



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A.C".

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

*"La aceptación o rechazo de los métodos
anticonceptivos en mujeres pos evento obstétrico
atendidas en el Hospital General de Zona N° 8 del
IMSS, durante el período de junio a diciembre del
2004".*

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Trabajo Social

PRESENTA:

ESQUIVEL GARCÍA NADIA PAOLA



URUAPAN, MICHOACÁN, JULIO DEL 2005.



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:

Por haberme situado en este momento exacto de la vida y por darme la fuerza suficiente y la inteligencia necesaria para terminar ésta carrera.

A MIS PADRES:

*Por haberme alentado a terminar una carrera profesional que me permitiera superarme en la vida y por brindarme su apoyo incondicional en el cumplimiento de ésta meta.
Los quiero mucho y les dedico este trabajo.*

A MI ESPOSO:

*Por levantarme el ánimo en los momentos difíciles
Y con tu amor darme motivos para seguir adelante y superarnos juntos.
Te amo.*

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 “LA SEXUALIDAD EN LA MUJER”

1.1	El sistema reproductor femenino	11
1.2	La sexualidad en la mujer	15
1.3	Sexo y sexualidad	16
1.4	Revisiones periódicas en la mujer	18

CAPITULO 2 “EL EMBARAZO”

2.1	Generalidades sobre el embarazo	19
2.2	Posibles datos de embarazo	19
2.3	Confirmación del embarazo	21
2.4	Control prenatal	21
2.5	Embarazo y parto	22

CAPITULO 3 “LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD”

3.1	Concepto	25
3.2	Importancia de la Educación para la Salud	26
3.3	Actividades de Educación para la salud en la Comunidad	27
3.4	Procedimientos en la Educación para la Salud	28
3.5	Aspectos generales a considerar por el educador para la salud	29

CAPITULO 4

“PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

4.1	La anticoncepción	31
4.1.1	Resumen histórico de la anticoncepción	32
4.1.2	Futuro de la anticoncepción	33
4.2	Orientación conyugal y familiar	33
4.3	Planeación y planificación familiar	34
4.3.1	Importancia de la planificación familiar	35
4.3.2	Los hijos: una decisión responsable de la pareja	35
4.4	Métodos anticonceptivos	36
4.4.1	Métodos anticonceptivos temporales	36
4.4.2	Métodos anticonceptivos definitivos	41

CAPITULO 5

“INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8, URUAPAN, MICH.”

5.1	Características generales del HGZ N° 8	43
5.2	Antecedentes históricos del IMSS, HGZ N° 8	45
5.3	Misión, visión, valores y políticas del HGZ N° 8	49
5.4	Estructura organizativa del HGZ N° 8	51
5.5	Programas prioritarios del HGZ N° 8	55
5.6	Proceso de atención a la salud para la embarazada en el primer y segundo nivel	57

CAPITULO 6
“PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD”

6.1	Definición del área	59
6.2	Especificidad	60
6.3	Definición del profesional especializado en el área	61
6.4	Objetivos del perfil profesional	62
6.5	Funciones particulares	63
6.6	Conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes del profesional del área	67
6.7	El papel del trabajador social como educador para la salud	69

CAPÍTULO 7
“DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN DE
CAMPO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8,
URUAPAN, MICH.”

7.1	Definición del universo o muestra de trabajo	71
7.2	Diseño del instrumento de recolección de datos	71
7.3	Recopilación de datos	72
7.4	Presentación de resultados	72
7.5	Análisis de resultados	134

CONCLUSIONES

PROPUESTA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

A un paso de alcanzar la marca de los 6 mil millones de personas, la población mundial continúa creciendo con una alarmante rapidez que amenaza el equilibrio ecológico del planeta.

La salud de las mujeres y los niños depende en gran medida de la adecuada planeación y espaciamiento del número de hijos que la pareja decida tener.

El problema de la falta de planificación familiar afecta principalmente a sectores poblacionales del medio rural, a consecuencia de la falta de información, de los niveles de escolaridad y de la idiosincrasia de éstas personas; ya que se ven influenciadas por sus costumbres, incluso por el machismo que aún persiste en este medio.

La falta de atención a este problema puede generar embarazos de alto riesgo, hijos no deseados, familias numerosas, entre otras situaciones, las cuales podrían evitarse con la promoción y aplicación de los programas de planificación familiar, con lo anterior la población podría disfrutar de su vida sexual de manera sana, objetiva y honesta a todos los niveles.

La situación que actualmente se presenta dentro del IMSS es alarmante, ya que continuamente las mujeres que acuden a tener sus hijos al HGZ N° 8 llegan sin el Consentimiento Informado, peor aún, sin una decisión ante el uso de un método anticonceptivo. Cabe notar que en la UMF N° 76 se les brinda a estas mujeres y en dado caso a sus parejas información sobre planificación familiar y los riesgos reproductivos que una mujer puede tener, con el fin de hacerles notar la importancia de su uso y que esto sea en beneficio propio.

Es por ello importante que como Trabajadores Sociales propiciemos que los usuarios de los servicios de salud reproductiva tomen decisiones de manera informada, voluntaria y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo, para con esto mejorar su calidad de vida.

Por estas situaciones se decidió tomar como motivo de investigación, a fin de encontrar los motivos por los cuales las mujeres a pesar de toda la información que se les proporciona continúan negándose a utilizar métodos de planificación familiar, así mismo es de gran importancia rescatar las causas por las cuales otras mujeres aceptan su utilización.

Los objetivos que guiaron la investigación son los siguientes:

GENERAL:

“Determinar la aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos en mujeres post evento obstétrico que son atendidas en el Hospital General de Zona N° 8 del IMSS con la finalidad de conocer los motivos de la toma de decisión”

ESPECIFICOS.

- Identificar el nivel educativo de las mujeres que aceptan o rechazan utilizar algún método anticonceptivo
- Identificar el perfil de las mujeres que aceptan o rechazan utilizar algún método anticonceptivo
- Identificar las alternativas de elección de métodos anticonceptivos que tienen las mujeres post evento obstétrico en el Hospital General de Zona N° 8.

- Describir el Proceso de Atención a la Salud, el cual toda mujer embarazada derechohabiente del IMSS debe de recibir.

La hipótesis a comprobar o disprobar es la siguiente:

“A mayor nivel educativo de las mujeres embarazadas post evento obstétrico, más adecuado será su comportamiento sobre la aceptación o rechazo del uso de algún método anticonceptivo.”

A continuación se presenta una breve reseña de la información que contendrá cada uno de los capítulos:

Capítulo 1. Este capítulo habla acerca de la sexualidad de la mujer, la diferencia entre sexo y sexualidad, así como la importancia que tiene el que la mujer acuda a revisiones ginecológicas regularmente.

Capítulo 2. Este capítulo habla acerca del embarazo, formas de confirmarlo, el control prenatal que se debe seguir, así como el desarrollo del embarazo durante los nueve meses

Capítulo 3. Este es el capítulo de la educación para la salud habla acerca de su importancia y las actividades que se pueden desarrollar como educador para la salud.

Capítulo 4. Este es el capítulo de la planificación familiar el cual es uno de los temas centrales que guían la investigación, se habla acerca de la anticoncepción y cómo ésta se lleva a cabo desde muchos años atrás, de la importancia de la planificación familiar y la variedad de métodos anticonceptivos que existen actualmente, principalmente los que se promueven dentro del Hospital General de Zona N° 8 del IMSS.

Capítulo 5. Este capítulo trata acerca de la institución en la que se llevó a cabo la investigación, el Hospital General de Zona N° 8 del IMSS de Uruapan, Michoacán, sus antecedentes históricos, los objetivos, misión y visión, así como su estructura organizativa.

Capítulo 6. Ese capítulo nos habla del perfil profesional del trabajador social en el área de la salud así como el papel que desempeña como educador para la salud.

Capítulo 7. Por último este capítulo nos muestra el desarrollo y análisis de la investigación de campo realizada.

La investigación de campo se desarrolló en el Hospital General de Zona N° 8 en el área de ginecología y obstetricia; se tomaron como muestra 80 mujeres que se encontraban hospitalizadas durante los meses de junio a diciembre del 2004, principalmente pos operadas de cesárea.

Esta investigación nos permitirá definir en qué momento las mujeres toman la decisión sobre planificar o no sus familias, así como la influencia que tiene el nivel educativo en la toma de su decisión; todo esto con el fin de obtener información sobre los motivos de aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos de cada una de las mujeres entrevistadas y poder determinar errores y aciertos en la participación del equipo de salud, las formas de corregirlos o de mejorar los procesos de atención a la mujer embarazada

CAPÍTULO 1

“LA SEXUALIDAD EN LA MUJER”

1.1 EL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

De acuerdo al Curso Programado de Anatomía y Fisiología, sobre el Sistema Reprodutor de Robert J. Brady:

El sistema reproductor femenino está formado por ovarios (gónadas femeninas), tubas uterinas (o trompas de falopio), útero, vagina, vulva y como órganos reproductores accesorios, los senos o glándulas mamarias.

ÚTERO:

El útero es un órgano muscular hueco que tiene forma de pera y mide unos ocho centímetros de largo. Su cuerpo ancho y aplanado se llama fondo. La parte inferior del útero recibe el nombre de cerviz y su aspecto es como el cuello de una pera invertida. El útero participa en tres funciones importantes del organismo: menstruación, embarazo y el parto o trabajo de parto. (Ibid: 62)

TUBAS UTERINAS:

Las tubas uterinas se unen al útero en sus ángulos superiores externos (reciben el nombre también de trompas de Falopio) Se encuentran entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. La fecundación del óvulo se realiza generalmente dentro de las tubas. Aunque las tubas uterinas sirven de conducto para las gametas femeninas (óvulos), en realidad no están conectadas a los ovarios.

Esta situación trae como consecuencia ocasional la implantación del óvulo fecundado en la cavidad peritoneal o en algún otro sitio fuera del útero. Dichos casos se conocen como embarazos ectópicos y son de lo más grave. (Ibid: 62)

OVARIOS:

Los ovarios son dos estructuras que tienen la forma de almendras y se localizan en la parte superior de la pelvis, uno a cada lado del útero. La estructura interna del ovario está constituida por células en forma de huso, tejido conectivo y vasos sanguíneos. Después de la pubertad (menarca), los óvulos se desarrollan en estos folículos. Los ovarios tienen dos funciones: 1) desarrollan y maduran a los óvulos y luego los expulsan hacia la cavidad pélvica, y 2) también secretan progesterona y estrógenos: las hormonas femeninas. (Ibid: 63)

VAGINA:

La vagina es un canal tubular, de unos diez o doce centímetros de largo, que recibe al pene durante la copulación. Se sitúa entre el recto y la uretra. Las paredes vaginales se conservan húmedas por las secreciones cervicales. Un pliegue de membrana mucosa (himen) forma un borde alrededor del orificio externo de la vagina, el cual en estado virginal, cierra parcial o totalmente el orificio vaginal. Las funciones de la vagina incluyen: 1) servir de órgano de la copulación femenina y de recipiente del líquido seminal eyaculado por el hombre; 2) servir como parte inferior de canal del parto; y 3) servir como conducto excretor de las secreciones y del flujo menstrual. (Ibid: 63)

VULVA:

La vulva (genitales externos u órganos reproductores femeninos) incluye: 1) monte de venus (o monte púbico), que es la almohadilla de tejido graso que se encuentra sobre la unión de los huesos púbicos; 2) labios mayores, que son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubierto de piel; 3) labios menores, los cuales son dos pliegues de piel localizados dentro de los labios mayores;

4) el clítoris, órgano pequeño formado por tejido eréctil, nervios y vasos sanguíneos; 5) meato urinario, orificio vaginal, que es el orificio pequeño de la uretra localizado entre el clítoris y el orificio vaginal; 6) orificio vaginal o desembocadura de la vagina, que ocupa la mayor parte del vestibulo vaginal; 7) vestibulo vaginal, área con forma de almendra entre el clítoris y la horquilla vulvar; 8) glándulas (vestibulares) de bartholin, son dos glándulas como frijoles. Cada glándula tiene un conducto que desemboca en el espacio que hay entre el himen y los labios menores. (ibid: 63)

PERINEO:

Es la región muscular cubierta de piel que se encuentra entre el orificio vaginal y el ano. (Ibid: 64)

SENOS.

Los senos o glándulas mamarias se consideran órganos accesorios de la reproducción. Los senos están formados por tejido glandular organizado en unos veinte lóbulos. Al comienzo del primer embarazo, el pezón y la areola cambian de un sombreado rosa pálido a un tinte parduzco castaño. Después de la lactancia, la intensidad de la coloración disminuye, pero nunca vuelve al rosa pálido que prevalece en el estado virginal (Ibid 64)

CICLOS SEXUALES:

En el lapso comprendido entre la primera menstruación (menarca), en la pubertad y la terminación del flujo menstrual en un periodo posterior (menopausia), ocurren muchos cambios rítmicos en la mujer. El cambio cíclico más obvio es la menstruación. Sin embargo también ocurren cambios periódicos en ovarios, vagina, temperatura corporal, secreción hormonal y estado de ánimo emocional. (Ibid: 64)

CICLO OVÁRICO:

Cada mes comienzan a crecer y desarrollarse cierto número de folículos de Graaf y sus respectivos óvulos. Este crecimiento se inicia generalmente al quinto día de la menstruación. Las células foliculares comienzan a secretar estrógenos. Al decimocuarto día del ciclo, un folículo madura y sale a la superficie del ovario. Si no ocurre la fecundación e implantación del óvulo en el útero el tamaño del cuerpo lúteo disminuye gradualmente. Más o menos a las tres semanas de comenzado el ciclo menstrual, cesa completamente la secreción de progesterona y los estrógenos alcanzan un nivel mínimo. Unos cuantos días después comienza de nuevo el flujo menstrual, provocado por los bajos niveles sanguíneos de estrógenos y progesterona. (Ibid: 64)

CICLO MENSTRUAL:

La menstruación comienza en la pubertad (menarca) y continua de modo rítmico hasta la menopausia (climaterio femenino), unos treinta y cinco años más tarde. Se distinguen tres fases del ciclo menstrual: la fase menstrual, la fase proliferativa y la fase secretora. En la fase menstrual, el revestimiento endometrial del útero se desintegra y se desprenden fragmentos de tejido necrosado, dejando amplias áreas despojadas que explican el sangrado asociado con la menstruación. La fase proliferativa, después de la ovulación, el folículo roto prolifera y forma el cuerpo lúteo. Esta estructura secreta progesterona, haciendo que se mantenga el endometrio. En la fase secretora, la secreción de progesterona aumenta y el endometrio se transforma en un tejido capaz de sustentar la implantación del óvulo fecundado. Si la implantación no ocurre, el cuerpo lúteo decrece, sus secreciones disminuyen y el endometrio uterino degenera, comenzando de nuevo la fase menstrual del ciclo menstrual rítmico. Si la fecundación y la implantación se realizan, el ciclo menstrual se modifica: el cuerpo lúteo persiste, y continúa secretando estrógenos y progesterona durante la mayor parte del período del embarazo y el ciclo menstrual periódico se suspende durante todo el embarazo. (Ibid: 65)

1.2 LA SEXUALIDAD EN LA MUJER

“La sexualidad es una función vital situada en un nivel inferior al de la respiración, alimentación o defecación, pero supera a éstas en cuanto a que repercute más ampliamente sobre la esfera psíquica del individuo. Es imposible negar el influjo de la sexualidad en nuestra vida. Nadie es ajeno a ella. Sin embargo a lo largo de nuestra civilización hemos ido encubriéndola y adornándola a veces con falsos ropajes que han conseguido desvirtuarla y mitificarla por completo. Históricamente, se da un amplio período de la represión de la sexualidad, y ni las relaciones sexuales entre esposos han podido liberarse de la misma. Cualquier estímulo sexual ha sido considerado pecaminoso.” (NETTER, 1973: 21)

“Las encuestas sobre la sexualidad demuestran que la falta de información sexual, lejos de ser beneficiosa, ha contribuido a la proliferación de un sin número de alteraciones sexuales, defectos de forma y de fondo que han sorprendido a la opinión pública mundial. La deficiente educación sexual de la sociedad de nuestro tiempo se pone de manifiesto en el morboso interés que despierta la pornografía ” (Ibid: 23)

Antiguamente la educación sexual no existía, las relaciones sexuales eran vistas por la mujer como una obligación con la que tenían que cumplir; al marido poco le importaba si su mujer lograba obtener placer sexual, así, ésta terminaba por convencerse con el paso del tiempo de que había venido al mundo sólo para satisfacer las necesidades sexuales del hombre y para darle los hijos que él quisiera.

Es pues de gran importancia brindar información sexual de manera clara y objetiva a toda la población, con el fin de evitar alteraciones sexuales y de lograr un equilibrio mental y físico en el hombre.

1.3 SEXO Y SEXUALIDAD

A continuación se definirá cada uno para establecer la diferencia entre ellos:

“Sexo consiste en las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre individuos de una misma especie, pero especialmente fundadas en su capacidad para producir óvulos o espermatozoides; es decir gametos masculinos o gametos femeninos. Como la producción de gametos no es una cosa visible, la característica siguiente más importante es el aspecto de los órganos genitales, la configuración anatómica de los genitales externos”. (AGUILAR, 1981: 129)

“Sexualidad es un término muy amplio, que abarca todas las manifestaciones fisiológicas, psicológicas y sociales, de nuestro modo de ser sexual, y naturalmente todas las desviaciones, modificaciones y perversiones de nuestra conducta sexual. Toda nuestra conducta, nuestro modo de pensar, de escribir, de reaccionar, etc. está impregnada de nuestra sexualidad, que además es única y propia de uno mismo, y diferente de las personas que nos rodean”. (Ibid: 133)

No podemos confundir ambos conceptos pues el sexo se refiere a las características fisiológicas del ser, es decir, si hay presencia de testículos y pene en el hombre o de vulva y senos en la mujer y que por encima de esto muchas veces el sexo no coincide con las conductas que el ser toma, y es ahí donde entra el término sexualidad pues éste se refiere a esas manifestaciones y que forman parte de la conducta del ser.

“Se usa la palabra libido para describir el instinto que acompaña a la excitación sexual. El juego erótico es una parte crucial de la excitación sexual y una parte de la relación sexual más importante para la mujer que para el hombre. Los hombres y mujeres se excitan con estímulos diferentes. Mientras que para los hombres puede ser mirar el cuerpo femenino y hablar o pensar sobre temas erótico-sexuales, las mujeres suelen necesitar una estimulación física directa y continua para obtener una excitación total ” (STTOPARD, 1989: 36)

“De ahí la importancia de las zonas erógenas. Cuando una mujer es excitada por el tacto o por la anticipación, la sensación afecta a todas las partes del cuerpo. La frecuencia cardíaca aumenta, de forma que se acelera el pulso, la respiración se torna más rápida, y el aumento del flujo sanguíneo en todo el cuerpo hace que la piel adquiera un color rosa y provoca sudoración”. (Ibid: 36)

Las relaciones sexuales son distintas para cada pareja, no existe alguna manera correcta de llevarla a cabo y dependen principalmente de lo que le dé placer a cada uno.

Es importante que la pareja deje a un lado sus inhibiciones y manifieste sus deseos sexuales para así alcanzar el máximo placer en cada relación sexual y fortalecer la unión de la pareja. El que las relaciones sexuales sean satisfactorias para la pareja se debe al grado en que ambos experimenten nuevas técnicas sexuales, dejando a un lado la rutina y el aburrimiento que tarde o temprano aquejan a la pareja.

“Muchas mujeres que durante años han podido fingir orgasmos necesitan ser un poco egoístas y concentrarse en su propio placer en pos de su realización sexual. Cualquier mujer que se encuentre inhibida, culpable o indiferente ante el sexo necesita ser más hedonista para perseguir positivamente su identidad sexual”. (STTOPARD, 1989 37)

1.4 REVISIONES PERIÓDICAS EN LA MUJER

“La revisión ginecológica anual de toda mujer, desde que inicia las relaciones sexuales hasta la menopausia, tienen por objeto descubrir en las mamas o en el útero pequeñas alteraciones, que de no tratarse pueden llegar a transformarse en un cáncer. La revisión sistemática de las mamas no ha dado por el momento, resultados tan brillantes. La exploración ginecológica debe comprender, además de la exploración manual del aparato genital, incluyendo las mamas, una colposcopia (que consiste en observar el cuello uterino con un aparato especial), una citología (análisis de las células que se descaman por raspado del cuello uterino y, en algunos casos, una mamografía y/o teletermografía. Estas exploraciones, completamente indoloras, deben realizarse cada año si no son normales, y con más frecuencia si el caso lo requiere”. (NETTER, 1973: 137-140)

Actualmente se puede observar que las mujeres continúan sin asistir a sus revisiones ginecológicas periódicamente, esto puede deberse a una gran cantidad de situaciones como lo son el no contar con seguridad social y tener que pagar los estudios, la falta de interés por parte de las mujeres en cuanto a su salud y principalmente la incomodidad que les provoca el que una persona ajena las explore físicamente aún cuando esto sea en beneficio propio.

Dentro de la planificación familiar es de suma importancia que la mujer acuda a revisión periódica para llevar un control sobre el funcionamiento del método anticonceptivo utilizado y los cambios provocados en el cuerpo. Los embarazos que se generan aún cuando se utiliza método anticonceptivo se debe principalmente a la falla del método por falta de revisión. Es bien sabido que la efectividad de estos depende de su correcta utilización y de una revisión ginecológica periódica en la mujer.

CAPÍTULO 2

“EL EMBARAZO”

2.1 GENERALIDADES SOBRE EL EMBARAZO

“El embarazo es una experiencia temporal que vive la mujer y comparte con su pareja. Se inicia con la concepción y termina con el nacimiento de una niña o niño. El embarazo puede ser considerado normal si dura en promedio nueve meses y si la madre no presenta enfermedades o alguna complicación que ponga en riesgo su salud o la vida de la niña o del niño”. (SSA: 2)

Es muy importante que la mujer sepa lo antes posible si está embarazada, para que desde su inicio lleve a cabo y reciba los cuidados necesarios, con el fin de lograr una maternidad sin riesgos para ella y su futuro hijo.

Es bien sabido que una mujer se embaraza cuando está en edad fértil, es decir, desde su primera regla y hasta los 49 años de edad aproximadamente si tiene relaciones sexuales sin protección.

2.2 POSIBLES DATOS DE EMBARAZO

Si una mujer en edad fértil que tiene relaciones sexuales presenta alguna de éstas situaciones, puede pensar que está embarazada:

- Falta de menstruación en la mujer sana, cuya regla se le ha presentado cada mes. La falta de una segunda regla aumenta la posibilidad de que la mujer esté embarazada.

- Tiene náusea, vómito y rechazo a algunos alimentos. Estos malestares se presentan con mayor frecuencia por la mañana y por lo regular desaparecen después de seis a ocho semanas.
- Orina frecuentemente. Esto es ocasionado por la presión que ejerce el bebé sobre la vejiga de la madre, cuando está creciendo.
- Tiene estreñimiento o constipación. El estreñimiento es la dificultad para obrar, o evacuar el intestino. Por lo general aparece en los primeros meses del embarazo, como resultado de cambios en la alimentación. Posteriormente, en los últimos meses del embarazo, se agudiza esta molestia por el crecimiento de la matriz que mueve y comprime al intestino. (Ibid: 2)

Otras manifestaciones durante el embarazo son:

- Cambios en las mamas. Los primeros cambios mamarios del embarazo se sienten como un aumento de tamaño de los pechos, que se acompaña de una sensación de llenura y una mayor sensibilidad al tacto. También se observa más obscura la piel alrededor del pezón.
- Fatiga. Desde las primeras semanas después de la falta de la regla, muchas embarazadas manifiestan fatiga cuando realizan actividades que antes no les provocaban cansancio.
- Variación en la coloración de la piel, oscurecimiento de la frente, de la nariz y de los pómulos (comúnmente llamada "máscara del embarazo" o paño). También aparece la "línea morena" en el abdomen, que va desde el inicio del vello púbico hasta la boca del estómago.
- La mujer se vuelve más sensible y llora con facilidad (SSA 3)

2.3 CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO

El embarazo se confirma cuando:

- El resultado del exámen en la orina de la mujer es positivo para el embarazo.
- Hay movimientos del bebé, Los movimientos se pueden detectar a partir del quinto mes del embarazo. La mujer tiene la sensación de que hay algo que se mueve dentro de su vientre y siente como si la patearan.
- Hay latido cardíaco del bebé. Cuando el médico o la partera examinan a la embarazada con el estetoscopio, escuchan los latidos del bebé. Los latidos se pueden oír a partir del quinto mes de embarazo, aproximadamente. En circunstancias normales estos latidos son entre 120 y 140 por minuto.
- Se tocan partes del bebé a través del abdomen de la madre, como la cabeza, el tronco o espalda y las extremidades. (SSA: 3)

2.4 CONTROL PRENATAL

La atención de la mujer desde el inicio y durante su embarazo es de suma importancia, ya que se le puede brindar información sobre los cuidados que debe tener durante esta etapa y sirve al médico para identificar tempranamente aquellos factores que representan un riesgo para ella y su bebé.

“Se llama control prenatal a la supervisión que se le da a la embarazada, desde que acude por primera vez a recibir atención médica o de la partera, hasta el momento del parto”. (SSA: 4)

Tan pronto se halla confirmado que la mujer está embarazada, es necesario saber la fecha probable de parto e identificar si la mujer o su bebé tienen algún riesgo para su salud. La mujer embarazada debe asistir a un mínimo de 5 consultas de control prenatal, durante las cuales:

1. Elaborarán su historia clínica.
2. La pesarán y medirán.
3. Revisarán su abdomen y medirán el crecimiento de su matriz.
4. Le tomarán la presión.
5. Revisarán los latidos de su bebé.
6. Le informarán el tiempo que tiene de embarazo y la fecha probable de su parto.
7. En la primera consulta le pondrán la vacuna contra el tétanos.
8. La orientarán sobre los cambios que irá teniendo a lo largo del embarazo, los cuidados que debe tener y le harán saber las ventajas de la lactancia materna.
9. Le proporcionarán el suplemento alimenticio y le indicarán la forma correcta de prepararlo y consumirlo. (SSA: 4)

2.5 EMBARAZO Y PARTO

“El embarazo se subdivide en tres períodos, de tres meses cada uno, llamados trimestres. Esto no sólo se hace por conveniencia, sino porque determinados acontecimientos muy específicos ocurren en cada uno de estos trimestres, y los médicos realizan las pruebas necesarias en el momento óptimo”. (STTOPARD, 1989: 38)

“El primer trimestre es la época en que el embrión se desarrolla con rapidez de forma que, 14 semanas después del primer día de la última regla, el feto tiene una forma humana reconocible. Se han desarrollado todos los órganos, las extremidades y los huesos, después de este período, el feto sólo tiene que crecer en tamaño y madurar. Por este motivo el primer trimestre es la época en que los fármacos, las drogas y las infecciones pueden tener un efecto nocivo sobre su desarrollo. Hacia el final del primer mes el corazón fetal ya está latiendo. Han empezado a formarse la cabeza, el cerebro y la columna vertebral, y pueden verse las yemas de las futuras extremidades. El embrión aún tiene un aspecto pisciforme debido a la prominencia de sus ojos. No tiene orejas, pero se puede reconocer la boca y están presentes las ventanas de la nariz. Los pulmones están formados pero son sólidos y ya se han formado los genitales de ambos sexos”. (STTOPARD, 1989: 38)

“Al final del primer trimestre se notará un aumento de peso. La pared del útero es cuatro veces más espesa y empieza a ablandarse, por lo que su abdomen estará visiblemente abultado. Las fibras musculares individuales del útero aumentan su longitud unas 40 veces. Su corazón habrá aumentado en un tercio la cantidad de sangre expulsada por minuto, porque el volumen de sangre circulante ha aumentado en 1,5 litros aproximadamente. Esta sangre suplementaria se necesita para el útero. Todo esto significa que los riñones y el corazón deben trabajar más. Se almacenan en sus muslos y brazos unos depósitos de grasa para la lactancia”. (STTOPARD, 1989: 39)

Durante el segundo y el tercer trimestre aumentará de peso de forma continua de manera que, cuando llegue el momento del nacimiento, habrá ganado entre 9 y 13 kilos respecto a su peso anterior al embarazo. El aumento de peso sólo será un riesgo si va acompañado de un aumento de la presión sanguínea y una hinchazón de manos y pies. Entonces puede ser un síntoma de preeclampsia.

