

11217
59



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

HOSPITAL DE LA MUJER

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA

WB

"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO.
HOSPITAL DE LA MUJER SSA".

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DRA. ELOISA CRUZ VERGARA

ASESOR: DRA. MARTHA ELSA SILVIA SOBREYRA OROPEZA



MEXICO, D. F.

2002

FEBRERO DE 2002



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.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, en cualquiera de las formas en que es entendido y que siempre ha estado a mi lado, sin importar lo que soy o lo que hago.
- A mis padres y hermanos, que espero disculpen los malos ratos y las ausencias de casa y que por supuesto, siempre me apoyaron.
- A mis maestros, por la paciencia y la tolerancia no solo hacia mi persona, sino con todos mis compañeros.
- A mis amigos, Abdiel, Nora, Gina, Gaby, Micky, Dra Martha Sobreyra, Dra Nelly León, por estar presentes en la buenas y mucho más a menudo en las malas; no lo habría logrado sin ustedes.
- A mis pacientes, Paty, Hilda, María de la Luz y Susana, a quienes tuve el privilegio de conocer en el camino y que me enseñaron en un tiempo muy corto lo que no dicen los libros. Espero que donde estén por fin hayan encontrado la paz.

INDICE

CAPITULO	PAGINA
1. INTRODUCCION	.3
2. ANTECEDENTES	.5
EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MÉXICO	.5
LA SALUD REPRODUCTIVA Y SUS COMPONENTES	.6
BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	.6
FUNDAMENTO JURIDICO	.8
FUNDAMENTO NORMATIVO	.8
POBLACIONES PRIORITARIAS DE ATENCION EN NUESTRO MEDIO	.10
PARTICIPACION DEL HOMBRE EN LA SALUD REPRODUCTIVA	.12
ANTICONCEPCION POS PARTO	.14
3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS	.16
4. JUSTIFICACION	.17
5. OBJETIVOS	.19
6. HIPOTESIS	.20
7. MATERIAL Y METODOS	.21
8. RESULTADOS	.24
9. DISCUSION	.26
10. CONCLUSIONES	.31
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.33
12. ANEXOS	.35

CAPITULO 1. INTRODUCCION

Refiere el Banco Mundial, que más de 150 millones de mujeres quedan embarazadas al año en los países en desarrollo y de ellas, aproximadamente 500,000 mueren por causas vinculadas con la gestación. Las cinco principales causas de defunción materna a nivel mundial son: hemorragia, el aborto realizado en condiciones peligrosas, los trastornos hipertensivos, la septicemia y la obstrucción del parto (1).

La mortalidad materna, no es el único resultado negativo del embarazo. En los países en desarrollo como consecuencia del aborto espontáneo, el aborto inducido y otros factores, se producen complicaciones, enfermedades o discapacidad permanente de la madre o el niño en más del 40% de los embarazos (OMS 1992).

Los problemas relacionados con el embarazo, no solo afectan la salud y la calidad de vida de la madre, sino también del recién nacido, la familia y la comunidad. Por citar un ejemplo, se calcula que entre el 60 y 70% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo sufren anemia, lo que hace posible que les impida resistir infecciones o sobrevivir a una hemorragia (1).

Se han realizado diversos estudios enfocados a formular y ejecutar programas para reducir la muerte materna, y uno de ellos es el de Planificación Familiar. La Planificación Familiar ha contribuido a reducir defunciones maternas en zonas de alta tasa de mortalidad. Se ha demostrado que reduce la exposición de la mujer a los riesgos vinculados con el embarazo, beneficiando a los recién nacidos, quienes tienen mejores posibilidades de gozar de buena salud cuando los embarazos se planifican. Sin embargo, las actitudes y prácticas culturales pueden impedir que se utilicen adecuadamente los servicios de Planificación Familiar y de atención de salud materna. Generalmente la decisión de solicitar asistencia no recae solo en la mujer; con frecuencia es el esposo o la suegra quien dispone que se ha de hacer (2,3).

Pero no solo factores atribuibles a la paciente impiden la utilización de los servicios de salud, incluyendo el de Planificación Familiar. La falta de información a la población, la apatía o desinterés de los proveedores de servicios de salud, se puede ver reflejada en la aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos. Para que el Programa de Planificación Familiar y otros tengan impacto en una población, debe mantenerse la continuidad y eficacia de los mismos, adecuándolos y evaluándolos constantemente.

Los estudios de conocimiento, actitud y práctica, llamados estudios KAP, han probado ser de utilidad en la evaluación de las características generales de un grupo seleccionado de la población, en cuanto a la Planificación Familiar. Estas encuestas determinan el grado de conocimiento, la actitud favorable o desfavorable de la persona, así como la proporción de personas que usan algún método anticonceptivo (4).

Este trabajo toma como modelo a los estudios KAP, cuestionando no solo los factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos, sino también actualiza el perfil de la paciente que acude a este hospital. Se describen los resultados y, mediante el análisis de la información, se discuten las posibles causas que provocan la aceptación o no de un método anticonceptivo al finalizar el embarazo.

CAPITULO 2. ANTECEDENTES

2.1 EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO

La planificación familiar ha sido una respuesta a tres inquietudes sociales: la primera con las pioneras Margaret Sanger y Marie Stopes, estaba orientada a ofrecer libertad reproductiva para que las mujeres controlaran sus propios cuerpos. Margaret Sanger, estuvo motivada por el deseo de mejorar la salud de las mujeres; la segunda, la planeación familiar debe ser conservada como una parte integral de la salud materna y en tercer lugar la razón que merece mayor atención, es implementar políticas de población, a lo que se llama imperativo demográfico.

Un grupo de médicos inquietos por el mejoramiento de la salud de la mujer reconocieron, desde un principio, la importancia de incluir la planeación familiar como parte integral de la atención materna. Cada país tiene sus pioneros. En México, existen pioneros como: Carlos Guaf, Jorge Martínez Manatou, Luis Castelazo Ayala, quienes reconocieron la importancia de incluir la planeación familiar en aras de mejorar la salud de las mujeres (7).

Durante los últimos 25 años México ha logrado notables avances en materia de planificación familiar, lo cual ha permitido en un período relativamente corto, incidir en la dinámica demográfica del país.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre el total de mujeres en edad fértil con pareja del país alcanzó el 70.8% en el año 2000, valor que representa más del doble del estimado en 1976 y que supera la meta de 70.2% establecida tanto en el programa de Reforma del Sector Salud como en el Programa Nacional de Población, 1995 - 2000.

La práctica de la planificación familiar continúa siendo uno de los factores fundamentales en la reducción de la fecundidad en nuestro país. El incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, contribuyó a que la tasa global de fecundidad descendiera de casi siete hijos por mujer en 1970, a poco más de 3 hijos por mujer en 1990 y a 2.4 en el año 2000.

De no haber cambiado los patrones de fecundidad de los años setenta, en 1999 hubieran ocurrido cerca de 6.4 millones de nacimientos en lugar de los poco menos de 2.2 millones que tuvieron lugar ese año, lo que hubiese implicado la necesidad de triplicar la capacidad instalada y de personal en el Sector Salud, para satisfacer las demandas de atención prenatal, obstétrica y pediátrica, sin mencionar las necesidades en las áreas económica, social, educativa y de alimentación entre otras.

La población adolescente (10 a 19 años) se ha duplicado en los últimos 30 años; de 11.7 millones en 1970 se incrementó a 21.6 millones en el año 2000. El impacto de las acciones de planificación familiar ha sido muy evidente en este grupo etáreo de la población. El número de nacimientos en madres adolescentes que ocurren anualmente y la tasa específica de fecundidad disminuyeron de manera notable, particularmente en los últimos años. En el D.F en 1997 el número de nacimientos en el grupo de adolescentes abarcó el 13% del total de ese mismo año (5,6).

2.2 LA SALUD REPRODUCTIVA Y SUS COMPONENTES

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los estados relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, los cuales además deberán ser asequibles y aceptables.

La información y prestación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de 3 componentes fundamentales: **planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer**, todos ellos con una clara perspectiva de género (5).

2.3 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Aunque se ha dado mucha importancia a los resultados obtenidos con la difusión de los programas de planificación familiar, en materia del control de las tasas de fecundidad y crecimiento demográfico, hay muchos otros aspectos que se ven beneficiados al implementar dichos programas:

- **Se salvan vidas de mujeres.** Si se evitaran todos los embarazos involuntarios mediante el amplio uso de métodos de planificación familiar podría evitarse un cuarto de defunciones maternas, salvándose así las vidas de casi 150,000 mujeres por año en el mundo (8). Es bien conocido el efecto devastador de la muerte de la madre en la familia. En un estudio realizado en el DF sobre el efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar, los resultados reflejan el problema de la desintegración familiar, la adquisición de nuevos roles por los hijos

de las mujeres y sobre todo, las repercusiones económicas cuando la mujer era el único o más importante sostén de la familia, así como en la supervivencia de los niños al año de vida (9).

- **Se evita el aborto en condiciones de riesgo.** Los métodos anticonceptivos eficaces previenen los embarazos involuntarios que a menudo terminan en abortos practicados en condiciones de riesgo. Estos abortos causan cerca de 80,000 defunciones maternas todos los años
- **Se limita la exposición a los riesgos para la salud que presentan el embarazo y el parto.** El embarazo involuntario expone la salud de la mujer a riesgos innecesarios, especialmente si no se dispone de buena atención obstétrica (8). En los países en desarrollo las mujeres reciben insuficiente atención prenatal o carecen de ella y dan a luz sin la asistencia de proveedores de salud adecuadamente capacitados. Incluso, en países con sistemas de salud relativamente bien desarrollados, la morbilidad y la mortalidad materna evitables continúan existiendo. Un estudio realizado en cuatro instituciones de la Ciudad de México estimó que el 85% de las defunciones maternas examinadas se podrían haber evitado, obedeciendo a errores clínicos o quirúrgicos (1). En otro estudio también realizado en México (Centro Médico de Occidente) se dictaminó que en 21 de cada 100 casos de muerte materna había responsabilidad por parte de la paciente al no obedecer una disposición médica o acudir tardíamente a los servicios de salud (10).
- **Se limitan los nacimientos a los años de mejor salud.** El período de procreación más seguro para la mujer es entre los 20 y los 35 años.
- **Se limita el número de nacimientos.** La salud de las mujeres que dan a luz 4 veces o más enfrenta riesgos notablemente mayores.
- **La planificación familiar puede garantizar al menos dos años de intervalo entre los embarazos.** El espaciamiento de los embarazos por más de dos años ayuda a la mujer a tener hijos más sanos y les da a éstos un 50% más de probabilidad de sobrevivir.
- **Cuando las mujeres se limitan a tener hijos en los años de mejor salud del período reproductivo, tienen criaturas más sanas.** Las mujeres menores de 20 años y de más de 35 años tienden mucho más que otras a tener hijos que mueren en la infancia.
- **El espaciamiento de los nacimientos ayuda a asegurar el amamantamiento adecuado de los bebés.** Todos los años la lactancia materna salva la vida de unos 6 millones de niños.
- **Es más probable que las familias con menos hijos eduquen tanto a sus hijas como a sus hijos varones.** Cuando las familias son más pequeñas, los recursos tienden a distribuirse más equitativamente entre los hijos y las hijas.

