



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

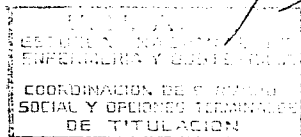
CAUSAS PARA LA NO ACEPTACION DEL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO
Y LA PARTICIPACION DE ENFERMERIA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR N° 1. "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ "
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:

MARTHA ELVIRA CARRIZALES GONZALEZ
HILARIO SANTIAGO MORENO

Asesoría Académica

LIC. MA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN. E.N.E.O



Octubre 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15
zej



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

	Página.
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVO.....	10
I MARCO TEORICO.....	11
II HIPOTESIS.....	21
III DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	22
IV METODOLOGIA.....	24
V ANALISIS DE CUADROS.....	26
VI DISCUSIÓN.....	29
VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	31
COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
VIII ANEXOS.....	35
Hoja de identificación.	
Formato Consentimiento Informado.	
Cuestionario.	
Presupuesto.	
Cronograma.	

Dedicado a la Lic. E. Magdalena Miranda
Herrera con nuestro agradecimiento, por
haber contribuido en el proyecto y
terminación de esta *Tesis* ayudando así a
nuestra superación profesional y personal.

Agradecemos, el apoyo brindado de
nuestros familiares y amigos, que con su
crítica constructiva nos ayudaron a
perseverar en esta fase de superación
profesional.

INTRODUCCION :

Se plantean como problema de salud mas frecuentes en el ámbito de planificación familiar, el embarazo no deseado y el embarazo de riesgo alto. Por lo que respecta a la vigilancia materno Infantil se consideran como los problemas de salud mas frecuentes la mortalidad materna y Perinatal. Por entidades nosológicas como la toxemia gravidica las hemorragias obstétricas, las infecciones puerperales, las complicaciones del aborto, la prematuridad y el bajo peso al nacer, así como la desnutrición.

Especial importancia tiene la satisfacción de las usuarias de los servicios de salud reproductiva entendida como: la satisfacción de bienestar que experimenta el individuo o la pareja que recibe los servicios como resultado de la congruencia que encuentra entre sus expectativas y su apreciación de la calidad de los servicios que les brindan. Es la bioética relativa a los derechos humanos de cada individuo a su intimidad, dignidad e integridad pero también a la índole y al alcance del derecho de la sociedad a la salud, elemento normativo para el desarrollo de las actividades de educación para la salud reproductiva.

En las civilizaciones más antiguas se han encontrado rastros de la regulación de la familia que pueden ser útiles para los historiadores. Sin embargo, la anticoncepción no fue considerada como necesidad para la humanidad hasta que el balance entre muertos y nacimientos no fue demasiado 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 el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas al interior de familias, ciudades, países y el mundo en general.

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, nuevas formas de regulación de la fertilidad llegaron a ser accesibles, y culturalmente aceptadas en muchos países. La anticoncepción hormonal se volvió una realidad práctica hacia finales de los años 50 y, en 1959 la publicación de resultados obtenidos durante décadas de experiencia

silenciosa con dispositivos intrauterinos (diu) abrió el campo a esta forma de anticoncepción.

Cuando la tasa de crecimiento poblacional empezó a declinar en los años 70 y 80, el interés por el control de los nacimientos también disminuyó. Sin embargo nuevas fuerzas entraron en la arena de la regulación de la fertilidad: grupos de mujeres organizadas que consideraron el control de la fertilidad como un derecho individual. Científicos y autoridades de la salud pública que identificaron la anticoncepción y el espaciamiento de los nacimientos como una herramienta muy importante en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de niños y mujeres.

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 práctica a sido deprimentemente lento, a pesar de los esfuerzos tanto de investigadores como de autoridades de salud (4).

Diseños de DIUS adaptados a la cavidad uterina:

Entre los muchos modelos desarrollados durante los años 70, el asa de Lippes fue el único que alcanzó diseminación y aceptación universal; por problemas de diseño posteriormente se observó que causó dolor intenso y sangrados. Fue Tatum quien diseñó y probó un dispositivo en forma de T el cual mostró adaptarse bien a la cavidad uterina.

Con la adhesión de cobre mejoró la efectividad anticonceptiva del método ya que proporciona protección de más de 99.5% por año durante los seis años siguientes a su inserción. En este tipo de dispositivo se ha dado una tasa de expulsión más baja, una pérdida de sangre mensual de alrededor de la mitad de la observada con el uso del asa de Lippes y tasas muy aceptables de deserción por otras razones médicas.

Más recientemente, y después de una prolongada investigación farmacológica, toxicológica y clínica se aprobó un DIU en forma de T en Finlandia, el país de manufactura, con el nombre de Levonova. Los estudios epidemiológicos han encontrado que la única complicación

sería durante el uso del DIU , la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) está asociada a este método solo cuando otros factores de riesgo se encuentran presentes.

A ninguna mujer debe insertársele un DIU sin antes darle a conocer las incomodidades menores, el posible aumento de sangrado menstrual, (o disminución en el caso de Levonova) y las complicaciones más serias, como los EIP, que se presentan en caso de exposición a otros factores de riesgo. Deben ofrecerse métodos alternativos.

La orientación, una vez más, juega un papel fundamental para ayudar a las mujeres a seleccionar el DIU más apropiado para ellas, y prepararlas para las incomodidades que pudieran presentarse durante y después de la inserción.

Ya que unas de las causas de deserción al método TCU 380 Ag son el sangrado con dolor con una tasa de 23.3 %, planes de embarazo con una tasa de 23.5 ; otras médicas con una tasa de 16.2 % .

JUSTIFICACIÓN

Recientes investigaciones en salud reproductiva, las acciones de reglamentación han favorecido al aumento en la aceptabilidad del DIU. Pero sigue siendo rechazado por una gran parte de la población debido probablemente a conceptos erróneos e inseguridad.

La idea de integrar diversas intervenciones en salud reproductiva a los servicios existentes de planificación familiar no es nueva. Los programas de planificación familiar en todas las regiones del mundo han incorporado ciertas intervenciones en salud reproductiva a los servicios regulares. Si bien pocos de estos esfuerzos han sido rigurosamente evaluados hay observaciones de los servicios entregados y de la satisfacción de los clientes que sugieren que están cubriendo una clara necesidad en salud (1).

El desarrollo mundial de programas de planificación familiar a empezado a jugar un papel más importante en la salud materno infantil. El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha incluido a la planificación familiar entre las iniciativas básicas para reducir la mortalidad infantil, y el Programa de Maternidad Segura de la OMS ; incluye a la planificación familiar entre las actividades que conducen a una reducción de la mortalidad materna (2) ; si la intención es reducir la mortalidad materno-infantil, debe tenerse cuidado de incluir a mujeres con condiciones médicas cuya fuerte asociación con el riesgo, de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio, o bien con el riesgo de tener un bebe con escasas posibilidades de sobrevivencia, crecimiento y desarrollo normales, sea bien conocida.

Los programas de planificación familiar convencionales usualmente no llegan a estos grupos de mujeres, porque las condiciones asociadas a un mayor riesgo son más frecuentes entre mujeres de bajos ingresos y menor educación que quienes frecuentemente tienen menos iniciativa para solicitar la anticoncepción y tienen difícil acceso a los servicios.

1. Program for appropriate technology health (Rath) Out Look. "Experiencia de Programas Seleccionados" vol.12, número 2, febrero 1995 P.p 4

2. Faundes A. I. Salud Pública de México . Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar , febrero 1992, volumen 34, número 1:5 - 17 , P.p.1 - 8. Domun Internet.

La calidad es un tema clave en el mejoramiento de la salud a través de la planificación familiar; una buena calidad también significa acceso fácil a la más amplia gama posible de métodos.

Esta debe incluir los métodos mas avanzados que ofrecen alta efectividad, particularmente cuando el embarazo representa un alto riesgo para la salud y la vida de la mujer o de su hijo.

La mejor oportunidad para identificar y llegar a las mujeres con un alto riesgo reproductivo es a través de la atención prenatal, en el parto y en el postnatal. El problema es que en el período inmediato posterior al parto, la mujer puede estar más interesada en su bebe que en sí misma, y la necesidad de la anticoncepción puede o no parecer apremiante para ese momento.

Por lo tanto, aún siendo ésta una ocasión en que las patologías que complican el embarazo son más fácilmente identificadas, pueden no ser una buena oportunidad para informar y aconsejar a las mujeres respecto a su futuro reproductivo.

La atención prenatal , y aún más, los 40-60 días de visita postnatal parecen ser las ocasiones más apropiadas para discutir con las mujeres su futuro reproductivo y sus riesgos. Esta es una de las razones que favorecen la inclusión de la anticoncepción post-parto como parte de la atención continua a mujeres con riesgo alto reproductivo.

Realizando un análisis de lo ocurrido en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el hospital general de Zona con medicina familiar No 1 se observó que en el año de 1996 de abril a marzo de 1997 hubo un total de 10,674 eventos obstétricos con un promedio mensual de 889 .

1. Program for apropiate technology health (Rath) Out Look, "Experiencia de Programas Seleccionados" vol.12, número 2, febrero 1995 P.p 4.

2. Faundes A. 1. Salud Pública de México. Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar . febrero 1992 . volumen 34, número 1:5 - 17 . P.p.1 - 8. Domun Internet.

