PARTICULAR.

29- ¿CON QUE FRECUENCIA EN EL AÑO ACUDE A ATENCIÓN MÉDICA? ____ ☐

ESPECIFIQUE

VI. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

30-¿HA UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA NO TENER FAMILIA? ____ ☐

1) SI 2) NO

31-¿DE QUE TIPO? ____ ☐

1)PASTILLAS 2)INYECCION 3)DISPOSITIVO 4)CONDON

5)SALPINGOCLASIA 6)VASECTOMÍA 7)OTRO. ____ ☐
CUAL.

32-¿DURANTE CUANTO TIEMPO UTILIZO LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

1)PASTILLAS. ____ ☐

2)INYECCIONES. ____ ☐

3)DISPOSITIVO. ____ ☐

4)CONDON. ____ ☐

5)SALPINGOCLASIA. ____ ☐

6)VASECTOMIA. ____ ☐

7)OTRO.¿CUAL?. ____ ☐

ACTIVIDADES

SEPTIEMBRE

OCTUBRE

NOVIEMBRE

DICIEMBRE

ENERO

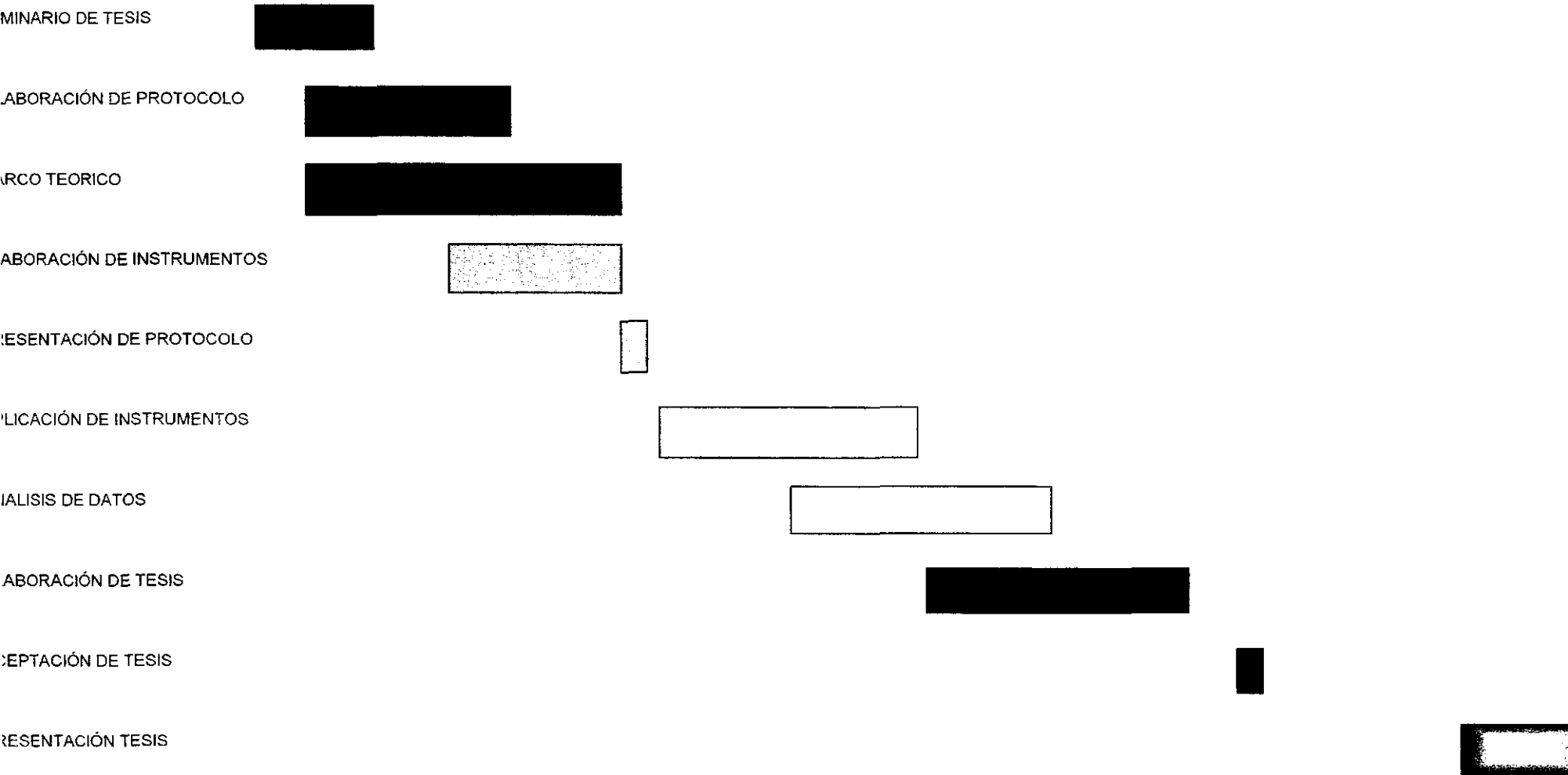
FEBRERO

MARZO

ABRIL

MAYO

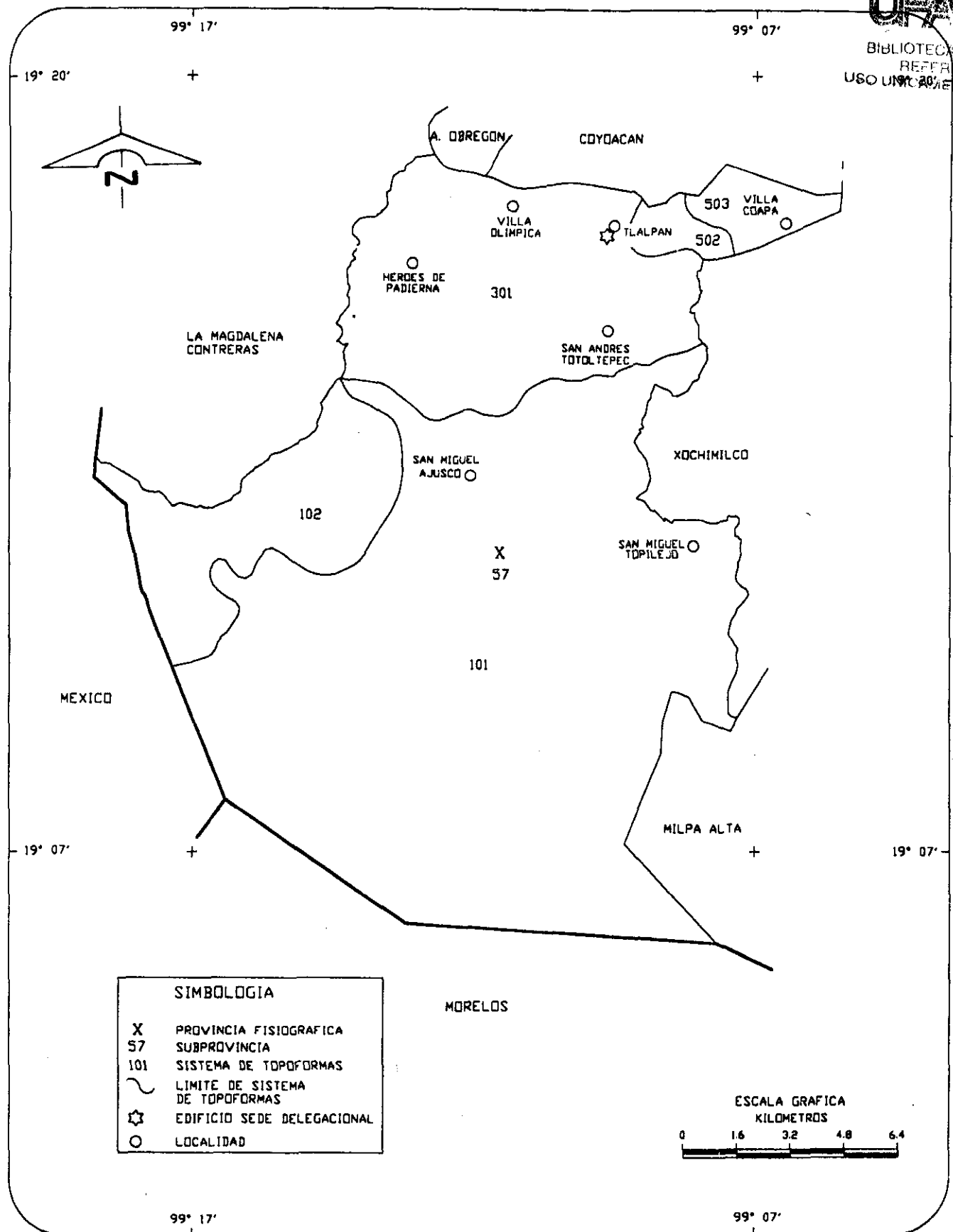
JUNIO Y JUL



Fisiografía

URAMP

BIBLIOTECA CENTRAL
REFERENCIA
USO ÚNICO EN SAL



FUENTE: INEGI. Atlas Cartográfico de la Ciudad de México y área conurbada. Inédito.