2.4 FUNDAMENTO JURIDICO

El fundamento jurídico de la planificación familiar, de la equidad entre los géneros y del derecho a la salud está inscrito en el artículo 4º de la Constitución Política:

" El varón y la mujer son iguales ante la ley... Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud ".(11)

" La información y los servicios de salud, educación y los demás relativos a los programas de planificación familiar serán gratuitos, cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público"

Reglamento de la ley general de Población, Capítulo II, Sección II, artículo 17.

" **La planificación familiar tiene carácter prioritario... se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja "**

Ley General de salud, Capítulo VI, Artículo 67.

" Los servicios de planificación familiar comprenden: La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual... apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana y biología de la reproducción humana." (12)

Ley General de Salud, Capítulo VI, Artículo 68.

2.5 FUNDAMENTO NORMATIVO

La Norma Oficial Mexicana "De los Servicios de Planificación familiar" NOM 005-SSA2-1993, fue publicada en el Diario Oficial de la federación por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el 30 de Mayo de 1994 y es una de las más avanzadas en su tipo.

La Norma oficial Mexicana establece, entre otros, los siguientes principios fundamentales:

- El derecho de toda la población a recibir **información veraz y oportuna** sobre anticoncepción y planificación familiar.
- El acceso universal a los servicios de planificación familiar, en forma gratuita cuando sean otorgados por las instituciones del sector público.

- El acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para satisfacer las necesidades y prioridades de la población usuaria, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.
- La provisión de métodos anticonceptivos temporales, reversibles que eviten embarazos no planeados y permitan el espaciamiento intergenésico adecuado.
- Asegurar que se brinde *información sobre los beneficios*, mecanismos de acción, modo de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales, para obtener el consentimiento informado de las y los usuarios.
- La prestación de servicios de planificación familiar deberá realizarse en un ámbito de privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad y comodidad para la población usuaria, a través de una interacción adecuada entre prestador de servicios y el o la usuaria, eliminando rumores, mitos y tabúes, así como barreras médicas, a fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios.
- **Asegurar el acceso a la información y a métodos anticonceptivos post evento obstétrico, incluyendo el post-parto, trans- y post-cesárea, y post-aborto. En este caso la orientación- consejería deberá iniciarse desde la atención prenatal, y no deberán usarse métodos anticonceptivos que interfieran con la lactancia materna.**
- La información y prestación de servicios de planificación familiar deberá otorgarse considerando la diversidad cultural y étnica de la población.
- Garantizar el acceso universal de información sobre salud sexual y reproductiva a la población adolescente, tendiente a prevenir embarazos no planeados o no deseados e infecciones de transmisión sexual.
- La información de los servicios de planificación familiar se otorgará con una clara perspectiva de género, asegurando la equidad e igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, particularmente los de las mujeres, **promoviendo la activa participación de los varones.** (13)
- *En ningún caso se deberá promover el aborto como método de planificación familiar... e instamos a todos a ampliar y mejorar los servicios de planificación familiar para reducir la práctica que se hace del aborto. La prevención del embarazo no planeado y no deseado tiene que ser la prioridad principal.*

Con el fin de garantizar los derechos reproductivos de la población, y en el caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de los servicios médicos, de salud reproductiva y de planificación familiar, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, establecida por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, tiene entre sus principales atribuciones

- Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en las prestaciones o negativa de prestación de servicios.

" Se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica..."

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Artículos 1º y 3º.

2.6 POBLACIONES PRIORITARIAS DE ATENCION EN NUESTRO MEDIO

Todas y cada una de las pacientes que asisten a los servicios de salud son importantes, pero hay 2 grupos que ameritan una atención especial: adolescentes y pacientes con edad materna avanzada.

Al tratarse de los extremos de la edad fértil con mayor incidencia de complicaciones, aunque con diferentes patologías, vale la pena detenerse a analizar las razones por las cuales a estos grupos la planificación familiar les brinda un beneficio adicional.

2.6.1 EDAD MATERNA AVANZADA

Edad y paridad, son dos variables estrechamente ligadas entre sí que se asocian, independientemente, al riesgo de complicación y muerte materna y perinatal. Se sabe que, exceptuando las mujeres muy jóvenes y sin hijos, a medida que aumenta la edad y la paridad, aumenta la incidencia de enfermedad y muerte tanto de la madre como de su hijo. En el caso de la edad, el peligro crece considerablemente después de los 35 años, pero pasa a ser varias veces superior cuando la mujer pasa de los 40 años.

En cuanto a la paridad, se observa una curva semejante, con un aumento varias veces superior del riesgo, en general, a partir del quinto o sexto parto.

En todos estos casos, la mujer debe ser informada de sus riesgos por el médico, antes de que se embarace. Ella y su familia, tienen el derecho a decidir si desea o no correr ese riesgo, decisión en la que incidirán los hijos ya tenidos y el peligro de dejarlos huérfanos de madre.

Resulta obvio que si se consiguiera prevenir selectivamente los embarazos que concentran la mayor parte de las complicaciones se podría reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal (14).

2.6.2 ADOLESCENTES

Uno de los problemas más críticos que confronta la reproducción humana actualmente es el embarazo en la adolescencia, debido a las repercusiones tanto médicas como sociales que conlleva un embarazo en este grupo de edad.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la salud (OMS) como la etapa de la vida que comienza con la menarca y finaliza con la habilidad para reproducirse; está comprendida entre los 10 y 19 años y se divide en temprana de 10 a 14 años y tardía de 15 a 19 años. Este concepto no es aceptado por todos los autores, ya que algunos recomiendan se fije el límite superior en 18 años y otros lo extienden a los 20 años, esta diversidad de conceptos trae como consecuencia una dificultad para realizar comparaciones estadísticas (14).

El impacto demográfico del embarazo en la adolescencia se manifiesta debido a un incremento de la población de 10 a 19 años de edad y no a una mayor fecundidad en este grupo, la que ha disminuido, de acuerdo a las encuestas nacionales en los últimos 20 años (15).

El fenómeno del embarazo en la adolescencia ha despertado interés debido a las repercusiones sociales y médicas que le acompañan. Se han propuesto diferentes factores que influyen en el aumento de éste problema, incluyendo, como ya se mencionó anteriormente, el aumento de la población de adolescentes; estos factores son:

- 1.- Eclósión puberal temprana, al observarse que la edad de la menarca ha disminuido a razón de 3 a 4 meses cada 10 años, implicando factores ambientales, nutrición, y factores genéticos y psicológicos.
- 2.- Factores culturales. Cambios de costumbres, ya sea por conflictos familiares, estímulo subliminal por parte de los medios hacia la sexualidad, actitud social permisiva y la idea de imitación en muchos jóvenes para ser aceptados en un grupo determinado.
- 3.- Ignorancia acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción humana, así como de los métodos anticonceptivos.
- 4.- Bajo nivel educativo (14).

En conclusión, el embarazo en la adolescencia es una manifestación de inmadurez psicosocial y de fallas sociales en la atención del adolescente (16).

2.7 PARTICIPACION DEL HOMBRE EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva, desde la perspectiva de los hombres, se puede explicar sólo si se toma en cuenta la sexualidad, pues es allí en donde están los intereses y elementos centrales en la construcción de la masculinidad.

Por otro lado, el nuevo enfoque reconoce la diversidad entre grupos e individuos respecto de la sexualidad y reproducción, lo que impone un enorme reto para diseñar servicios que contribuyan al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Algunos rasgos en la forma en la que viven los hombres su sexualidad y reproducción implican obstáculos para que otros ejerzan sus derechos, lo que a su vez conlleva a la discriminación de otros hombres que no responden a la visión tradicional de la masculinidad.

La inclusión de la sexualidad en el nuevo paradigma de la salud reproductiva es un paso clave para entender la forma en la cual los hombres participan en la salud sexual y reproductiva, ya que son indisolubles. La forma en que interpretan y se involucran los hombres en la sexualidad tiene consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de sus parejas y de ellos mismos.

La forma en que viven su sexualidad los hombres es muy diversa, es un terreno donde se expresa dramáticamente la división asimétrica entre los sexos, pues los hombres tienen mayores libertades sexuales y buscan mantener el control sobre la pareja imponiéndole sus deseos; para lograr esto, recurren a la seducción, el chantaje, e incluso la violencia.

Considerando algunas de las prácticas de predominio masculino (inicio de vida sexual temprana, mayor número de parejas sexuales antes del matrimonio y después del mismo, utilización de servicios de sexoservidoras, relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales de forma abierta o encubierta), las políticas y programas deben contemplar esa diversidad y no sólo dirigir acciones regulares bajo la suposición de la vida sexual de la pareja heterosexual, pues todos esos hombres tienen necesidades de información, consejería y atención.

El centralismo del placer genital en la vivencia sexual masculina se relaciona con el establecimiento de relaciones de poder inequitativas, pues en la medida en la cual los hombres pueden dominar y controlar sexualmente a los otros (mujeres, niños y otros hombres) pueden imponer su deseo y controlar las decisiones sexuales: cuándo, cómo y con quién. Las mujeres llegan a asumir la sexualidad en función de la satisfacción del hombre (Saavedra y Castro, 1990). El deseo sexual interpretado como un imperativo biológico ha servido para legitimar la imposición sexual masculina (Castro y Miranda, 1998).

En la reproducción, los hombres participan más allá que en la fecundación del óvulo. La reproducción es un espacio entre hombres y mujeres donde se instauran y refuerzan jerarquías, se intercambian recursos simbólicos materiales

que convierten a la reproducción en un espacio de desventajas para las mujeres y de privilegios para los hombres. Los hombres participan en los distintos momentos de la reproducción: en las decisiones sobre el uso y quién usa anticonceptivos, practicar el aborto o no, contribuir o no económicamente y con cuidados durante el embarazo, el parto y mantenimiento de la progenie, participar o no en la crianza de hijos e hijas.

Aunque no siempre, muchos hombres se involucran desde una posición ventajosa y de control sobre las decisiones y tareas en todos los eventos reproductivos.

Primero, antes del embarazo, las mujeres se hacen cargo de la anticoncepción observando que los métodos más usados son aquellos diseñados para las mujeres y en menor grado, los métodos en donde se necesita la participación del hombre, pues implica posponer o renunciar al placer genital o se interpretan como un riesgo para la impotencia. Muchas veces, cuando estos métodos son usados, su significado cambia en la lógica masculina, por ejemplo, la vasectomía pueden verla como la posibilidad de tener relaciones sexuales con más parejas sin consecuencias reproductivas, lo que le da una libertad que generalmente no aceptan las mujeres.