3.Informe estadístico de Planificación Familiar. Enero a Septiembre 1996 .IMSS . cuadros estadísticos primera parte 2,3,4

Siendo el dispositivo intrauterino el que por su efectividad, comodidad y facilidad de inserción dentro de los primeros 10 minutos después del alumbramiento; la mujer egresará protegida con un método anticonceptivo, como es el dispositivo intrauterino, orientándola y firmando el "consentimiento informado" para su aplicación y evitando los problemas, comentados en renglones interiores.

El total de eventos obstétricos realizados en los meses de Diciembre de 1996 a Marzo en el HGZ No.1 del IMSS fueron (3570) de los cuales el 61% de estos corresponde al post-parto , el 32% al post-cesárea y el 7% a post-legrado .

Del total de eventos obstétricos se observa que el 54% salen protegidas por algún método anticonceptivo del cual el 73.5% con el dispositivo intrauterino, el 91.04% en el post-parto, el 5% en post-cesárea y el 3.05% en el post-aborto (3).

Es importante el número de pacientes que egresan no protegidas y que corresponde al 46% del total de eventos obstétricos y sus causas son las siguientes :

Contraindicación medica; causas atribuibles al hospital y a la paciente.

Tomando en cuenta lo anterior, así como nuestra experiencia durante el período de prácticas hospitalarias realizadas en la Secretaría de Salubridad y Asistencia de diciembre de 1996 a marzo de 1997, donde se vivió el problema de la no aceptación del dispositivo intrauterino post-evento obstétrico.

Por evento tenemos las siguientes cifras: post-parto no protegidas 61.5 % (2,426) en las post-cesáreas 64% (811) en las post-legendas con un 39 % (333) .

Actualmente ha habido un decremento en la aceptación de los métodos de planificación familiar en el Instituto , por lo que nos motivó a investigar las causas o factores que intervienen para su rechazo.

3.Informe estadístico de Planificación Familiar. Enero a Septiembre 1996 .IMSS . cuadros estadísticos primera parte 2,3,4.

Se considera que predispone a que exista mayor morbilidad y mortalidad materno infantil. Afecta a nivel nacional en la economía al disminuir la fuerza de trabajo en las empresas a causa de la incapacidad por parte de sus trabajadoras.

3. Informe estadístico de Planificación Familiar, Enero a Septiembre 1996 .IMSS . cuadros estadísticos primera parte 2,3,4.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿COMO AFECTAN LAS CAUSAS CULTURALES, SOCIALES Y RELIGIOSAS PARA LA NO ACEPTACION DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO; EN LAS PACIENTES POSTEVENTO OBSTETRICO INMEDIATO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C.M.F. No 1 DEL I.M.S.S. DE SAN LUIS POTOSI. S.L.P. ?

OBJETIVOS.

General:

- Conocer las causas que influyen para la no aceptación de la aplicación del dispositivo intrauterino en el post-evento obstétrico; post-parto, postlegrado y transcesárea.

Específico:

- Conocer y/o identificar :
Las causas culturales, sociales que influyen para la no aceptación de la aplicación del dispositivo intrauterino en el postevento obstétrico, así como , el factor inherente al postevento obstétrico para la no aplicación del DIU.

I MARCO TEORICO:

El presente trabajo de investigación se realiza en el Instituto Mexicano del Seguro Social en hospital General de Zona C.M.F No 1 Integrante del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Con acciones coordinadas tanto en el régimen ordinario urbano como en el rural IMSS Solidaridad, aplica en sus múltiples unidades los anticonceptivos con mayor índice de seguridad.

Los métodos permanentes van a la vanguardia con el 31.1 por ciento del total de usuarios activos, mientras que los hormonales orales, que durante muchos años ocuparon el primer lugar de aceptación, muestran una tendencia descendente y actualmente ocupan el segundo lugar, junto con el dispositivo intrauterino.

El total de mujeres en edad fértil es de 289,965 cifras de enero a septiembre 1996, en la población IMSS en el estado de San Luis Potosí (5) por régimen ordinario, las usuarias del método DIU le corresponde a 8,197 personas.

La cobertura de usuarias activas de la misma población IMSS es el medio urbano de 12,118 personas pero la meta es de 12,945. Cifra que ha alcanzado y que es sujeto de investigación en el presente trabajo para saber los factores causales que motivan la disminución.

También se anexan gráficas y comentarios de mortalidad materna, mortalidad infantil cuya fuente es Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia en México. Consideramos dicha información importante como consecuencia de la población no sensibilizada en la aceptación de un método de planificación familiar.

Los obstáculos para la prestación de servicios de planificación familiar post-aborto son, entre otros, la división administrativa entre los servicios de urgencias o de ginecoobstetricia y los de planificación familiar, así como la falta de comprensión y atención de las necesidades, los puntos de vista y las

5. Eschen ,A. And whitaker , m. Family planing : a base to build on for women reproductive: a global perspective . Boulder , San Francisco and Oxfor : 1993. Out Look ; volumen 12 , número 2 febrero 1995.

motivaciones de las mujeres . La consiguiente separación impide que las mujeres obtengan un método para evitar futuros embarazos , las exponen a un mayor riesgo de abortos inseguros y perpetúa el estado

deficiente de salud común entre las mujeres en el mundo en desarrollo . Además la falta de servicios integrales de salud reproductiva - incluyendo vínculos entre la planificación familiar y la atención del aborto , y el tratamiento para la infecundidad y las enfermedades de transmisión sexual , no permite ofrecer a las mujeres toda la atención que necesitan .

INDICACIÓN DEL DIU EN EL POSTABORTO:

El período post-aborto siguiente al tratamiento de un aborto espontáneo o provocado , es una oportunidad importante para ayudar a las mujeres a solucionar los problemas que contribuyen al embarazo no deseado . Algunas decenas quedan embarazadas poco después de un aborto espontáneo y no hay razón para hacerlas de su empeño , salvo en casos de complicaciones médicas (por ejemplo , los abortos espontáneos múltiples puede hacer necesario el referir a las mujeres a servicios para el tratamiento de la infecundidad) . Sin embargo , la mayoría de quienes reciben atención por un aborto no desean a corto plazo otro embarazo . Una mujer que acaba de afrontar los peligros del aborto inseguro , con ello ha expresado claramente el deseo de controlar su fecundidad y la necesidad de apoyo para evitar otro embarazo no deseado .

Debido a la rápida recuperación de la fecundidad después de un aborto, la selección oportuna de un método anticonceptivo apropiado es especialmente crítica . Por lo general , una mujer recobra su fecundidad durante las dos semanas siguientes a un aborto de primer trimestre ; es posible que muchas de ellas no estén enteradas de este rápido reinicio de su fecundidad , en particular porque difiere del prolongado período de recuperación de la fecundidad post-parto . En muchos casos , el tratamiento del aborto es uno de los pocos contactos que la mujer tiene con el sistema de atención médica . Por lo tanto , este momento es una oportunidad importante para que reciba información y servicios anticonceptivos(6) .

6. Allan Robert y Col. La seguridad de los DIUS puede ser atrayente . Network en español . Volumen No.2 invierno 1996. P.p 18 -20.

INDICACIÓN DEL DIU EN EL POSTPARTO:

Un buen asesoramiento informa a las mujeres en el periodo post-parto acerca de las distintas opciones anticonceptivas . El parto puede ser la ocasión ideal para que las mujeres obtengan servicios de planificación familiar y asesoramiento . para muchas mujeres puede ser el único momento de su vida en que tienen contacto con proveedores médicos o enfermeras , bien capacitados que pueden informarles acerca de los anticonceptivos disponibles y como utilizarlos .

Muchas mujeres están muy motivadas para evitar o demorar otro embarazo después de un parto o haber abortado. En los países en desarrollo , se estima que 40 millones de mujeres en el post-parto quieren evitar el embarazo pero no están usando anticonceptivos (7) si no usan anticonceptivos , las mujeres en el post-parto se enfrentan a cuestiones muy importantes en materia de salud . Si el próximo embarazo ocurre demasiado pronto , la vida de la madre y su hijo pueden correr riesgos . Los niños nacidos antes de que hayan transcurrido dos años después del nacimiento de sus hermanos tienen un mayor riesgo de morir durante la infancia .

La falta de una buena información para las mujeres en el post-parto puede producir una elección de anticoncepción inapropiada o ineficaz . Por ejemplo, la cuestión de cuando empezar exactamente a usar un método anticonceptivo en el post-parto puede ser crucial.

Muchos hospitales carecen de servicios de planificación familiar adecuados dice el Dr. Hernán Mora de la organización Panamericana de la Salud (OPS) "no están ofreciendo asesoramiento o anticoncepción adecuados" para las mujeres en el post-parto , estos servicios se ofrecen en clínicas de planificación familiar generales , sin embargo estamos tratando de establecer este tipo de atención en los hospitales .

7.Zerzavy fm: use of intrauterine contraceptive device in the partum period . Anj . Public health. 1967 : 57 : 28.

En nuestro medio los DIU no se están usando tanto como se pudieran usar, y el problema se encuentra tanto entre los usuarios como entre los proveedores de estos servicios. Tenemos que poner la información sobre los DIU a disposición de los profesionales de salud, desde los jefes de departamentos de ginecoobstetricia hasta el trabajador de una clínica periférica.

El uso de anticonceptivos se divide en tres categorías distintas de mujeres en el post-parto : las que están amamantando a su hijo , las que no lo están amamantando y las que interrumpieron o perdieron el embarazo . Los métodos no hormonales tales como el DIU , los métodos de barrera y la planificación natural familiar son idóneos para las mujeres que están amamantando por que no inducen ningún cambio bioquímico en el cuerpo de la madre que pueda afectar la producción o la calidad de la leche . Las mujeres que no están amamantando y las mujeres en el post-aborto pueden usar en general la mayoría de los métodos ya sea inmediatamente .