Dar a luz es un acontecimiento que no se parece a ningún otro de la vida de una mujer. Nadie sabe exactamente como se desencadena el parto, pero es casi seguro que lo controla el bebé.

“El parto se divide en tres periodos. Antes del comienzo propiamente dicho puede tener dolor en la porción inferior de la espalda. La primera señal suelen ser unas contracciones intensas y regulares del útero o bien del derramamiento de líquido debido a la rotura de las membranas. En ocasiones no se trata del derramamiento copioso que podría esperarse, sino de un goteo lento, o la emisión de una sustancia mucosa teñida de sangre, que ha servido de tapón, bloqueando el cerviz durante el embarazo”. (STTOPARD, 1989: 42)

“El primer periodo del parto es, con mucho, el más largo y va desde el inicio hasta que el cerviz se borra y dilata lo suficiente para permitir que la cabeza del bebé pase a través del canal del parto”. (Ibid: 44)

“El segundo periodo consiste en el nacimiento del bebé, cuando su cabeza avanza gradualmente por el cerviz y baja por la vagina hasta aparecer por la apertura de la vagina. En este momento las contracciones son fuertes pero las empleará en hacer bajar al bebé y empujarlo hacia fuera”. (Ibid: 44)

El tercer periodo es el alumbramiento de la placenta. Este proceso se suele acelerar con una inyección de ergometrina, o de un derivado, en su muslo. El útero se contraerá de nuevo, al cabo de unos cuatro minutos. Cuando la placenta llegue a la vagina, sentirá de nuevo la necesidad de empujar, y tendrá lugar al alumbramiento de la placenta.

CAPÍTULO 3

“LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD”

3.1 DEFINICIÓN

“La educación para la salud, anteriormente denominada educación higiénica y también designada como educación sanitaria, comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva. Comprende los procesos que se establecen de manera formal y los de carácter informal. La educación formal comprende las actividades educativas que se imparten en forma planeada, organizada y sistemática para alcanzar ciertos objetivos previamente determinados. La informal, es la que reciben las personas a través de sus vivencias diarias en su relación con el ambiente físico y social; es sobre todo, práctica y derivada de la realidad”. (SÁNCHEZ, 1994: 139)

El Instituto Mexicano del Seguro Social define a la Educación para la Salud como: “Conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud. Solicitar oportunamente atención médica y participar activamente en el manejo de los daños a su salud” (IMSS, 1998: 7)

3.2 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“La Educación para la Salud es uno de los capítulos más importantes de la salud pública, porque a través de un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo, lograr la restauración de la salud en el menor tiempo o prevenir invalideces, incluso, en muchos casos, obtener una más rápida rehabilitación”. (SÁNCHEZ, 1994: 140)

El que exista personas enfermas depende de los cuidados que ésta le otorgue a su cuerpo, así como del ambiente en el que viva; en muchas ocasiones ignoran la existencia de enfermedades y sus formas de transmisión por consiguiente no conocen la forma de prevenirlos y curarlos.

La sociedad en que vivimos continúa haciendo uso de costumbres y creencias en materia de la salud, pues antes de acudir con un médico especializado para el tratamiento de una enfermedad se recurre a remedios de origen natural que si bien, en algunos casos devuelven la salud, en enfermedades graves sólo retrasan la recuperación del enfermo.

Muchas enfermedades y muertes podrían evitarse si la población contara con la información suficiente que les permitiera reconocer los síntomas de los padecimientos, así como el estar capacitados en su prevención y los tratamientos a seguir.

El que los programas de salud no cuenten con los recursos necesarios para su promoción ante la población, provoca que no tengan los resultados esperados aún cuando el personal de salud se empeñe en realizarlos

Es por esto necesario promover la educación para la salud más aún cuando en nuestros tiempos la gente sigue creyendo en el poder divino que marca las enfermedades que se adquieren, así como el número de embarazos en la mujer, principalmente porque desconocen el funcionamiento de los órganos de su cuerpo lo que no les permite comprender el motivo de las enfermedades y del embarazo mismo

3.3 ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD

“Se ha considerado que las funciones de educación para la salud son inherentes a todos los trabajadores de la salud, y por lo tanto aparentemente no se requiere personal especializado; sin embargo, en la práctica se observa que la falta de personal que promueve, oriente, planea, coordina, supervisa y evalúa estas actividades condiciona que esta acción educativa sea de escasa magnitud”. (SÁNCHEZ, 1994: 143)

La información sobre la educación para la salud puede llegar a la población a través de diferentes medios, uno de ellos es la escuela pues es en ésta institución en donde se comienza a informar al individuo sobre la importancia de cuidar el cuerpo, información que debe ser reforzada con las costumbres y hábitos higiénicos que se tengan dentro del hogar

Otro medio es la información documental a través de la cual se les puede proporcionar información sobre los padecimientos de la salud, así como las acciones de prevención, la información escrita estará sujeta al tipo de población al que esté dirigida

La más importante es la información que se le brinda a la población a través de las instituciones de salud, pues expertos se encargan de preparar a los individuos y capacitarlos en cuanto al tema.

Es muy difícil cambiar los hábitos de salud en la población pues estos se ven generalmente influenciados por las creencias y costumbres y de los beneficios que obtengan al modificarlos. Así que deben adecuarse a las necesidades de cada población para que tengan una mayor aceptación.

3.4 PROCEDIMIENTOS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“Los procedimientos que se siguen en la educación para la salud se pueden agrupar en los tres siguientes: 1) individuales, 2) grupales, 3) medios de comunicación social”. (SÁNCHEZ, 1994: 144)

Una de las técnicas que puede ser utilizada para llevar a cabo los procedimientos individuales es la entrevista, ya que permite orientar sobre temas específicos y al tener un contacto directo con la población se pueden resolver las dudas surgidas así como constatar que la información proporcionada se comprendió.

Para los procedimientos grupales los cuales son más utilizados en las instituciones de salud pues permite informar a un mayor número de personas, se requiere conocer las técnicas de trabajo con grupos, las dinámicas principales así como contar con material didáctico suficiente para dar la información.

Los medios de comunicación pueden ser ampliamente utilizados para dar información sobre educación para la salud, pues a través de la televisión, la radio o incluso el internet se pueden promover acciones tanto preventivas y correctivas que propicien el cuidado de la salud.

3.5 ASPECTOS GENERALES A CONSIDERAR POR EL EDUCADOR PARA LA SALUD

Sánchez Rosado Manuel en su libro Elementos de salud pública menciona los siguientes puntos a considerar por el educador para la salud.

1. Conocer lo mejor posible, lo que el individuo, la familia y la comunidad saben y hacen en relación con la salud y la enfermedad.
2. Determinar los recursos que pueden utilizarse en la educación para la salud
3. Tener presente que no basta con que la gente capte un mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables para la salud.
4. Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr; se requiere de múltiples esfuerzos y acciones, según el caso, que creen conciencia plena del problema, que formen nuevas actitudes en relación al mismo, y sobre todo, determinen una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.
5. La educación para la salud debe ser una acción programada con metas precisas y en apoyo a situaciones concretas. No se piense que con mensajes aislados e imprecisos pueda lograrse cambios de conducta.
6. Las motivaciones para forjar nuevas conductas deben sustentarse en las necesidades, intereses y posibilidades existentes. Es más fácil motivar, si la motivación se encuentra en los propios intereses y valores de la comunidad.

7. Los medios auxiliares deben utilizarse como apoyo a los procedimientos básicos y no aislados.

8. Todo material de apoyo debe examinarse previamente, para juzgar si es adecuado para el tema que se vaya a impartir.

9. Es muy importante conocer y tomar en cuenta las características de los educandos, tanto desde el punto de vista individual, familiar y social.

Estos aspectos son de gran importancia pueden servir de guía al educador para la salud ya que marcan pautas de trabajo que permiten visualizar las condiciones del medio en el que se desenvuelve el individuo, así como los recursos con los que cuenta para educar a la población.

También es importante tener en cuenta que es difícil cambiar hábitos y costumbres arraigadas de la noche a la mañana, se requiere de un gran esfuerzo para fomentar en el individuo nuevas actitudes en el autocuidado de la salud.

El educador para la salud debe adecuar la información que dará según la población a la que este dirigida, pues está claro que sólo si la población entiende la información, pensará en cambiar sus viejos hábitos de salud.

CAPITULO 4

“PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

4.1 LA ANTICONCEPCIÓN

El deseo de impedir la concepción sin prescindir de la necesidad y del placer de las relaciones sexuales es un hecho tan arcaico como la humanidad misma y un derecho inalienable del individuo.

Desde el punto de vista de la educación sexual, la divulgación de los métodos anticonceptivos, señalando sus ventajas y sus inconvenientes, tiene como misión informar sobre su correcta utilización, al objeto de que las relaciones sexuales tengan siempre el fin que persigue la pareja, evitando en el ciclo de respuesta sexual humana, que se presente un factor inhibitor tan perjudicial como es el temor a una gestación no deseada o la práctica de modificaciones en la mecánica del coito que, además de ineficaces son perjudiciales a la larga.

La paternidad responsable ha sido aceptada incluso por la Iglesia Católica, defensora indiscutible del derecho a la vida humana

El problema surge cuando se piensa que el usar anticonceptivos atenta contra la vida humana. La anticoncepción pretende evitar la formación de un nuevo ser y, por tanto, no atenta contra el derecho a la vida, ya que, si aún no existe, no ha adquirido todavía el derecho a vivir

4.1.1 RESUMEN HISTÓRICO DE LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es tan antigua como la humanidad misma. Hasta hace pocos años, todos los métodos se basaban en impedir que el semen llegase a la trompa y fecundase el óvulo.

El coito interrumpido es sin duda el primer método anticonceptivo que empleó el hombre. Pero no constituyó en ninguna época un método eficaz. Los egipcios, 1.500 años a. de c., introducían en la vagina excrementos de cocodrilo y miel, sustancias que poseen un efecto destructor de los espermatozoides. La esterilización masculina, que consiste en succionar el conducto deferente, era ya practicada por tribus africanas, valiéndose de una pequeña punta de bambú que clavaban en la porción más superficial del trayecto del conducto destruyendo su luz. De esta forma eyaculaban un semen carente de espermatozoides.

La mujer ha ideado múltiples remedios caseros, como trapos, esponjas, gasas que, introducidos en la vagina antes o después del coito, intentaban evitar el ascenso de los espermatozoides.

“A finales del siglo pasado, Mesigna inventó un dispositivo de goma que, introducido en la vagina de la mujer antes del coito a modo de diafragma, impide el contacto del semen con el cuello uterino”. (NETTER, 1973: 107)

“En la década de los años 30 un japonés, Ogino, presentó a la opinión médica su método de anticoncepción por abstinencia sexual periódica. También en Alemania y por las mismas fechas, Gräfenberg redescubrió el DIU descrito en 1909 por Richter, y en aquella época había pasado inadvertido. (NETTER, 1973: 108)

En 1958 se publican los primeros resultados de la anticoncepción mediante la administración de unas píldoras hormonales que impiden la ovulación. Pincus fue su autor y, el lugar de la experiencia, Puerto Rico, dos nombres unidos indisolublemente en la historia de los anovulatorios.

4.1.2 FUTURO DE LA ANTICONCEPCIÓN

Actualmente las continuas investigaciones científicas buscan encontrar métodos anticonceptivos menos dañinos para el cuerpo humano, como practicar la Oclusión Tubárica Bilateral Reversible, es decir que este no sea un método definitivo, las dosis hormonales únicas para evitar la toma diaria de la píldora y fármacos que bloqueen e impidan el paso de los espermatozoides, y ¿porqué no? anticonceptivos que puedan ser tomados por el hombre.

La anticoncepción se ve presente en un futuro pues las parejas han adquirido mayor conciencia sobre las ventajas de procrear familias pequeñas como un modo para vivir mejor.

4.2 ORIENTACIÓN CONYUGAL Y FAMILIAR

Esta orientación trata de descubrir el sentido de ser esposo y esposa en el mundo actual. Puede realizarse de diversas formas: desde cursos, conferencias, talleres, investigaciones participantes, cine clubes, dinámica de grupos, hasta la terapia conyugal, la terapia de grupo y consejería matrimonial prestada por especialistas, como lo son los médicos, trabajadores sociales, psicólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas; sociólogos y antropólogos; educadores y especialistas en comunicación.

La orientación conyugal y familiar está altamente dirigida al mejoramiento de las formas de comunicación entre los esposos. En muchos sentidos, va más allá de la acción interna sobre el núcleo familiar: alude también a la acción interfamiliar.

4.3 PLANEACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Aparecen en nuestra sociedad contemporánea, los programas de planificación familiar como una respuesta a la necesidad de regulación natal. El sentido de planeamiento de la vida familiar es mucho más amplio que el de la sola regulación natal por medios anticonceptivos.

Planear la propia vida y de la propia familia significa, antes que nada, tener una clara idea de los objetivos y propósitos de la vida: saber qué se quiere y adónde se quiere llegar. Para lograrlo es preciso poder conjugar el ideal personal con el ideal del cónyuge, y después, con el de los demás miembros de la familia

El planeamiento familiar implica, una visión integral que incluye los aspectos, económicos, educativos, sociales, ambientales y residenciales, así como los morales y los religiosos; tiene que estar íntimamente relacionado con ciertas tomas de decisión claves, tales como la de decidir el número y el momento de tener los hijos que desean.

La planeación familiar y su planificación técnica, constituyen una forma de vida que las clases medias tienden a desarrollar con un sentido modernizante y racionalizador. Hablar de planeación familiar de las clases populares que viven al día, resulta un tanto utópico, pero ello no quita que sus miembros deban y puedan, de alguna manera, planear y proyectar su vida familiar presente y futura

La planificación familiar es promovida y desarrollada por agencias que se abocan a este efecto, dichas agencias deben incluir, en todo caso, servicios de educación para la paternidad, el cuidado y la educación de los hijos; servicios de atención médica; servicios de información, asesoría y provisión de medios de regulación natal entre otros.

4.3.1 IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“La planificación familiar es el derecho que tiene cada pareja para decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de los hijos que se desean tener”. (SSA: 2)

La planificación familiar contribuye a un mejor bienestar y a la integración de la familia, pues se puede proporcionar más tiempo para convivir tanto la pareja como para atender a sus hijos.

Es bien sabido que los hijos adquieren sus valores fundamentales de la familia. Son los padres quienes enseñan a sus hijos a valerse por sí mismos y los preparan para el futuro; también se encargan de satisfacer sus necesidades primarias; por eso el papel que juegan los padres es fundamental; ahí reside la importancia de que tomen la decisión correcta sobre el número de hijos y el momento indicado de tenerlos.

4.3.2 LOS HIJOS: UNA DECISIÓN RESPONSABLE DE PAREJA

En la actualidad persiste la idea de que la responsabilidad sobre la crianza y formación de los hijos es de la mujer; sin embargo, la participación que el padre tiene en la crianza de los hijos va en aumento; debido a la integración de la mujer al campo laboral el padre ha tenido que aceptar su responsabilidad para con la familia. Es por esto que la decisión de tener hijos debe ser una responsabilidad compartida.

Es importante recalcar que compete a ambos padres dar a sus hijos cariño, protección, alimentación, ropa, vivienda y educación, enseñarles los roles familiares, sociales y estilos de vida saludables, para que se desarrollen física, mental y socialmente sanos.

4.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La siguiente información se retomó de la carpeta de educación para la salud de la Dirección General de Promoción a la Salud y la Dirección General de Extensión de cobertura de la Secretaría de Salud, así como de los folletos de Salud Reproductiva Integral que otorga el IMSS:

“Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan con el fin de espaciar el tiempo entre un embarazo y otro o para ya no embarazarse. Estos métodos pueden ser usados por el hombre y/o mujer, se clasifican en:

- Métodos anticonceptivos temporales, y
- Métodos anticonceptivos definitivos”. (SSA: 3)

Los métodos anticonceptivos temporales pueden usarse el tiempo que se quiera y luego embarazarse, a diferencia de los métodos definitivos en donde tanto el hombre como la mujer deben estar completamente seguros y tener una paternidad satisfecha por la irreversibilidad de las operaciones.

4.4.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Los métodos anticonceptivos temporales se clasifican de la siguiente manera:

- **PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS**

La píldora es elaborada con hormonas como la progesterona y el estrógeno sintéticos, actúa sobre la hipófisis para suprimir la producción de la hormona leutinizante necesaria para la ovulación y el engrosamiento del endometrio, evitando así la implantación.

“Las mujeres que no desean tener hijos por un tiempo pueden tomar pastillas anticonceptivas para evitar embarazarse. Se recomiendan para mujeres de 15 a 35 años de edad y que no tienen problemas con su regla o menstruación”. (Ibid: 3)

Antes de iniciar el uso de las pastillas anticonceptivas es fundamental que la mujer acuda a revisión médica, ya que existe situaciones en las que no deben ser utilizadas, y así el médico les puede recomendar el método más adecuado según su condición física.

La toma de las pastillas diariamente requiere ser utilizadas por mujeres responsables y concientes de que si olvidan tomarla el embarazo puede ocurrir, por esta causa no son muchas las mujeres que la eligen como método anticonceptivo a usar por un largo tiempo

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Es un pequeño aparato de plástico y metal (cobre o plata y cobre) muy flexible, que se introduce en el interior del útero.

Ante su presencia, se segrega mayor cantidad de flujo dificultando el ascenso de los espermatozoides a través de él. Altera el movimiento de las trompas de Falopio dificultando la fecundación.

Produce además una especie de irritación en el endometrio de tal forma que, si a pesar de las dificultades descritas para que el óvulo y el espermatozoide se encuentren, el óvulo fuera fecundado, el endometrio no sería adecuado para recibirlo.

Siempre tiene que ser colocado por un ginecólogo en el interior del útero. Mediante un aplicador se traslada el DIU plegado al interior de la cavidad uterina, introduciendo dicho tubo a través del orificio cervical. Una vez dentro, se empuja el DIU con el aplicador, con el fin de que recupere su forma original dentro del útero. A través del orificio cervical asoman unos hilos que servirán para su extracción en el futuro. Los hilos se cortan lo suficiente como para que no molesten durante el coito. Todo el proceso de colocación dura unos 30 segundos y es muy poco molesto a menos que la mujer esté en tensión.

Se coloca preferentemente durante la menstruación o después del parto ya que de esta forma el cuello del útero se encuentra más dilatado. El útero se tiene que acostumbrar a albergar el dispositivo, lo que se puede traducir en una sensación como de ligero calambre en el bajo vientre tras su inserción, en esos casos un analgésico será suficiente.

Para confirmar que todo va bien después de colocarlo, se debe realizar un control al mes de su inserción, durante este mes deben tomarse precauciones, utilizando otro método anticonceptivo, hasta que se confirme su correcta aplicación.

Dependiendo de cada mujer y del modelo de DIU, éste puede permanecer colocado entre 2 y 10 años. Hay diferentes modelos y tamaños para buscar la máxima adaptación a las dimensiones del útero de cada mujer.

Este dispositivo causa gran controversia en las mujeres pues su utilización se rodea de grandes mitos y creencias como el que si quedan embarazadas los niños nacen con el dispositivo incrustado en la cabeza, así como que este es causa de infecciones vaginales que principalmente suceden por la falta de higiene en las mujeres.

Las ventajas del D.I.U.

- No requiere cuidados especiales excepto asegurarse que el D I.U este en su lugar y acudir a las revisiones periódicas con él ginecólogo.
- No interfiere en el acto sexual.
- La fertilidad regresa después de interrumpir su uso.
- Dependiendo del tipo de dispositivo pueden permanecer colocados hasta 10 años.

• INYECCIÓN HORMONAL

Es un método temporal que se inyecta cada mes, cada dos o tres meses. La aplica la enfermera o el médico de manera intramuscular profunda en una nalga.

La primera vez se inyecta en los primeros cinco días de iniciada la regla, las inyecciones siguientes se ponen cada treinta días, 60 o 90 dependiendo la inyección que se este utilizando. Las inyecciones se aplican independientemente de si se presentó o no la regla.

En comparación con la píldora, se usan con mucha menor frecuencia debido a que pueden ocasionar ciertas alteraciones, puede faltar la regla después de su utilización durante algunos meses o, por el contrario, existir pequeñas pérdidas de sangre mientras se utiliza. Como el efecto dura varias semanas, si a una mujer no le va bien deberá esperar hasta que finalice su efecto para que desaparezcan las molestias.

- **IMPLANTE SUBDÉRMICO**

De acuerdo al folleto del Implante Subdérmico proporcionado por el IMSS es un método moderno y muy efectivo. La protección anticonceptiva es por 3 años y al retirarlo, no hay dificultad para embarazarse. Es una cápsula flexible que mide 4 centímetros de largo y 2 milímetros de diámetro y contiene una hormona que no es estrógeno. Lo pueden usar mujeres entre los 15 y 49 años de edad.

Se aplica en la parte interna del brazo, usando anestesia local, para evitar el dolor. Su aplicación es rápida, sencilla y se realiza en el consultorio. Se coloca dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual, inmediatamente después de un aborto o seis semanas después del parto.

La hormona que contiene la cápsula pasa al organismo, y actúa evitando la ovulación e impidiendo el paso de los espermatozoides a la matriz, lo cual hace que sea muy efectivo.

Los efectos secundarios que pueden presentar son:

- Ausencia temporal de la menstruación
- Cambio del patrón menstrual
- Dolor de cabeza, mareos o náusea

Si estos suceden no afectan la salud y desaparecen casi siempre en los tres primeros meses después de aplicado e implante.

- **CONDÓN O PRESERVATIVO**

Es un método anticonceptivo de uso temporal para los hombres. También protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Es una funda generalmente de látex para el pene, muy fino y resistente que se coloca desenrollándolo en el pene en erección, impidiendo así que el semen de la eyaculación se aloje en la vagina.

La mayoría de los preservativos llevan un espacio en la punta destinado a recoger el semen, llamado "depósito". Si no llevan este depósito y tienen la punta circular no deben ajustarse completamente a la cabeza del pene, ya que se debe dejar un espacio al colocarlo donde pueda depositarse el semen.

Existen en el mercado preservativos de diversas formas, colores o sabores, algunos de los cuales no están indicados para la penetración, por lo que es importante leer bien las instrucciones cuando se usen.

4.4.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

- **LIGADURA DE TROMPAS**

Es una intervención quirúrgica que se realiza en la mujer, cuando ya no desea tener más hijos. Consiste en cortar y ligar las Trompas de Falopio, esto impide el recorrido del óvulo por la trompa en dirección al útero y por tanto la fecundación. La mujer, después de la operación, continúa con su ciclo hormonal, su menstruación y ovulación. No daña la salud.

Por tratarse de un método permanente, sus efectos son irreversibles, por lo cual tanto la mujer como su pareja deben estar seguros de que es el método más adecuado a emplear.

- **VASECTOMÍA**

Es una intervención quirúrgica que se practica en el varón con anestesia local. Consiste en una pequeña operación donde se cortan y amarran los conductos deferentes, de esta forma sigue saliendo semen durante la eyaculación, pero carente de espermatozoides.

La vasectomía no influye ni en la capacidad de eyaculación, ni en la erección, ni en la función hormonal. No produce impotencia ni disminución del deseo sexual.

Hasta pasadas varias semanas de la intervención el semen continuará teniendo espermatozoides, por lo que debe utilizarse durante las primeras semanas otro anticonceptivo complementario.

Dentro del IMSS estos son los métodos que se promueven; a todas las pacientes se les da la información sobre la variedad de métodos con que se cuenta, su forma de uso, su funcionamiento dentro del cuerpo, efectos secundarios y efectividad, es decisión personal de cada paciente elegir el método que crea más conveniente.

CAPÍTULO 5

“INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8, URUAPAN, MICH.”

5.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL H.G.Z. N° 8

El Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona N° 8 se encuentra ubicado en la ciudad de Uruapan, Michoacán con domicilio en la Calzada Benito Juárez S/N, Esquina con Francisco Villa; Colonia Linda Vista. Sus números de teléfono son: 52- 4- 37- 31 y 52- 4- 26- 40

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene el carácter de organismo fiscal autónomo cuando así lo prevea la Ley. Esto quiere decir que es una institución que se rige por sí sola, tomando en cuenta al gobierno, pero tiene el poder suficiente para tener una personalidad jurídica.

Supervisa los programas de asistencia y es financiado por las contribuciones que hacen el gobierno, los empresarios y los trabajadores. Es una institución de carácter público cuya relación con el proceso productivo es la prestación de servicios de salud en atención a la población beneficiaria.

El IMSS tiene una cobertura de acción nacional y el Hospital General de Zona N° 8 tiene una cobertura tanto local atendiendo a toda la ciudadanía de Uruapan y regional porque atiende localidades aledañas pertenecientes a este municipio.

Su acción está dirigida hacia una población cerrada ya que sólo tienen acceso a su prestación de servicios los derechohabientes trabajadores y sus beneficiarios

De acuerdo a la Nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social los servicios que otorga el Instituto incluyen la atención médica, indemnización en caso de accidente o enfermedad y prestaciones en dinero o en especie.

Las prestaciones en especie comprenden:

- Asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica. En caso de maternidad el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:
- Ayuda por seis meses para lactancia, y
- Canastilla al nacer el hijo
- También tienen derecho a asistencia obstétrica y ayuda para la lactancia la esposa o la concubina del asegurado y la del pensionado.

Las prestaciones en dinero comprenden:

- La prestación en dinero para el caso de enfermedad es un subsidio del 60% del salario de cotización a partir del cuarto día.
- Para el caso de maternidad, el subsidio es el 100% del salario base de cotización.

Quedan amparados por este seguro:

1. El asegurado
2. El pensionado por:
 - A) Incapacidad permanente, total o parcial.
 - B) Invalidez.
 - C) Cesantía en edad avanzada y vejez.
3. La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad o con quien haya procreado hijos.

4. La esposa del pensionado; a falta de ésta la concubina.
5. Los hijos menores de 16 años del asegurado y de los pensionados.
6. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo.
7. Los hijos mayores de 16 años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares.
8. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste.