Cuando los hombres aceptan o buscan descendencia, lo hacen como una forma de control sobre la pareja; bajo estas condiciones los hombres pueden oponerse a que la mujer aborte, pueden negarse a usar anticonceptivos o a que la mujer los use. **Durante el embarazo y el parto algunos hombres se comprometen con su compañera, pero muchos asumen que es "cosa de mujeres" y en el mejor de los casos restringen su participación al apoyo económico y no asisten a la atención prenatal, claro, a esto contribuyen el diseño y los prestadores de servicios, a pesar de que diversos estudios han demostrado que el apoyo emocional de los hombres en el embarazo es fundamental para el bienestar de las mujeres y el futuro vínculo con los hijos o hijas.**

La salud sexual y reproductiva, sólo se puede alcanzar en la medida en la cual se tomen en cuenta las formas en que los hombres interpretan y se involucran en la sexualidad y reproducción. Son muchas las implicaciones de la sexualidad y reproducción masculina sobre la salud sexual y reproductiva: las enfermedades de transmisión sexual y el VIH están asociados a prácticas en que se involucran una parte de los hombres; la violación, el abuso sexual y la coerción están asociados por un lado a las infecciones del tracto reproductivo, a embarazos no deseados, trastornos sexuales y a consecuencias emocionales (depresión, intentos de suicidio, problemas psicossomáticos) en las mujeres. La práctica de relaciones múltiples, tempranas y ocasionales con fines no procreativos, pero sin protección, resultan en embarazos no deseados por los mismos hombres y mujeres, además de abortos inducidos por violencia física durante el embarazo (Heis, Pitangy y Germain, 1989; Alatorre y Luna, 1998). Otro tipo de consecuencias, es presionar a la mujer para el aborto, abandono y falta de

compromiso con la mujer y el bebé o por otro lado, forzar uniones prematuras o no deseadas (7).

Acorde a los lineamientos de los programas de acción de El Cairo (1994) y Beijing (1995), se han promovido estrategias para lograr una mayor participación del varón en las diferentes etapas de la vida reproductiva de la pareja entre las que destacan:

- Difusión del concepto y programa de salud reproductiva entre la población masculina, incluidos los adolescentes, para promover su corresponsabilidad.
- Promoción de la participación del hombre en la toma de decisiones reproductivas con su pareja.
- Incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades del programa, incluyendo la capacitación del personal operativo.
- Ampliación de la información y cobertura de servicios en métodos Anticonceptivos para el varón: uso del condón como método temporal de regulación de fertilidad y para prevención de infecciones de transmisión sexual y de la vasectomía sin bisturí como un método anticonceptivo permanente (5).

2.8 LA ANTICONCEPCION POSPARTO

La anticoncepción posparto tiene un papel de especial importancia en los servicios de salud reproductiva. Un número considerable de mujeres expresan en el posparto su deseo de regular la fertilidad. La mujer en este período quisiera ser informada acerca de los métodos anticonceptivos, dónde los puede obtener, y cómo y cuándo empezar a usarlo; también se preocupa de cómo éstos pueden afectar su deseo de amamantar, así como del crecimiento y desarrollo de su niño.

Sin embargo, a pesar de los deseos expresados por muchas mujeres y de los beneficios de la anticoncepción posparto, un gran número de ellas salen de los servicios de atención a los eventos obstétricos sin usar un método anticonceptivo o sin haber recibido orientación sobre la regulación de la fertilidad .

2.8.1 DEFINICIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POSPARTO.

La definición biológica del período posparto se extiende hasta la sexta semana después del parto.

Sin embargo, el concepto de anticoncepción posparto no coincide necesariamente, con la definición biológica. **La anticoncepción posparto debe comprender desde la etapa de atención prenatal hasta la atención de la salud infantil.**

El manejo de la mujer embarazada ofrece muchas oportunidades a los proveedores de salud de dar orientación sobre planificación familiar o de cómo iniciar el uso de un método anticonceptivo. Las visitas de atención prenatal son una oportunidad ideal para proporcionar asesoría sobre planificación familiar.

La asesoría es un componente esencial de los servicios de planificación familiar. Puede afirmarse que la calidad de un servicio de planificación familiar puede estimarse por la calidad de su asesoría, la cual debe ayudar a la paciente a determinar si desea regular su fertilidad, a seleccionar de una manera libre e informada el método anticonceptivo que desea usar y, finalmente instruírla en el uso correcto del método. **El tiempo del trabajo de parto nunca debe ser utilizado para proporcionar asesoramiento.** Para el procedimiento de esterilización femenina, una condición necesaria, es que la mujer haya tomado la decisión de usar éste método desde antes del tiempo mismo de la atención del parto. Las visitas prenatales, ya se ha dicho, son el momento ideal para proporcionar orientación y para que la mujer seleccione el método anticonceptivo que iniciará posteriormente.

Una condición obligada para que la asesoría y el proceso de decisión libre e informada sean válidos, es que la paciente tenga acceso a una variedad de opciones de anticoncepción posparto. Los programas de anticoncepción posparto deben ofrecerle varias alternativas de anticoncepción, y no solamente de un método o que favorezca el uso de un método determinado.

METODOS DE PRIMERA ELECCION

Esta categoría está integrada por los métodos que son más recomendables para las mujeres lactantes, y que según se ha demostrado no representa ningún riesgo para la lactancia o salud infantil. Estos métodos son no hormonales e incluyen: la esterilización femenina y masculina, los DIUs, el método de la amenorrea de la lactancia, el diafragma, los condones femeninos y masculinos, los espermicidas y los llamados métodos naturales

METODOS DE SEGUNDA ELECCION

Estos métodos pueden ser usados en mujeres lactantes, pero deben considerarse como de segunda elección. Están incluidos en este grupo todos los anticonceptivos hormonales a base de progestinas solamente: pastillas, inyectables e implantes.

METODOS DE TERCERA ELECCION

Esta categoría está formada por los anticonceptivos hormonales que contienen tanto un estrógeno como una progestina y que se encuentran disponibles en forma de pastillas (orales combinados) o de inyección mensual. Estos métodos están contraindicados durante las primeras 6 semanas posparto y después de este tiempo sólo deben utilizarse cuando otros métodos no están disponibles o no son aceptables (14).

CAPITULO 3. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS

Después de la revisión de publicaciones recientes que tratan el tema de la problemática mundial y de nuestro país acerca de la aceptación, uso y continuidad de los métodos anticonceptivos, y sobre todo, a más de 25 años de haberse iniciado oficialmente en México los servicios de Planificación Familiar, y a pesar de sus avances y logros, nos surgieron las siguientes dudas que intentamos esclarecer a través de éste trabajo.

¿Cuál es el perfil sociocultural actual de la paciente que acude a nuestro hospital?

¿Cuál es el perfil obstétrico de nuestras pacientes en la actualidad?

¿Sabemos cuantas de nuestras pacientes utilizan métodos anticonceptivos?

¿Sabemos qué tipo de método anticonceptivo es el más usado por nuestras pacientes?

¿Porqué algunas pacientes aceptan un método anticonceptivo durante el puerperio y otras no?

¿Confían las pacientes en la efectividad de los métodos anticonceptivos a pesar de utilizarlos ?

¿Porqué algunas pacientes pese a tener problemas económicos y de salud graves se niegan a aceptar un método anticonceptivo?

¿Los motivos para aceptar o no aceptar un método anticonceptivo son de la mujer, la pareja, o hay factores externos de influencia?

¿La pareja se interesa y participa en la salud reproductiva?

¿A través de quién reciben información sobre planificación familiar?

¿Los proveedores de salud (médico, ginecólogo) se han interesado en asesorar a las pacientes sobre planificación familiar, cuando acuden a control prenatal como lo establecen las normas oficiales de nuestro país?

Si hay tantas alternativas de planificación familiar y renovación constante de los programas de salud reproductiva ¿por qué siguen las mujeres teniendo embarazos desde edades tempranas, favoreciendo con ello la complicación de los embarazos subsecuentes?

CAPITULO 4. JUSTIFICACION

Diariamente, en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de salud se atienden un gran número de nacimientos, que en promedio general llega a 12,291 por año, tomando en cuenta los últimos 10 años (17).

Al observar los métodos anticonceptivos posparto aplicados y el porcentaje de cobertura de los mismos en nuestro hospital desde 1991, observamos que la cobertura anual ha descendido del 76.5% en 1991 hasta 57.2% en el año 2000, llegando incluso hasta el 45.7% en 1999. (tabla 1). Resulta inquietante que hace 10 años, la cobertura anual de métodos anticonceptivos haya superado el 70% que como mínimo tiene proyectado el Programa de Planificación familiar y que año con año, dicha cobertura haya disminuido paulatinamente hasta llegar por debajo de la meta estimada, a pesar de las diversas estrategias que se han utilizado y con la introducción de la ORIENTACION CONSEJERÍA.

Conocemos los beneficios de la anticoncepción y sin embargo, como Ginecólogos, somos testigos de las complicaciones que se presentan en pacientes a las que asistimos durante el embarazo o evento obstétrico e incluso, más de una vez nos ha tocado vivir el drama de la muerte de la madre, el producto o ambos. En gran parte de estas mujeres la información y el uso de un método anticonceptivo probablemente hubiera significado la diferencia entre vivir o morir. Más aún, no son pocas las veces que hemos tratado de sensibilizar a una paciente con un riesgo elevado para complicaciones, en caso de un nuevo embarazo, de la conveniencia de usar un método anticonceptivo sin lograr su aceptación y con justificaciones incomprensibles para nosotros, ya que atendemos el evento obstétrico, pero por diversas causas no conocemos las dudas, la información o los tabúes con los que ingresan al hospital y que por su corta estancia en la unidad no se pueden resolver en la mayoría de los casos.

Uno de los tópicos actuales de investigación para el fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar son los factores sociales que determinan la aceptabilidad y continuidad en los métodos anticonceptivos (5).

Por lo anterior, es necesario determinar los factores que puedan influir en la aceptación de métodos anticonceptivos para poder tomar acciones específicas que nos ayuden a enfrentarlos, modificarlos y con ello lograr un aumento en la cobertura y continuidad del Programa de Planificación Familiar de nuestro hospital.

HOSPITAL DE LA MUJER**TABLA 1. COBERTURA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN
EVENTOS OBSTETRICOS 1991 - 2000.**

Año	Total de eventos obstétricos	Total de métodos anticonceptivos aplicados	Cobertura anual de métodos anticonceptivos
1991	13,026	9973	76.5%
1992	12,085	7633	63%
1993	13,079	7924	60.5%
1994	12,487	7500	60%
1995	12,446	7157	57.5%
1996	12,322	6760	54.8%
1997	11,603	6254	53.9%
1998	12,791	6627	52%
1999	11,449	5233	45.7%
2000	11,624	6654	57.2%

FUENTE : Informes del Programa de Planificación Familiar; Hospital de la Mujer

CAPITULO 5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL.