Los métodos de primera opción para las mujeres que están amamantando son los métodos no hormonales, como métodos no hormonales se incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU), los métodos de barrera y la esterilización. Puesto que para algunas mujeres el contacto con los médicos y enfermeras de servicios de salud ocurre sólo durante el parto, el asesoramiento de estas mujeres debe incluir información acerca de otros métodos que puedan usarse después.

Los DIU son buenas opciones puesto que no interfieren con la lactancia materna. El DIU debe insertarse inmediatamente después de la expulsión de la placenta (dentro de los primeros 10 minutos) o si no, debe esperarse por lo menos seis semanas para reducir su riesgo de expulsión. Las inserciones inmediatas tienen la ventaja de ser más fáciles y convenientes tanto para la mujer como para los médicos . El riesgo de expulsión puede ser mayor cuando se inserta después de haber transcurrido los primeros 10 minutos y durante las primeras 48 horas pero no es tan elevado cuando se inserta

8. Alvarez P. Jorge y Col: DIU transcesárea y sus complicaciones más frecuentes . Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 62 noviembre de 1994. P.p. 330 . 334

después de 48 horas y dentro de las primeras seis semanas. Por lo que se refiere a la inserción después de 6 semanas, las investigaciones demuestran que las mujeres que están amamantando sufren menos dolor y menos efectos secundarios que la inserción llevada a cabo entre las mujeres que no están amamantando.

En las mujeres después del post-aborto del primer trimestre se puede aplicar inmediatamente o después de seis semanas el DIU.

Las mujeres en el post-aborto: ofrecer anticonceptivos a las mujeres después de un aborto es una oportunidad especialmente buena para prevenir abortos futuros y para satisfacer sus necesidades. Es esencial ofrecer asesoramiento y servicios de planificación familiar a las mujeres que han interrumpido su embarazo.

En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres que reciben tratamiento por abortos realizados , en condiciones de riesgo rara vez salen de donde han recibido el tratamiento habiéndoseles facilitado algún medio que les sirva para evitar otro embarazo y con frecuencia terminan haciéndose otro aborto en condiciones de riesgo.

En el caso de los abortos en el segundo trimestre, los expertos generalmente recomiendan que se espere seis semanas antes de insertar el DIU ya que la cavidad uterina está demasiado dilatada para realizar las técnicas de inserción de rutina. Otro factor importante entre las mujeres en el postaborto es la infección y cuando existe infección, no se debe insertar el DIU (8).

La seguridad de los DIU puede ser atractiva:

Los dispositivos intrauterinos (DIU) no tienen efectos sistémicos en la salud ni efectos secundarios nocivos, salvo el hecho de que aumentan el riesgo de anemia ,lo que hace que sean el método más atractivo de todos los métodos anticonceptivos. En los países donde el DIU no se usa en forma generalizada, la información errónea acerca de sus efectos en la salud puede ser una barrera considerable que se opone al uso de ellos. No hay pruebas de

que los DIU aumenten el riesgo de contraer cáncer cervical, uterino o endometrial. Sin embargo, las mujeres con cáncer uterino o endometrial diagnosticado o sospechado, o con sangrado vaginal cuya causa no ha sido diagnosticada, no son buenas candidatas para el uso del DIU. Los sangrados anormales podrían atribuirse erróneamente a los DIU, cuando la razón real del sangrado se ha pasado por alto (9).

Lo ideal es que la inserción se realice poco después del parto o esperar varias semanas para hacerlo.

El DIU, como anticonceptivo usado durante el periodo de post-parto, tiene una clara ventaja: no afecta la lactancia materna. El periodo de post-parto también puede ser un momento oportuno en la vida de la mujer para que se haga insertar un DIU, puesto que puede ser una de las pocas ocasiones en las que tiene contacto con los servicios médicos. El momento de la inserción es importante principalmente porque influye en el riesgo de la expulsión. Lo ideal es la inserción post-parto . Nunca se le debe insertar un DIU a una mujer inmediatamente después del parto sin haberle dado asesoramiento adecuado y sin haber dado ella su consentimiento informado. El asesoramiento debe darse durante la etapa gestacional o cuando haya pasado el estrés emocional y físico del parto.

Solo unos cuantos países, entre ellos México y Colombia, han dedicado recursos y atención programática considerables a los programas de DIU post-parto.

El DIU también se puede insertar sin riesgo inmediatamente después de un aborto espontáneo o inducido, salvo cuando el útero está infectado o corre el riesgo de infectarse, cuando el tracto genital ha sufrido un traumatismo grave o cuando hay hemorragia o anemia grave . Si el aborto ocurre después de 16 semanas de embarazo, la inserción del DIU debe realizarla alguien que esté capacitado especialmente para su colocación correcta en el fondo del útero.

8. Alvarez P. Jorge y Col. DIU transesérea y sus complicaciones más frecuentes . Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 62 noviembre de 1994. P.p. 330 , 334.

9. Grupo Interinstitucional de Trabajo en Salud Reproductiva ; manual del capacitador para consejería en Planificación familiar, Queretaro . 1996. P.p.11 -16 .

El asesoramiento es crítico: pocos estudios han examinado asuntos relativos al asesoramiento y otras cuestiones relativas a la prestación de servicios en cuanto al uso del DIU en el post-parto. A menudo los médicos o enfermeras hablan de la elección del método sólo con la mujer. Pero es posible que más tarde, el esposo u otro pariente, como la suegra, se oponga a que la mujer elija el método. Lo ideal es que la pareja reciba asesoramiento prenatal a fondo, acerca de las opciones de anticonceptivos, incluido el DIU. Ese enfoque relativo al asesoramiento prepararía mejor a la familia respecto al método y fomentaría la tasa de continuidad más elevada.

Las características de los programas de anticoncepción post-parto de éxito se identificaron en una reunión mundial celebrada en 1990 auspiciada por FHI, el ministerio de salud de México y el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS). Entre las características importantes estaba la capacitación adecuada al asesoramiento, calidad de la atención y cuestiones clínicas de la atención y cuestiones clínicas del personal a todos los niveles (10).

INDICACIÓN DEL DIU EN TRANSCESAREA

Actualmente más de 60 millones de mujeres en el mundo utilizan el dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo. Su aplicación tradicionalmente se ha realizado en el periodo intergenésico por vía vaginal. Sin embargo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), recientemente se ha retomado la idea descrita originalmente por Zorzavy: (11) la aplicación del DIU durante la operación cesárea.

La aplicación del DIU transcesárea es un procedimiento sencillo que brinda la ventaja de aprovechar la anestesia y la asepsia del acto quirúrgico para su colocación a cielo abierto.

Es el método de elección para las pacientes con riesgo reproductivo elevado.

10. Alan Robert y Colaboradores. La seguridad de los DIUS puede ser atrayente; Network en español, volumen 16, No.2 invierno 1996; P.p. 18 - 20.

11. Zorzavy fm: use of intrauterine contraceptive device in the partum period, Public health, 1967; P.p. 28 y 57.

No aumenta la intensidad del dolor postoperatorio .
No aumenta la estancia intrahospitalaria .
No aumenta la magnitud ni la duración de los loquios en forma significativa .
No aumenta la frecuencia de las complicaciones infecciosas .
Uno de los principales inconvenientes es la baja frecuencia con que se visualiza las riendas del DIU en la vagina al término del puerperio.

La frecuencia de expulsión del DIU durante el puerperio es mínima .
Probablemente siguiendo una mejor selección de las pacientes , y una técnica quirúrgica más rigurosa , se logren mejores resultados (12) .

Dispositivo Intrauterino (13)

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina , con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Descripción

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tiene además hilos guía para la localización y extracción .

Presentación

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor .

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso , este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99 % .

10. Alan Robert y Colaboradores. La seguridad de los DIUS puede ser atraenye ; Network en español , volumen 16 ,No.2 invierno 1996; P.p. 18 - 20.

11. Zarzavy fm : use of intrauterine contraceptive device in the partum period , Public health, 1967 ; P.p. 28 y 37.

Indicaciones

La inserción del DIU esta indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa nuligestas , nuliparas o multiparas , incluyendo adolescentes , que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad , que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias :

- Antes del primer embarazo .
- En el intervalo intergenesico .
- En el postparto , trans y postcesárea , con o sin lactancia .
- En el postaborto .

Como derribar los obstáculos :

En América Latina, muchos creen que el DIU impide la implantación del óvulo fertilizado, lo cual no es aceptable para la Iglesia Católica.

Sin embargo, un estudio reciente, presentado en la conferencia de Nueva York por el doctor Horacio Croxatto de Chile ,sugiere que el DIU funciona fundamentalmente inhibiendo la capacidad de los espermatozoides de fertilizar el óvulo. (14) .

Estos datos indican que, en los seres humanos , los DIU de cobre interfieren con los pasos del proceso reproductivo que tienen lugar en el momento y en el sitio que precede a la entrada del óvulo en el útero.

Hoy más que nunca los expertos médicos han aceptado a los DIU como un método anticonceptivo valioso. El consenso de que los nuevos DIU son seguros y ofrecen muchas ventajas para las candidatas apropiadas es indudable.

La larga duración del Tcu 380 A y la creciente aprobación del nuevo DIU - LNG podría hacer que estos fueran mas atractivos para las mujeres en nuestro medio.