5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8

De acuerdo a la Nueva Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social en la remota antigüedad, el hombre primitivo se agrupaba para poder protegerse de las amenazas del medio ambiente; de esta forma, en cierta medida aseguraba su vida y la de los suyos.

Durante el México Prehispánico, un antecedente lejano que creó el hombre en busca de seguridad social fue el calpulli. Éste fue la unidad social mínima de la administración de los mexicas, en el cual el excedente de producción era destinado a la protección de los ancianos y los incapacitados.

Algunas de las primeras manifestaciones de seguridad social son los hospitales pueblo creados por Don Vasco de Quiroga, las cajas de comunidad y las cofradías entre los artesanos.

A fines del siglo XIX, ya existían las Asociaciones mutualistas, las cuales brindaban atención a los trabajadores accidentados.

El capitalismo incipiente genera la aparición de grupos trabajadores asalariados, cuya situación de inseguridad y de desprotección se agudiza con la industrialización, lo que provoca que surjan manifestaciones de inconformidad.

Dicha inconformidad se generaba porque el trabajador asalariado era sometido a jornadas agotadoras, bajos salarios e inseguridad en todos los órdenes, hallándose sin recursos para solventar sus necesidades económicas y de salud cuando se enfermaba o se accidentaba.

Conforme a lo anterior los trabajadores plantean su protesta mediante formas incipientes de organización y de solidaridad a través de asociaciones de ayuda mutua, piquetes, ligas y comités de huelga. Posteriormente, a través de sindicatos.

Ante el riesgo de confrontaciones violentas, en varios estados de la República se promulgaron leyes laborales incipientes.

Las presiones sociales de los trabajadores originaron que algunos gobiernos promulgaran leyes de seguridad, las cuales contenían, la duración máxima de la jornada de trabajo, los mínimos de higiene, la seguridad en las fábricas y el trabajo con niños y mujeres.

La inconformidad de los obreros se plasma a través del Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, de 1906. En éste, los hermanos Flores Magón plantean la necesidad de garantizar al obrero: Un salario mínimo, una jornada de trabajo máxima de 8 horas, higiene y mejores condiciones en las fábricas e indemnización por accidentes de trabajo.

“Así, por primera vez se reconoce como obligación del Estado proteger a los trabajadores”. (Nueva Ley del Seguro Social 1996)

En Alemania, a fines del siglo XIX, el canciller Otto Von Bismarck crea las primeras leyes de seguridad social. En 1883 la Ley del Seguro de Enfermedades, en 1884 la Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo y en 1889 la Ley del Seguro Obligatorio de Invalidez y Vejez. En 1911 se integró el Código General del Seguro Social

Este sistema de seguros sociales se implantó después en Inglaterra, y para 1914 se hizo extensivo a todos los países europeos.

En México después de la Revolución de 1910 la Soberana Convención Revolucionaria, celebrada en Aguascalientes, proclama un Plan Básico de Reformas Políticas y Sociales para la clase laboral

La Constitución Política de 1917 dio a México una posición de avanzada en la legislación mundial, al reconocer y proclamar los derechos sociales de los trabajadores en su artículo 123, con sus 31 fracciones. La fracción XXIX del artículo 123 referida a la seguridad social decía: “Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, el gobierno de cada estado deberá fomentar la organización de instituciones de esta índole para difundir e inculcar la previsión popular”. (IMSS, 1996: 23)

Durante el mandato del presidente Emilio Portes Gil se reformó la Constitución y se estableció, en la referida fracción XXIX del artículo 123,

“Se considera de utilidad la expedición de la Ley del Seguro Social”.

En el año de 1931 se promulga la Ley Federal del Trabajo, la cual concedía carácter oficial y garantizaba la permanencia de algunas organizaciones laborales y determinados tribunales especiales.

Como instituciones de seguridad social, derivadas de las leyes promulgadas por los estados, destacan además las beneficencias, constituidas por hospitales, orfanatos y asilos para atención de personas indigentes y marginadas.

La importancia de la legislación mencionada radica en que por primera vez reconoce la obligación de los empresarios frente a los trabajadores por los accidentes, enfermedades o muerte derivados del desempeño de su trabajo o como consecuencia de éste.

Actualmente el seguro social opera en todos los estados modernos. Sus modalidades varían mucho en cuanto a la población protegida, cantidad de riesgos cubiertos y mecanismos técnicos, jurídicos y administrativos utilizados.

La seguridad social total abarcaría a todos los integrantes de una sociedad y otorgaría protección contra todas las eventualidades nocivas.

El Seguro Comercial es un contrato privado en el que, mediante el pago de una prima, se adquiere el derecho de resarcir los daños en caso de presentarse algún siniestro dentro de un riesgo protegido como incendio, enfermedad o muerte.

El Seguro Social existe cuando el Estado reconoce como función propia la protección de determinados riesgos a los que ésta sujeta la generalidad de la población.

“En 1942 el H. Congreso de la Unión aprueba la iniciativa de Ley del Seguro Social y después de varios anteproyectos, la Ley del Seguro Social se publicó y entró en vigor el 19 de enero de 1943”. (Nueva Ley del Seguro Social, 1996)

El Instituto Mexicano del Seguro Social inició su funcionamiento formalmente el primero de enero de 1944 durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho candidato del PRM, con lo cual organiza y administra el Seguro Social, que es instrumento básico de la Seguridad Social

En la zona Uruapan, la necesidad de contar con un servicio de salud, surge como una necesidad sentida de la población, estando como director el Licenciado Antonio Ortiz Mena en el año de 1958, instalándose la primera unidad médica en diversos edificios rentados en el Centro de la ciudad de Uruapan, posteriormente se gestiona ante el entonces Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Licenciado Carlos Gálvez Betancourt, la construcción del edificio que hoy día ocupa el Hospital General de Zona N° 8, iniciando su funcionamiento en marzo de 1973.

5.3 MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y POLÍTICAS DEL H.G.Z. N° 8

La siguiente información ha sido retomada del Programa de Trabajo del Hospital General de Zona N° 8, elaborado en el año 2000.

MISIÓN DEL IMSS

“Proporcionar el derecho humano a la salud y la protección de los medios de subsistencia a la población a través de sus distintas instancias, observando criterios de excelencia en el servicio y la eficacia administrativa optimizando los recursos que aseguren paralelamente la supervivencia, crecimiento y consolidación económico financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social ”

“Al igual que se tienen que mantener vigentes los valores institucionales dando seguimiento a la operación para lograr la calidad en toda la institución propiciando un ambiente de trabajo que lleve a los trabajadores a la identificación con el instituto.”

MISIÓN DEL HGZ N° 8

“Garantizar el derecho a la salud y la protección de los medios de subsistencia, otorgando prestaciones médicas y económicas a los derechohabientes, con oportunidad, calidad y trato amable, a través del compromiso de los trabajadores ”

VISIÓN DEL H.G.Z. N° 8

En el 2006 el Hospital General de Zona N° 8 debe ser una eficiente unidad hospitalaria de la delegación con los mejores estándares de calidad en nuestros servicios, asegurando la operación de los procesos, con ahorro y racionalidad en los recursos.

VALORES DEL H.G.Z. N° 8

Ofrecer las prestaciones médicas y económicas a nuestra población derechohabiente con:

- Oportunidad
- Confidencialidad
- Honestidad
- Sentido humano

POLÍTICAS DEL H.G.Z. N° 8

- Impulso a los programas básicos del área médica, que aseguren mayores resultados positivos en relación al costo-beneficio.
- Distribución racional y uso eficiente de los recursos.
- Mejoramiento de la calidad, calidez y oportunidad de los servicios.

5.4 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL H.G.Z. N° 8

La siguiente descripción de los puestos y funciones ha sido retomada del contrato colectivo de Trabajo 1993-1995.

PUESTOS Y FUNCIONES:

Asistentes Médicas:

En unidades médico hospitalarias atiende a los derechohabientes y sus familiares durante el proceso de recepción, información, hospitalización y egreso de los pacientes. Recibe y entrevista en forma personal o por teléfono a los pacientes que solicitan servicios en las unidades, a sus familiares o representantes de su fuente de trabajo y los orienta sobre los trámites a seguir para ser atendidos. Maneja y devuelve expedientes y documentos. Informa de la recepción y solicita la devolución de pertenencias o ropa de pacientes sin familiares. Expide y controla pases para la visita. Reporta a la trabajadora social pacientes en los que detecte problemática social, solicita verificación de vigencias.

Bibliotecario:

Administra el programa de servicios de una biblioteca. Recibe libros, revistas, documentos y materiales audiovisuales adquiridos por el instituto o por donaciones destinadas a la biblioteca, ejecuta y mantiene actualizado el inventario de la biblioteca.

Biólogo:

Dar atención correcta y oportuna a los derechohabientes los orienta e instruye. Efectúa la toma de productos biológicos, ejecuta pruebas y análisis llevando un control riguroso de los métodos establecidos para realizar su trabajo adecuadamente.

Enfermería:

Realiza procedimientos generales y específicos de enfermería, establecidos en el cuidado integral del paciente. Recibe, identifica, atiende y entrega pacientes con información del diagnóstico, tratamiento, evolución y procedimientos efectuados. Participa en tratamientos médico-quirúrgicos y efectúa tratamientos específicos. Cumple con las indicaciones médicas y verifica su cumplimiento. Participa en la visita médica a los pacientes. Vigila el traslado del paciente al servicio que sea derivado. Toma y registra signos vitales.

Farmacéuticos:

Maneja y despacha medicamentos de acuerdo a la receta médica, individuales o colectivas; despacha vales a servicios subrogados, codifica y folia recetas; identifica a los derechohabientes y los datos de las recetas; recibe y acomoda medicamentos. Labores administrativas inherentes a sus actividades. Interviene en la elaboración de trámites y pedidos de las necesidades de la farmacia.

Auxiliar de servicios de intendencia:

Sacude, barre, trapea, friega, lava, encera, pule y/o desinfecta: mobiliario, equipo o accesorios de oficina y/o médicos, alfombras, pisos, vestibulos, corredores, muros, cancelas, puertas, columnas, ventanas, interiores, puertas, cortinas, persianas, elevadores, montacargas y baños.

Laboratoristas:

Atención correcta y oportuna a los derechohabientes y donadores que asistan a los servicios de laboratorio y banco de sangre. Efectúa toma de muestras para análisis clínicos, sangra donadores, recibe, recoge y concentra especímenes, los numera, revisa su estado y los distribuye. Prepara material y equipo necesario para la obtención de muestras.

Médico Familiar:

Atención médica quirúrgica en unidades de adscripción y a domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría.

Médico no familiar:

Realiza labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como en nutriología. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.)

Trabajadoras Sociales:

Aplica métodos y técnicas de trabajo social de casos, grupos y de organización y desarrollo de la comunidad en relación a los objetivos que el Instituto tenga signados a sus dependencias en el otorgamiento de servicio médicos. Bajo la dirección del médico auxilia a pacientes y a sus familiares con problemas personales o ambientales, los cuales predispongan a la enfermedad o interfieran en el tratamiento. Realiza actividades de vigilancia y control de fomento a la salud. Participa dentro del equipo de salud en la planeación para el mejoramiento de servicios, interpretando los factores sociales pertinentes al desarrollo de los programas para el otorgamiento de las prestaciones y de la operación interna del Instituto.

El Equipo de Salud dentro del Hospital General de Zona N° 8 se integra por el Médico Especialista, la Enfermera, la Trabajadora Social, la Asistente Médica y el personal del Área de Conservación. Todos ellos realizan un trabajo conjunto para brindar la mejor atención y trato posible al derechohabiente.

Dentro de la institución se rigen por la Ley del Seguro Social y el Contrato Colectivo de Trabajo dentro del cual se especifican claramente cada una de las actividades que tiene que realizar cada quien según el puesto en el que se ubique y los reglamentos para la calificación y selección de puestos de confianza, reglamento de actividades deportivas, reglamento de becas para la capacitación de los trabajadores del seguro social, reglamento de bolsa de trabajo, reglamento de capacitación y adiestramiento, reglamento de conductores de vehículos al servicio del IMSS, reglamento de escalafón, reglamento de fondo de retiro para trabajadores del IMSS, reglamento de guarderías para hijos trabajadores del IMSS, reglamento de infecto contagiosidad y emanaciones radioactivas, reglamento interior de trabajo, régimen de jubilaciones y pensiones, reglamento

de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad, reglamento para el pago de pasajes, reglamento de la comisión nacional paritaria de protección al salario, reglamento de préstamos para el fomento de la habitación de los trabajadores, reglamento de resguardo patrimonial, reglamento de ropa de trabajo y uniformes, reglamento de la comisión mixta de seguridad e higiene, reglamento de selección de recursos humanos para cambio de rama, reglamento para el suministro de alimentos a personal de las unidades médico-hospitalarias, reglamento de tiendas para empleados del IMSS, reglamento de viáticos para choferes.

5.5 PROGRAMAS PRIORITARIOS DENTRO DEL H.G.Z. N° 8

Dentro del HGZ N° 8 se desarrollan los siguientes programas prioritarios:

“MADRE ACOMPAÑANTE DEL NIÑO HOSPITALIZADO”:

“En este se ve la necesidad de que la madre permanezca al lado de su hijo para proporcionarle el afecto y la seguridad, así como, su cooperación para su pronta recuperación”. (IMSS 1997)

“PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL”

“Dentro de este se busca brindar atención con calidad y eficiencia a los pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica, instruyéndolos sobre el tratamiento y cuidados de la enfermedad, buscando disminuir el número de pacientes con complicaciones; asimismo se les brinda atención psicológica y emocional tanto a los pacientes como a los familiares de éste”. (IMSS 1999)

“PROGRAMA VOAHA”

VIGILANCIA OPERATIVA DE LA ANTICONCEPCIÓN EN HOSPITALES

OBJETIVO GENERAL:

Incrementar el nivel de cobertura anticonceptiva post- evento obstétrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Consolidar la participación al 100% del personal operativo multidisciplinario involucrado en el proceso de la atención obstétrica.
- b) Detectar el 100% de las puérperas sin protección anticonceptiva antes del egreso hospitalario.
- c) Identificar las causas de no protección en la totalidad de los casos sin método.
- d) Proporcionar información, orientación y consejería al 100% de las mujeres sin método.
- e) Decrementar las causas de no protección por supuestas contraindicaciones médicas o sin fundamento clínico.
- f) Vigilar la suficiencia logística para la oportuna entrega del servicio y evitar la demanda insatisfecha
- g) Circunscribir las actividades del personaje subjefe de enfermería, planificación familiar o las descritas en esta estrategia.

(IMSS,2000)

El tema de Planificación Familiar es tomado con suma importancia dentro del HGZ N° 8. debido al incremento de puérperas que son egresadas del hospital sin protección anticonceptiva. Se busca orientar, informar y brindar consejería a las mujeres, por parte del personal de Trabajo Social en apoyo con el de enfermería para tratar de abarcar al mayor número de mujeres, tanto en etapa de puerperio como en etapa de embarazo, por medio de entrevistas y pláticas informales con la paciente o familiares de ésta.

De esta forma se busca influir en la toma de una decisión consciente e informada sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Los programas que se desarrollan van encaminados a satisfacer necesidades de los usuarios y son enviados de la dirección de Prestaciones Médicas, institución que marca los programas y las actividades a llevar a cabo dentro del hospital. Se implementan durante todo el año con equipos de trabajo integrando a la enfermera, trabajo social, médico internista, familiar, de urgencias, nutrición y dietética y planificación familiar.

5.6 PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA LA EMBARAZADA EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL

El proceso de atención a la salud que recibe toda mujer embarazada no se desarrolla de manera interna, no es algo establecido, surge de la dinámica institucional, mediante la cual se buscan estrategias para otorgar la atención adecuada y oportuna a la mujer embarazada y se puede llevar a cabo en la U.M.F. N° 76 clínica de primer nivel o ya sea de acuerdo a las necesidades de la mujer en el H.G.Z. N° 8 hospital de segundo nivel.

Toda mujer embarazada que es atendida en la Unidad de Medicina Familiar N° 76 lleva su control prenatal a cargo del Médico Familiar durante por lo menos dos consultas. tiempo que le sirve al Médico para comprobar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico de la mujer.

A partir de que el médico determina el riesgo obstétrico de la mujer, lo clasifica en bajo riesgo, riesgo intermedio y en mujeres de alto riesgo.

Las mujeres que cursan un embarazo de bajo riesgo son derivadas por el médico familiar con la Enfermera Materno Infantil, la cual será la encargada de llevar el control del embarazo y sólo en situaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer o el bebé deberá derivarlas nuevamente con el médico familiar para que este retome el caso y lo atienda.

Las mujeres de riesgo intermedio son atendidas durante su control prenatal por el Médico Familiar, ya sea éste o la Enfermera Materno Infantil se encargarán de derivar a las mujeres a los servicios de Dental, medicina Preventiva, Nutrición y Trabajo Social; es en Trabajo Social en donde a las mujeres se les da una serie de pláticas que les habla sobre generalidades del embarazo como la alimentación que deben llevar durante el embarazo y la lactancia, desarrollo embrionario, cuidados del recién nacido y sobre metodología anticonceptiva.

Sólo las mujeres que cursan un embarazo de alto riesgo serán derivadas a un segundo nivel, es decir al H.G.Z. N° 8 para ser atendidas por un especialista, en este caso un ginecólogo.

Cabe mencionar que aún cuando llevan su control prenatal en la U.M.F. N° 76, el parto o la cesárea ya sea programada o no, se llevará a cabo en el H.G.Z N° 8.

CAPÍTULO 6

“PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE SALUD”

De acuerdo a la revista de trabajo social donde Margarita Terán Trillo formula el perfil profesional a partir del análisis e integración de las propuestas del perfil ideal con los resultados del perfil real, quedando así delimitados:

- A. Definición del área
- B. Especificidad particular
- C. Definición del profesional especializado en el área
- D. Objetivos profesionales para el área
- E. Funciones particulares
- F. Conocimientos, capacidades, habilidades y destrezas, y actitudes del profesional del área.

6.1 DEFINICIÓN DEL ÁREA

El Trabajo Social en el área de Salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos.

O bien, considerar al Trabajo Social del Área de la Salud como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tienden a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades.

Finalmente, todas las orientaciones conceptuales, además de los factores sociales, reconocen la intervención de elementos biológicos y psicológicos; por lo que se requiere del trabajo en equipo, a través de una plena integración, no como una mera sumatoria de esfuerzos, sino a partir de la interdisciplinariedad; lo que implica la concurrencia de conocimientos y acciones en un marco de referencia lógico y bien estructurado, que permita la consecución de los fines propuestos, como son: la higiene, el saneamiento y mejoramiento del ambiente; la educación para la salud, la nutrición, la salud materno infantil, la planeación familiar, la salud bucal, la salud mental, la salud ocupacional, la higiene del deporte y la recreación; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la prevención de accidentes, la rehabilitación y la seguridad social.

6.2 ESPECIFICIDAD

Cuando se hace referencia a la especificidad se plantea el problema epistemológico; la relación sujeto objeto de estudio, teniendo que aceptar la condición de sujeto cognoscente y sujeto de conocimiento, ambos sujetos se involucran en un proceso de construcción de una condición humana determinada, en donde la relación que se establece, responde a un contexto particular.

De tal manera que, en trabajo social, las concepciones actuales (a partir de la reconceptualización) hacen reconocer las relaciones de identificación del objeto (sujetos sociales con carencias y necesidades) y el sujeto (trabajador social de la salud), como actores de un proceso en donde la participación consciente de los primeros, es fundamental para el logro de los objetivos que promueven los segundos.

Llevando así a delimitar el objeto mismo de las acciones que despliega el trabajador social del área de salud: los procesos sociales en donde los actores no sólo son percibidos como entes biopsicosociales, sino como sujetos sociales, cuyas carencias y necesidades están históricamente determinadas y los satisfactores para alcanzar la salud integral, se encuentran condicionados por su inserción en el proceso productivo; lo que va a dar un mayor o menor acceso a los satisfactores y recursos para la preservación de su salud.

Así, desde el surgimiento de su función en esta área, la especificidad del trabajador social se ha integrado por una aproximación a la realidad social, en donde participa como el vínculo o enlace entre los sujetos sociales que portan las necesidades y carencias (demandantes de atención y servicios para la salud) y el Estado y las instituciones (que integran los servicios y recursos para satisfacer tales necesidades). Lo que lleva, básicamente, a conocer cómo ha organizado el Estado sus políticas en esta materia, frente a la manera en que los sujetos sociales han disputado su acceso a la atención, los servicios y los derechos en torno a la salud.

Desde esta perspectiva el trabajador social va a requerir una formación especializada que le permita la conjugación de elementos de la administración, la educación, la investigación y la salud pública, para el conocimiento y la intervención en este ámbito concreto, pero sin invadir los aspectos del médico, epidemiólogo, la enfermera, administrador, etc.

6.3 DEFINICIÓN DEL PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA

El trabajador social especializado en el área, es el profesional del equipo de salud que, a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud, tomando como marco los tres niveles de servicios.

Por lo que su formación está orientada a la investigación sociomédica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas; así como la educación y la dinámica de grupos que le lleven a promover la organización de la población, a fin de que participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en donde deberá de sistematizar las experiencias desarrolladas, para la retroalimentación teórico operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados.

Esta definición es válida durante el proceso de integración del perfil, aún cuando la existencia de especialización en el área data apenas de 1987, prevaleciendo en este momento poca diferenciación entre las funciones de los técnicos y los licenciados en trabajo social; mismas que en el área se autoconsideran especializadas, tanto por su experiencia acumulada, como por el reconocimiento que llegan a obtener en el equipo de salud.

6.4 OBJETIVOS DEL PERFIL PROFESIONAL

GENERAL:

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

ESPECIFICOS:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de Estado en materia de salud y en las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.

4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente, en los programas de salud.
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

6.5 FUNCIONES PARTICULARES

Las funciones particulares que corresponden al perfil profesional son:

- a) Investigación
- b) Administración
- c) Educación
- d) Asistencia
- e) Enseñanza
- f) Promoción Social o Comunitaria
- g) Orientación Legal y de Medicina del Trabajo
- h) Sistematización (Teorización de T. S.)

INVESTIGACIÓN

- Diseñar protocolos específicos
- Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad
- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud

- Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México
- Establecer el perfil de los usuarios de servicio
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional)

ADMINISTRACIÓN

- Participar en planes y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud
- Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles
- Proporcionar la ampliación de cobertura en los servicios
- Buscar la optimización de la eficiencia de recursos, intra-institucionales
- Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social
- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad es ésta
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos
- Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social
- Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales
- Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes)
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión

EDUCACIÓN

- Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad
- Impulsar la educación para la salud física y mental
- Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de la salud
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etcétera
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares
- Diseñar material de apoyo didáctico

ENSEÑANZA

- Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social
- Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del Sector
- Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes
- Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social
- Difundir las funciones y programas de los Servicios de Trabajo Social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes
- Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional
- Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área

ASISTENCIA

- Proporcionar orientaciones médico-sociales de distinta índole: tanto a pacientes como a familiares
- Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales
- Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc.)
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o ser derechohabiente de otra institución)

PROMOCIÓN SOCIAL O COMUNITARIA

- Participar en campañas comunitarias de salud
- Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades
- Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud
- Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro
- Coordinar intra y extra institución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro

ORIENTACIÓN LEGAL

- Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal
- Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva
- Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público

- Canalizar el caso

SISTEMATIZACIÓN

- Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario
- Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación
- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias
- Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de procedimientos de la población atendida
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad
- Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo
- Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social

6.6 CONOCIMIENTOS, CAPACIDADES, HABILIDADES, DESTREZAS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL DEL AREA

Conocimientos en:

- Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud
- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México
- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales
- Evolución del trabajo social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica

- Psicología evolutiva y social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad

Capacidades para:

- Desarrollar diseños de investigación
- Dominar aspectos administrativos de planeación organización, supervisión y coordinación de programas sociales
- Establecer diagnósticos sociales
- Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad
- Identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que ayuden a resolver problemas
- Optimizar recursos
- Sensibilizar y movilizar a la población
- Formar grupos
- Participar en procesos educativos
- Atender problemáticas individuales
- Aplicar técnicas de dinámica grupal
- Participar interdisciplinariamente
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área

Habilidad y destrezas en:

- Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud
- Identificar políticas de Estado en lo que se refiere a esta área: así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas
- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social

- Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista

Actitudes para:

- Mantener el apego a las políticas institucionales
- Ser responsable de la información de la institución
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones
- Ser solidario con el equipo de trabajo
- Respetar la determinación de los campos profesionales
- Mantener el secreto profesional
- Tener el conocimiento y control de sí mismo
- Mantener interés en la superación personal y profesional
- Tener espíritu de servicio
- Ser crítico, objetivo y justo
- Respetar la dignidad humana
- Crear compromiso profesional con la población
- Adecuar los términos de su comunicación a nivel de la población atendida
- Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas

6.7 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL COMO EDUCADOR PARA LA SALUD

La participación del trabajador social en materia de educación para la salud es de vital importancia, pues permite establecer vínculos entre los sujetos portadores de necesidades y los sujetos portadores de satisfactores a través de los cuales se establezcan acciones en torno a la salud integral de la población, desde la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

Es a través de su participación en forma conjunta con individuos, grupos y comunidades empleando dentro de sus recursos y equipo de trabajo a especialistas en la materia es como se enriquece su intervención.

Es necesario que además de orientar se capacite a la población sobre las causas de las enfermedades disminuyendo aún más los riesgos en relación a la salud.

El trabajador social en el área de la salud reproductiva debe tratar de:

- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños relacionados con la reproducción.
- Crear una conducta reproductiva favorable para la salud individual, familiar y colectiva.
- Generar la participación del usuario en la toma de decisiones. Consentimiento bien informado en la adopción de un método anticonceptivo.
- Actuación bajo los principios fundamentales de la bioética: beneficencia, autonomía y justicia.

Como trabajadores sociales tenemos una gran tarea en el ámbito de la educación en cuanto a la salud reproductiva: se pretende aumentar los índices de poblaciones informadas y protegidas con métodos anticonceptivos, por medio de decisiones concientes e informadas, lo cual trae consigo la satisfacción de las necesidades de la persona.

CAPITULO 7

“DESARROLLO Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8, URUAPAN, MICHOACÁN”

7.1 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO O MUESTRA DE TRABAJO

Para la presente investigación se tomó en cuenta a las mujeres derechohabientes pos evento obstétrico que fueron atendidas en el servicio de gineco-obstetricia turno matutino del Hospital General de Zona N° 8 durante el periodo de julio a diciembre del 2004.

Para la investigación se tomaron en cuenta los ingresos de mujeres pos evento obstétrico al servicio de gineco-obstetricia en el turno matutino durante los meses mencionados, las cuales en total fueron 80 mujeres

7.2 DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron para llevar a cabo la investigación son:

LA ENCUESTA

La encuesta es una técnica de investigación de campo por medio de la cual el investigador recibe de la encuestada información pertinente para los fines que persigue

Garza Mercado expresa que la encuesta consiste “en el acopio de testimonios orales y escritos de personas vivas”.

Aunque puede tener la desventaja de distorsionar la información por su transmisión oral y por su subjetivismo normal en la naturaleza humana, la encuesta constituye la mejor manera de obtener información de primera o segunda mano.