Identificar los factores que influyen en la aceptación de métodos anticonceptivos durante el puerperio.

5.2 ESPECIFICOS.

- Conocer el perfil sociocultural de la paciente que acude al Hospital de la Mujer.
- Conocer el perfil obstétrico de la paciente que acude el Hospital de la Mujer.
- Conocer la incidencia del uso de métodos anticonceptivos previos a la gestación actual.
- Conocer la frecuencia y el lugar de asistencia a control prenatal de las pacientes embarazadas.
- Conocer el grado de participación del médico y los proveedores de salud en la información sobre métodos anticonceptivos a las pacientes embarazadas.
- Determinar el grado de información sobre métodos anticonceptivos, la fuente de dicha información y su influencia sobre la aceptación de un método durante el puerperio.
- Conocer la participación y la influencia de la pareja en la aceptación de un método anticonceptivo.
- Conocer la influencia de factores externos a la pareja que influyan en la aceptación de un método.
- Conocer los problemas asociados a la utilización de métodos anticonceptivos.
- Conocer el porcentaje de pacientes que aceptan un método anticonceptivo durante el puerperio y las preferencias de las mismas por un método.
- Determinar si existe confianza hacia los métodos anticonceptivos.
- Conocer la opinión de la paciente en cuanto a la cantidad y calidad de información recibida sobre métodos anticonceptivos.

CAPITULO 6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS: Suponemos que diversos factores, sociales, culturales y de educación intervienen en la aceptación de métodos de planificación familiar.

HIPÓTESIS: Un número importante de mujeres se embaraza en el lapso de un año posterior a haber iniciado su vida sexual activa.

HIPÓTESIS: Muchas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos pese a tener actividad sexual de manera regular.

HIPÓTESIS: Las mujeres embarazadas no acuden a control prenatal y, en caso de acudir, el control es deficiente.

HIPÓTESIS: El médico o ginecólogo encargado del control prenatal no informa a la paciente sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar durante el puerperio.

HIPÓTESIS: La paciente que tiene información de Planificación Familiar por diversos medios aceptará de mejor forma un método anticonceptivo.

HIPÓTESIS: La comunicación con la pareja y la posición de la misma con respecto a la planificación familiar influye directamente en la decisión de aceptar un método anticonceptivo.

HIPÓTESIS: Existen influencias ajenas a la pareja, como familiares o conocidos, que afectan la decisión de aceptar un método anticonceptivo.

HIPÓTESIS: Las mujeres y sus parejas necesitan más información sobre los métodos anticonceptivos antes de decidirse por uno.

HIPÓTESIS: El trabajo de información y sensibilización hacia los métodos anticonceptivos debe fomentarse desde el inicio del embarazo, si la paciente llega a los servicios de atención del evento obstétrico sin éste antecedente, será muy difícil que acepte un método anticonceptivo.

HIPÓTESIS: Los problemas relacionados con el uso de métodos anticonceptivos influyen de manera definitiva sobre la confianza hacia los mismos, así como también provoca el abandono de los mismos.

HIPÓTESIS: Si determinamos los factores que afectan la aceptación de métodos anticonceptivos durante el puerperio, podremos entonces desarrollar estrategias para modificar estos factores, lo que nos ayudará a reforzar el trabajo ya realizado y así, ampliar la cobertura y continuidad del Programa de Planificación familiar de nuestro hospital.

CAPITULO 7. MATERIAL Y METODOS

7.1 POBLACION

Se incluyeron a pacientes que ingresaron al área de recuperación no sépticos del Hospital de la Mujer S.S.A, posterior al evento obstétrico, independientemente de la vía de resolución (parto, cesárea), durante el periodo comprendido entre el 1º al 31 de Enero de 2001.

La información se obtuvo a través de encuesta directa a la paciente y con su consentimiento.

MUESTREO: No probabilístico. Se seleccionaron solo a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión .

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 500 pacientes que se calculó con fórmula estadística: ***

$$n = \frac{N}{d^2(N-1)+Z^2} (P-q)$$

*** n= tamaño de la muestra N= total de pacientes Z=nivel de confianza P= probabilidad esperada
 q= complemento de P d= error de muestreo o aceptación Z2= 1.96 Z= 3.8416 P=.5

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cualquier edad
- Sexo femenino
- Haber ingresado al área de recuperación posterior al evento obstétrico
- Haber cursado con un embarazo mayor a 30 semanas de gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Haber cursado embarazo menor a 30 semanas de gestación
- Test incompleto o imposibilidad para contestarlo

7.2 DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de un estudio transversal, prospectivo, analítico, descriptivo y comparativo.

INSTRUMENTO DE MEDICION

Se realizó un cuestionario en donde se incluyeron las diferentes variables que se utilizarían para analizar cada uno de los puntos de interés de nuestro estudio y el cuál se dividió en 4 módulos: 1) Factores socioculturales, 2) Factores biológicos, 3) Información sobre Planificación familiar y 4) Factores de influencia para la aceptación o no de un método anticonceptivo. (ver anexos).

VARIABLES

1.- FACTORES SOCIOCULTURALES

Se incluyeron los factores sociales y culturales que nos ayudaron a determinar el perfil de la paciente que acude a nuestro hospital.

- a) Edad. Expresada en números enteros y años cumplidos al momento de la encuesta.
- b) Estado civil. Situación que refiere la paciente con respecto al padre del embarazo actual.
- c) Religión. Referida como la inclinación hacia una creencia o grupo en el momento de la encuesta.
- d) Ocupación. Actividades laborales que la paciente desarrolló de manera cotidiana durante su embarazo.
- e) Escolaridad. Se tomó en cuenta el último año cursado hasta educación secundaria y posteriormente cualquier grado de educación media superior y superior.

2.- FACTORES BIOLÓGICOS

Se tomaron en consideración las variables obstétricas que pudieran ser útiles para el análisis.

- a) Número total de gestas. Se tomó en cuenta el número de embarazos hasta el momento de la entrevista, incluyendo el evento obstétrico actual.
- b) Edad de inicio de vida sexual activa. Edad en años cumplidos al momento del inicio de su vida sexual activa.
- c) Edad en que tuvo su primer embarazo. Edad en años cumplidos al momento en que se encontraba embarazada por primera vez.

3.- INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

Se incluyó cualquier contacto o experiencia previa con métodos anticonceptivos o bien, con los programas de salud reproductiva.

- a) Métodos anticonceptivos utilizados previamente. Se incluyó cualquier método utilizado en el período preconcepcional.
- b) Control prenatal. Tomando en cuenta la definición de la Norma Oficial Mexicana de atención de parto y puerperio. Para determinar el grado de cumplimiento, se dividió por número de consultas a las que asistió la paciente, más de 5 o menos de 5. (18)
- c) Lugar de atención prenatal. Se tomó en cuenta el lugar que visitó con más frecuencia la paciente, sobre todo cuando se refería más de un sitio.
- d) Información recibida por el médico. Se cuestionó de manera directa sobre la asesoría por parte del médico que le atendió durante el control prenatal y a su llegada al Hospital de la Mujer.
- e) Fuentes de información. Se dieron a escoger los medios más usuales de difusión de los métodos de planificación familiar, señalando todas las referidas por la paciente (aún cuando fueran más de una).

- f) Aceptación de un método anticonceptivo, medido en la escala de sí o no. En el caso de respuesta afirmativa, también se interrogó el método de elección.

4.- FACTORES DE INFLUENCIA PARA LA ACEPTACION DE UN METODO.

Se tomaron en cuenta los factores que afectan la aceptación de un método referidos en la literatura y algunas de las justificaciones escuchadas con mayor frecuencia por parte de las pacientes durante el evento obstétrico.

- a) Comunicación con la pareja. Medida en la escala de sí o no, tomando como negativa, incluso, la ausencia de la pareja.
- b) Aceptación de un método anticonceptivo por la pareja. Medida en la escala de sí o no, también incluyendo como negativa la ausencia de la pareja,
- c) Confianza en los métodos anticonceptivos. Medida en la escala de sí o no, interrogando a la paciente si confiaba que un método anticonceptivo le podía prevenir del embarazo.
- d) Influencias externas. Tomando en cuenta en primera instancia a los familiares y después a los amigos o vecinos, interrogando si el comentario de alguno de ellos había cambiado su decisión, tanto para la aceptación, como para el rechazo hacia un método. También medido en escala de sí y no (no se tomo en cuenta influencia a favor o en contra).
- e) Problemas relacionados con la utilización de un método. Se midió en escala de sí y no, tomando en cuenta cualquier evento relacionado con el uso de un método. Posteriormente se interrogó el tipo de problema , registrado tal y como lo expresó la paciente.

7.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida toda la información y de acuerdo a los objetivos del estudio, se organizaron los datos por módulos.

Se elaboró una base de datos mediante el programa de EPI - INFO. Se realizó un análisis descriptivo para conocer las características de la población y el comportamiento de las diferentes variables.

Por último se realizó una regresión logística mediante el empleo del paquete SPSS.

CAPITULO 8. RESULTADOS

En el período comprendido para este estudio se incluyeron un total de 500 pacientes con edades que oscilaban entre los 13 y los 43 años; el 1.8% (9) de las pacientes pertenecían al grupo de menos de 15 años, el 25.8% (129) al grupo de 15 a 19 años, el 31.2% (156) al grupo de 20 a 24 años, el 21.8% (109) al grupo de 25 a 29 años, el 13% (65) al grupo de 30 a 34 años, el 5.4% (27) al grupo de 35 a 39 años y el 1% (5) al grupo de 40 a 44 años.

En cuanto al estado civil , el 19.2% (96) son solteras, el 32.8% (164) casadas, el 47.6% (238) vive en unión libre, el 0.2% (1) viuda y el 0.2% (1) divorciada.

En cuanto a creencias religiosas el 91.4% (457) es católica, el 0.4% (2) testigo de Jehová, el 2.8% (14) cristiana, el 1.6% (8) evangelista, el 1.4% (7) refirió alguna otra creencia religiosa y el 2.4% (12) manifestó no tener ninguna creencia religiosa.

De las 500 pacientes, el 86.2% (431) se dedican al hogar, el 0.8% (49) es obrera, el 3.4% (17) es empleada doméstica, el 3.6% (18) comerciante, el 3.4% (17) empleada, el 1.8% (9) estudiante y el 0.8% (4) profesionista.

Dentro de los factores biológicos encontramos que el 43.2% (216) era primigesta, el 26.6% (133) secundigesta, el 17% (85) refería el tercer embarazo, el 7.4% (37) el cuarto embarazo, el 3.6% (18) el quinto embarazo y el 2.2% (11) tenía antecedente de más de 5 embarazos.