12. Alvarez P. Jorge y col.: DIU transesárea y sus complicaciones más frecuentes: Ginecología y Obstetricia de México , volumen 62 , Noviembre de 1994, P.p. 330 - 334 .

13. Norma Técnica Mexicana de Planificación Familiar . Documento de la S.S.A. 1995. México

Una comprensión más amplia del hecho que los DIU de cobre afectan a los espermatozoides antes de la concepción , podría disminuir las barreras contra el uso de los DIU debidas a las creencias religiosas.

Consentimiento Informado :

Las actividades para la obtención del consentimiento informado , se encuentran dentro del proceso de educación para la salud reproductiva y su aplicación deberá formar parte de las acciones que ya viene realizando el prestador del servicio .

El consentimiento informado es la toma de decisión voluntaria , suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo ; con la firma e autorización por parte de la paciente . Por parte de la Institución se considera una responsabilidad compartida (19).

14. Croxatto H. Network en Español . La aceptabilidad de los DIUS aumenta , volumen 15 , número 6 , Enero 1993 , P.p. 33.

19. Guía para la obtención del Consentimiento Informado en Planificación familiar . Jefatura de Servicios Salud Reproductiva y Materno Infantil ;IMSS. MÉXICO , 1994. P.p. 2 - 5 .

II. HIPOTESIS:

La falta de orientación y las causas sociales, culturales y físicas son determinantes para la no aceptación del dispositivo intrauterino en el postevento obstétrico; además de algunas causas atribuibles al medio hospitalario para la no aplicación del DIU.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio estuvo dirigido a la población de mujeres puerperas egresadas por algún postevento obstétrico de los servicios de admisión y altas así como de cirugía ambulatoria del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 el cual se realizó del 11 al 17 de agosto de 1997.

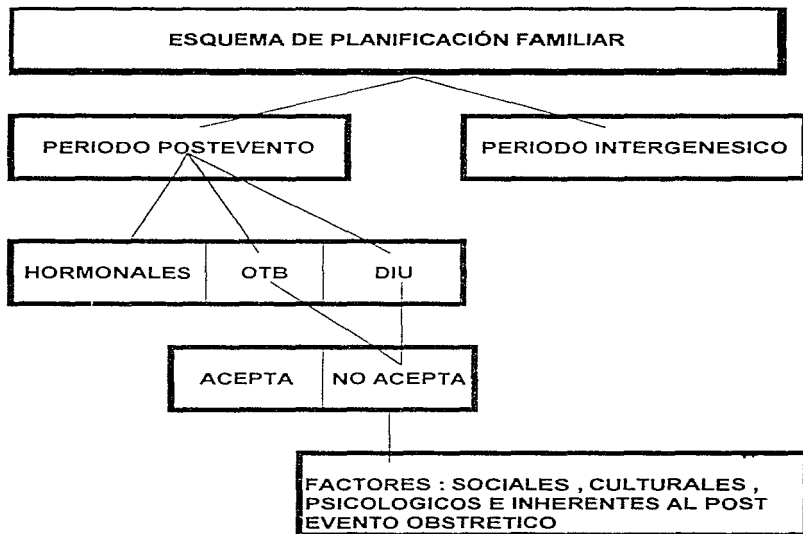
La información fue obtenida por medio de una entrevista estructurada previamente por una guía de entrevista expofeso para la investigación. Dicho cuestionario fue aplicado por ambos investigadores.

El cuestionario elaborado consta de 17 preguntas a las que se les dará un valor de 5.88 las que comprenden el 100 % .

PLAN DE ANALISIS

El análisis de los datos de la información obtenida se hizo través de un tratamiento estadístico descriptivo en el que se verifico por un programa de computación (Epinfo) la hipótesis planteada.

D.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO



IV METODOLOGÍA:

Este estudio se realizó en el hospital general de zona C.M.F No 1 de San Luis Potosí, en el servicio de admisión y altas así como en cirugía ambulatoria del 11 al 17 de Agosto de 1997.

Este hospital brinda atención de segundo nivel, los derechohabientes llegan al hospital por sus propios medios y canalizados por formatos M.F. 7 y 4-30-8 de las diferentes unidades de medicina familiar número 45,47,7 y 5 de Soledad de Graciano Sánchez así como del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 2 en la que se atiende un promedio diario de 30 pacientes obstétricas y que egresan en promedio 14.1.

A) DISEÑO:

El tipo de estudio que se realizó fue: por el control de la maniobra experimental por el investigador fue observacional; ya que no se modificarán las variables.

Por la captación de la información fue prospectivo, porque se definió previamente la recolección de la información la cual se obtuvo por medio de una entrevista estructurada con la paciente a su egreso de la unidad.

Por la medición del fenómeno en el tiempo.- Este estudio fue transversal porque no se hizo seguimiento del fenómeno ya que los resultados fueron medidos una sola vez.

Por la dirección del análisis el estudio fue transversal ya que se hizo una sola medición en el tiempo de las variables en el estudio.

-El tipo de estudio que se realizó fue por control de las maniobras: fue descriptivo, porque no modifican la situación.

-Por la captación de la información, el estudio fue prospectivo.

-Por la medición del fenómeno en el tiempo este estudio fue transversal.

-Por la dirección del análisis fue transversal.

B) Grupo de Estudio:

Este estudio se llevó a cabo en todas las pacientes atendidas en el Hospital General de Zona Con Medicina Familiar No 1 que egresaron postevento obstétrico sin protección anticonceptiva del 15 al 19 de junio de 1997 en los servicios de admisión y cirugía ambulatoria en los turnos matutino y vespertino.

Criterios de Inclusión:

-Para este estudio se incluyo a todas las pacientes que egresaron de hospitalización por postevento obstétrico, postparto, postergado y postcesárea a las que no se les aplicó, se ofreció y no aceptó algún método de planificación familiar en los servicios de admisión altas y cirugía ambulatoria en los turnos matutino y vespertino en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar o 1 del 15 al 19 junio de 1997.

Criterios de Exclusión:

Para este estudio se excluyeron a todas las pacientes egresadas de hospitalización que no sea postevento obstétrico o que salieron protegidas con algún método de planificación familiar en los servicios de admisión altas, así como de cirugía ambulatoria en los turnos matutino y vespertino en el hospital general de zona con Med. Fam. No 1 de San Luis Potosí del 11 al 17 de Agosto de 1997.

Criterios de Eliminación:

Aquellas pacientes que no contestaron la entrevista.

C) Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra se obtuvo por cuota de acuerdo al número de egresos postobstétricos ocurridos en los turnos matutino y vespertino del 11 al 17 de Agosto de 1997 con numero aproximado de 150 pacientes.

V ANÁLISIS DE CUADROS:

Se realizaron 150 encuestas en turno matutino y vespertino el primero con 86 encuestas (57.3 %) y en el segundo 64 con (42.7 %).

Las características más importantes de la población de mujeres entrevistadas fueron las siguientes:

De 150 (100 %) pacientes entrevistadas, 99 (66 %) corresponde al postevento obstétrico parto, 15 (10 %) al postevento aborto y el 36 (24 %) al postevento cesáreas (Ver cuadro No.1 con gráfica).

Se observa aquí que la población entrevistada 150 (100 %) en edad reproductiva se encuentra entre los 20 - 24 años con 52 pacientes (34.6 %) y 51 (34 %) respectivamente de 25 a 29 años del total de la población en estudio (Ver cuadro No.2 con gráfica).

Relativo al estado civil de las 150 (100 %) de las pacientes entrevistadas 135 (90 %) corresponden casadas, 7 (4.6 %) solteras, 7 (4.6 %) en unión libre, 1 (0.6) a divorciadas (Ver cuadro No.3 con gráfica).

La religión que predomina en las entrevistadas 150 (100 %) es la católica 130 (86.6 %), diferente a la católica 7 (4.6 %), ninguna 7 (4.6 %) y no se sabe 6 (4 %) (Ver cuadro No.4 con gráfica).

En lo que se refiere a la escolaridad se observa que la preparación de 150 (100 %) pacientes es de secundaria completa con 43 (28.7 %). La primaria completa 34 (22.6 %) la media es 4.94 y desviación estándar de 2.16 (Ver cuadro No.5 con gráfica).

Entre la población entrevistadas 150 (100 %) sobre ocupación son 71.3 % amas de casa el mínimo porcentaje es estudiante 1.3 %. La media es de 2.791 con desviación estándar 0.76 (Ver cuadro No.6 con gráfica).

Se analiza lugar de residencia es significativa la población 150 que radica en área urbana con 73 (48.6 %) en semiurbana 50 (33.3) y rural 27 (18 %). La media es de 1.69 y la desviación estándar de 0.76 (Ver cuadro No.7 con gráfica).

Numero de embarazos de las pacientes entrevistadas 150 (100 %) fue mayor el número de pacientes con gesta II 45 (30 %) además se observa que aproximadamente de 53 (24.6 %) tienen mas de tres hijos por pareja. La media es de 2.37 y la desviación estándar 1.31.

Lo que significa que el programa de planificación familiar tiene impacto en la población (Ver cuadro No.8 con gráfica).

En las pacientes entrevistadas 150 (100 %) se les doto de métodos de planificación familiar a 75 (50 %), no se les doto a 71 (47.3), dudoso 4 (2.6%) (Ver cuadro No.9 con gráfica).

De 150 (100 %) pacientes entrevistadas, las egresadas con método de Planificación familiar 64 (85.3 %) aceptaron el dispositivo intrauterino, 8 (10.6) O: T.B y el 3 (4 %) restante los hormonales (Ver cuadro No.10 con gráfica).