PROCEDIMIENTOS:

La encuesta se lleva a cabo mediante el cuestionario y la entrevista, aunque en este caso se utilizó únicamente una cédula de entrevista la cual consiste en un cuestionario aplicado por el investigador el cual sirve de guía para realizar la entrevista. Estaba conformado por 6 apartados los cuales pretendían obtener información sobre datos familiares, ingresos, características de la vivienda, tipo de aseguramiento, datos obstétricos y conocimiento de los métodos anticonceptivos. Las preguntas contenidas eran de opción múltiple así como cuadros de recolección de información. (Ver anexo 1)

7.3 RECOPIACIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información no se tuvieron inconvenientes, al contrario durante ese período de tiempo se trato de abarcar a todas las mujeres que ingresaban al servicio, y por parte de ellas no hubo negativas para proporcionar la información, sin embargo como se les entrevistaba posteriormente al parto algunas no estaban en condiciones de salud para contestar pues se sentían mareadas o cansadas y constantemente tenían que alimentar al bebé por lo cual se tenía que buscar un momento adecuado para que la información fuera proporcionada.

7.4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La presentación de los resultados de cada pregunta se hará por medio de:

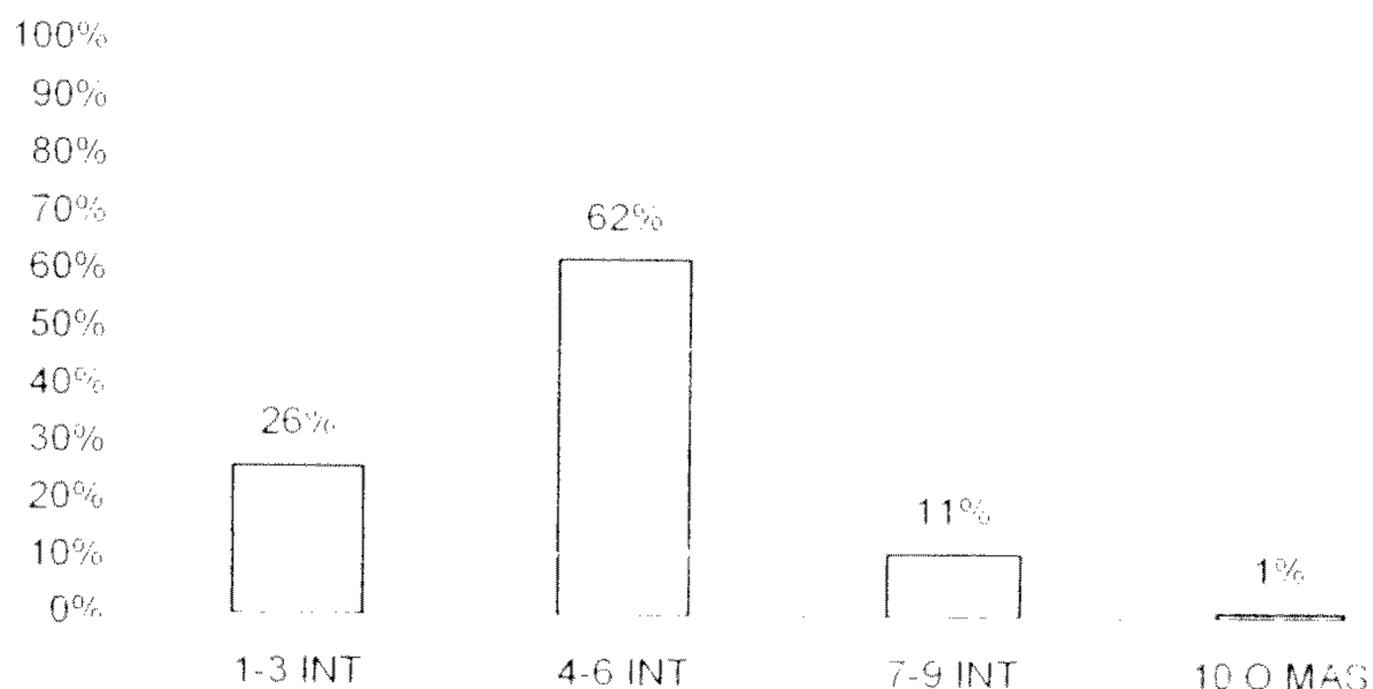
- Cuadros representativos
- Gráficas e interpretación de la información

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA
CÉDULA DE ENTREVISTA APLICADA A
MUJERES POS PARTO

I. DATOS FAMILIARES (SOLAMENTE LOS QUE VIVEN EN LA CASA DE LA PACIENTE)

1. NÚMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1-3 integrantes	21	26
b) 4-6	49	62
c) 7-9	9	11
d) 10 o más	1	1
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

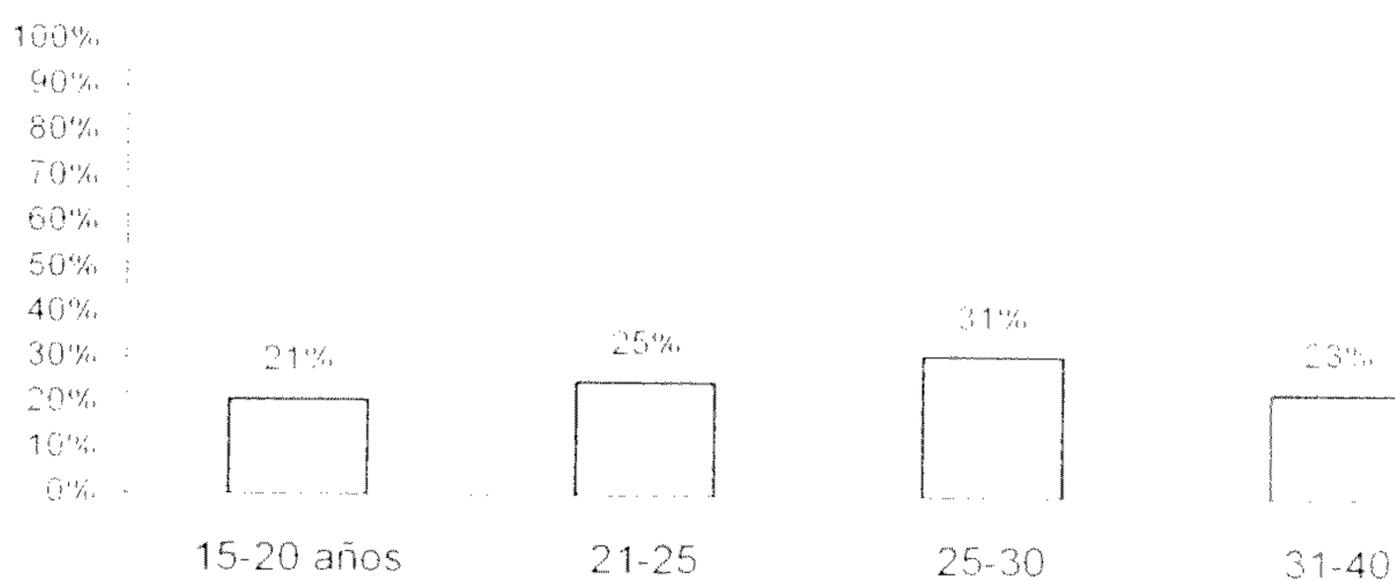
Como se puede observar la mayoría de las familias de las pacientes está conformada entre 4 y 6 integrantes, lo cual se puede relacionar con el parentesco, en donde resulta importante comentar que viven con ella otros familiares, clasificándolas como familias extensas. Sin embargo existe otra parte representativa de la población que está conformada por la familia nuclear, pues tiene de 1 a 3 integrantes, siendo el padre, la madre e hijos; se caracterizan por ser familias de nueva creación al ser recién casados y la mujer primigesta.

2. EDAD DE LA PACIENTE Y SUS FAMILIARES

PACIENTE:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 15-20 años	17	21
b) 21-25	20	25
c) 25-30	25	31
d) 31-40	18	23
TOTAL	80	100%

PACIENTE:

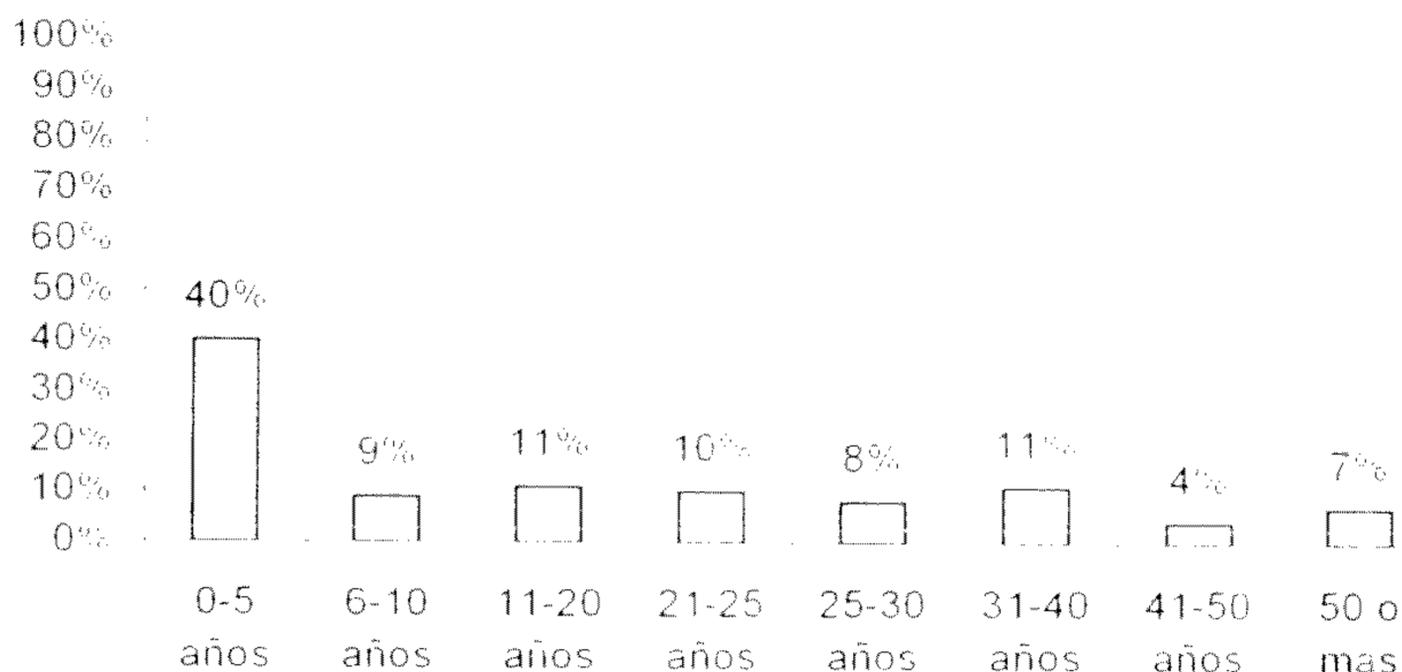


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos observar que en su mayoría las mujeres forman parte de una población joven de 25 a 30 años de edad, sobre todo en edad reproductiva, sin embargo una parte representativa son las mujeres menores de 20 años, lo cual indica que han iniciado su vida sexual a temprana edad y por su reciente maternidad algunas han tenido que dejar de estudiar, pues solamente dos continúan estudiando, el resto apenas terminó sus estudios de secundaria o preparatoria.

FAMILIARES:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 0-5 años	120	40
b) 6-10	27	9
c) 11-20	33	11
d) 21-25	30	10
e) 25-30	22	8
f) 31-40	34	11
g) 41-50	13	4
h) 50 o más	21	7
TOTAL	300	100%

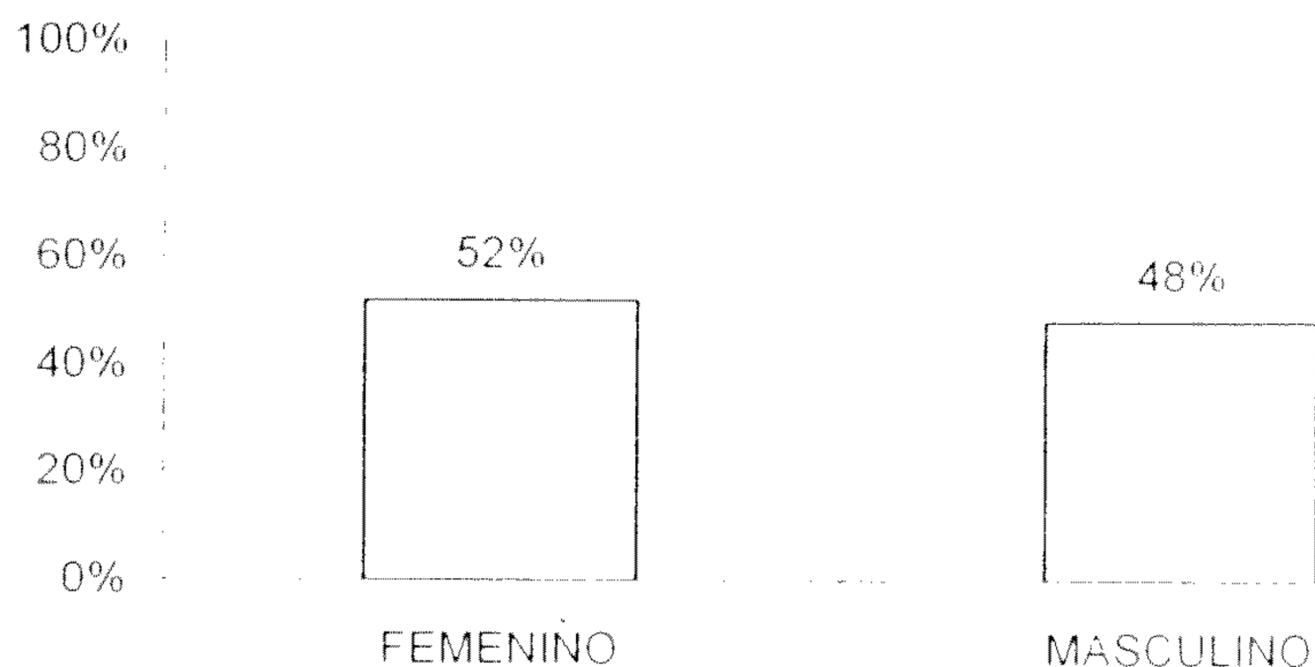


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Ésta gráfica representa las edades de los familiares que viven en la casa de la paciente y nos muestra que las edades de los integrantes corresponden en un mayor porcentaje a niños y adolescentes principalmente a los hijos de las pacientes, por esto el más alto porcentaje corresponde a niños de 0-5 años lo cual se traduce en los recién nacidos; clasificándolas como familias nucleares. En menor porcentaje encontramos a personas adultas lo cual puede traducirse en que la paciente continúa viviendo ya sea con los suegros o padres y representan a las familias extensas.

3. SEXO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Femenino	197	52
b) Masculino	183	48
TOTAL	380	100%

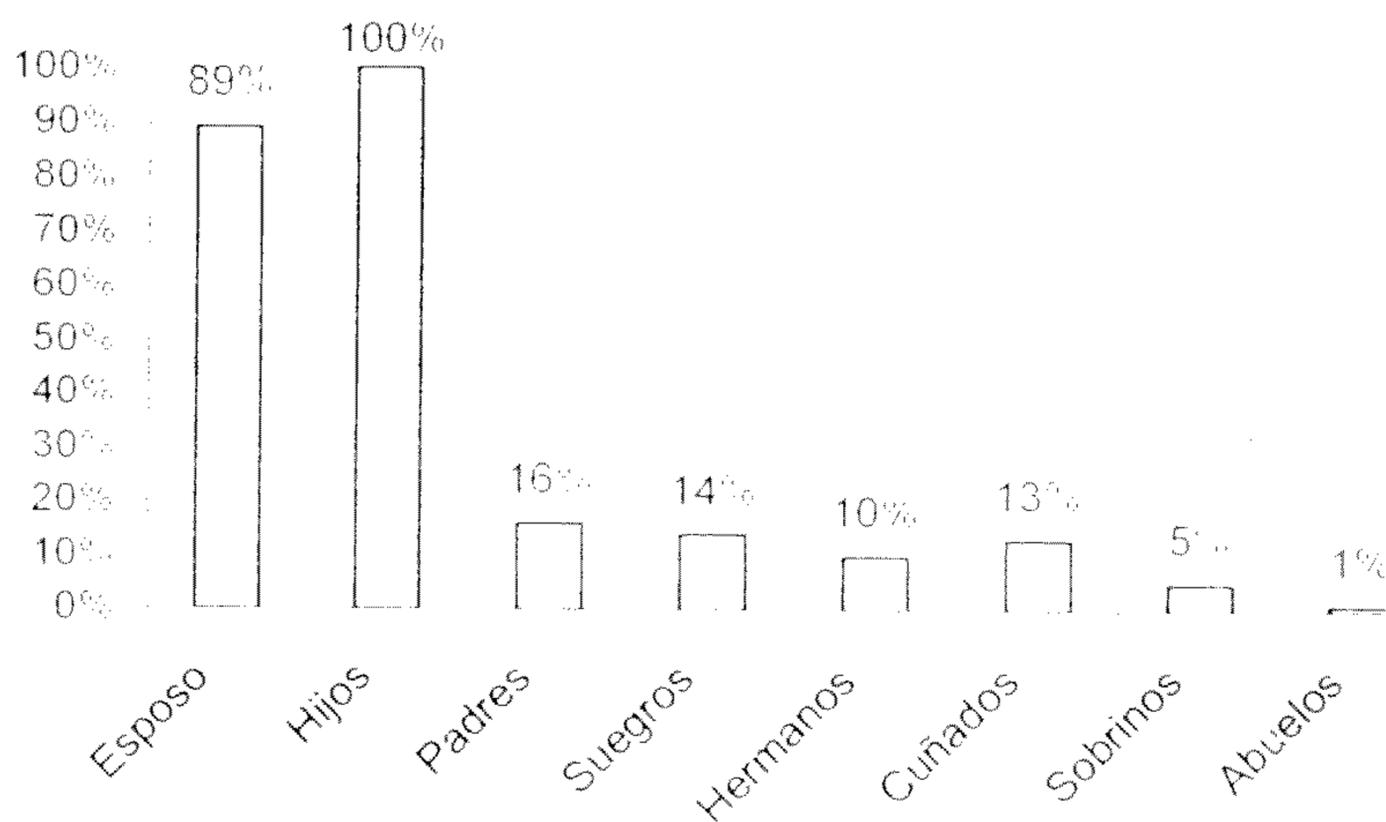


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Son 300 los familiares que viven con las 80 pacientes por lo que nos da un total de 380 integrantes de la familia. Esta gráfica nos muestra porcentajes equilibrados en relación al sexo de los integrantes de la familia pues es muy poca la diferencia entre el número de mujeres y hombres aunque es mayor la población femenina.

4.- PARENTESCO CON LA PACIENTE

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Esposo	71	89%
b) Hijos	80	100%
c) Padres	13	16%
d) Suegros	11	14%
e) Hermanos	8	10%
f) Cuñados	10	13%
g) Sobrinos	4	5%
h) Abuelos	1	1%



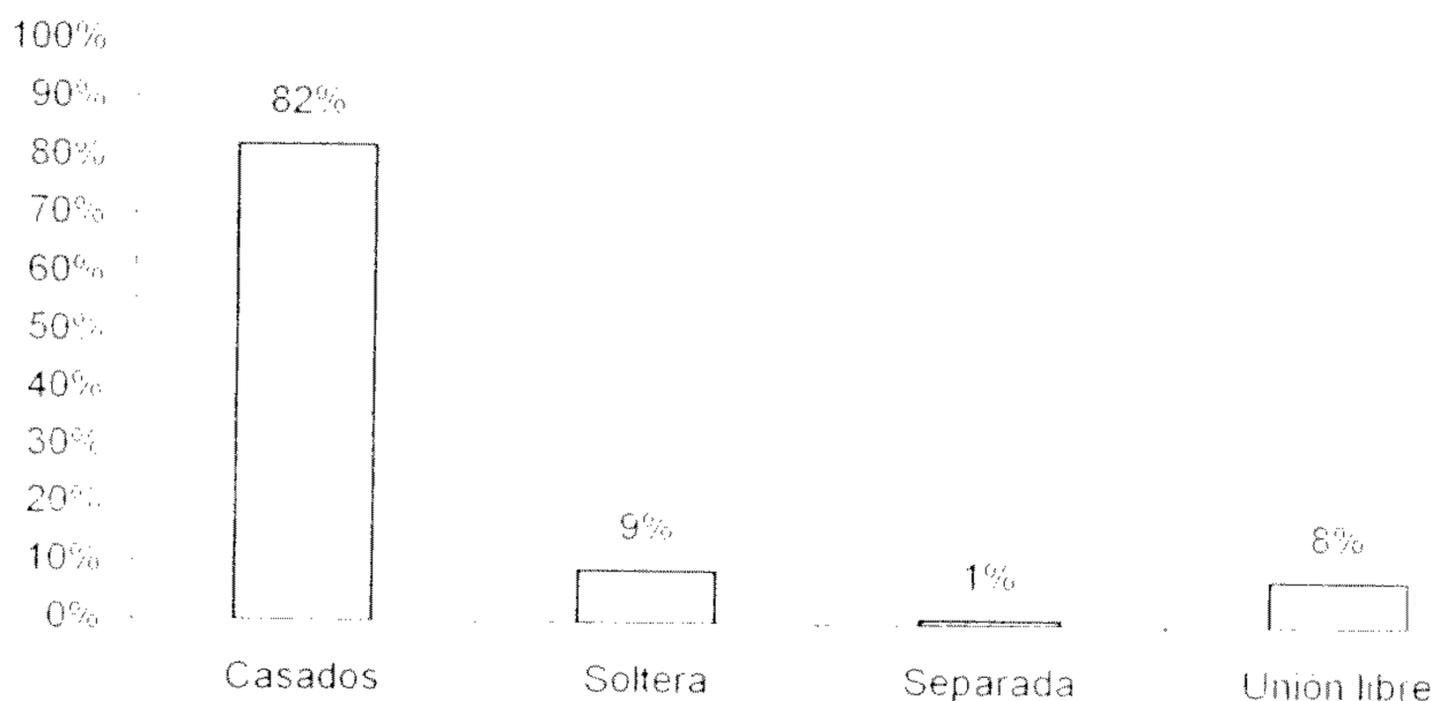
FUENTE: Encuesta directa 2004

Podemos observar que la totalidad de las mujeres viven con sus hijos y un porcentaje significativo con sus esposos, lo cual representa a las familias nucleares y de reciente creación donde la mujer es primigesta y el resto de los porcentajes a las familias extensas en donde la paciente continúa viviendo con sus padres, suegros, hermanos, cuñados, sobrinos o abuelos, ya sea porque es madre soltera o porque no tiene las condiciones económicas para vivir a parte

5. ESTADO CIVIL DE LA PAREJA Y SUS FAMILIARES

PAREJA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Casados	66	82
b) Soltera	7	9
c) Separada	1	1
d) Unión libre	6	8
TOTAL	80	100%

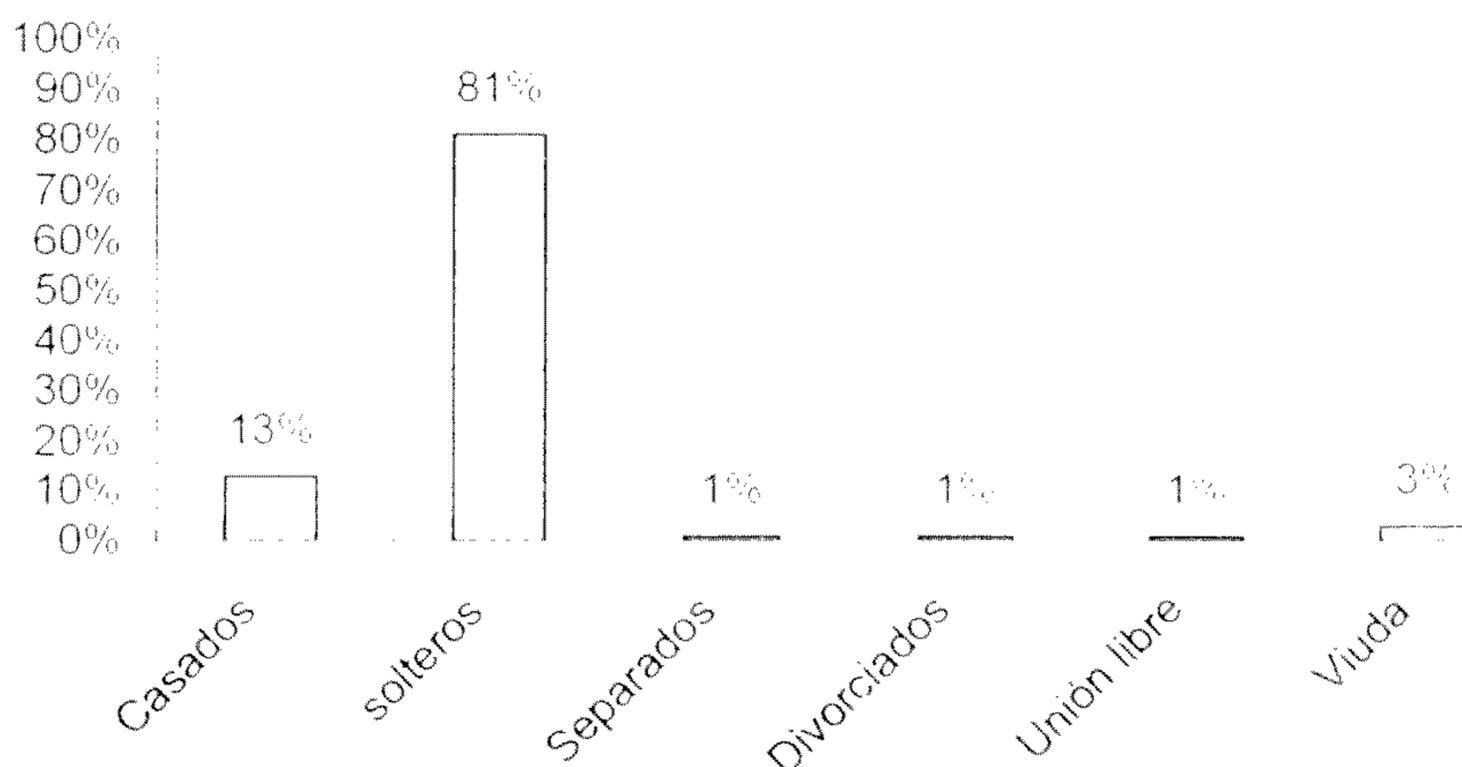


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Esta gráfica representa el estado civil de las pacientes, 72 de ellas tienen pareja y 8 no la tienen, lo cual nos da un total de 80 pacientes. La gráfica nos muestra que la mayoría de las mujeres son casadas y por lo tanto viven con su pareja e hijos, el resto de los porcentajes representa a las mujeres solteras, separadas y en unión libre que por lo tanto continúan viviendo con sus padres o algún otro familiar constituyendo así a las familias extensas.