En cuanto la edad de inicio de vida sexual activa el 9.6% (48) manifestó haberla iniciado antes de los 15 años, el 64.6% (323) entre los 15 y 19 años, el 20.8% (104) entre los 20 y los 24 años, el 3.8% (19) entre los 25 y los 29 años y el 1.2% (6) la inició entre los 30 y los 34 años.

Del total de pacientes el 4.2% (21) tuvo su primer embarazo antes de los 15 años, el 51.4% (257) entre los 15 y los 19 años, el 33.2% (166) entre los 20 y los 24 años, el 8.2% (41) entre los 25 y los 29 años, el 2.6% (13) entre los 30 y los 34 años, el 0.2% (1) entre los 35 y los 39 años y el 0.2% (1) entre los 40 y los 44 años. El 64% (320) de las pacientes manifestó haber quedado embarazada durante el año siguiente a haber iniciado su vida sexual activa.

Con relación a la información sobre Planificación Familiar, el 39% (195) manifestó sí haber utilizado un método anticonceptivo previo a éste embarazo y el 61% (305) no lo utilizó. El 81% (405) refirió haber acudido a control prenatal y el 19% (95) no acudió. Del total de pacientes que acudió a control prenatal (405), el 30.1% (122) acudió a menos de 5 consultas y el 69.9% (283) acudió en más de 5 ocasiones. El 55.3% (224) acudió al centro de salud, el 17.03% (69) acudió al Hospital de la Mujer, el 10.37% (42) acudió a otro hospital, el 14.32% (58) fue atendida por médico particular y el 2.96% (12) acudió a otros servicios.

De las 500 pacientes encuestadas al 42.6% (213) el médico sí les informó sobre los métodos anticonceptivos y al 57.4% (287) el médico no les informó.

El 33.7% (232) de las pacientes recibieron información sobre métodos anticonceptivos a través del personal de salud, el 26.8% (185) por la televisión, el 9.9% (68) por medio de familiares, el 6.8% (47) por amigos, el 6.2% (43) por medio de folletos, el 4.5% (31) a través de la radio, el 2.7% (19) por vecinos, el 0.7% (5) por medio de la comadre, el 6.4% (44) refirió otros medios, tales como la escuela. El 2.2% (15) no tener ninguna información o conocimiento sobre métodos anticonceptivos. (Al sumar el total de resultados se observará que es de 689, ya que algunas pacientes mencionaron más de una fuente de información).

De las 500 pacientes el 83% (415) sí pensaba utilizar un método anticonceptivo, el 16.6% (83) no pensaba utilizarlo y el 0.4% (2) aún no decidían. El 55.9% (232) se inclinó a utilizar el DIU, el 26.5% (110) por la OTB, el 7.7% (32) por los hormonales inyectables, el 6.9% (29) por otro método (hormonales orales, preservativo) y el 3% (12) aún no decidía por cual decidirse.

El 70.4% (352) de las pacientes manifestó haber hablado sobre los métodos anticonceptivos, mientras que el 29.6% (148) no lo hicieron. En el 70.4% (352) la pareja estaba de acuerdo con el uso de un método y en el 29.6% (148) no estaba de acuerdo.

El 78.8% (394) de las pacientes refirió confiar en los métodos anticonceptivos, mientras que el 21.2% (106) no confiaban en los mismos.

Al interrogar sobre la influencia de algún familiar tanto para la aceptación, como para el rechazo hacia los métodos anticonceptivos, el 14.6% (73) refirió que sí hubo intervención de un familiar y el 85.4% (427) refirió que no hubo dicha intervención. En el 5.8% (29) hubo intervención de un amigo o conocido y en el 94.2% (471) no la hubo.

Del total de pacientes que sí utilizaron métodos anticonceptivos previos al último embarazo (195 = 100%), el 37.9% (74) sí refirió algún problema con el uso de los mismos y el 62.1% (121) no refirió problema alguno.

El orden de frecuencia de dichos problemas, tal y como lo manifestó la paciente, sin especificar en muchas ocasiones el método fue: embarazo 35.5% (33), dolor 19.4% (18), irritabilidad 9.7% (9), trastornos del ciclo menstrual 9.7% (9), aumento de peso 6.4% (6), náusea 3.2% (3), cefalea 3.2% (3), alergia 3.2% (3), dispareunia 2.2% (2), expulsión de DIU 2.2% (2) y otros 5.3% (5). Algunas de las pacientes manifestaron más de un problema relacionado con el mismo método, o bien, problemas relacionados con la utilización de más de un método.

Por último, el 74.8% (347) del total de las pacientes manifestaron que sí hace falta mayor y mejor información sobre los métodos anticonceptivos y el 25.2% (126) que no hacía falta. (En éste aspecto no podemos dejar de mencionar el entusiasmo de las pacientes por obtener más información y el agrado expresado al momento de la encuesta por solicitar su opinión).

CAPITULO 9. DISCUSION

En este trabajo se incluyeron a 500 pacientes de 1164 que ingresaron en el Hospital de la Mujer durante el mes de enero de 2001 para la resolución del embarazo, siendo el porcentaje de la muestra el 43% del total de egresos por evento obstétrico.

Se debe mencionar que durante la discusión de resultados, haremos algunas comparaciones con los resultados obtenidos en un estudio del mismo tipo realizado en el hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí en el mes de Octubre de 2000.

FACTORES SOCIOCULTURALES Y BIOLOGICOS

En el grupo de estudio encontramos que los grupos de edad en donde se concentran la mayoría de las pacientes es entre los 20 a 24 y 25 a 29 años alcanzando más del 50% del total, sin embargo, el grupo de adolescentes con edad menor a 19 años alcanza el 27.6% del total, datos que coinciden con los obtenidos en población rural (Ciudad Valles, S.L.P) pero que superan a los registrados en las estadísticas vitales del Distrito Federal 1997, en donde los nacimientos registrados en el grupo menor de 19 años solo alcanza el 13%, lo que nos hace pensar si solo en 4 años el número de adolescentes embarazadas ha aumentado o bien, hay un error en las cifras. (6)

La mayor parte de las pacientes vive en unión libre y en segundo lugar está casada, relación que se invierte en la población rural, en donde el grupo de casadas alcanza el 54%, posiblemente por una influencia moral y social más acentuada. En éste rubro, los resultados de nuestra muestra tampoco coinciden con las estadísticas vitales del INEGI para el DF, en donde se observa mayor frecuencia de nacimientos en el grupo de casadas (6).

La población pertenece en su gran mayoría a la religión católica, al igual que la población rural. En cuanto a la ocupación principal, sigue siendo el hogar la actividad más frecuente realizada por las mujeres, tanto en la población rural y urbana, siendo más acentuada en ésta última (96%).

La escolaridad que se refiere con mayor frecuencia es la secundaria, inclusive para la población rural, que coincide ampliamente con las estadísticas vitales del INEGI (6).

Llama la atención que en nuestra población de estudio, pese a ser urbana, la mujer continua bajo el dominio económico de su pareja y que ésta no tiene un compromiso legal con la mujer embarazada en la mayoría de los casos. La condición de la mujer implica una comparación con la condición del hombre, por tanto, es un reflejo importante del nivel de justicia social de una sociedad. La discriminación sexual como factor que contribuye a la mortalidad materna, ha sido

generalmente ignorada, pues ha permanecido oculta dentro del problema general de la pobreza y el subdesarrollo, reflejándose en la educación, la salud, el trabajo, la fecundidad y el aborto (14).

La mayor parte de las pacientes atendidas fueron primigestas, al igual manera que las pacientes del grupo rural estudiado. De hecho, los resultados en cuanto a los grupos de pacientes por número de embarazos fue muy similar en ambos grupos.

Más de la mitad de las pacientes de nuestro estudio inició su vida sexual activa y tuvo su primer embarazo antes de los 19 años. Casi 2/3 partes del grupo de estudio se embarazó durante el primer año posterior a haber iniciado con actividad sexual. Estos resultados fueron casi iguales con la población rural comparada.

Como podemos observar, sorprende el que no hay grandes diferencias del perfil social y biológico entre las mujeres atendidas en éste hospital y las atendidas en el Hospital General de Ciudad Valles, probablemente por provenir de un medio socioeconómico muy similar. La religión no ha sido referida como un factor determinante para la aceptación de un método anticonceptivo en éste estudio, y aunque éste tópico no se preguntó de manera intencionada, cabe la posibilidad de que influya de alguna manera siendo conocido el rechazo de la iglesia Católica a los métodos anticonceptivos y la cantidad importante de personas pertenecientes a esta religión.

Aunque con algunas pequeñas diferencias, observamos que el grupo de pacientes con edad materna avanzada y gran paridad va disminuyendo como consecuencia del impacto de las campañas de Planificación Familiar. Pero quizá, lo más preocupante sea el hecho de la gran incidencia de inicio de actividad sexual y embarazos en el grupo adolescente. En los antecedentes hemos abordado la problemática del embarazo en adolescentes y los resultados de nuestro estudio confirman lo referido por algunos autores. La población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios, de modo que, buena parte de la solución está en como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones religiosas, sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente. El objetivo es acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos (15). La incongruencia entre el porcentaje de información de métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en las relaciones coitales, ha originado una tasa reducida de efectividad de la contracepción en los adolescentes. Las causas de lo anterior podrían estar en el desequilibrio entre la madurez física y la madurez psicológica de los adolescentes y en la información distorsionada sobre algunos métodos anticonceptivos (16). Los adolescentes no acuden a los servicios de Planificación Familiar antes del inicio de la actividad sexual. En un protocolo de estudiantes de secundaria se encontró que las razones más importantes que tienen los pacientes para no acudir a este tipo de servicios es la creencia de que la anticoncepción es peligrosa, el miedo a ser descubierto por los padres y a ser sometidos a una exploración física (19). Es importante encontrar vías de acceso a los jóvenes antes del inicio de actividad

sexual y, en el caso de que ya exista un embarazo, dar orientación a la madre adolescente; en 1996 el INPer realizó la evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional, exclusivo para adolescentes embarazadas y se observó que en las pacientes que asistieron al curso, fue mayor la aceptación intrahospitalaria de métodos anticonceptivos (20). Si el Hospital de la Mujer atiende a una población joven con gran cantidad de madres adolescentes y adolescentes que acuden por otras causas, podría implementar estrategias de acercamiento, educación y atención a éste grupo, independientemente o en conjunto con el PREA (Programa de Educación para Adolescentes) que necesita de mayor apoyo médico, en este caso de los Gineco-obstétricas, lo cual convertiría a éste Hospital en un modelo de atención integral; sin embargo, hay otros factores que impiden éste desarrollo como veremos más adelante.

INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

El antecedente de uso previo de algún método anticonceptivo en el total de la muestra que fue del 61% comparado con el 42% de la población rural, aunque establece alguna diferencia en ambas poblaciones, es un porcentaje bajo

Observamos que el lugar al que acuden con mayor frecuencia para llevar el control prenatal para ambas poblaciones es el centro de salud y el antecedente de control prenatal para ambas poblaciones es aceptable (80%) aunque al determinar si dicho control prenatal cumple con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio de que deben ser como mínimo 5 consultas, el porcentaje baja al 70% del total, siendo en la población urbana la mayor disminución. La participación del médico en la información sobre métodos anticonceptivos utilizados en el puerperio apenas abarca a poco más de la mitad de las pacientes que acuden a control prenatal, siendo este hecho similar en la población rural.

Si existe una legislación amplia sobre la participación del personal de salud en cuanto a su participación en los programas de Planificación Familiar (en el cual el médico está a la cabeza) ¿ podría considerarse un acto de negligencia el no proporcionar información sobre metodología anticonceptiva a las pacientes que acuden a control prenatal?

Dentro de la Planificación Familiar , el trabajo concreto del médico varía ampliamente de un lugar a otro. En la mayor parte de las regiones, los médicos organizan, supervisan y se espera que inspiren a otros miembros del equipo de salud; pueden delegar algunas tareas en el personal a su cargo, pero ellos tienen la responsabilidad final (4)

Las fuentes de información sobre Planificación Familiar que se refieren con mayor frecuencia en nuestra población de estudio es el personal de salud y la televisión, lo que nos muestra la influencia de estos dos medios en la aceptación de un método anticonceptivo. Con mucha frecuencia las pacientes que aceptaron un método anticonceptivo y no fueron sensibilizadas por el personal de salud

durante el control prenatal o no acudieron al mismo, tenía algún conocimiento previo sobre el tema a través de la televisión u otros medios. Cuanto más numerosos sean los medios de comunicación a los que esté expuesta la mujer, mayores serán las probabilidades de que practique la anticoncepción. En un estudio se observó que las mujeres que recordaron 6 medios de difusión en los que escucharon mensajes sobre Planificación Familiar eran 11 veces más proclives a practicar la anticoncepción en comparación con las mujeres que recordaban un número menor o ninguna instancia en la que escucharon estos mensajes. Aún las mujeres que recordaban solamente una fuente de información, eran el doble de proclives a usar un método anticonceptivo moderno que aquellas que no recordaban ninguna fuente de información. Las mujeres que recordaban mensajes de Planificación Familiar en los medios de comunicación eran más proclives a discutir el tema con sus parejas y a haber visitado una clínica de salud que aquella que no recordaba éste tipo de mensajes (21). Es innegable la importancia de los medios masivos de difusión en la información de los Programas de Planificación Familiar, sin embargo, es esencial vigilar la percepción de la población para detectar y corregir los posibles errores de interpretación de los mensajes (22).

Siendo el personal de salud la fuente más frecuente de información referida por las pacientes de nuestra población de estudio, debiera tener una mejor disposición a participar en la educación y la promoción de los programas de Planificación Familiar, no dejando lugar a oportunidades perdidas como en el caso de las citas a control prenatal. Los médicos deben conocer todos los aspectos del problema de población; no obstante, su preocupación principal deben ser los aspectos de salud de los programas y servicios de Planificación Familiar recalcando los beneficios especiales de estos sobre la madre y el hijo.

Algunos programas de Planificación Familiar usan enfoques de incentivo y disuasión; sin embargo, no se ha logrado acuerdo en cuanto a la eficacia o necesidad de esos enfoques. La planificación de la familia representa la decisión libre e informada del individuo y la pareja de determinar el tamaño de su familia por lo que las sociedades deben trabajar por medio de incentivos educativos y positivos para animar a la persona o la pareja a adoptar algún método anticonceptivo con el subsecuente beneficio social.

Los médicos deben estudiar el problema de la entrega de servicios y determinar las maneras de resolverlo. La solución del problema debe tomar precedencia sobre las prerrogativas profesionales tradicionales. Todo esto exige cambios radicales en la educación médica, en las funciones del personal auxiliar y muchas otras características de la medicina actual. Las necesidades de asesoramiento y seguimiento deben ser satisfechas de manera constante. El liderazgo del médico debe demostrarse no solo en su experiencia tecnológica, sino también en su estricta adherencia a los más elevados principios éticos y profesionales y los valores aceptados de la sociedad a la que pertenece (4).

En nuestra población de estudio existe una gran aceptación de los métodos anticonceptivos siendo en orden de frecuencia, el DIU, la OTB y los hormonales

inyectables los más solicitados, en tanto que en la población rural los hormonales y el DIU son los más solicitados. Si en nuestra población de estudio (Hospital de la Mujer) el porcentaje de aceptación es el 83%, ¿porqué existe una cobertura de métodos de aproximadamente el 57%?; aquí tal vez tendrían que investigarse el suministro de métodos y la actitud del personal que asiste a la paciente en el evento obstétrico y que es responsable de su aplicación, siendo éste exclusivamente médicos y residentes de especialidad.

FACTORES DE INFLUENCIA PARA LA ACEPTACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Observamos que el porcentaje de pacientes que ha hablado con sus parejas y de que éstas acepten el uso de un método anticonceptivo es igual, así como en el caso de falta de comunicación y la negativa de la pareja a aceptar un método anticonceptivo, que alcanza casi el 30%; en la población rural, la negativa por parte de la pareja llega a alcanzar cerca del 85%. En nuestra población de estudio la influencia familiar (14.6%) es más frecuente que la de los amigos o conocidos (5.8%) y no siempre influye de manera negativa para la aceptación de un método anticonceptivo, en algunas pacientes dicha influencia externa a la pareja, la motivó a aceptar dichos métodos.

Si tomamos en consideración que de cada 1000 pacientes que acuden a atención del evento obstétrico a nuestro hospital, aproximadamente 200 no confían en los métodos anticonceptivos y que de cada 1000 pacientes que han usado un método anticonceptivo, 370 han presentado algún problema relacionado con el uso de los mismos, encontramos aquí una de las causas más importantes para no aceptar un método anticonceptivo y aunque sea aceptado, las mujeres no tienen plena confianza en su uso, siendo el embarazo el evento más frecuente asociado a la falla, problemas o abandono de un método anticonceptivo.

Impresiona como el 74.8% de las pacientes encuestadas opina que falta más información sobre Planificación Familiar, la cual es determinante en la aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos, como ya hemos mencionado previamente.

CAPITULO 10. CONCLUSIONES

Después de haber revisado los resultados de nuestra información , con base en las hipótesis de investigación y a los objetivos planeados al inicio de éste trabajo, las conclusiones generales son las siguientes:

- La población atendida en el Hospital de la Mujer conforman mujeres jóvenes, de las cuales, las adolescentes son un grupo mayoritario , carente de información y atención por parte de los servicios de salud, educativos y sociales en general.
- El perfil sociocultural y biológico de nuestra población no difiere de manera importante con el perfil de la paciente del medio rural, como podría esperarse. En ambos grupos la falta de compromiso y la dependencia económica de la pareja, son una constante en los antecedentes de las mujeres.
- Gran cantidad de mujeres de nuestra población inician su actividad sexual y se embarazan durante la adolescencia, no usan métodos anticonceptivos al iniciar su actividad sexual y generalmente se embarazan por primera vez en el lapso de un año posterior al inicio de vida sexual activa.
- El antecedente de información previa sobre métodos anticonceptivos influye notablemente en la aceptación de un método anticonceptivo.
- Las principales fuentes de información de nuestra población son el personal de salud y la televisión.
- La influencia de los medios de difusión es importante en el momento de aceptar un método anticonceptivo.
- Un porcentaje importante de pacientes acude a control prenatal, pero no siempre se cumplen con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de Atención del embarazo, parto y puerperio en cuanto al número y la calidad de las citas.
- Las pacientes que acuden a control prenatal no son sensibilizadas de manera oportuna por parte del médico que las atiende durante el embarazo, por lo que al llegar al puerperio es poco lo que se puede hacer en materia de consejería en éste período.
- Existe un problema de actitud por parte del médico hacia la promoción de los programas de Planificación Familiar, lo que podría ser materia para una investigación más amplia.

- La influencia familiar y de los amigos o conocidos no es importante en la aceptación de un método anticonceptivo en nuestra población y su influencia, cuando la hay, no es siempre negativa.
- La falta de comunicación con la pareja se ve reflejada en la aceptación de un método anticonceptivo.
- El uso previo de un método anticonceptivo y los problemas relacionados con su uso influyen la aceptación de un método anticonceptivo.
- Pese a que los métodos anticonceptivos son aceptados, no existe confianza plena en ellos.
- Los métodos anticonceptivos más aceptados en nuestra población son el DIU, la OTB y los hormonales inyectables.
- La falta de información es una constante referida por las mujeres de nuestra población al momento de decidir aceptar o no un método anticonceptivo.
- Los principales problemas que presenta nuestra población para la aceptación de un método anticonceptivo son : falta de información, desconfianza en los métodos anticonceptivos , negativa y falta de comunicación con la pareja y la apatía del personal médico en la información prenatal.
- De lo anterior podemos plantear estrategias para incrementar la atención al grupo de adolescentes y para resolver cada uno de los problemas que observamos en la aceptación de un método, de hecho, solo con resolver el problema de información, se puede lograr en gran medida ampliar la cobertura del programa de Planificación Familiar en nuestro hospital, lo que se verá reflejado en la morbilidad perinatal. Siendo el Hospital de la Mujer un centro de concentración de pacientes de varios centros de salud cercanos, tiene la facultad de enviar recomendaciones a los mismos para una mejor calidad de atención.

CAPITULO 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Tinker A, Koblinsky MA: Hacia una maternidad segura. Documentos para discusión del Banco Mundial; 202S: 1-7, 1990.
- 2.- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Nueva York Columbia University, Center for Population and Family Health, 1990.
- 3.- Huque A, Zahidul A y Koblinsky M: Levels, trends and consequences of Maternal mortality and morbidity. Backgrounds Paper prepared for the Workshop on Guidelines for safe mother hood programming 17-22 de Noviembre. Banco Mundial / Mother Care. Washington D.C. 1991.
- 4.- Rosenfield A. Fathalla M: FIGO, Manual de Reproducción Humana; Nueva York. Edit. The Parthenon Publishing Group Inc; 1994; pp 311,319,329,330.
- 5.- Secretaría de Salud : El Derecho a la libre decisión...la planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva; Documentos de información sobre salud reproductiva; Agosto de 2000; pp 11-13, 17, 99.
- 6.- INEGI: Estadísticas Vitales del Distrito Federal 1997. Cuaderno no.1; pp 394-399.
- 7.- Pérez-Palacios Gregorio, et al: El cambio de Paradigmas, de la Planificación Familiar ... a la salud reproductiva; Edit. Ediciones de Buena Tinta, S.A de C.V; 2000; pp 36, 37, 56, 57, 69-76.
- 8.- Population Reports, publicación del Population Information Program; 1999;2 : 8-11.
- 9.- Reyes F,S y col. Efecto de la muerte materna sobre la dinámica familiar y la supervivencia infantil. Ginec Obst Méx 1998; 66: 428
- 10.- Angulo V,J y col. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico de Occidente. Revisión de 12 años. Ginec Obst Méx 1999; 67: 419.
- 11.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. artículo 4to.
- 12.- Ley General de Salud.
- 13.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 "De los servicios de Planificación Familiar" Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 1994.
- 14.- Rodríguez Armas O, Santiso Gálvez R, Calventi V. Editores. Libro de Texto de

FLASOG, volúmen 1. Caracas, Ven. Edit Ateproca; 1996; pp 605,679-681, 714, 746.