El total de las pacientes que aceptaron el DIU 64 (100 %) 32 (50 %) lo aceptó por seguridad considerándose como un método temporal de planificación familiar. Por recomendación médica 2 (3.1 %), por lactancia materna 3 (4.6 %) La media es 1.38 y desviación estándar de 0.72 (Ver cuadro No.11 con gráfica).

Del total de las pacientes que contesta a esta pregunta de la entrevista fueron 64 (100 %) Las que aceptaron el DIU en la sala de expulsión posterior al evento 10 min. corresponde 49 (76.5 %) mas de una hora posterior a evento 6 (9.3) la media es de 2.38 con desviación estándar de 0.72 (Ver cuadro No.12 con gráfica).

Del total de pacientes entrevistadas 150 (100 %), 92 (61.3 %) recibió información sobre planificación familiar en clínicas, 43 (28.6 %) contesta negativamente y 15 (10 %) no sabe (Ver cuadro No.13 con gráfica).

El total de pacientes que no se les doto de método anticonceptivo fueron 75 (100 %) entre las cuales se les ofreció y no aceptaron 66 (88 %), no se les ofreció 5 (6.6) y dudoso 4 (5.3 %) (Ver cuadro No.14 con gráfica).

Métodos que se ofrecieron y fueron rechazados por las pacientes de 66 (100 %), 44 (66.6 %) no aceptó el DIU, 7 (10.6 %) no aceptaron OTB, 5 (7.5 %) no aceptaron los hormonales, DIU y hormonales 4 (6%) DIU y OTB 2 (3 %), DIU, OTB y hormonales 4 (6 %) (Ver cuadro No.15 con gráfica).

Entre las pacientes que no aceptaron DIU 44 (100 %) sus motivos fueron los siguientes se encontró que existe desconocimiento de DIU 4 (9.1 %), por temor a su aplicación 10 (22.7 %), otros motivos 15 (34.1 %), no la protegió en ocasiones anteriores 7 (15.9 %), temor a efectos secundarios 2 (4.5 %)etc. (Ver cuadro No.16 con gráfica).

Del total de las pacientes que egresaron y no se les aplicó el DIU fueron 5 (100 %) de las cuales 4 (80 %) fue por contraindicación médica (desgarros vaginales o infección postparto), 1 (20 %) fue por causas atribuibles al hospital (Ver cuadro No.17 con gráfica).

VI DISCUSION

La adquisición de un método anticonceptivo apropiado posterior al postevento obstétrico inmediato es vital por la rapidez con que se establece la fecundidad posterior a un aborto, en el postparto es más tardío. Es en el postevento obstétrico la única ocasión en muchos de los casos para tener acceso a la aplicación del dispositivo intrauterino y es crucial, por lo tanto el conocimiento sobre el DIU .

Que el momento de la aplicación del dispositivo se hizo en la mayoría dentro de los 10 primeros minutos del alumbramiento lo que está evitando riesgo expulsión y a ninguna paciente se le impuso sin su consentimiento.

Esto considerando que nada mas el 50 % aceptó la aplicación y que en el restante entrevistadas, se remarca el orden psicológico como una causa de no aceptación "temor a su aplicación" lo que se reafirma en el manual capacitador para consejería en planificación familiar sobre que la asesoría en la planificación familiar se debe de aplicar en el embarazo.

Considerando que el 50 % de nuestro grupo de estudio aceptó la aplicación del DIU y el 50 % restante se remarca el orden psicológico como una causa de no aceptación por ser de este tipo : el temor a la aplicación , la apatía así como desconfianza a su aplicación. Es importante no ofrecerlo durante el evento en que la paciente se encuentra en estrés emocional y cansancio físico.

La religión católica predominan en la población entrevistada. En América Latina la iglesia católica cree que el DIU impide la implantación del huevo fertilizado por lo que no lo aceptan, sin embargo hay estudios recientes del Dr Croxato H de Chile "sugiere que el DIU funciona inhibiendo la capacidad del espermatozoide de fertilizar al óvulo".

México uno de los países que trabaja en el programa de planificación familia y que a través de ello emplea estrategias económicas y sociales para evitar mas pobreza, desempleo así como una mala distribución de la riqueza..

El Sistema Nacional de Salud tiene como prioridad este programa de planificación familiar, solo queda alcanzar la separación administrativa

entre los servicios de urgencias o de ginecoobstetricia y los de planificación familiar para atender las necesidades y motivación a las mujeres que requieren atención de algún método de planificación familiar en el postevento obstétrico.

VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se observa que el predominio de paridad entre las pacientes entrevistadas de uno y dos hijos, indica que aun cuando el 50 % egresan sin protección anticonceptiva existe respuesta de las pacientes ante el programa de planificación familiar.

Sugerencia : reforzar las actividades del programa de planificación familiar integrando un modulo de planificación familiar en la Unidad para la aplicación del DIU por parte del personal de enfermería por indicación y supervisión médica.

Las causas de no aceptación del DIU en el postevento obstétrico fueron por motivos ajenos al orden de la Unidad Hospitalaria siendo del orden psicológico o de actitud de la paciente (temor a su aplicación, desconfianza, apatía etc.).

Sugerencia :Que el personal paramédico enfatice en la orientación sobre planificación familiar durante el embarazo; los aspectos de tipo psicológico o consejería para la aplicación del DIU (formando un taller participativo para comprensión del mismo).

C) COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

Las causas de la no aceptación del Dispositivo Intrauterino en el postevento obstétrico son principalmente de tipo psicológicas, culturales y sociales así como a las causas atribuibles al hospital. Consideramos que la hipótesis planteada al principio de la investigación es rechazada.

BIBLIOGRAFIA

1. Antología, Metodología de la Investigación, S. U. A. , E.N. E. O. ; 1996 México .
2. Ann H. Leonard O.A.LADIPO, en el tratamiento del aborto . IPAS. Volumen 4, numero 2 , Carrboro, N.C. USA 1992 ; p.p. 1 , 2 .
3. Allan Robert y Col . La seguridad de los DIUS puede ser atrayente . , Network en Español . Volumen 16. Numero 2 , invierno 1996 P.p.18 - 21 .
4. Alvarez P. Jorge y Col. DIU transecesarea y sus complicaciones mas frecuentes , Ginecología y Obstetricia de México, volumen 62, noviembre 1994, p.p 330-334.
5. Willian R. Finger, Debbi Barr; Network en español, La aceptabilidad de los DIUS aumenta, volumen 8, número 1, Enero 1993, P.p 30-34.
6. Echen, A. And Whitakever M. Family planing : a base to buil on for womens reproductive : A global perspective , boulder, San Francisco and Oxfor 1993, Out Look, volumen 12, número 2, febrero 1995.
7. Faundes A, I. Salud Pública de México. Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar, febrero 1992, volumen 34 número 1 5-17 p.p 1-8 Docum Internet México.
8. Fuente: Censos Hospitalarios subjefe Enfermeria, hospital General de Zona CMF No 1 Servicio de Tococirugía, noviembre - marzo 1997, San Luis Potosi. S.L.P.
9. Grupo Interinstitucional de trabajo en salud reproductiva, Manual del Capacitador para consejería en planificación familiar; Querétaro México, 1996 p.p 11-16.

10. Guía para obtención del consentimiento informado en planificación familiar, jefatura de servicios salud reproductiva y materno infantil, IMSS, México 1994 p.p 2-5.
11. Informe Estadístico de planificación familiar, enero-septiembre 1996, IMSS, cuadros estadísticos primera parte p.p 2-4.
12. Manual para uso de metodología anticonceptiva; Jefatura de servicios en salud reproductiva y maternoinfantil, IMSS México 1994, p.p
13. Norma técnica Mexicana de planificación familiar, documento de la S.S.A 1995 México, p.p
14. Network en español, family health international, volumen 10, número 2 , Cuando usar método en el postparto, abril 1995 p.p 19.
15. Willian R. Finger; Network en español family heat international, número 2, El momento de la inserción del DIU es vital; invierno 1996 p.p 18-24.
16. Network en español family heat international volumen 10 número 2, cuando usar método en el postparto abril 1995 p.p 19.
17. Program for aprópiate technology in healt. Out Look. Experiencia de programas seleccionados, volumen 12 número 2 febrero 1995 p.p 4.
18. Programa Nacional de acción en favor de la infancia , avances 1990-1995. Publicación S.S.A México, serie de documentos técnicos número 1, agosto 1996 p.p 11-12.
19. Resultados definitivos tabulares básicos, tomo 1, XII censo general de la población y vivienda 1990 INEGI p.p
20. Zorzavy fm; Use of intrauterine contraceptive device in the partum period, Am J. Public Health 1997, p.p 28-57.

VIII ANEXOS

- Hoja de identificación y autorización
- Cuadros y gráficas
- Formato de consentimiento informado
- Cuestionario
- Presupuesto
- Cronograma de actividades

CUADRO 1
MOTIVO DEL INTERNAMIENTO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
AMBULATORIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 I.M.S.S SAN LUIS P.
AGOSTO 1997.

EVENTO OBSTETRICO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
POSTPARTO	99	66 %
POSTCESÁREA	36	24 %
POSTABORTO	15	10 %
SUMA TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S

CUADRO 2
EDAD DE LAS PACIENTES EN AÑOS CUMPLIDOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL
I.M.S.S DE SAN LUIS POTOSI S.L.P.
AGOSTO DE 1997.