FAMILIARES:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Casados	29	13
b) Solteros	186	81
c) Separados	2	1
d) Divorciados	2	1
e) Unión libre	3	1
f) Viudos	6	3
TOTAL	228	100%



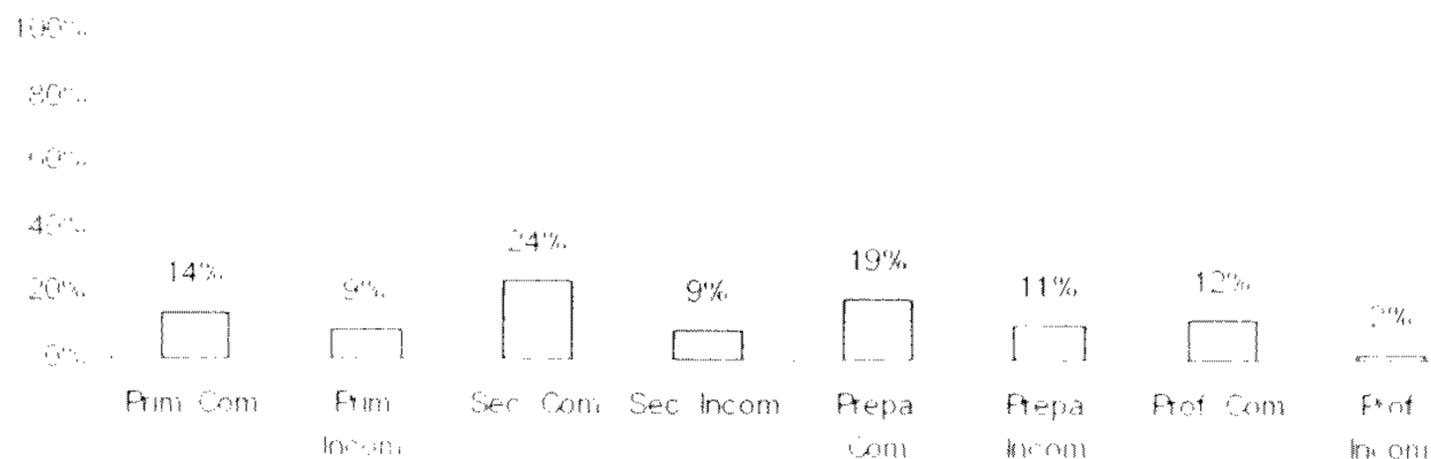
FUENTE: Encuesta directa 2004

El total de la población incluyendo a las pacientes y sus familiares es de 380, esta gráfica nos muestra a 228 familiares sin contar a las parejas de las pacientes que son 72, lo cual suma 300 y si agregamos a las 80 pacientes nos da un total de 380 personas. Esta gráfica representa el estado civil de los familiares de la paciente que son 228 y nos muestra que la mayoría son solteros, este porcentaje representa a una población joven principalmente a los hijos de la pareja, posteriormente encontramos a las personas casadas y viudas que representan a los padres, suegros o abuelos con quienes vive la pareja, y por último a los familiares separados, divorciados o en unión libre lo cual es resultado de la conformación de familias extensas.

6. ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE Y SU PAREJA

PACIENTE:

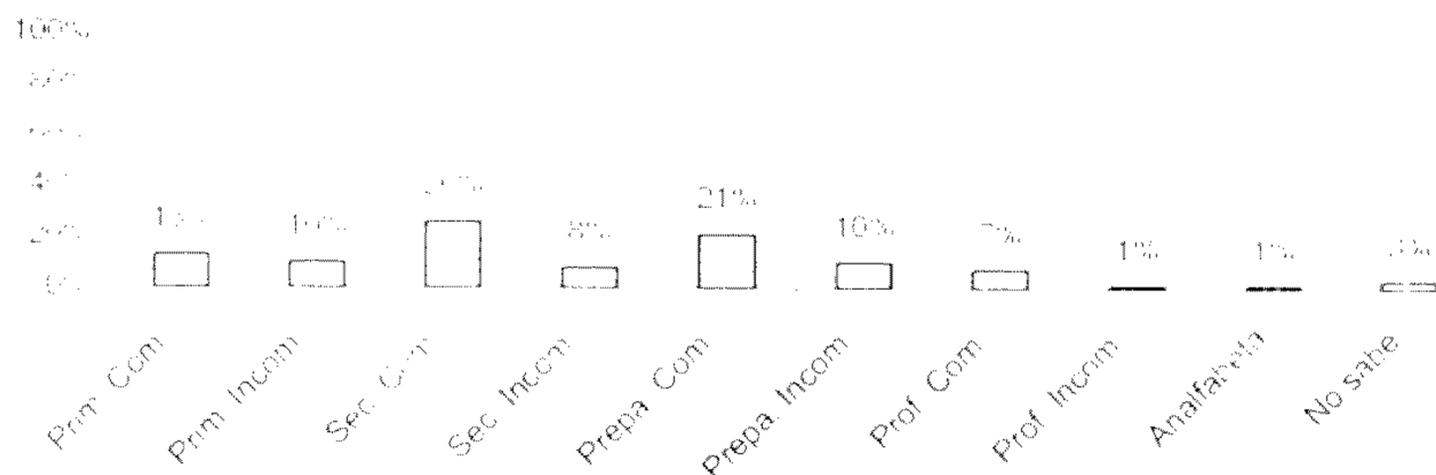
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Primaria Completa	11	14
b) Primaria Incompleta	7	9
c) Sec. Com.	19	24
d) Sec. Incom.	7	9
e) Preparatoria Com.	15	19
f) Preparatoria Incom.	9	11
g) Profesional Com.	10	12
h) Profesional Incom.	2	2
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

PAREJA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Primaria Completa	9	13
b) Primaria Incompleta	7	10
c) Sec. Com.	19	26
d) Sec. Incom.	6	8
e) Preparatoria Com.	15	21
f) Preparatoria Incom.	7	10
g) Profesional Com.	5	7
h) Profesional Incom.	1	1
i) Analfabeta	1	1
j) No sabe	2	3
TOTAL	72	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE Y LA PAREJA:

Este concepto resulta importante su análisis de manera separada, al pretender determinar el grado de influencia que puede tener la escolaridad de la paciente y su pareja para la aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes cursó por lo menos su educación básica, aunque también encontramos a mujeres profesionistas o con carrera trunca. Todo lo anterior puede traducirse en que en algún momento de sus estudios pudieron haber recibido información sobre métodos de planificación familiar pues se les comienza a orientar desde la primaria acerca de temas relacionados con la sexualidad y solamente un bajo porcentaje de mujeres no concluyó la primaria.

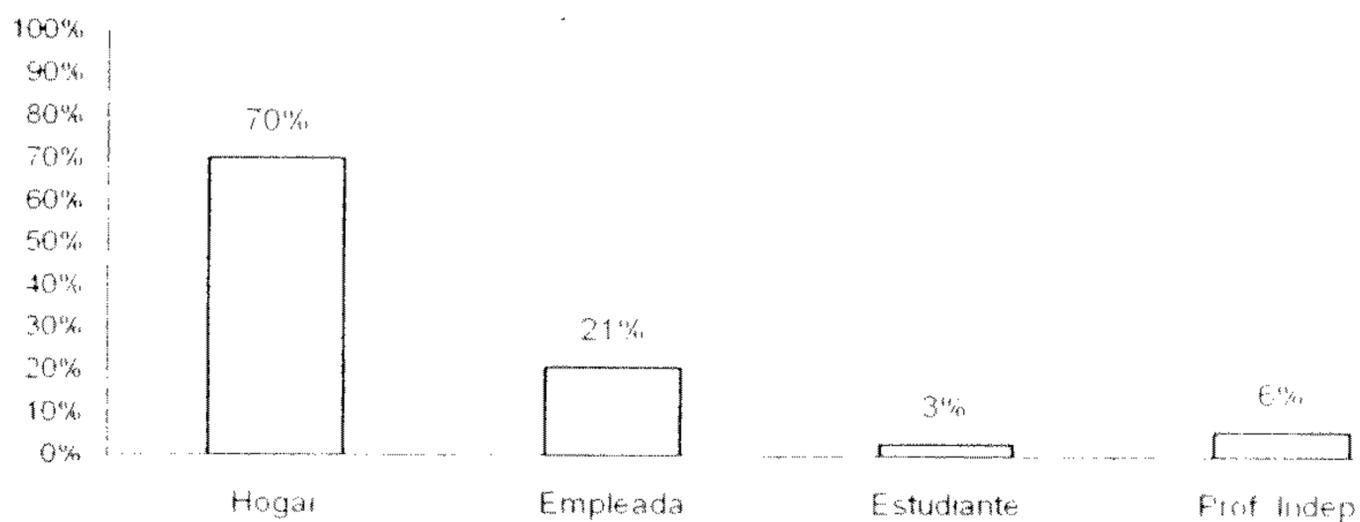
En cuanto a las parejas de las pacientes, vemos que también un gran porcentaje cubrió con sus estudios básicos. hay un mayor número de profesionistas. en este grupo hay hombres analfabetas o que su pareja desconoce que grado de estudios tiene.

Todo lo anterior nos permite visualizar a parejas con un nivel de estudios suficiente para vivir su salud reproductiva sanamente y poder tomar decisiones adecuadas acerca de la protección anticonceptiva.

7. OCUPACIÓN DE LA PACIENTE Y SU ESPOSO

PACIENTE:

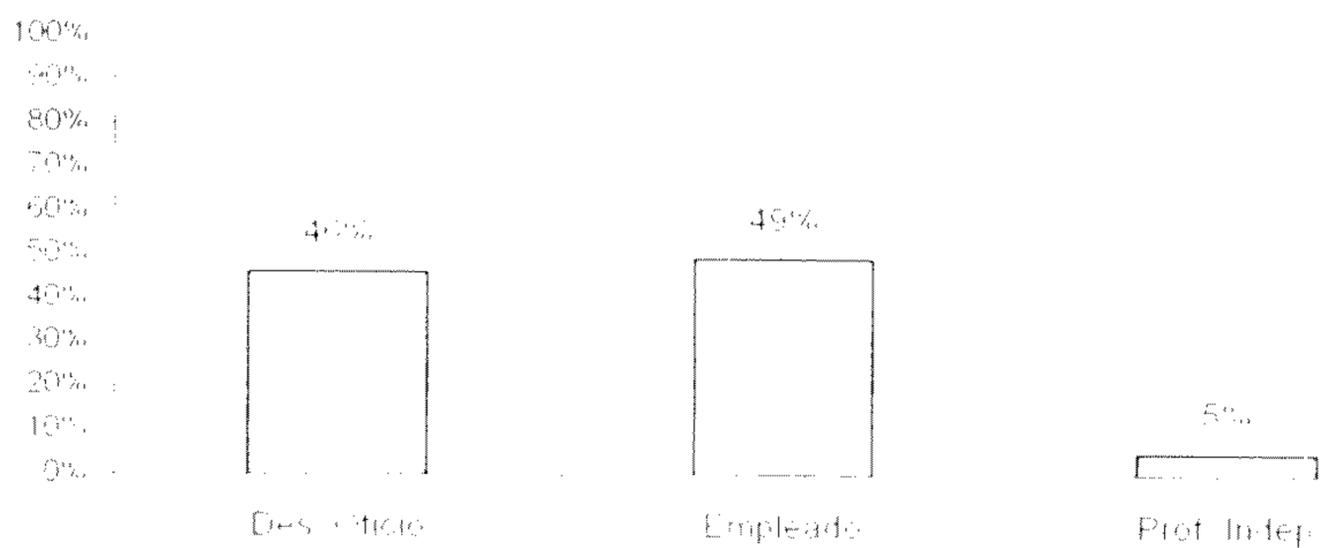
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Hogar	56	70
b) Empleada	17	21
c) Estudiante	2	3
d) Profesional independiente	5	6
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

ESPOSO:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Desempeña algún oficio	33	46
b) Empleado	35	49
c) Profesional independiente	4	5
TOTAL	72	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

INTERPRETACIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LA PACIENTE Y SU PAREJA:

Podemos ver que la mayoría de las mujeres se dedican al hogar, mientras que un porcentaje menor representa a las mujeres trabajadoras que principalmente se desempeñan como empleadas con salarios mínimos, también encontramos en porcentajes menores a las mujeres profesionistas tales como abogadas, contadoras, doctoras y maestras; son muy pocas las mujeres que continúan estudiando.

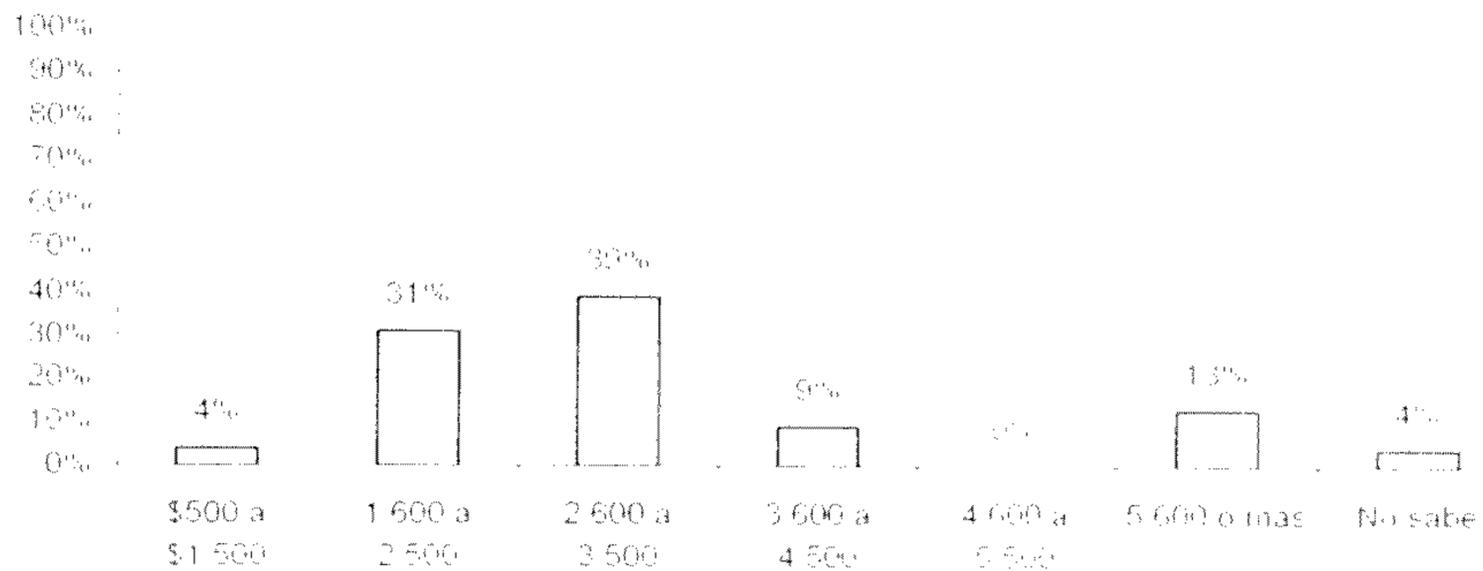
En cuanto a los 72 esposos que trabajan vemos que el 100% trabaja, principalmente como empleados de diferentes empresas percibiendo al igual que sus parejas salarios mínimos, esto a consecuencia de su nivel educativo pues pocos estudiaron más allá de la preparatoria. Un porcentaje significativo representa a los hombres que desempeñan algún oficio como panaderos, carpinteros, hojalateros, mecánicos, albañiles, entre otro; en último lugar están los profesionistas independientes como diseñadores, médicos y abogados.

La información anterior nos permite visualizar que en la mayoría de las parejas es el hombre el que trabaja y provee de satisfactores económicos a la familia ya sea trabajando como empleado o realizando algún oficio, por lo tanto sus ingresos no sobrepasan los \$3,500 pesos al mes, los cuales no son suficientes para cubrir todos sus gastos, sobre todo al ver que en su mayoría son familias extensas con más de cuatro integrantes. Las mujeres se dedican principalmente al hogar, son parejas jóvenes y recién casadas que comienzan la etapa de reproducción de la familia

8. INGRESOS DE LA PACIENTE Y SU PAREJA

PACIENTE:

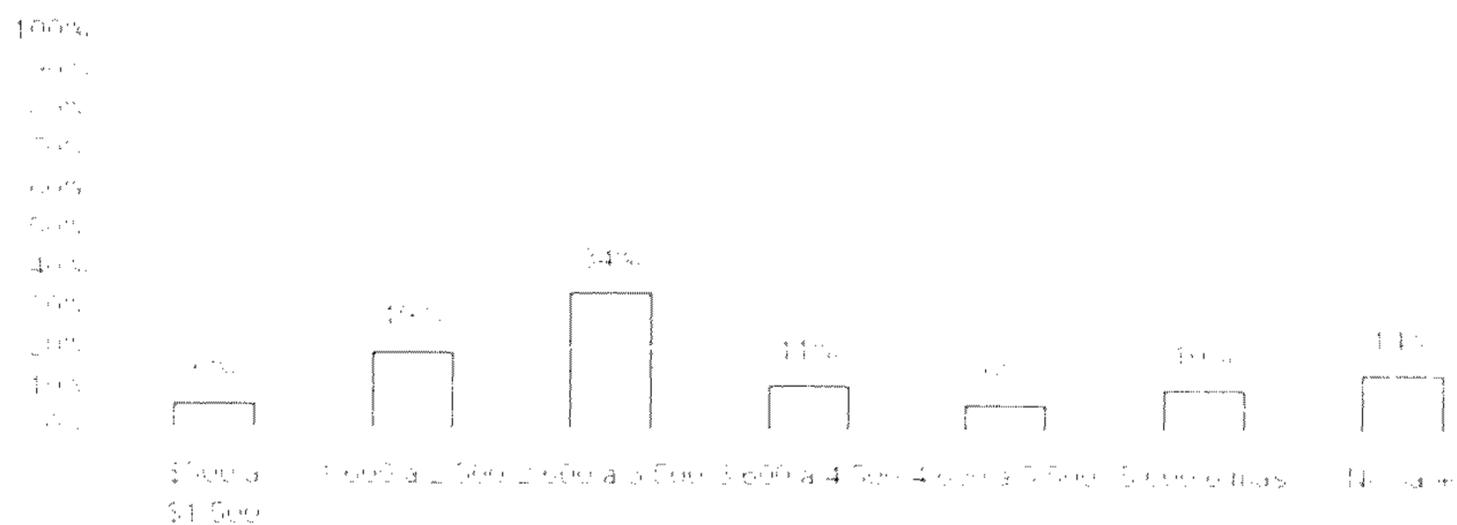
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) \$500 a \$1.500	1	4
b) 1.600 a 2.500	7	1
c) 2.600 a 3.500	9	39
d) 3.600 a 4.500	2	9
e) 4.600 a 5.500	0	0
f) 5.600 o más	3	13
g) No sabe	1	4
TOTAL	23	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

PAREJA

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) \$500 a \$1.500	4	6
b) 1.600 a 2.500	14	19
c) 2.600 a 3.500	25	34
d) 3.600 a 4.500	8	11
e) 4.600 a 5.500	4	6
f) 5.600 o más	7	10
g) No sabe	10	14
TOTAL	72	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

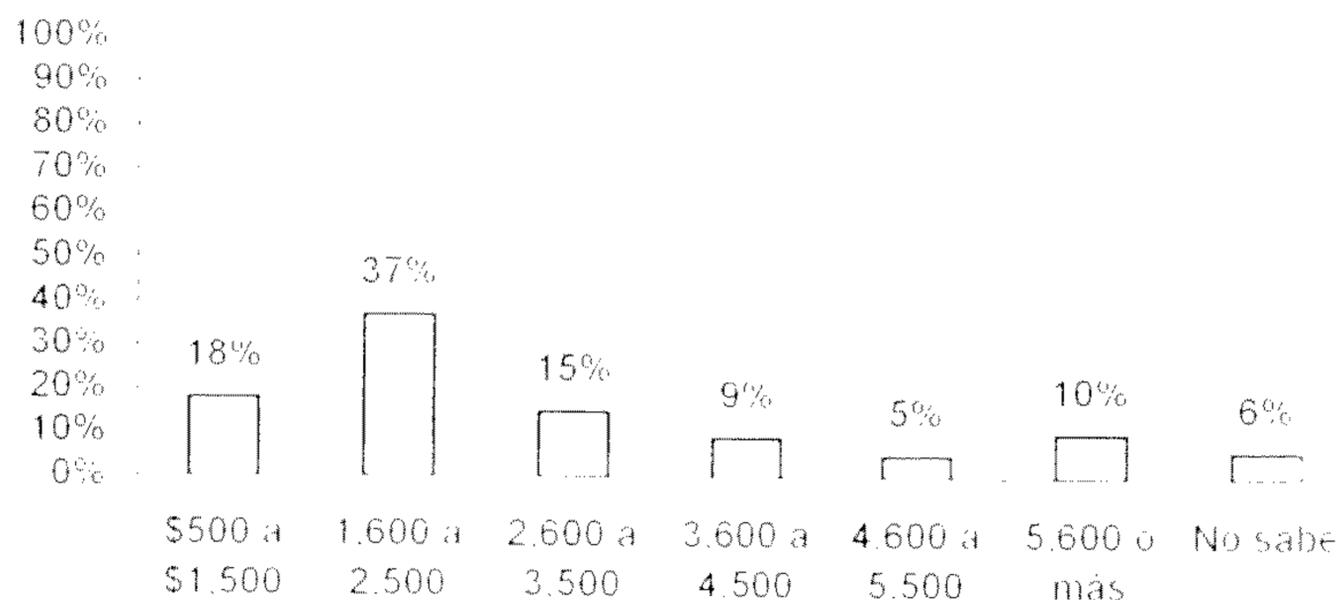
INTERPRETACIÓN DE LOS INGRESOS QUE RECIBEN LA PACIENTE Y SU PAREJA:

Se toman en cuenta para la interpretación a las 23 mujeres que trabajan y a las 72 parejas de éstas.

Podemos observar un equilibrio en los ingresos que reciben tanto las pacientes como sus parejas, pues una gran parte percibe más de \$2,600 pesos al mes, salarios que corresponden a los que se desempeñan como empleados o realizando algún oficio y los ingresos mayores a los \$5,600 pesos al mes principalmente pertenecen tanto en mujeres como en hombres a los que tienen alguna profesión.

II. DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS MENSUALES

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) \$500 a \$1,500	14	18
b) 1,600 a 2,500	30	37
c) 2,600 a 3,500	12	15
d) 3,600 a 4,500	7	9
e) 4,600 a 5,500	4	5
f) 5,600 o más	8	10
g) No sabe	5	6
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

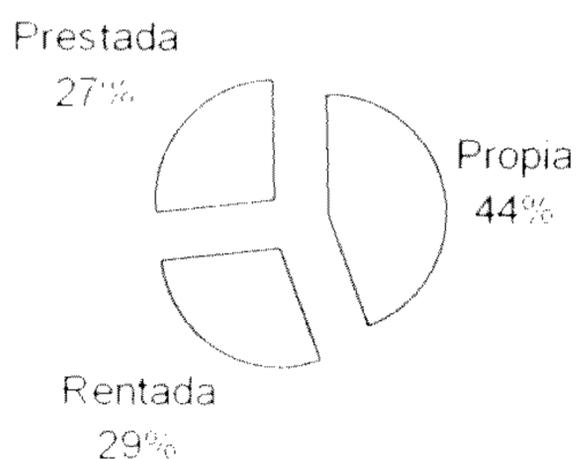
La gráfica nos muestra los egresos mensuales que se tienen por familia, vemos que estos ascienden en su mayoría de \$1.600 a \$2.500 pesos mensuales los cuales se distribuyen en los pagos de la alimentación principalmente y posteriormente en el gas y la luz.

Al comparar los ingresos recibidos tanto de la paciente como de su pareja, vemos que el dinero no es suficiente para sufragar todos los gastos, esto sucede a consecuencia del tipo de trabajo que tienen pues en su mayoría son empleados y solamente el esposo trabaja percibiendo salarios mínimos, además de que el número de integrantes por familia es mayor a cuatro personas, son pocos los profesionistas en donde los ingresos recibidos mensualmente superan los \$5,600 y que por lo tanto les permiten tener una vida económica más desahogada.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1. USTED VIVE EN CASA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Propia	35	44
b) Rentada	23	29
c) Prestada	22	27
TOTAL	80	100%



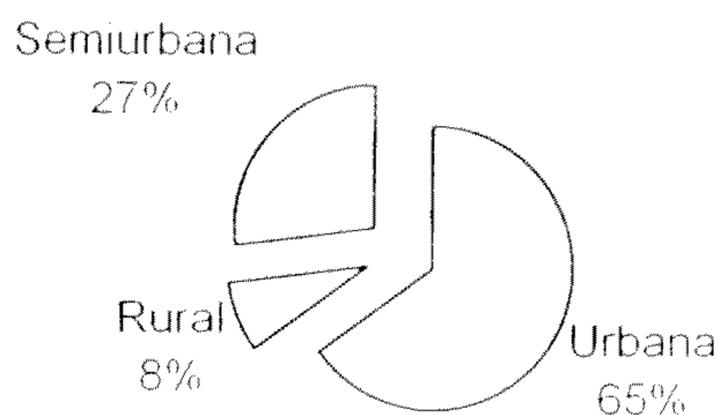
FUENTE: Encuesta directa 2004.

La mayoría de las familias viven en casa propia, lo cual tiene relación con la reciente formación de las parejas que se separan del núcleo familiar para formar nueva vida; éstas principalmente fueron adquiridas con crédito infonavit, pues la mayoría trabaja como empleado y ejercen su derecho a adquirir su casa por este medio.

En porcentajes menores están los que viven en casa rentada o prestada, que por lo general son compartidas con otros familiares y representan a las familias extensas. Sin embargo, si sumamos los rubros de las familias que carecen de vivienda propia, se puede analizar que 45 de ellas (poco más de la mitad), no cuentan con una vivienda segura lo cual brinda estabilidad emocional y económica a todos sus integrantes, retomando el concepto de que están conformadas por 4 a 6 integrantes en su mayoría.

2. VIVE EN ZONA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Urbana	52	65
b) Rural	6	8
c) Semiurbana	22	27
TOTAL	80	100%



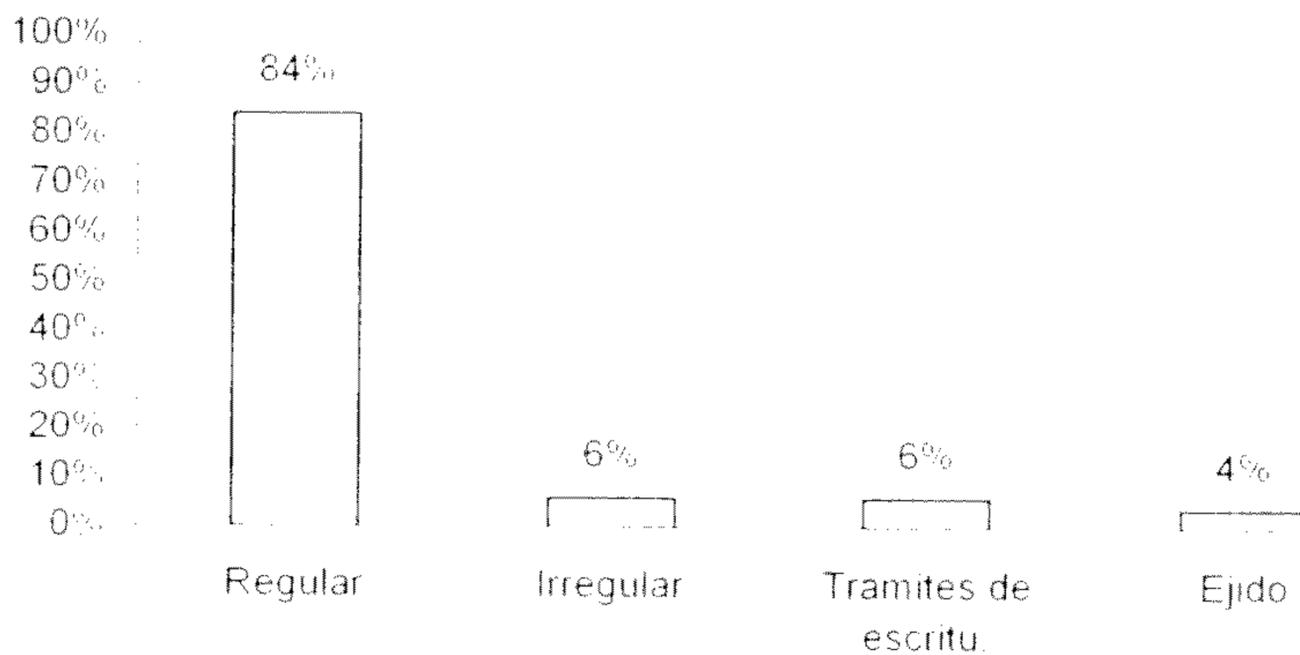
FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos observar que una gran parte de las familias viven en zonas urbanas, le siguen las que viven en zonas semiurbanas y en última instancia las que viven en zonas rurales, principalmente en los ranchos que forman parte de Uruapan.