15.- Villanueva , LA y col: Características Obstétricas de la Adolescente embarazada. Ginec Obst Méx 1999; 67: 356.

16.- Fernández-Paredes, et al: Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Méx 1996; 53 (2): 84-88.

17.- Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer, S.S.A.

18.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 "Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación, CDXCVI 5,6 ene;1995.

19.- Foster, et al: Teen pregnancy-problems and approaches: Panel presentations. Am J Obstet gynecol 1999; 181: S32- S36.

20.- Ortigosa C y col: Evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas. Ginec Obst Méx 1999; 67: 276.

21.- Jato N, et al: the Impact of Multimedia Family Planning Promotion on the Contraceptive Behavior of women in Tanzania. Int Fam Plan Persp 1999; 25 (2): 60-67.

22.- Vaughan PW, et al: effects of an Entertainment Education Radio Soup Opera on Family Planning and HIV prevention in St. Lucia. Int Fam Plan Persp 2000;26 (4): 148-157.

CAPITULO 12. ANEXOS

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 1

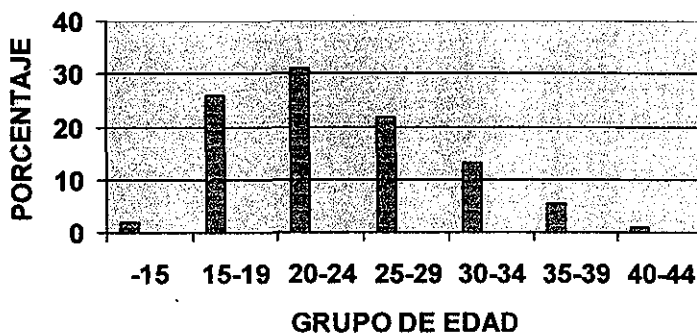
**TOTAL DE PUERPERAS POR GRUPOS ETAREOS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
-15	9	1.8
15-19	129	25.8
20-24	156	31.2
25-29	109	21.8
30-34	65	13.0
35-39	27	5.4
40-44	5	1.0
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

PUERPERAS POR GRUPOS ETAREOS



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 2

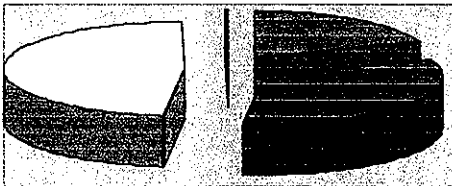
**ESTADO CIVIL DEL TOTAL DE PUERPERAS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
SOLTERA	96	19.2
CASADA	164	32.8
UNION LIBRE	238	47.6
VIUDA	1	0.2
DIVORCIADA	1	0.2
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**ESTADO CIVIL DEL TOTAL DE
PUERPERAS**



<input checked="" type="checkbox"/>	SOLTERA
<input checked="" type="checkbox"/>	CASADA
<input type="checkbox"/>	UNION LIBRE
<input type="checkbox"/>	VIUDA
<input checked="" type="checkbox"/>	DIVORCIADA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 3

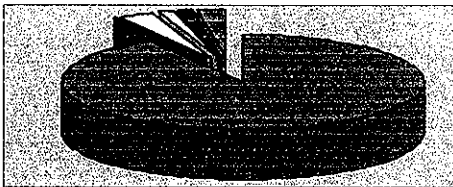
**RELIGION DEL TOTAL DE PUERPERAS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

RELIGION	TOTAL	%
CATOLICA	457	91.4
TESTIGO DE JEHOVA	2	0.4
CRISTIANA	14	2.8
EVANGELISTA	8	1.6
OTRA	7	1.4
NINGUNA	12	2.4
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**RELIGION DEL TOTAL DE
PUERPERAS**



<input checked="" type="checkbox"/>	CATOLICA
<input checked="" type="checkbox"/>	TESTIGO DE JEHOVA
<input type="checkbox"/>	CRISTIANA
<input type="checkbox"/>	EVANGELISTA
<input checked="" type="checkbox"/>	OTRA
<input checked="" type="checkbox"/>	NINGUNA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

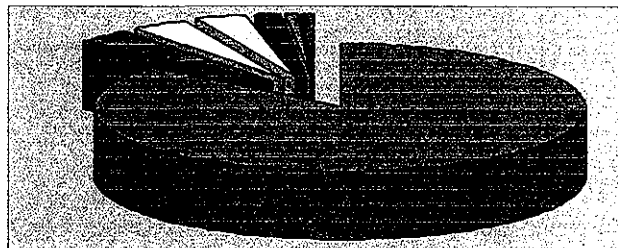
CUADRO No. 4

**OCUPACION DEL TOTAL DE PUERPERAS
HOSPITAL DE LA MUJER
ENERO 2001**

OCUPACION	TOTAL	%
HOGAR	431	86.2
COMERCIANTE	18	3.6
T. DOMESTICA	17	3.4
EMPLEADA	17	3.4
ESTUDIANTE	9	1.8
OBRAERA	4	0.8
PROFESIONISTA	4	0.8
TOTAL	500	100

FUENTE : ENCUESTA APLICADA

**OCUPACION DEL TOTAL DE
PUERPERAS**



■ HOGAR
■ COMERCIANTE
□ T. DOMESTICA
□ EMPLEADA
■ ESTUDIANTE
■ OBRAERA
■ PROFESIONISTA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 5

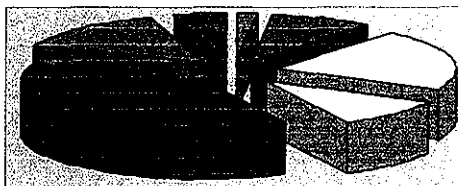
**ESCOLARIDAD DEL TOTAL DE PUERPERAS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
NINGUNA	10	2
PRIMARIA INCOMPLETA	46	9.2
PRIMARIA COMPLETA	104	20.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	53	10.6
SECUNDARIA COMPLETA	191	38.2
PREPARATORIA/TECNICA	72	14.4
LICENCIATURA	24	4.8
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**ESCOLARIDAD DEL TOTAL DE
PUERPERAS**



<input checked="" type="checkbox"/>	NINGUNA
<input checked="" type="checkbox"/>	PRIMARIA INCOMPLETA
<input type="checkbox"/>	PRIMARIA COMPLETA
<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA INCOMPLETA
<input checked="" type="checkbox"/>	SECUNDARIA COMPLETA
<input checked="" type="checkbox"/>	PREPARATORIA/TECNICA
<input checked="" type="checkbox"/>	LICENCIATURA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO”**

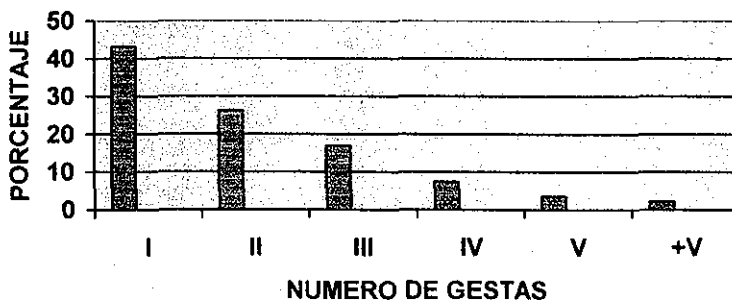
CUADRO No. 6

**NÚMERO DE GESTACIONES EN EL TOTAL DE PUERPERAS
HOSPITAL DE LA MUJER
ENERO 2001**

NUMERO DE GESTAS	TOTAL	%
I	216	43.2
II	133	26.6
III	85	17
IV	37	7.4
V	18	3.6
MAS DE V	11	2.2
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**NO. DE GESTACIONES EN EL TOTAL
DE PUERPERAS**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No.7

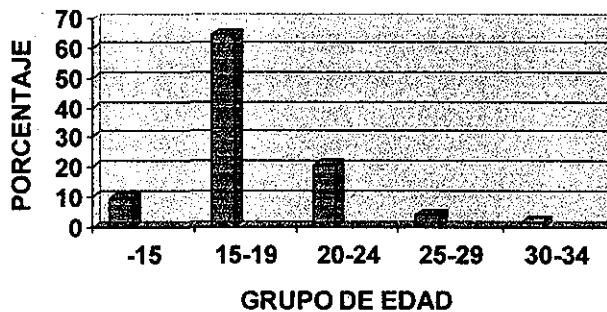
**EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
-15	48	9.6
15-19	323	64.6
20-24	104	20.8
25-29	19	3.8
30-34	6	1.2
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL
ACTIVA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 8

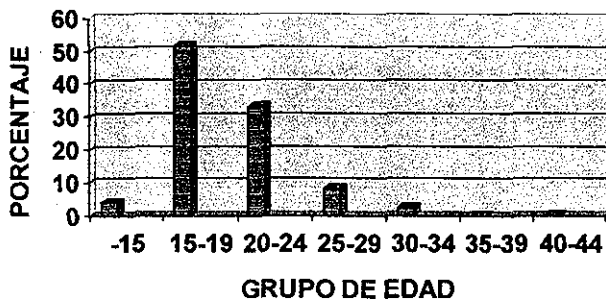
**EDAD EN QUE PRESENTARON EL PRIMER EMBARAZO
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
-15	21	4.2
15-19	257	51.4
20-24	166	33.2
25-29	41	8.2
30-34	13	2.6
35-39	1	0.2
40-44	1	0.2
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO”**

CUADRO No. 9

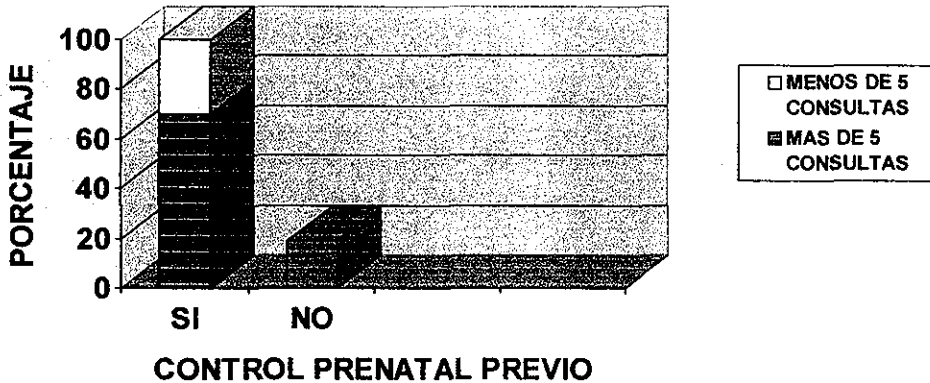
**CONTROL PRENATAL Y NUMERO DE CONSULTAS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