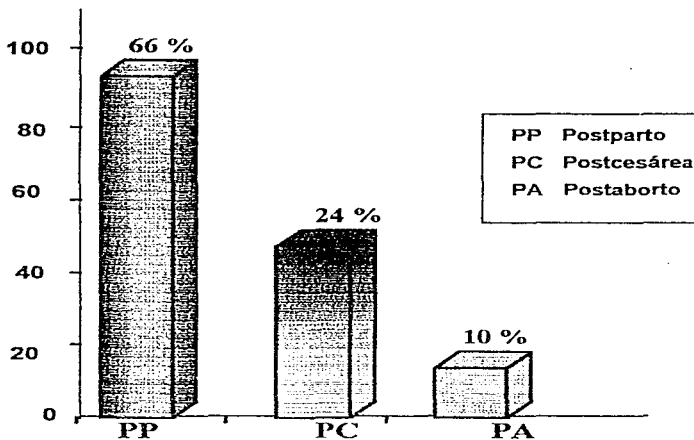
EDAD EN AÑOS	POBLACIÓN	PORCENTAJE
15 - 19	19	12.6 %
20 - 24	52	34.6 %
25 -29	51	34 %
30 - 34	20	13.3 %
35 - 39	7	4.6 %
40 - 44	1	.6 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.O.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

MOTIVO DE INTERNAMIENTO

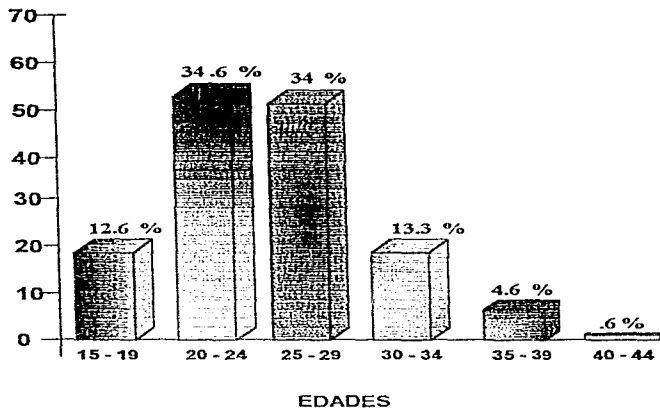


Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

EDAD DE LOS PACIENTES



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 3
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S DE
SAN LUIS POTOSI S.L.P.
AGOSTO DE 1997.

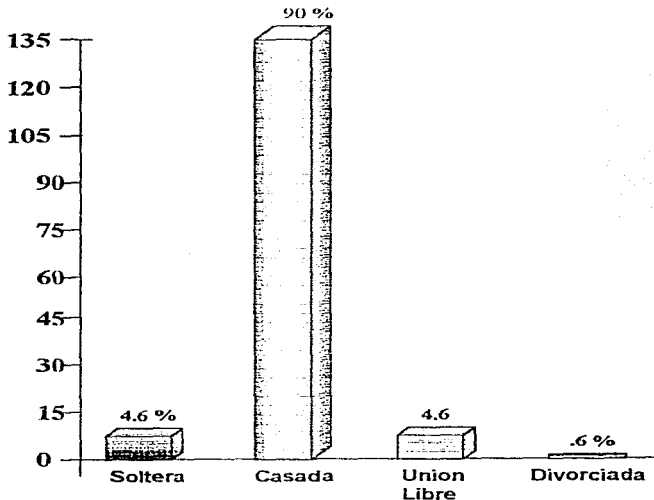
ESTADO CIVIL	POBLACIÓN	PORCENTAJE
SOLTERA	7	4.6 %
CASADA	135	90 %
UNIÓN LIBRE	7	4.6 %
DIVORCIADA	1	0.6 %
TOTALES	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C/MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

ESTADO CIVIL



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 4
RELIGIÓN DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C.M.F No
1 I.M.S.S SAN LUIS POTOSI. S.L.P.
AGOSTO DE 1997.

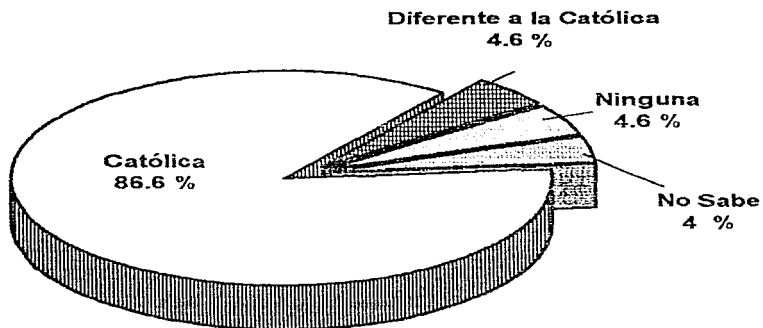
RELIGIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
CATOLICA	130	86.6 %
DIFERENTE A LA CATOLICA	7	4.6 %
NINGUNA	7	4.6 %
NO SE SABE	6	4 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

RELIGION



Fuente: Entrevista a pacientes egresados del HGZ I

CUADRO 5
 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DEL HOSPITAL
 GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S DE SAN LUIS POTOSI S.L.P
 AGOSTO DE 1997.

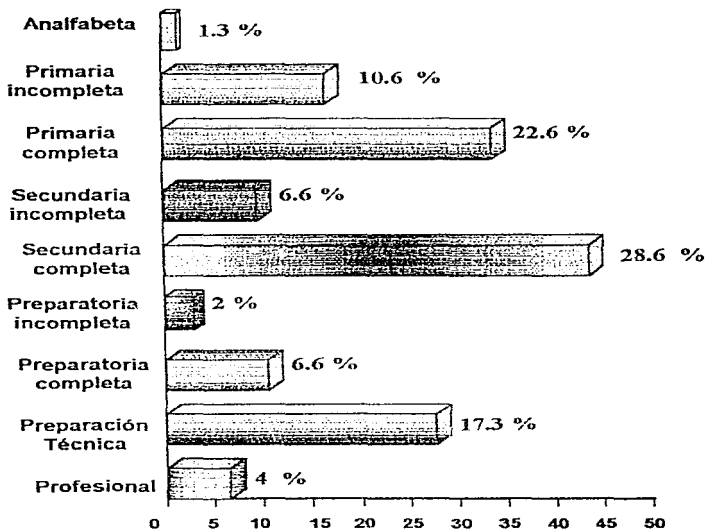
ESCOLARIDAD	POBLACIÓN	PORCENTAJE
ANALFABETA	2	1.3 %
PRIMARIA INCOMPLETA	16	10.6 %
PRIMARIA COMPLETA	34	22.6 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	6.6 %
SECUNDARIA COMPLETA	43	28.6 %
PREPARATORIA INCOMPLETA	3	2 %
PREPARATORIA COMPLETA	10	6.6 %
PREPARACIÓN TÉCNICA	26	17.3 %
PROFESIONAL	6	4 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

ESCOLARIDAD



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 6
 6.- OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DEL HOSPITAL
 GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S. DE SAN LUIS POTOSI S.L.P.
 AGOSTO DE 1997.

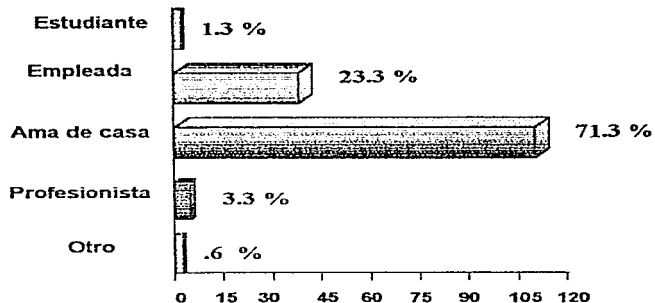
OCUPACIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	2	1.3 %
EMPLEADA	35	23.3 %
AMA DE CASA	107	71.3 %
PROFESIONISTA	5	3.3 %
OTRO	1	.6 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

OCUPACIÓN



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 7
LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA
AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S. DE
SAN LUIS POTOSI .S.L.P
AGOSTO DE 1997.

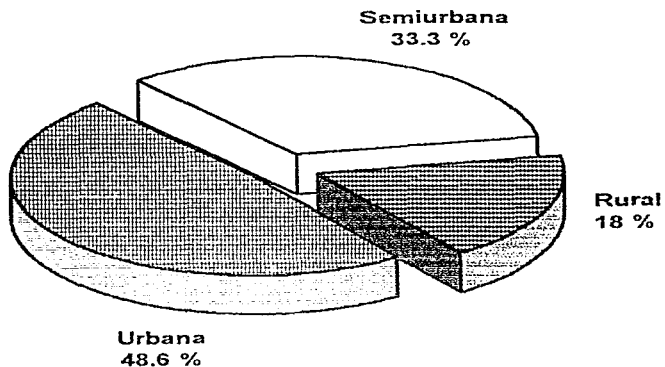
LUGAR DE RESIDENCIA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
URBANA	73	48.6 %
SEMI-URBANA	50	33.3 %
RURAL	27	18 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C/MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

LUGAR DE RESIDENCIA



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 8
NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES EN CIRUGIA
AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S DE
SAN LUIS POTOSI S.L.P
AGOSTO DE 1997

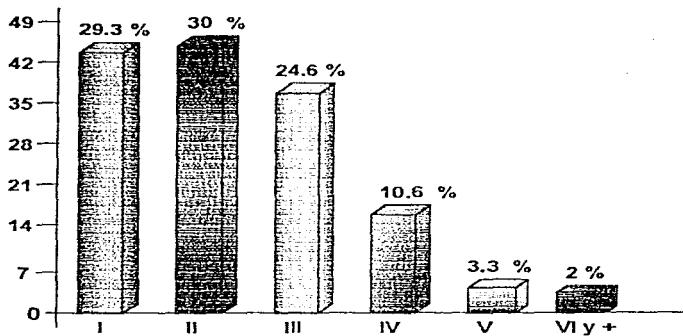
GESTA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
I	44	29.3 %
II	45	30 %
III	37	24.6 %
IV	16	24.6 %
V	5	3.3 %
VI o MÁS	3	2 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No 1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS, SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

NUMERO DE EMBARAZOS



NUMERO DE GESTAS

Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 9
DOTACIÓN O APLICACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A
LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1. DE SAN LUIS POTOSÍ .
AGOSTO DE 1997.