Esto tiene relación al acceso que se tenga a información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, pues es en las zonas urbanas y semiurbanas en donde se tiene mayor acceso a este tipo de información a través de diferentes medios como lo son la escuela, la televisión, el radio, libros e instituciones de salud, en las zonas rurales quizás solo tengan acceso a la información a través de sus instituciones de salud, lo cual nos hace suponer que la mayoría de la población en algún momento ha recibido información de este tema.

3. EL LUGAR ES UN ASENTAMIENTO:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Regular	67	84
b) Irregular	5	6
c) En trámites de escrituración	5	6
d) Ejido	3	4
TOTAL	80	100%

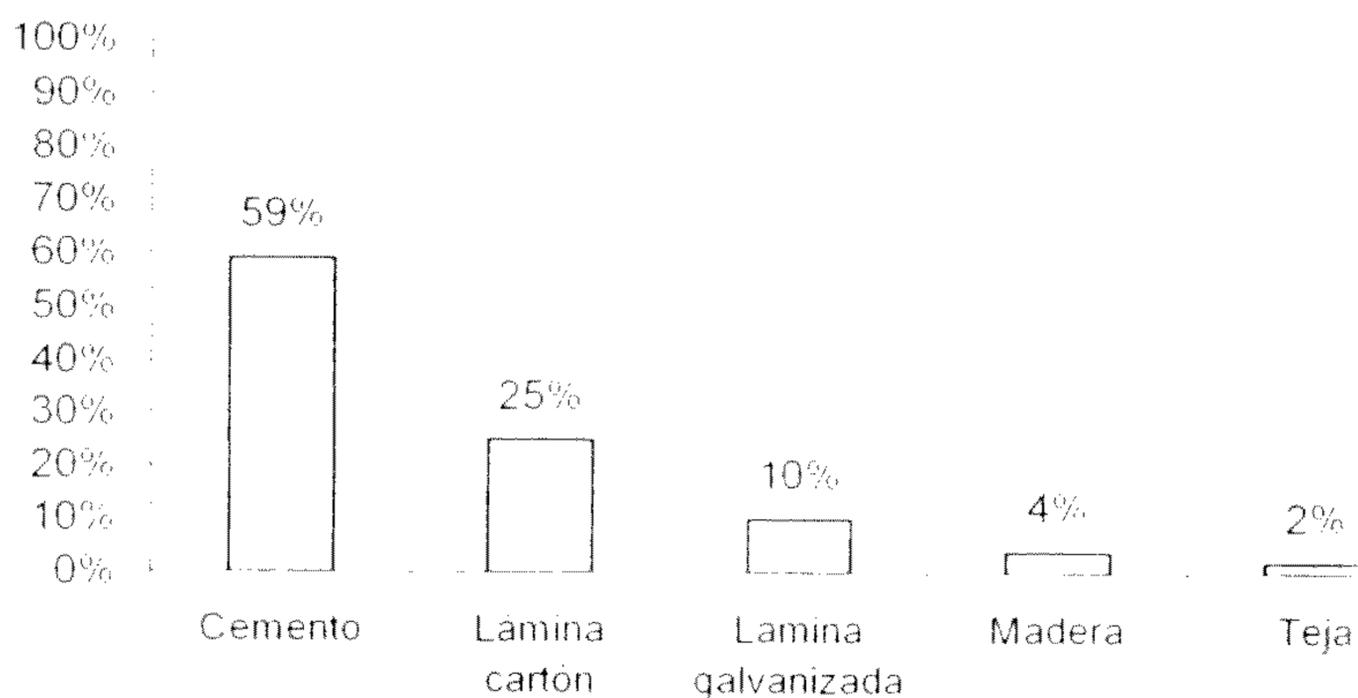


FUENTE: Encuesta directa 2004.

La mayoría de las familias viven en terrenos regulares en casas obtenidas con crédito infonavit, en porcentajes menores se encuentran las casas en terrenos irregulares y en trámites de escrituración, por último los ejidos que generalmente pertenecen a los ranchos o pueblos del municipio.

4. ¿DE QUÉ MATERIAL ESTÁ CONSTRUIDO EL TECHO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Cemento	47	59
b) Lámina de cartón	20	25
c) Lámina galvanizada	8	10
d) Madera	3	4
e) Teja	2	2
TOTAL	80	100%

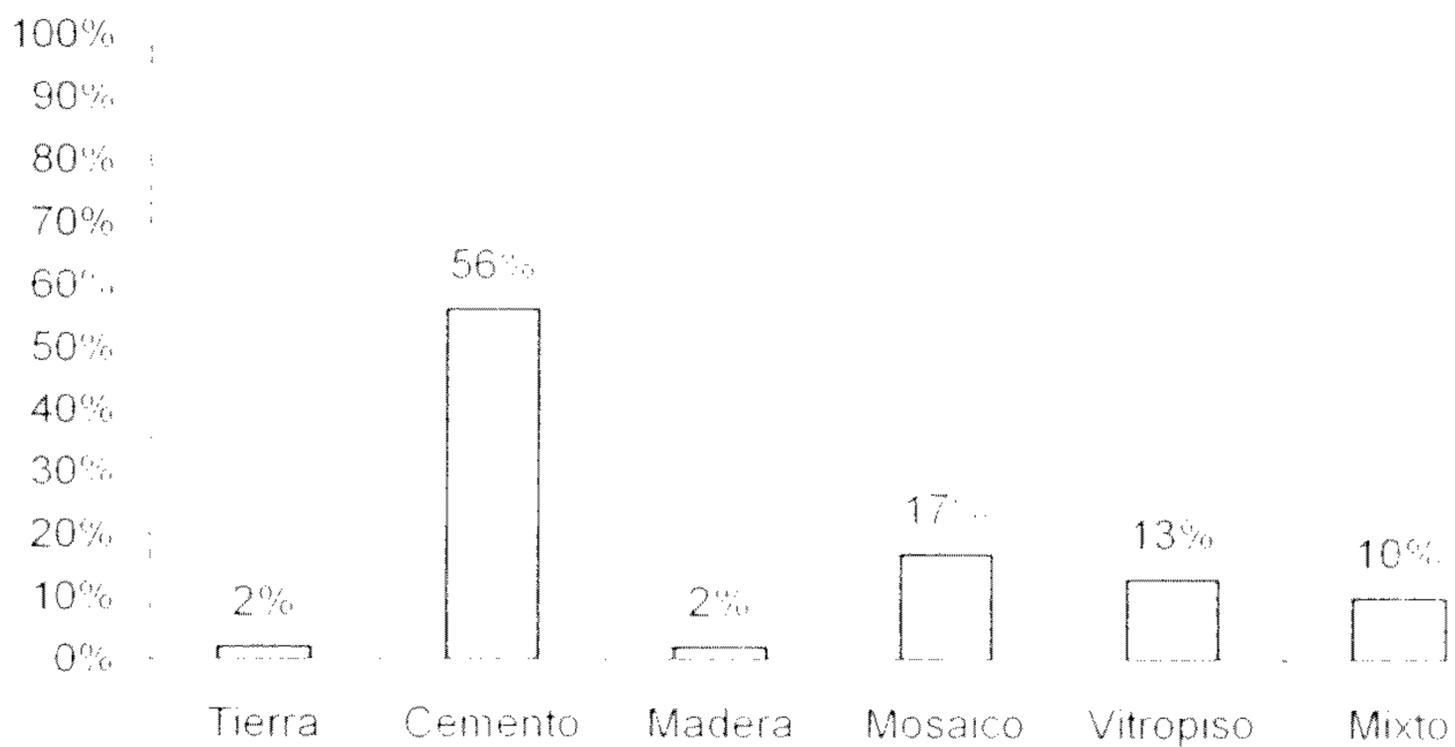


FUENTE: Encuesta directa 2004.

La estructura del techo es principalmente de cemento pues la mayoría de las familias viven en zonas urbanas en casas obtenidas con crédito infonavit, le siguen las de techo de lámina y las de madera, por último las de teja correspondientes a las familias de zonas semiurbanas y rurales.

5. ¿DE QUÉ MATERIAL ESTÁ HECHO EL PISO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Tierra	2	2
b) Cemento	45	56
c) Madera	2	2
d) Mosaico	13	17
e) Vitropiso	10	13
f) Mixto	8	10
TOTAL	80	100%

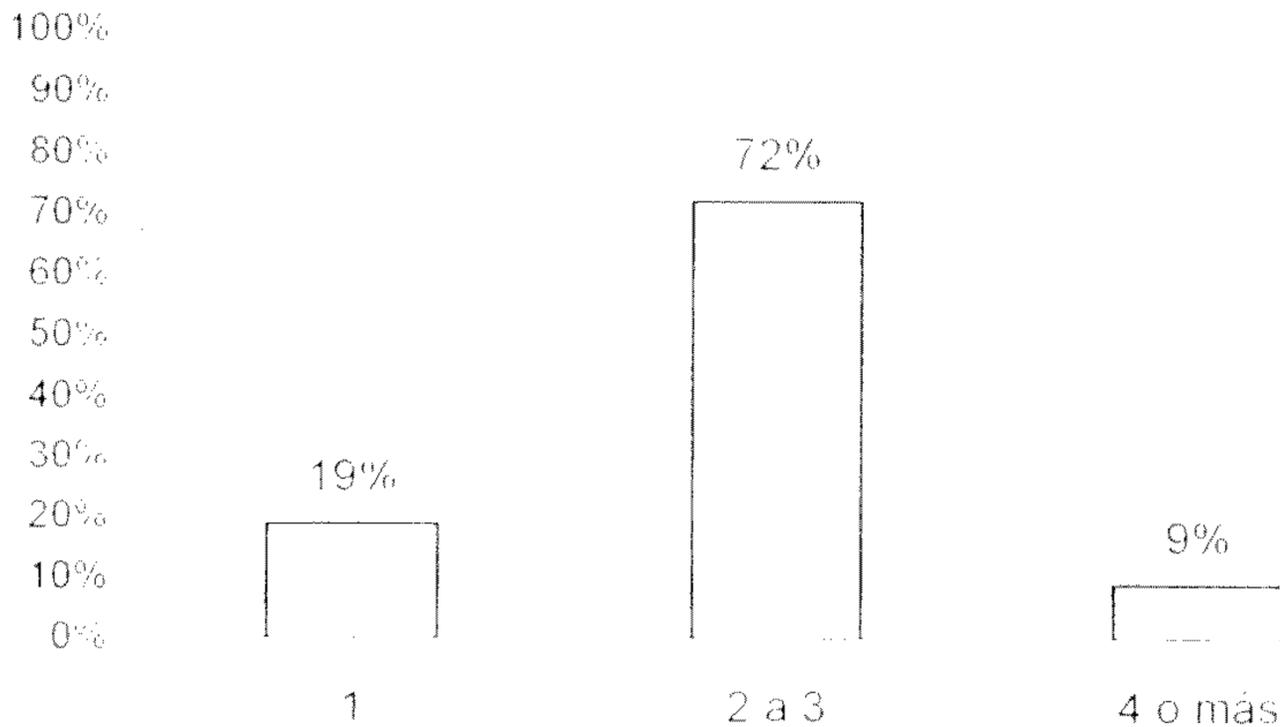


FUENTE: Encuesta directa 2004.

El piso de las casas generalmente es de cemento, le siguen las de mosaico, vitropiso y piso mixto, por último las de tierra. El piso mixto se forma de cemento y vitropiso o mosaico y cemento

6. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1	15	19
b) 2-3	58	72
c) 4 o más	7	9
TOTAL	80	100%

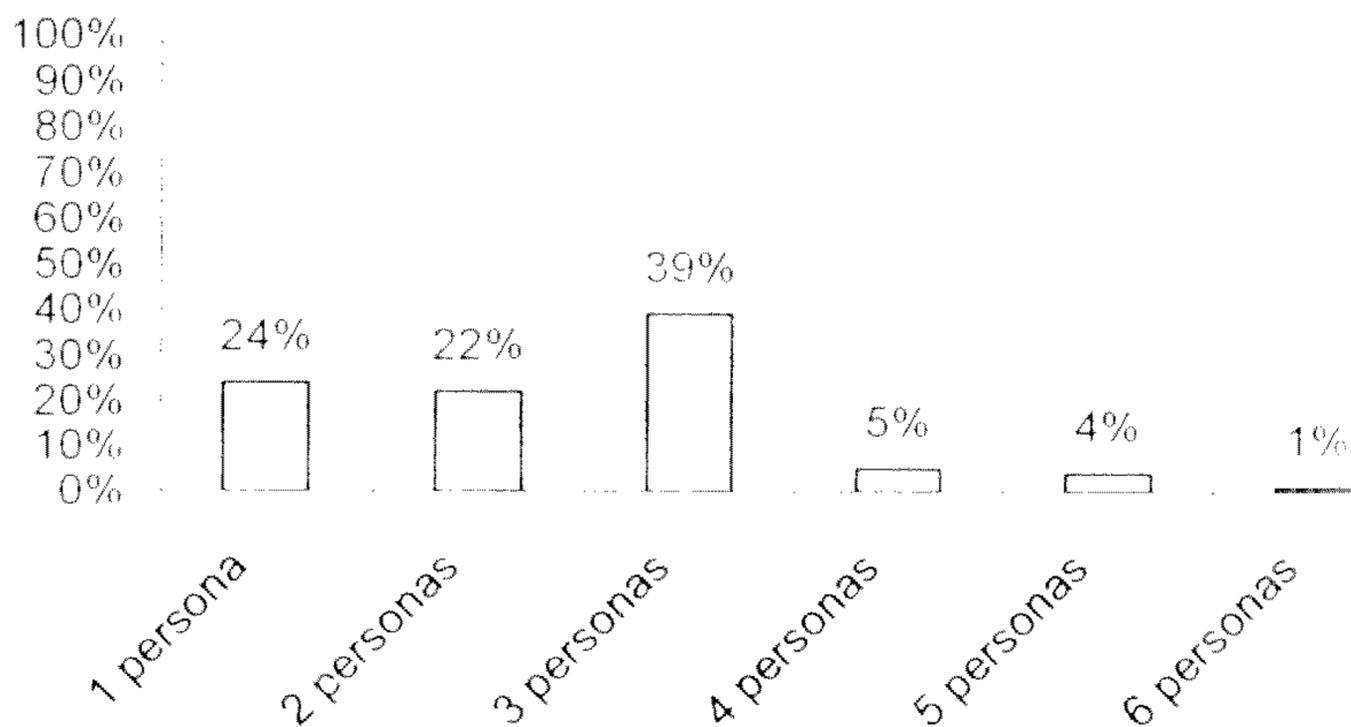


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Las casas principalmente cuentan con 2 o 3 cuartos, le siguen las de una sola habitación y por último las de cuatro o más cuartos. Podemos observar con esto que las casas en su mayoría son adecuadas para el número de integrantes por familia, pues las de una sola habitación generalmente pertenecen a las parejas con un solo hijo lo cual impide el hacinamiento y las condiciones antihigiénicas en los hogares.

7. NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN POR HABITACIÓN:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1 persona	39	24
b) 2 personas	82	22
c) 3 personas	186	39
d) 4 personas	32	5
e) 5 personas	35	4
f) 6 personas	6	1
TOTAL	380	100%

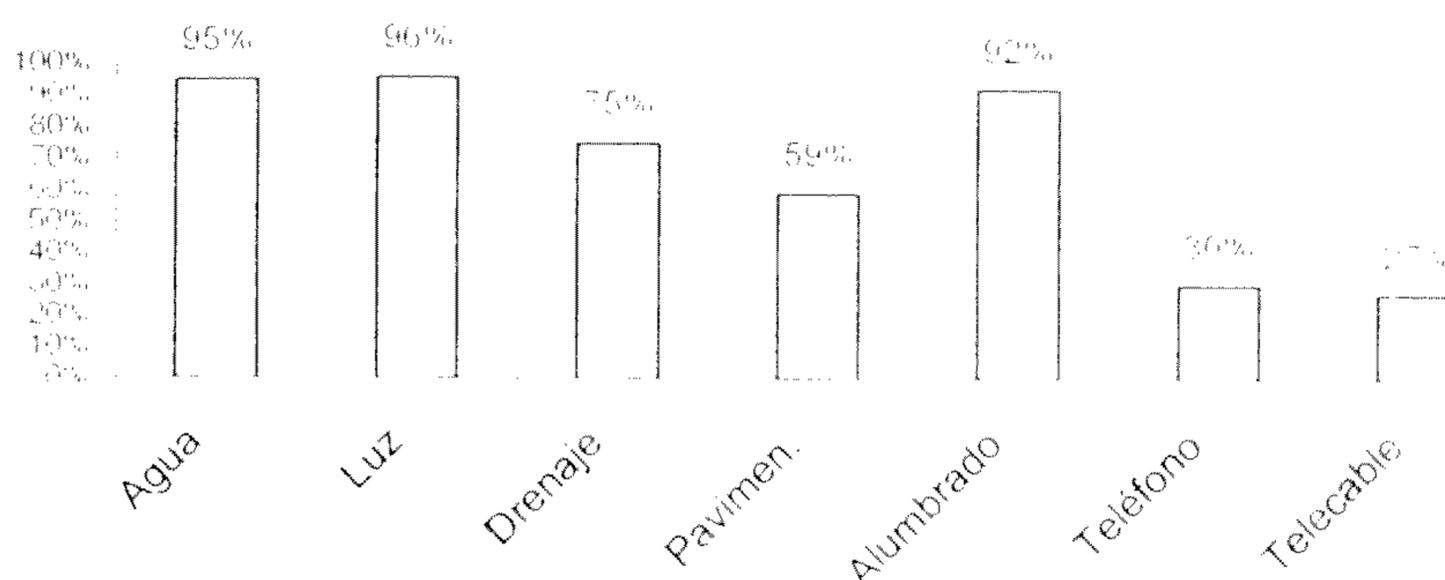


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Esta gráfica incluye a los familiares y a las pacientes y se observa que las personas que duermen por habitación son en su mayoría 3 y se forman por ambos padres y un hijo principalmente en las parejas recientes que acaban de tener a su primogénito. Le siguen las de solo una persona y corresponden a las habitaciones de los hijos mayores. Posteriormente las de dos personas y en menores porcentajes las de 4 a 6 personas por habitación representando a familias extensas o que viven en casas de una sola habitación.

8. SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Agua potable	76	95%
b) Luz	77	96%
c) Drenaje	60	75%
d) Pavimentación	47	59%
e) Alumbrado público	74	92%
f) Teléfono	24	30%
g) Telecable	22	27%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

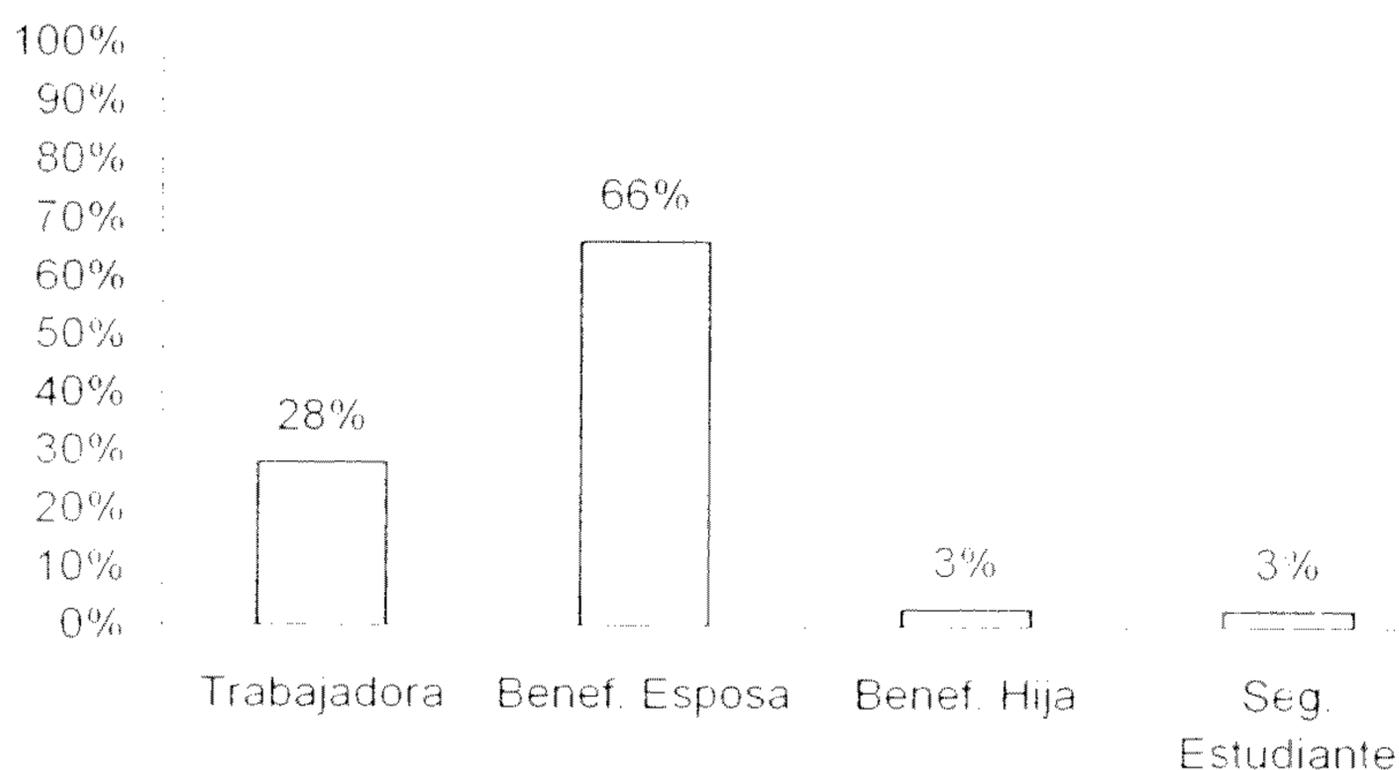
Podemos observar que una gran parte de las viviendas cuentan con los servicios de agua, luz, drenaje y alumbrado público, pues se ubican en zonas urbanas, las que se ubican en zonas semiurbanas y rurales generalmente carecen de drenaje y pavimentación, los servicio de teléfono y telecable no son muy requeridos en los hogares por el alto costo que representa contar con ellos, además de que algunas familias consideran un lujo tener estos servicios y prefieren aprovechar el dinero en otras cosas

En cuanto a las características de la vivienda los datos anteriores permiten afirmar que los ingresos percibidos resultan insuficientes para las familias, pues apenas les alcanza para cubrir la alimentación y servicios públicos, teniendo poca oportunidad para mejorar las condiciones de la vivienda cuando ésta es propia, ya que cuando se renta depende del cobro que se pide mensualmente para vivir en ellas, siendo por lógica más económicas aquellas que presentan mayores carencias de infraestructura así como también por el lugar en que se ubican.

IV. TIPO DE ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

1. USTED ES ASEGURADA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Trabajadora	23	28
b) Beneficiaria esposa	53	66
c) Beneficiaria hija	2	3
d) Seguro de estudiante	2	3
TOTAL	80	100%

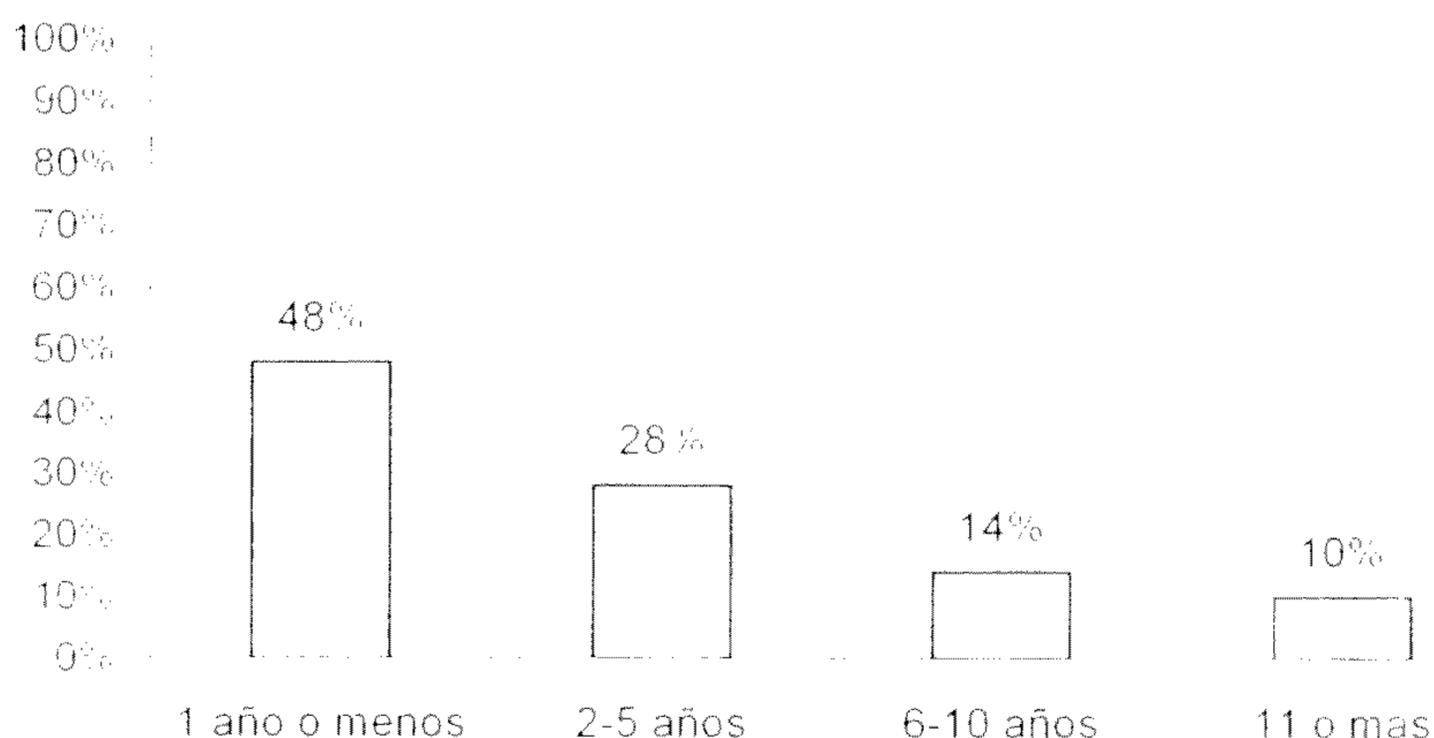


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos ver que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres que son beneficiarias esposas, lo cual puede relacionarse con la ocupación de éstas pues se dedican principalmente al hogar, son pocas las que trabajan y obtienen su seguro social por este medio. En menores porcentajes están las que son beneficiarias hijas o con seguro de estudiante y que pretenden continuar con sus estudios posteriormente a su recuperación. Cabe mencionar que las que están siendo atendidas por el servicio de gineco-obstetricia en el concepto de beneficiarias hijas corresponden únicamente a hijas de trabajadores del seguro social que no estén casadas, ya que por lo general ésta prestación médica no se atorga a beneficiarias hijas con problemas obstétricos de trabajadores afiliados por empresas privadas.