CONTROL PRENATAL	TOTAL	%	NUMERO DE CONSULTAS				TOTAL
			-5	%	+5	%	
SI	405	81	122	30.1	283	69.9	81
NO	95	19	0	0	0	0	19
TOTAL	500	100	122	30.1	283	69.9	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

CONTROL PRENATAL



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 10

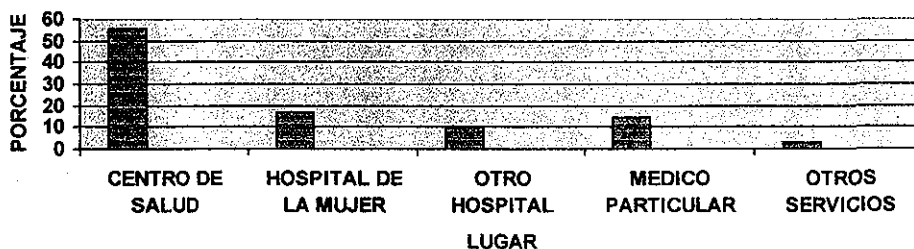
**LUGAR DONDE RECIBIO CONTROL PRENATAL
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

LUGAR	TOTAL	%
CENTRO DE SALUD	224	55.3
HOSPITAL DE LA MUJER	69	17.3
OTRO HOSPITAL	42	10.37
MEDICO PARTICULAR	58	14.32
OTROS SERVICIOS	12	2.96
TOTAL	405	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

LUGAR DE ATENCION PRENATAL



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

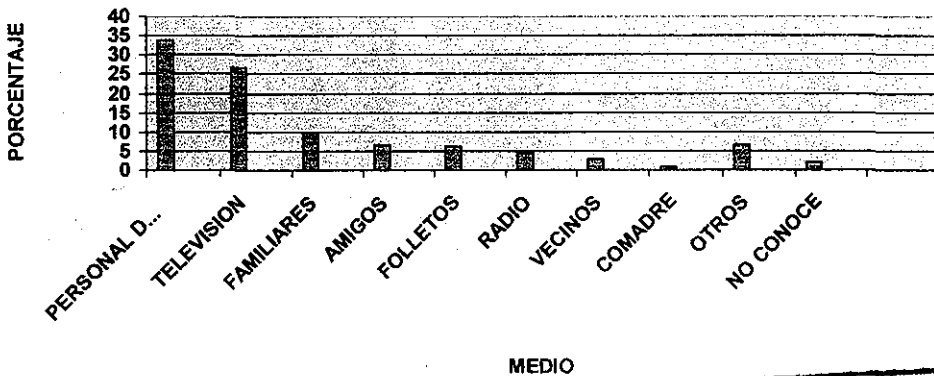
CUADRO No. 11

**MEDIO POR EL CUAL RECIBIO INFORMACION SOBRE METODOLOGIA
ANTICONCEPTIVA
HOSPITAL DE LA MUJER
ENERO 2001**

MEDIO	TOTAL	%
PERSONAL DE SALUD	232	33.7
TELEVISION	185	26.8
FAMILIARES	68	9.9
AMIGOS	47	6.8
FOLLETOS	43	6.2
RADIO	31	4.5
VECINOS	19	2.7
COMADRE	5	0.7
OTROS	44	6.4
NO CONOCE	15	2.2
TOTAL	689*	100

*ALGUNAS RECIBIERON INFORMACION A TRAVES DE VARIOS MEDIOS
FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**MEDIO POR EL CUAL SE RECIBIO INFORMACION SOBRE
METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 12

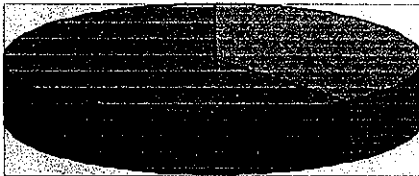
**FRECUENCIA DE UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO PREVIO A
ESTE EMBARAZO
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO	TOTAL	%
SI	195	39
NO	305	61
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**UTILIZACION DE METODO
ANTICONCEPTIVO PREVIO A
ESTE EMBARAZO**



SI UTILIZO
 NO UTILIZO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 13

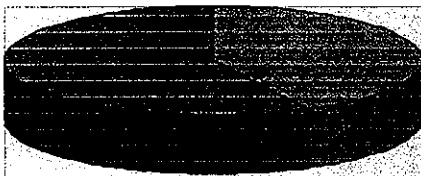
**PARTICIPACION DEL MEDICO EN INFORMACION DE PLANIFICACION
FAMILIAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

EL MEDICO DIO INFORMACION	TOTAL	%
SI	213	42.6
NO	287	57.4
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**PARTICIPACION DEL MEDICO EN
INFORMACION DE PLANIFICACION
FAMILIAR DURANTE EL CONTROL
PRENATAL**



SI PARTICIPO
 NO PARTICIPO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 14

**DESEO DE UTILIZAR METODO ANTICONCEPTIVO Y TIPO
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

DESEO DE UTILIZAR METODO	METODO ANTICONCEPTIVO										TOT AL	%
	DIU	%	OTB	%	H. INYE CTAB LES	%	OT RO	%	NO SAB E	%		
SI	232	46.4	110	22	32	7.7	29	7	12	2.9	415	83
NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83	16.6
NO SABE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.4
TOTAL											500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**METODO ANTICONCEPTIVO QUE
SE UTILIZARA EN EL PUERPERIO**



<input checked="" type="checkbox"/>	DIU
<input checked="" type="checkbox"/>	OTB
<input type="checkbox"/>	H. INYECTABLE
<input type="checkbox"/>	OTRO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO SABE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO 15

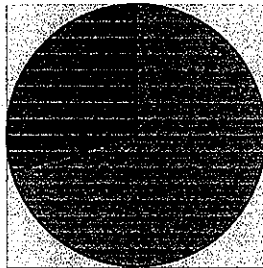
**INTERRELACION Y ACEPTACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR
LA PAREJA
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

HABLO CON SU PAREJA	SI	%	NO	%	TOTAL DE PACIENTES
HABLO CON SU PAREJA	352	70.4	148	29.6	500
ESTA DE ACUERDO EN LA UTILIZACION DE METODO	352	70.4	148	29.6	500

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**ACEPTACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS POR LA PAREJA**



<input checked="" type="checkbox"/>	SI ACEPTO
<input type="checkbox"/>	NO ACEPTO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 16

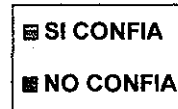
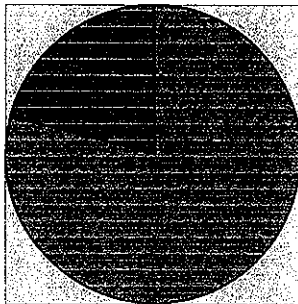
**CONFIABILIDAD EN LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

CONFIABILIDAD	TOTAL	%
SI	394	78.8
NO	106	21.2
TOTAL	500	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**CONFIABILIDAD EN LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO 17

**PRINCIPALES PROBLEMAS REFERIDOS AL UTILIZAR ALGUN METODO
ANTICONCEPTIVO
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

PROBLEMA	TOTAL	%
EMBARAZO	33	35.5
DOLOR	18	19.4
IRRITABILIDAD	9	9.7
TRASTORNOS MENSTRUALES	9	9.7
AUMENTO DE PESO	6	6.4
NAUSEA	3	3.2
CEFALEA	3	3.2
ALERGIA	3	3.2
DISPAREUNIA	2	2.7
EXPULSION DEL DIU	2	2.2
OTROS	5	5.3
TOTAL	93	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO"**

CUADRO No. 18

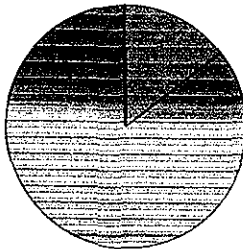
**INFLUENCIA DE OTRA PERSONA PARA ACEPTACION DE METODO
ANTICONCEPTIVO
HOSPITAL DE LA MUJER**

ENERO 2001

INFLUENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL DE PACIENTES
FAMILIAR	73	14.6	427	85.4	500
VECINO Y/O AMIGOS	29	5.8	471	94.2	500

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

**INFLUENCIA FAMILIAR PARA LA
ACEPTACION DE UN METODO
ANTICONCEPTIVO**



SI INFLUYO
 NO INFLUYO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS DURANTE EL PUERPERIO
HOSPITAL DE LA MUJER SSA
Hoja de registro de datos**

Favor de llenar el espacio correspondiente.

1.- FACTORES SOCIOCULTURALES

- a) Edad _____
 b) Estado civil _____
 c) Religión _____
 d) Ocupación _____
 e) Escolaridad _____

2.- FACTORES BIOLOGICOS

- a) Gestas (total) _____ partos _____ abortos _____ cesareas _____ ectòpico _____
 b) Edad de inicio de vida sexual activa _____
 c) Edad en que tuvo su primer embarazo _____

Favor de marcar con una X el espacio correspondiente.

3.- INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

- a) ¿ Utilizó algún método anticonceptivo antes de este embarazo ?
 Si () No ()
 b) ¿ Acudió a control prenatal ?
 Si () No ()
 c) ¿ Cuántas veces ?
 más de 5 consultas () menos de 5 consultas ()
 d) ¿ En que lugar ?
 centro de salud () Hospital de la Mujer () Otro hospital ()
 médico particular () Otros servicios ()
 e) ¿ El médico le habló de los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados al terminar el embarazo?
 Si () No ()
 f) ¿ A través de quien ha recibido información sobre anticonceptivos ?
 televisión () radio () amigos () vecinos () comadre ()
 familiares () personal de salud () folletos y/o carteles () otros ()
 g) ¿ Piensa usted utilizar algún método anticonceptivo una vez que ha terminado este embarazo?
 Si () No ()
 h) ¿ Cuál método piensa utilizar ?
 DIU () OTB () H. Inyectables ()

4.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACION DE UN METODO

- a) ¿ Habló con su pareja acerca de los métodos anticonceptivos ?
 Si () No ()
 b) ¿ Su pareja está de acuerdo en el uso de un método anticonceptivo ?
 Si () No ()
 c) ¿ Confía usted en los métodos anticonceptivos ?
 Si () No ()
 d) ¿ Alguno de sus familiares intervino en su decisión de aceptar un método ?
 Si () No ()
 e) ¿ Algún conocido, Amigo o vecino influyó en su decisión ?
 Si () No ()
 b) ¿ Ha presentado problemas anteriormente al utilizar algún método anticonceptivo ?
 Si () No () Cuál _____
 c) ¿ Piensa que falta mejor y/o más información sobre los métodos anticonceptivos para decidir mejor cual utilizar ?
 Si () No ()