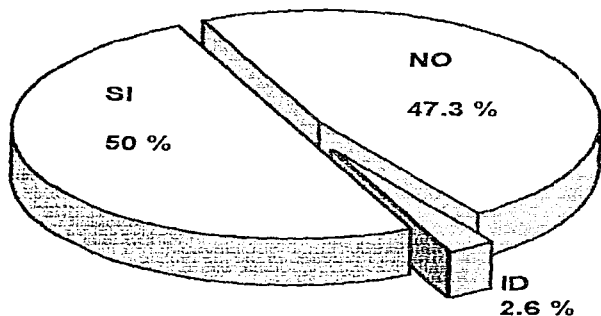
DOTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	POBLACIÓN	PORCENTAJE
SI	75	50 %
NO	71	47.3 %
DUDOSO	4	2.6 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

DOTACION O APLICACION DE METODO DE
PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 10
MÉTODOS QUE ELIJERON LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S DE
SAN LUIS POTOSÍ.
AGOSTO DE 1997.

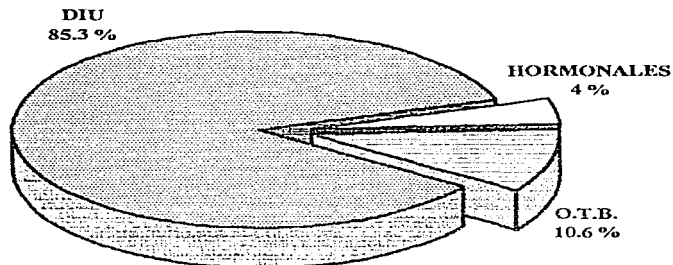
SI CUAL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	POBLACIÓN	PORCENTAJE
DIU	64	85.3 %
HORMONALES	3	4 %
O.T.B	8	10.6 %
TOTAL	75	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

METODO DE ELECCION



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ I*

CUADRO 11
CAUSAS DE ACEPTACIÓN DEL DIU POR LAS PACIENTES EN EL SERVICIO
DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 .
I.M.S.S.
SAN LUIS POTOSÍ.
AGOSTO DE 1997.

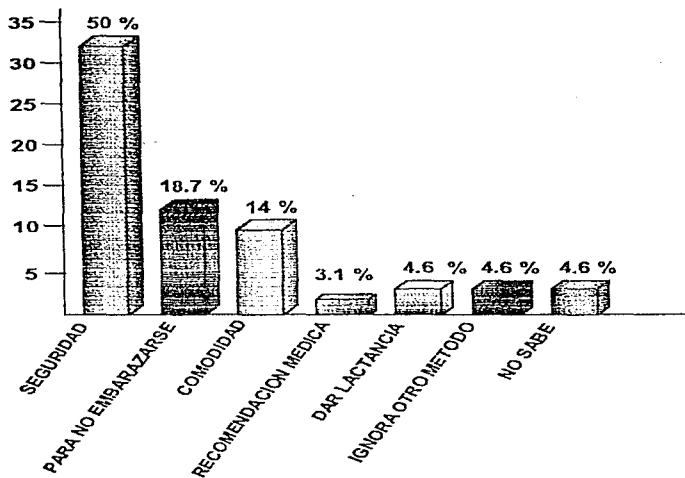
CAUSA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
POR SEGURIDAD	32	50 %
PARA NO EMBARAZARSE	12	18.7 %
POR COMODIDAD	9	14 %
POR RECOMENDACIÓN MÉDICA	2	3.1
POR ESTAR LACTANDO	3	4.6 %
IGNORA OTRO MÉTODO	3	4.6 %
NO SABE	3	4.6 %
TOTAL	64	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C/MF N°1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

CAUSAS DE ACEPTACION DEL DIU



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 12
 MOMENTO DE APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS
 PACIENTES EN EL SERVICIO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1
 DEL I.M.S.S. DE SAN LUIS POTOSI
 AGOSTO DE 1997.

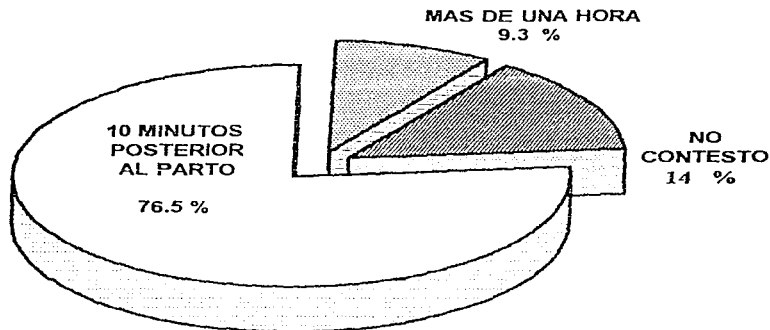
MOMENTO DE APLICACIÓN DEL DIU	POBLACIÓN	PORCENTAJE
10 MINUTOS POSTERIOR AL PARTO	49	76.5 %
MAS DE UNA HORA .	6	9.3 %
NO CONTESTO	9	14 %
TOTAL	64	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

MOMENTO DE APLICACION DEL DIU



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 13
INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO
A LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 . I.M.S.S.
SAN LUIS POTOSI.
AGOSTO DE 1997.

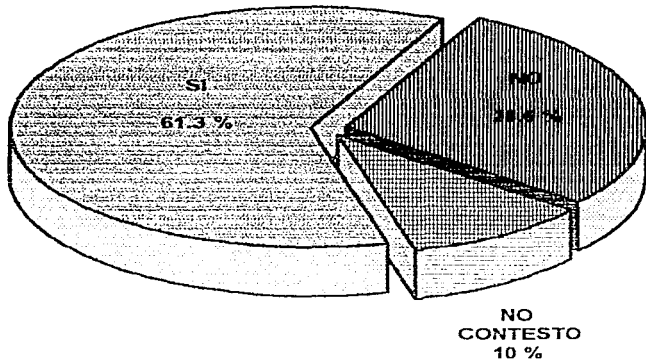
INFORMACIÓN	POBLACIÓN	PORCENTAJE
SI	92	61.3 %
NO	43	28.6 %
NO SABE	15	10 %
TOTAL	150	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

**INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE EL
EMBARAZO**



Fuente: Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1

CUADRO 14
NO SE LE DOTO O APLICO ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
A LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1 DEL I.M.S.S.
SAN LUIS POTOSÍ. S.L.P
AGOSTO DE 1997.

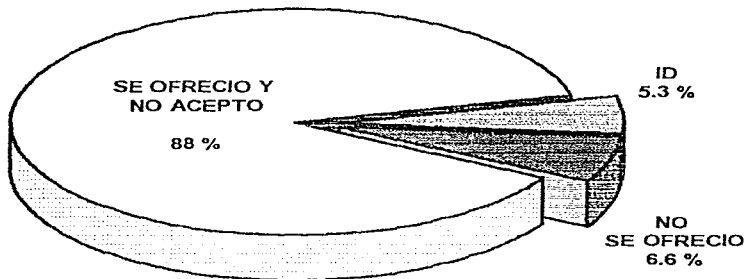
NO SE LE DOTO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
NO SE LE OFRECIO	5	6.6 %
SE OFRECIO Y NO ACEPTO	66	88 %
DUDOSO	4	5.3 %
TOTAL	75	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No 1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

**NO SE LE DOTO O APLICO ALGUN METODO DE PLANIFICACION
FAMILIAR**



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 15
MÉTODO QUE SE LE OFRECIO Y NO ACEPTO A LAS PACIENTES EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
I.M.S.S
SAN LUIS POTOSI S.L.P
AGOSTO DE 1997.

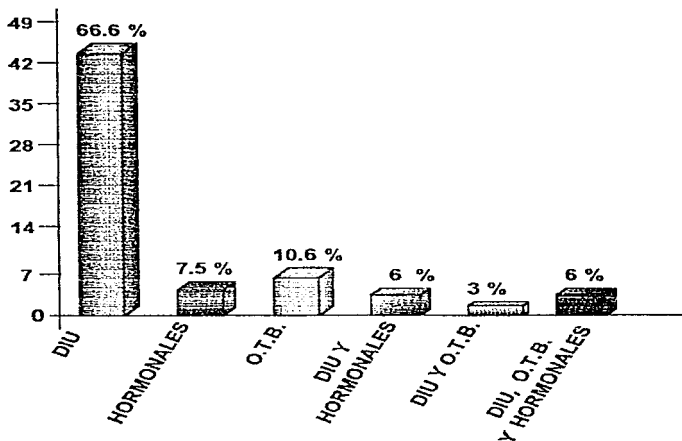
MÉTODO QUE SE LE OFRECIO Y NO ACEPTO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
D.I.U.	44	66.6 %
HORMONALES	5	7.5 %
OTB	7	10.6 %
DIU Y HORMONALES	4	6 %
DIU Y OTB	2	3 %
DIU , OTB Y HORMONALES	4	6 %
TOTAL	66	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C/MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI

AGOSTO 1997

METODO QUE SE LE OFRECIO Y NO ACEPTO



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 16
CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL H.G.Z. N° 1 I.M.S.S
SAN LUIS POTOSÍ. AGOSTO 1997.