2. ¿CUÁNTO TIEMPO TIENE DE CONTAR CON SEGURO SOCIAL?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1 año o menos	38	48
b) 2 a 5 años	23	28
c) 6 a 10 años	11	14
d) 11 años o más	8	10
TOTAL	80	100%

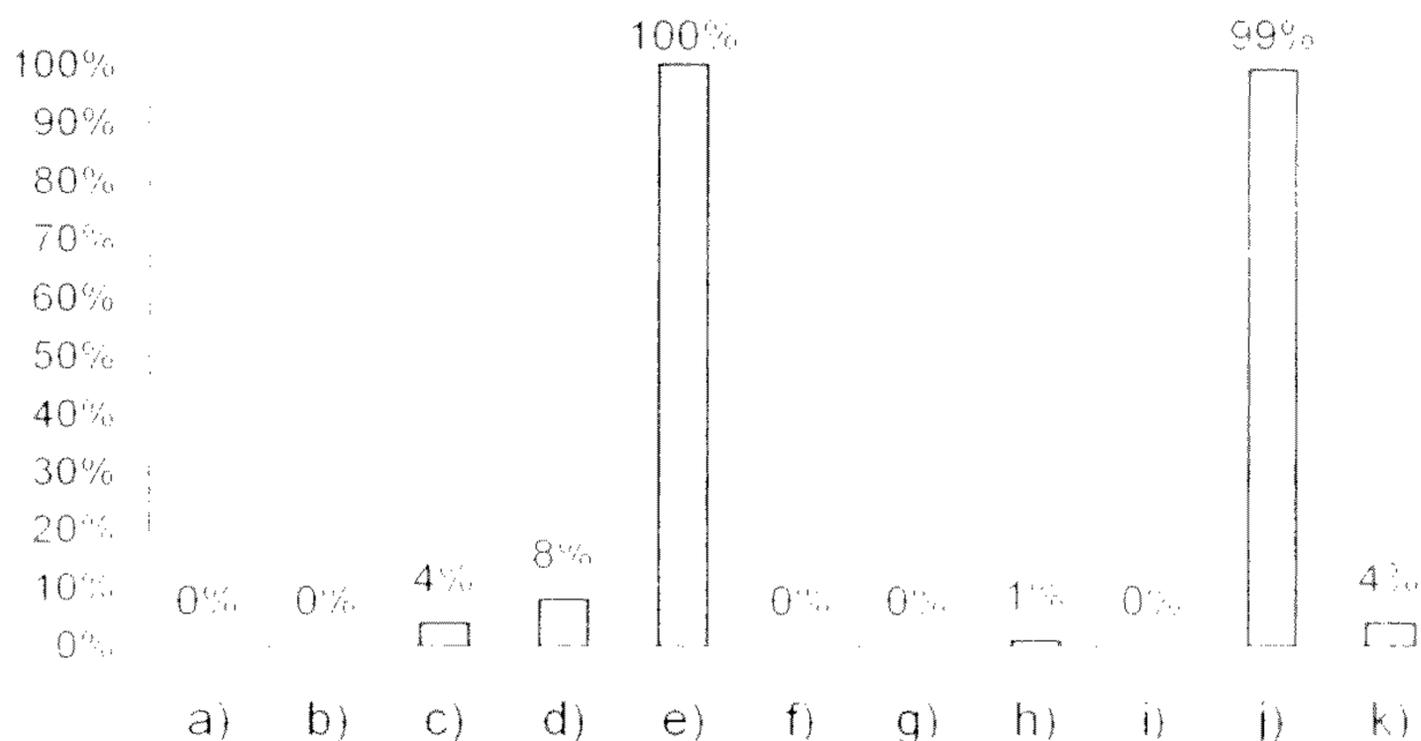


FUENTE: Encuesta directa 2004.

La mayoría de las parejas tienen menos de un año de contar con el seguro social lo cual confirma los casos en que las mujeres no tuvieron un control prenatal adecuada, pues obtuvieron su seguro social pocos meses antes de su evento obstétrico; esto también puede influir en la cantidad de información que reciban sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos y la decisión que temen en cuanto a protegerse o no después del parto.

3. ¿DE CUÁLES ESPECIALIDADES HA REQUERIDO ATENCIÓN MÉDICA?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Medicina interna	0	0%
b) Trauma	0	0%
c) Cirugía	3	4%
d) Pediatría	6	8%
e) Ginecología	80	100%
f) Oftalmología	0	0%
g) Cir. Reconstructiva	0	0%
h) Otorrinolaringología	1	1%
i) Renales	0	0%
j) Médico familiar	79	99%
k) Laboratorio	3	4%



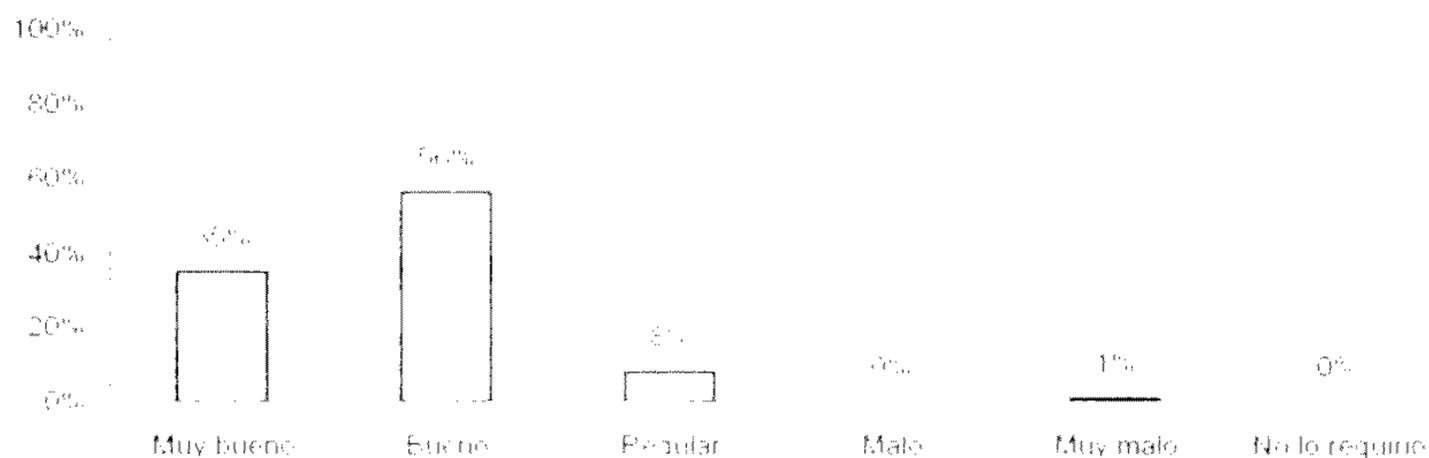
FUENTE. Encuesta directa 2004.

Podemos ver que los servicios médicos más utilizados han sido el médico familiar durante el control prenatal y el servicio de gineco-obstetricia a causa de que las mujeres ingresaron a este servicio a que les practicaran cesárea. Los demás servicios han sido poco utilizados, ésta información confirma el dato anterior referente al tiempo que tienen de contar con el seguro social, ya que aparecen en primer lugar las pacientes con apenas un año o menos de contar con él, con lo cual se puede pensar en que el servicio se ha exigido una vez que saben que están embarazadas.

4. ¿CÓMO CALIFICARÍA LOS SERVICIOS QUE REQUIRIÓ DE GINECOLOGÍA PARA SU ATENCIÓN?

MÉDICOS:

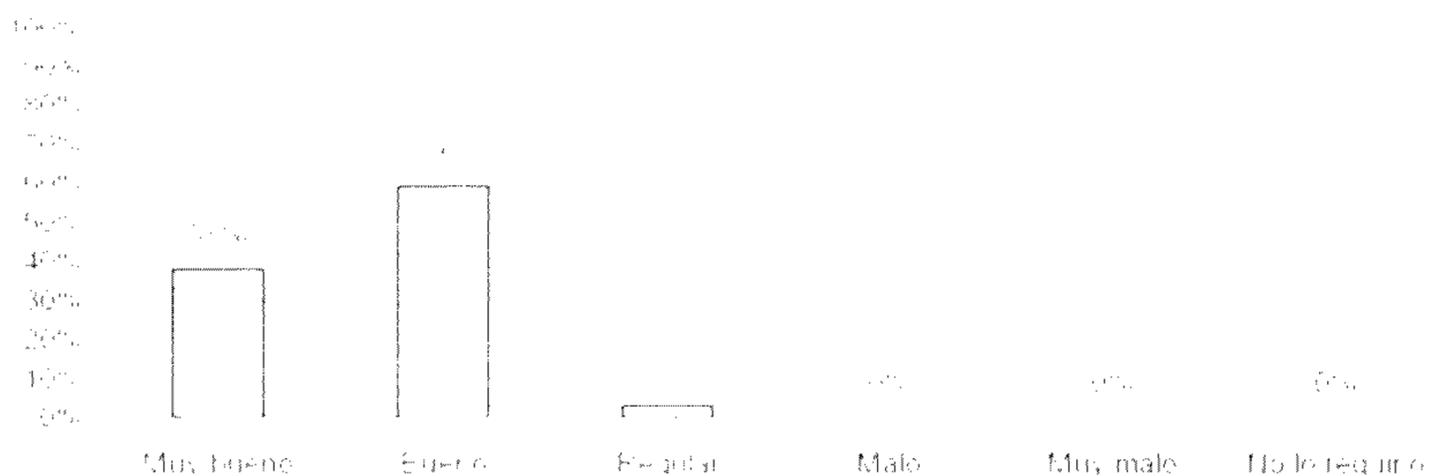
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bueno	28	35
b) Bueno	45	56
c) Regular	6	8
d) Malo	0	0
e) Muy malo	1	1
f) No lo requirió	0	0
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004

ENFERMERAS:

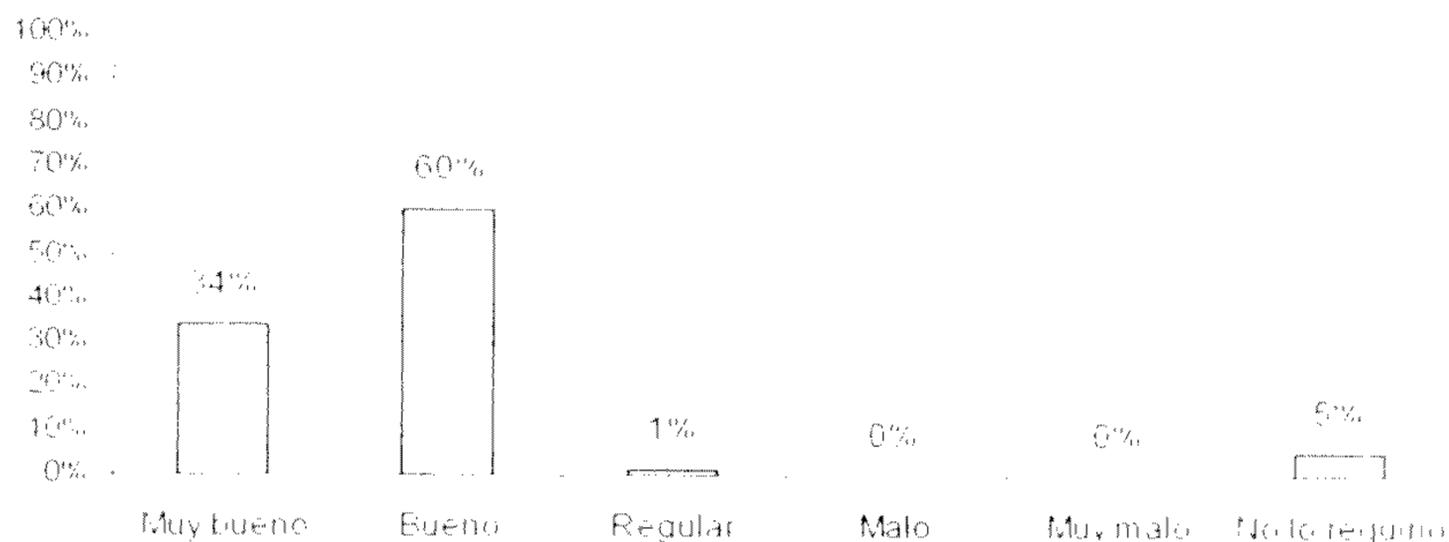
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bueno	30	38
b) Bueno	47	59
c) Regular	3	3
d) Malo	0	0
e) Muy malo	0	0
f) No lo requirió	0	0
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004

ASISTENTE MÉDICA:

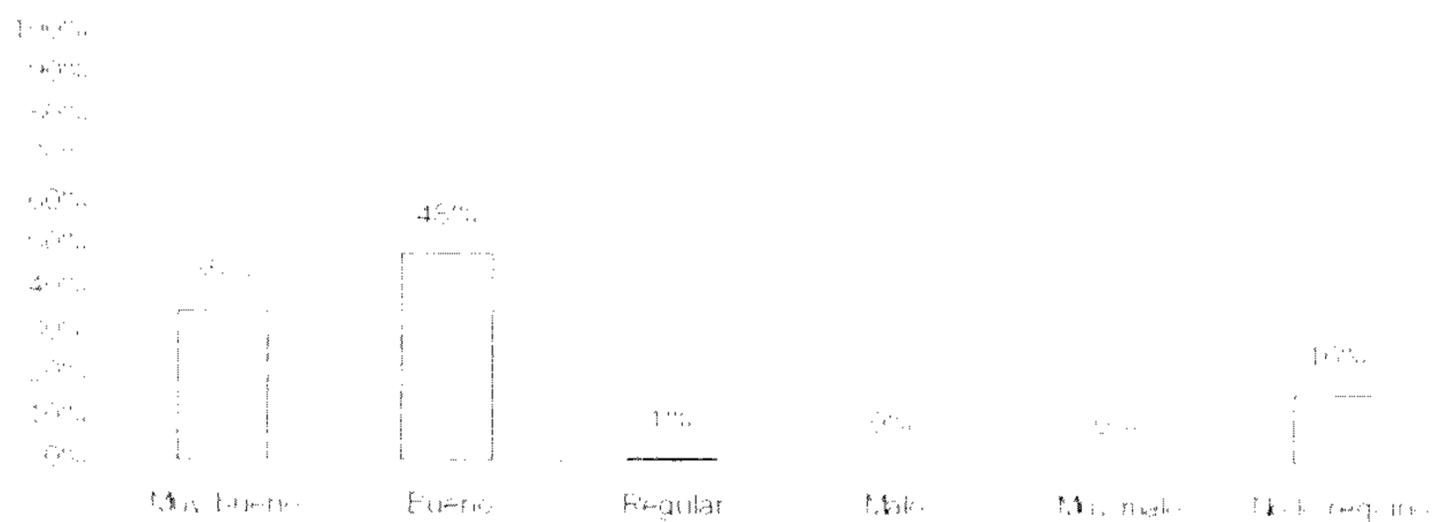
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bueno	27	34
b) Bueno	48	60
c) Regular	1	1
d) Malo	0	0
e) Muy malo	0	0
f) No lo requirió	4	5
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

TRABAJO SOCIAL:

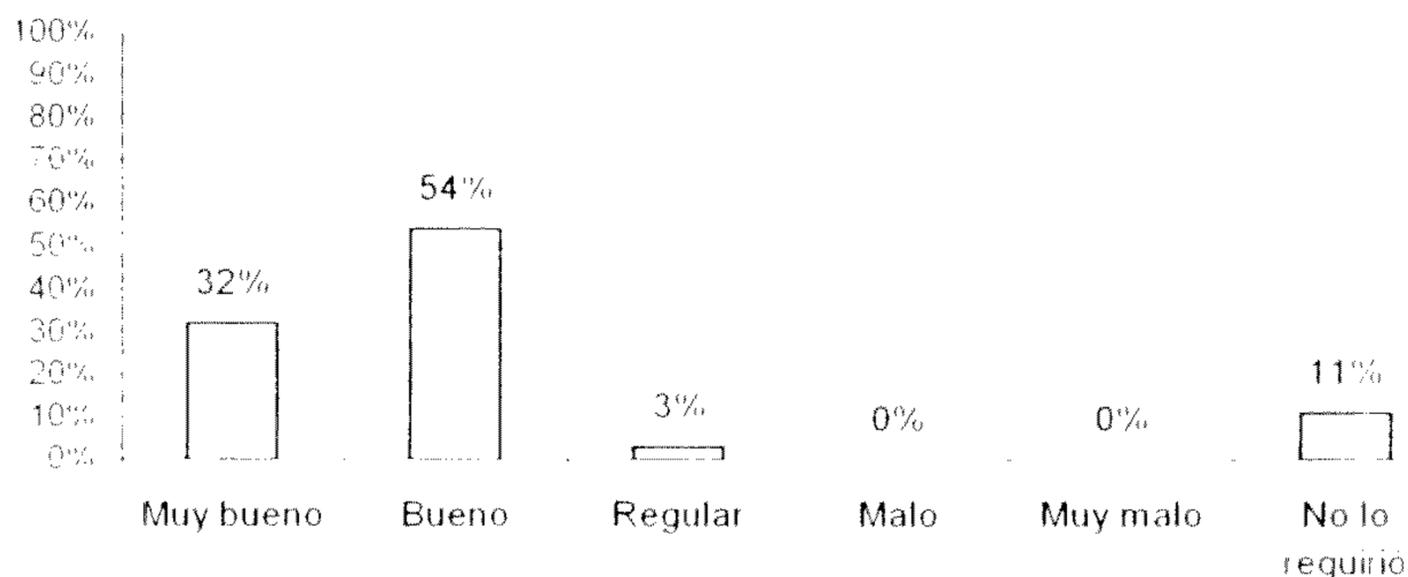
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bueno	28	35
b) Bueno	38	48
c) Regular	1	1
d) Malo	0	0
e) Muy malo	0	0
f) No lo requirió	13	16
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

DIETOLOGÍA:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bueno	26	32
b) Bueno	43	54
c) Regular	2	3
d) Malo	0	0
e) Muy malo	0	0
f) No lo requirió	9	11
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

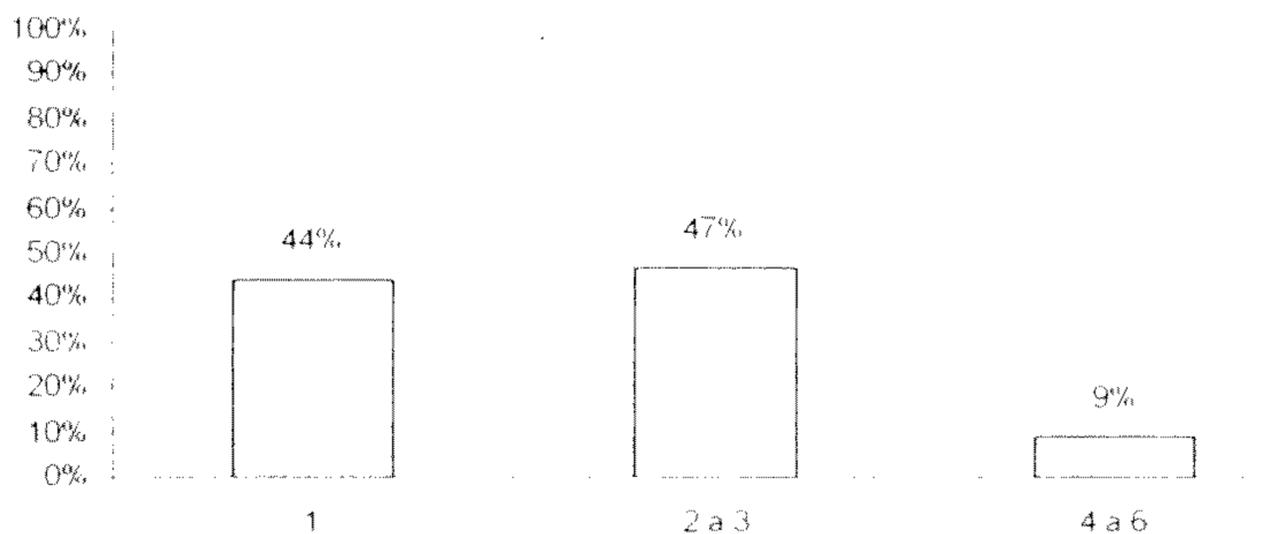
Podemos observar que la mayoría de las pacientes califican la atención que brinda el personal del área de ginecología como buena, pues manifiestan que se les atiende bien, le siguen las pacientes que otorgan una calificación muy buena pues consideran que el personal les brinda un trato amable y cortés; otra pequeña parte les da una calificación regular principalmente a médicos y enfermeras manifestando que son groseros en su trato y que tardan mucho tiempo en atender sus necesidades de recuperación.

Los únicos servicios que algunas pacientes mencionaron como no requerirlos fueron a la asistente médica, trabajo social y dietología pues en el hospital no se tiene la costumbre de presentarse a los pacientes y familiares y estos pocas veces los identifican sobretodo si es la primera vez que se hospitalizan. Mencionan que sólo se limitan a cumplir con sus funciones sin informarles los trámites que se están llevando a cabo y los que están por seguir.

V. DATOS OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE

GESTAS:

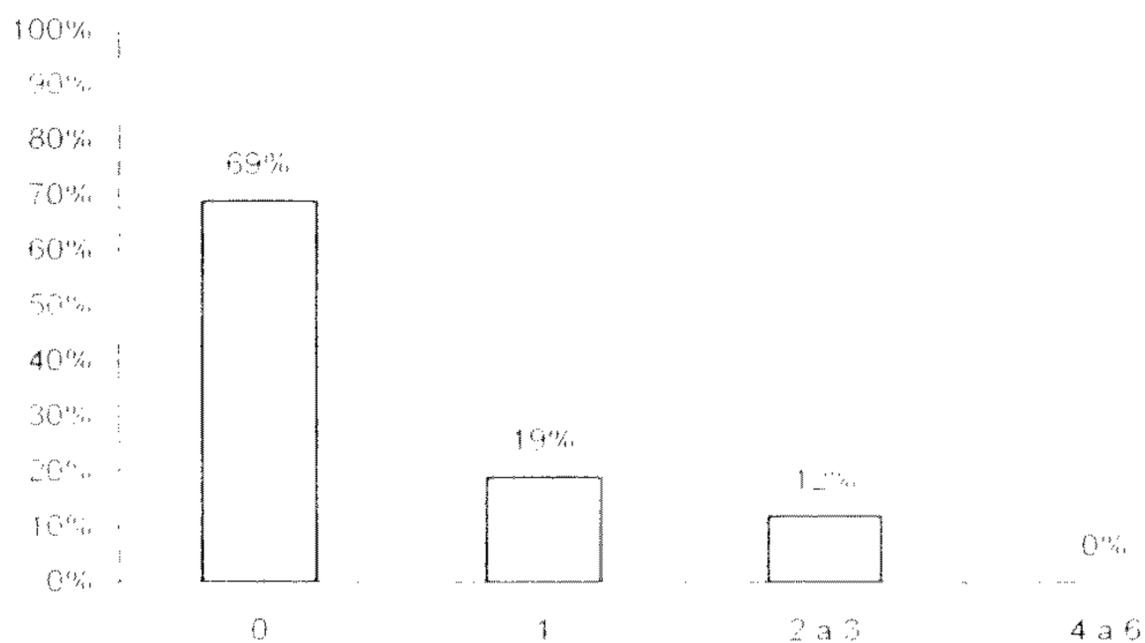
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1	35	44
b) 2-3	38	47
c) 4-6	7	9
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

PARTOS:

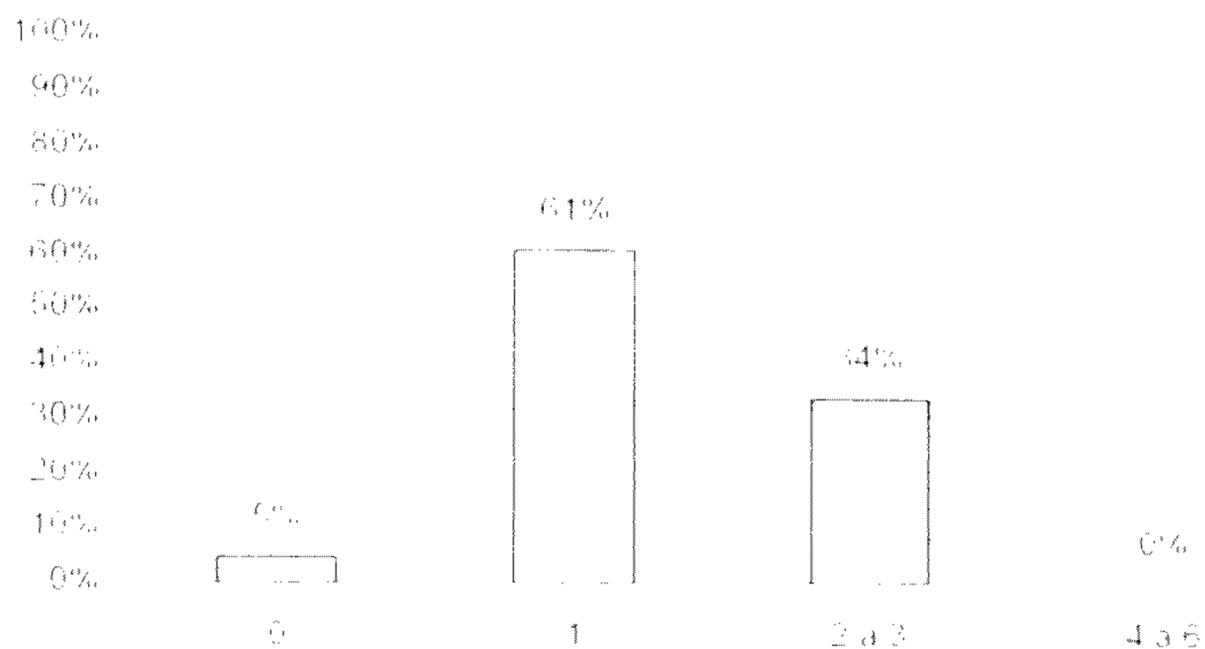
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 0	55	69
b) 1	15	19
c) 2-3	10	12
d) 4-6	0	0
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