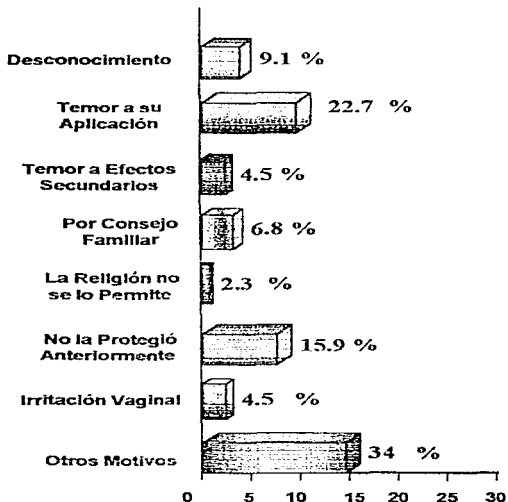
CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DEL D.I.U.	POBLACIÓN	PORCENTAJE
DESCONOCIMIENTO	4	9.1 %
TEMOR A SU APLICACIÓN	10	22.7 %
TEMOR A EFECTOS SECUNDARIOS	2	4.5 %
POR CONSEJO FAMILIAR	3	6.8 %
LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITE	1	2.5 %
NO LA PROTEGIÓ EN LA OCASIÓN ANTERIOR	7	15.9 %
IRRITACIÓN VAGINAL	2	4.5 %
OTROS MOTIVOS	15	34.1 %
TOTALES	44	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.G.Z.No.1 del I.M.S.S.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C /MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

CUADRO 17
CAUSAS DE LA NO APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LAS
PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No 1 I.M.S.S SAN LUIS POTOSI.
AGOSTO DE 1997

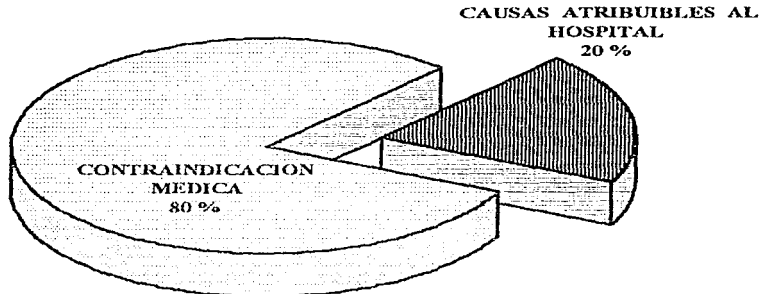
CAUSAS DE LA NO APLICACIÓN DEL D.I.U	POBLACIÓN	PORCENTAJE
CONTRAINDICACIÓN MÉDICA (DESGARRO O INFECCIÓN POSTPARTO)	4	80 %
CAUSAS ATRIBUIBLES AL HOSPITAL (FALTA DE TIEMPO POR URGENCIAS MÉDICAS)	1	20 %
TOTAL	5	100 %

FUENTE : Entrevista a pacientes egresadas del H.O.Z.No.1 del I.M.S.S.


**CAUSAS DE NO ACEPTACION DEL DIU EN PACIENTES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL
HGZ C/MF N° 1
IMSS. SAN LUIS POTOSI**

AGOSTO 1997

CAUSAS DE NO APLICACION DEL DIU



Fuente: *Entrevista a pacientes egresados del HGZ 1*

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL EN SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1 C/MF " Lic. Ignacio Garcia Téllez "	FECHA DE AUTORIZACION	
		MES	AÑO
		AGOSTO	1997
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA			

HOJA DE IDENTIFICACION Y DE AUTORIZACION

NOMBRE DEL DOCUMENTO

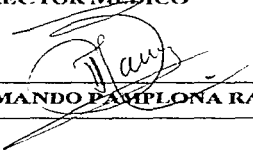
TRABAJO DE TESIS EN INVESTIGACION DE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO

SINTESIS DEL DOCUMENTO

CAUSAS PARA LA NO ACEPTACION DEL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO EN PACIENTES POST- EVENTO OBSTETRICO
Y LA PARTICIPACION DE ENFERMERIA

AUTORIZACION

DIRECTOR MEDICO



DR. ARMANDO PAMPLONA RANGEL

**JEFE DE LOS SERVICIOS
DE ENFERMERIA**



E.P. SOCORRO RÍOS CANO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA
Y MATERNO INFANTIL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que se me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre los beneficios de usar un método anticonceptivo para cuidar mi salud y prevenir embarazos, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

1. Se me informó que existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mí y mi pareja.
2. Los métodos temporales disponibles en el IMSS son las pastillas (hormonales orales), el dispositivo intrauterino (DIU) y las inyecciones (hormonales inyectables).
3. Los métodos definitivos son: la ligadura de trompas (oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia) para las mujeres y la vasectomía para los hombres.
4. Que si decido usar un método definitivo, ya no podré tener más hijos.
5. Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto existe la posibilidad de quedar embarazada (o embarazarse a mi pareja).
6. Que se me ha informado con amplitud y claridad sobre todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
7. Que me comprometo a acudir a revisión médica en caso de llegar a tener alguna duda o molestia o cuando se me indique.

Por lo anterior, es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso del siguiente método:

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí y sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Aceptante

Testigo

Nombre y firma (o huella)

Nombre y firma

Datos de identificación de la Unidad y del método que intervino

Nombre, número y ubicación de la Unidad

Nombre y firma del médico.

CUESTIONARIO

ENTREVISTA

1.- Motivo de internamiento al hospital

Parto () Cesárea ()
Aborto () Otro ()

2.- Edad _____ años cumplidos

3.- Estado Civil

Soltera ()
Casada ()
Unión libre ()
Divorciada ()
Viuda ()

4.- Religión _____

5.- Escolaridad (¿ Qué estudios tiene ?)

Nunca fue a la escuela ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Preparatoria incompleta ()
Preparatoria completa ()
Preparación técnica ()
Profesional ()

6.- Ocupación (¿ A que se dedica ?)

- Estudiante ()
Empleada ()
Ama de casa ()
Profesionista ()
Otro ()

Especifique _____

7.- Lugar de residencia (donde vive) _____

_____ colonia ó municipio

- Area urbana ()
- Area semiurbana ()
- Area rural ()

8.- Antecedentes Obstétricos

- Gesta No De Embarazos ()
Para No De Partos ()
Aborto Cuantos Abortos ()
Cesáreas Cuantas Cesáreas ()

9.- Se le dotó ó aplicó algún método de Planificación Familiar

Si () No ()

10.- Cuál

- Dispositivo Intrauterino ()
Hormonales ()
O.T.B. ()

11.- ¿ Porqué lo eligió ? _____

12.- Si usted eligió el Dispositivo Intrauterino, en que momento se le aplicó.

- 10 minutos después del alumbramiento (en sala) ()
- Más de una hora después del alumbramiento ()

3.- ¿ Durante el embarazo recibió alguna información sobre Planificación Familiar ?

Si () No ()

14.- No se le dotó ó aplicó algún método de Planificación Familiar.

¿ Porqué ?

- No se le ofreció ()
- Se le ofreció y no aceptó ()

15.- Cuál método se le ofreció

- Dispositivo Intrauterino ()
- Hormonales ()
- O.T.B. ()

16.- Se le ofreció el Dispositivo Intrauterino y no aceptó ¿ Porqué ?

- Desconoce que es ()
- Tiene temor a su aplicación ()
- Tiene temor a los efectos secundarios
 - irritaciones ()
 - provocar abortos ()
 - provocar cáncer ()
 - niños malformados ()
 - se encarna ()
- Por consejos de familiares ()
- Por rechazó de la pareja al método ()
- Su religión no se lo permite ()
- Lo usó anteriormente y no la protegíó ()
- otro motivo ()

17.- Acepto la aplicación del dispositivo Intrauterino y no se le aplicó ¿ Por qué ?

Por contraindicación Médica

Infección ()

Desgarros post-parto ()

Presencia de miomas ()

Otro ()

Especifique _____

Causas atribuibles al hospital

Por falta de tiempo ()

Por falta de recursos ()

Otro ()

especifique

Causas atribuibles a la paciente

Negación por tiempo de espera

prolongado ()

Otro ()

especifique

PRESUPUESTO

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

El presente estudio será financiado con los recursos de los propios investigadores del cual se estima un presupuesto aproximado de :

Captura de datos de computadora	\$ 150.00
Consultas bibliográficas :	
Medline	\$ 10.00
Internet	\$ 60.00
Hojas de máquina	\$ 52.00
Transporte	\$ 120.00
Fotocopias	\$ 35.00
Material de escritorio	\$ 50.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 1997	Meses					
Actividades	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Elaboración del Protocolo de Investigación						
1a. Y 2a. Revisión del Protocolo de Investigación						
Aplicación de Prueba Piloto						
Registro del Protocolo						
Recolección de Datos						
Procesamiento de los Datos						
Análisis e Interpretación de los Datos						
Elaboración del Informe de Resultados						