CESÁREAS:

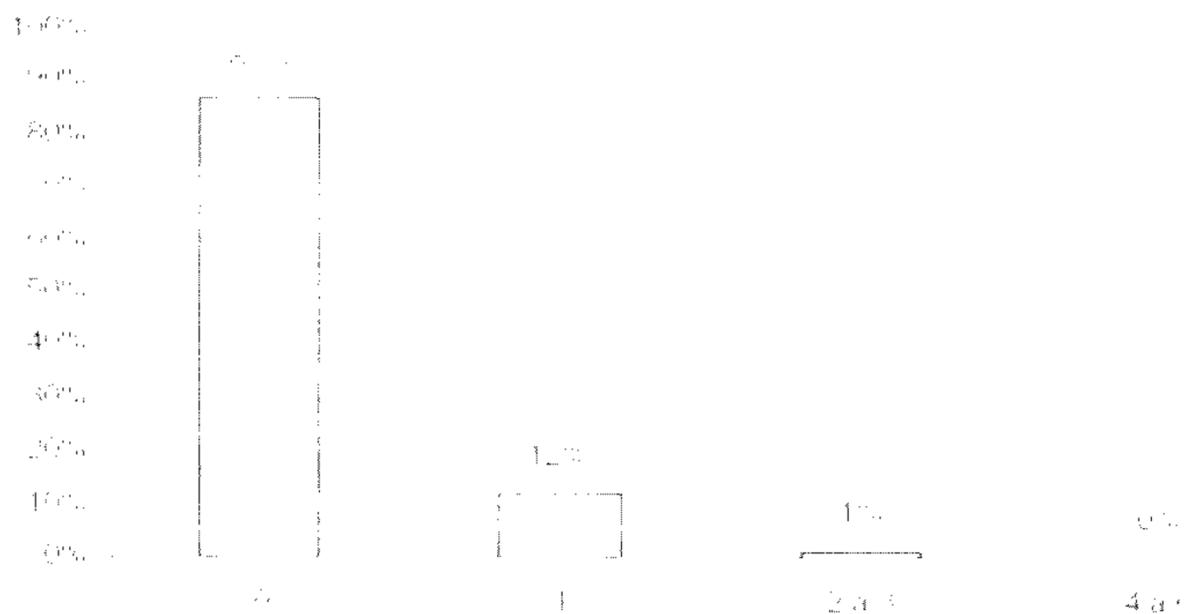
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 0	4	5
b) 1	49	61
c) 2-3	27	34
d) 4-6	0	0
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004

ABORTOS:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 0	69	87
b) 1	10	12
c) 2-3	1	1
d) 4-6	0	0
TOTAL	80	100%



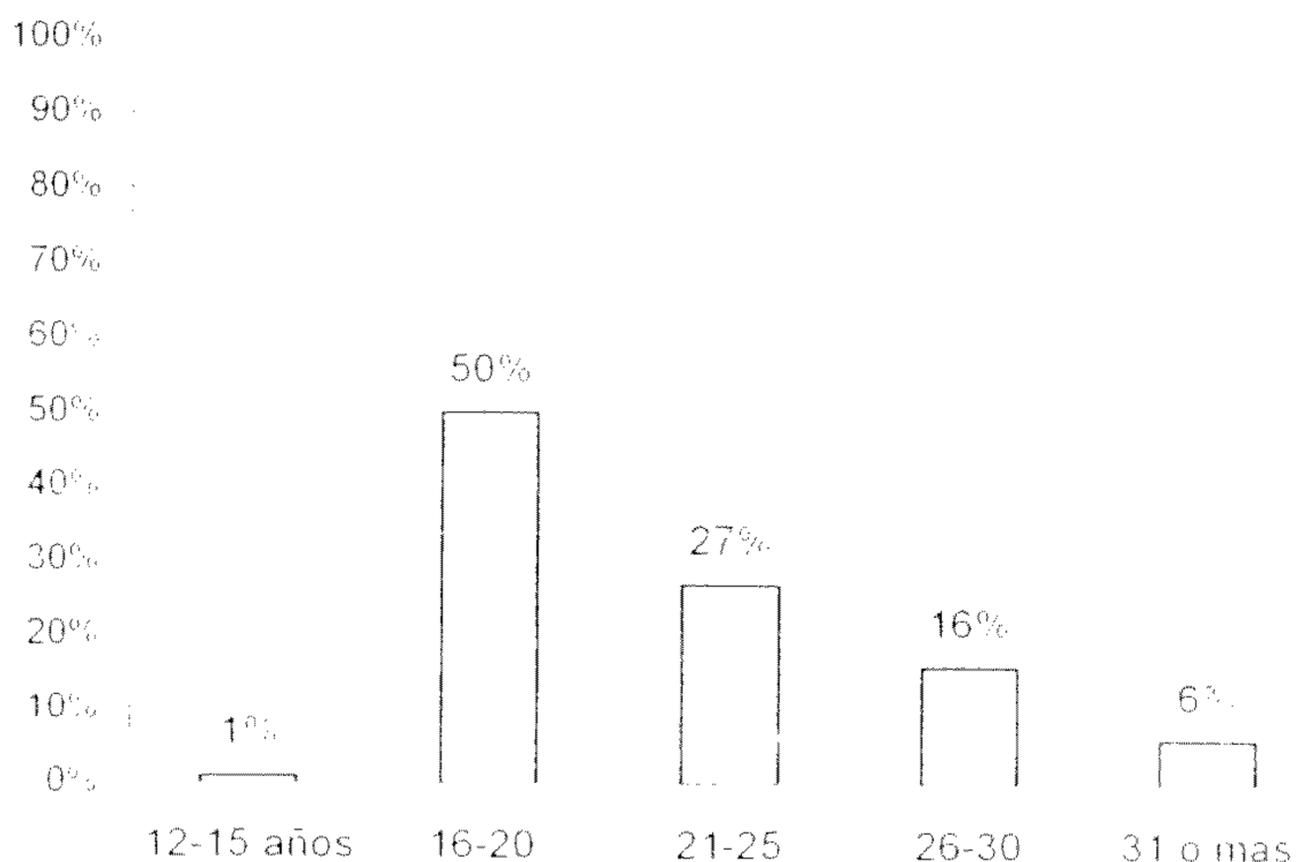
FUENTE: Encuesta directa 2004.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE:

Podemos ver que una gran parte de las pacientes han tenido de dos a tres gestas lo cual no les otorga puntos que aumenten su riesgo obstétrico, incluyendo el factor edad, pues la mayoría se encuentra dentro de los parámetros más adecuados para embarazarse tomando en cuenta también a las primigestas. Un pequeño porcentaje nos muestra a las mujeres que han tenido más de cuatro gestas conformando a las familias extensas lo cual representa un riesgo obstétrico para ellas si tomamos en cuenta que hay un mayor porcentaje de cesáreas, vemos que el porcentaje de partos es bajo y corresponde a eventos obstétricos anteriores. El índice de abortos es muy bajo y no les otorga puntos que aumenten su riesgo obstétrico.

2. ¿A QUÉ EDAD FUÉ SU PRIMER EMBARAZO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 12 a 15 años	1	1
b) 16 a 20 años	40	50
c) 21 a 25 años	21	27
d) 26 a 30 años	13	16
e) 31 o más	5	6
TOTAL	80	100%



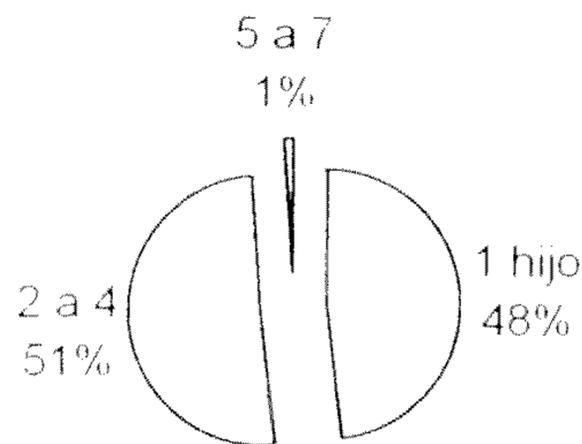
FUENTE: Encuesta directa 2004

Podemos observar que una gran parte de las mujeres se embarazó por primera vez antes de los 20 años, siendo entonces muy jóvenes, encontramos que un porcentaje menor se embarazó después de los 21 años lo cual se considera dentro de los parámetros más adecuados para concebir, pues el cuerpo ya está en condiciones tanto físicas como emocionales preparado para tener un hijo.

Esto también nos indica que las mujeres al comenzar su vida sexual a temprana edad su paridad se satisface también prontamente y algunas a los 25 años ya tienen los hijos deseados.

3. ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 1 hijo	38	48
b) 2-4 hijos	41	51
c) 5-7 hijos	1	1
TOTAL	80	100%

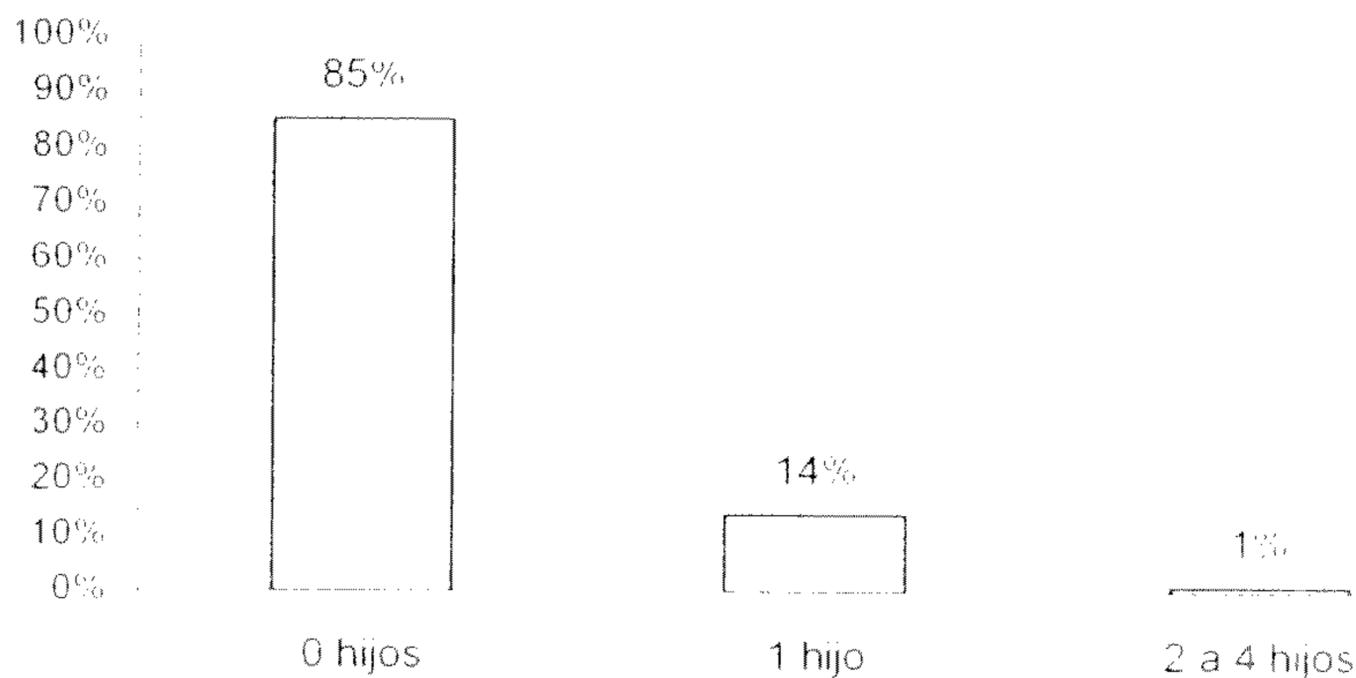


FUENTE: Encuesta directa 2004

Esta gráfica nos confirma la información arrojada en la gráfica del número de gestas pues en ambas el porcentaje mayor se otorga a tener de 2 a 4 gestas y por consiguiente hijos vivos. Un porcentaje de igual importancia nos muestra a las mujeres primigestas. Sólo un pequeño porcentaje muestra a las mujeres que tienen más de 5 hijos vivos lo cual nos indica un elevado riesgo obstétrico, pues al tener más de tres embarazos éste se eleva.

4. ¿CUÁNTOS HIJOS MUERTOS TIENE?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) 0 hijos	68	85
b) 1 hijo	11	14
c) 2 a 4 hijos	1	1
TOTAL	80	100%

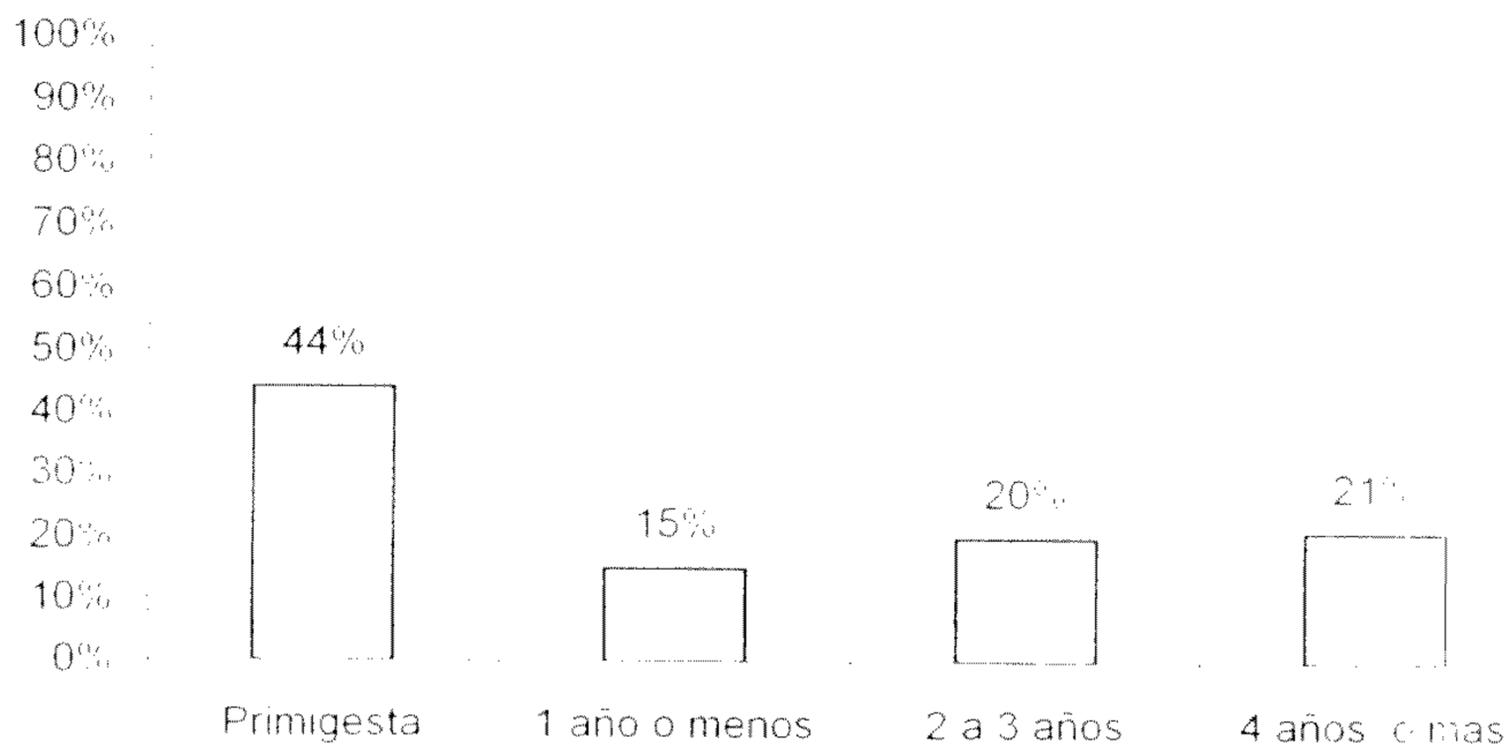


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos ver que la mayoría de las pacientes no tienen hijos muertos y los demás porcentajes corresponden a las que han tenido de 1 a 4 hijos muertos principalmente a causa de aborto. En estos casos es de suma importancia que el equipo de salud oriente a las mujeres sobre el riesgo de embarazarse nuevamente y la importancia de protegerse anticonceptivamente, ya que de embarazarse antes de seis meses aumenta la incidencia de que se presente un nuevo aborto, parto prematuro o en su caso tener hijos de bajo peso al nacer, lo cual no es favorable para la sobrevivencia del bebé.

5. ¿CUÁNTO TIEMPO DEJO PASAR ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Primigesta	35	44
b) 1 año o menos	12	15
c) 2 a 3 años	16	20
d) 4 años o más	17	21
TOTAL	80	100%



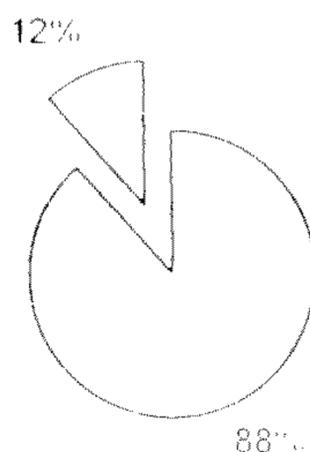
FUENTE: Encuesta directa 2004.

Vemos que un gran porcentaje representa a las mujeres primigestas a las cuales es de suma importancia recordarles el tiempo adecuado que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro sobre todo porque se les practico cesárea. Otra parte ha respetado el intervalo intergenésico pues siendo cesárea o parto normal han dejado pasar de 2 a 4 años entre un embarazo y otro lo cual no les otorga puntos en cuanto al riesgo obstétrico. El resto ha dejado pasar solamente un año o menos lo cual puede resultar perjudicial para su salud principalmente si los partos anteriores fueron cesáreas pues con esto aumentan significativamente su riesgo obstétrico.

VI. CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sí	70	88
b) No	10	12
TOTAL	80	100%

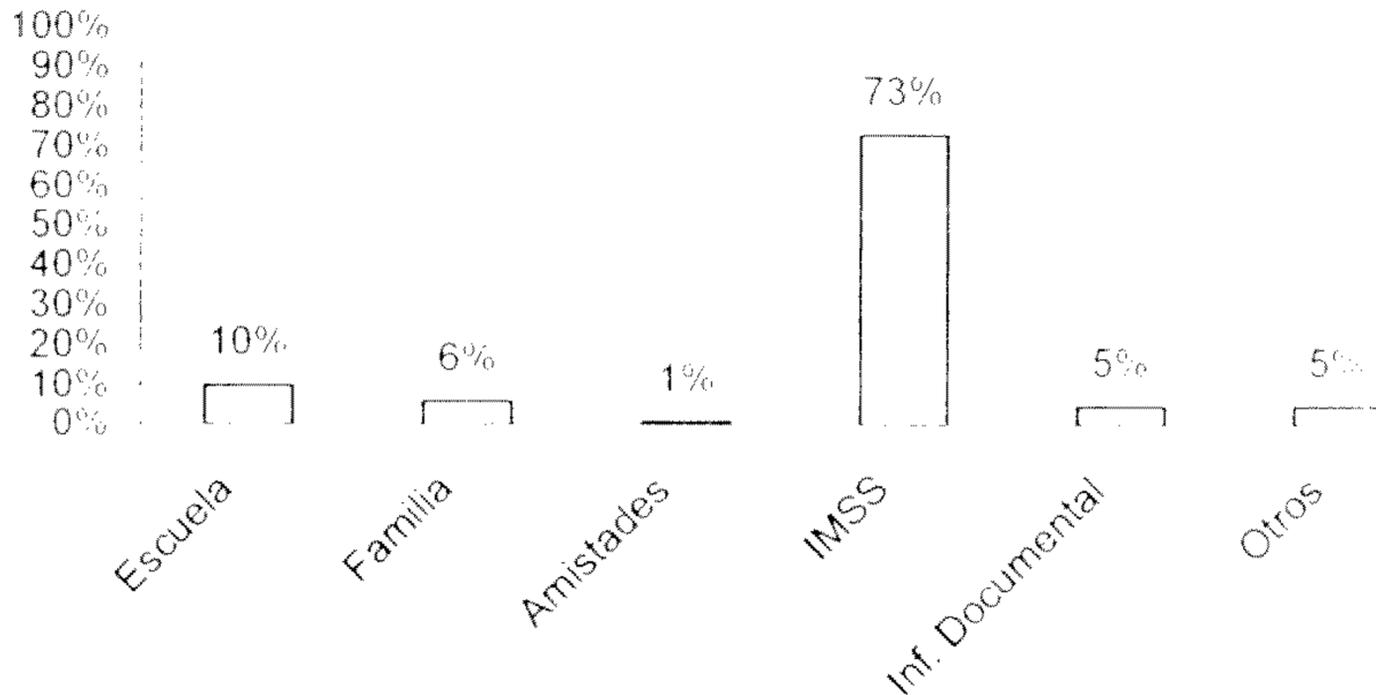


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos ver que más del 50% de las mujeres han recibido algún tipo de información sobre planificación familiar a lo largo de su vida, lo cual resulta benéfico, pues les permite con los elementos suficientes tomar una decisión adecuada sobre protegerse o no posteriormente al parto. Por otra parte el resto de los porcentajes manifiesta no haber recibido ningún tipo de información sobre metodología anticonceptiva y planificación familiar lo cual dificulta que tomen una decisión de aceptación si no cuentan con los elementos suficientes que les permitan visualizar las ventajas y desventajas de la protección anticonceptiva.

2. ¿QUIÉN LE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) En la escuela	7	10
b) La familia	4	6
c) Amistades	1	1
d) Personal del IMSS	52	73
e) Información documental	3	5
f) Otros	3	5
TOTAL	70	100%

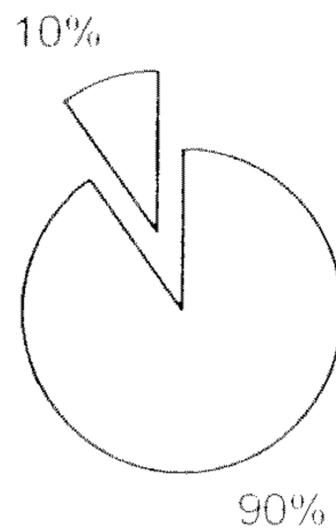


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Más del 50% de las mujeres han recibido información sobre métodos anticonceptivos por parte del personal del IMSS durante su control prenatal, esto se manifiesta a la hora de decidir después del parto si se protegen o no, pues podemos observar que más del 50% de las mujeres aceptaron utilizar algún método anticonceptivo. Otra parte de las mujeres han recibido la información a través de diversos medios como lo es la escuela pues la mayoría curso estudios hasta la secundaria, otra parte recibió la información por parte de su familia es un porcentaje bajo y comprueba que aunque es el medio más adecuado para informar a las mujeres no se hace por vergüenza, porque no están preparados o los padres no conocen el tema. El resto de las mujeres recibió la información de sus amistades, la obtuvo de libros y en otros medios encontramos a las que en un principio se atendieron en el Centro de Salud o con Médico Particular por carecer de Seguro Social y que posteriormente a adquirirlo e atendieron en el IMSS

3. ¿ENTENDIÓ LA INFORMACIÓN QUE LE PROPORCIONARON?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sí	63	90
b) No	0	0
c) No contestaron	7	10
TOTAL	70	100%



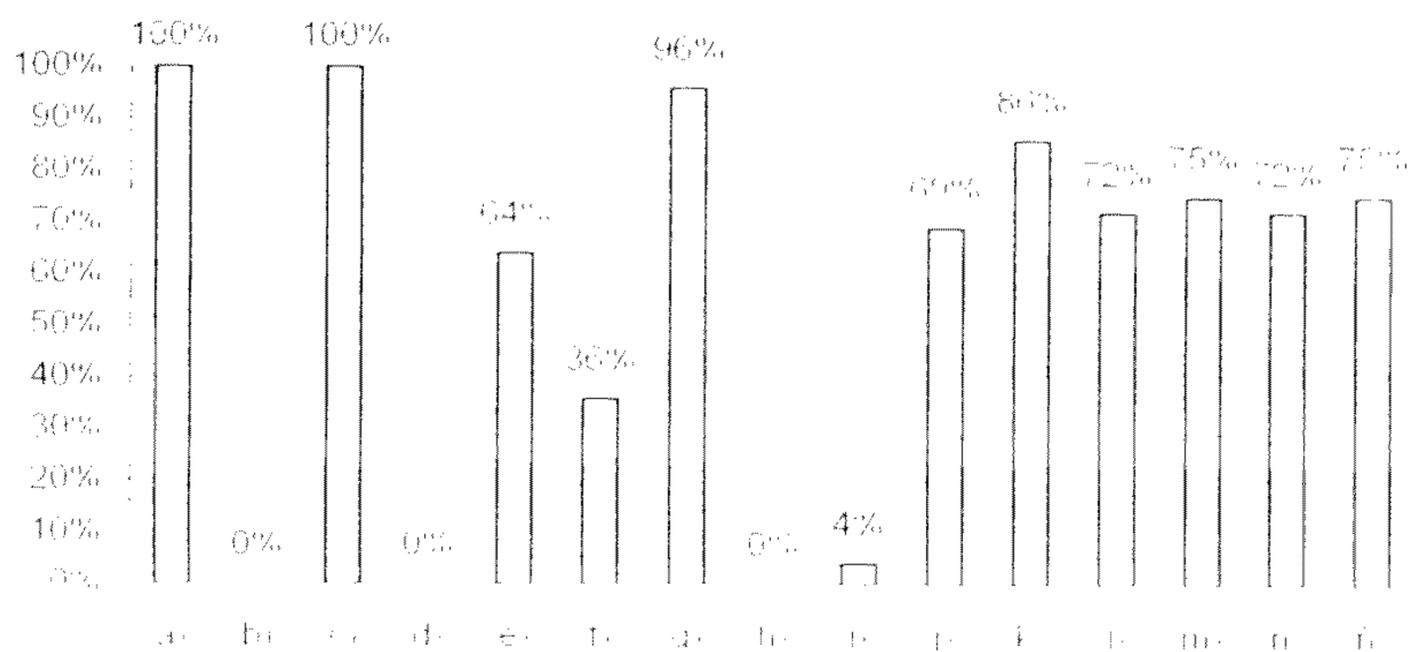
FUENTE: Encuesta directa 2004.

Una gran parte de las mujeres que recibió información sobre metodología anticonceptiva entendió lo que se les dijo y un a mínima parte no contesto. Esto comprueba que las mujeres tenían la capacidad para tomar una decisión adecuada tanto para aceptar o rechazar utilizar algún método anticonceptivo.

4. ¿CÓMO CALIFICARÍA LOS SIGUIENTES ASPECTOS DEL PERSONAL DE SALUD QUE LE ORIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

MÉDICOS:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
LENGUAJE		
a) Claro	36	100%
b) Confuso	0	0%
TONO DE VOZ		
c) Adecuado	36	100%
d) Inadecuado	0	0%
USO DE MATERIAL		
e) Sí	23	64%
f) No	13	36%
TIPO DE MATERIAL		
g) Rotafolio	22	96%
h) Tríptico	0	0%
i) Imágenes gráficas	1	4%
CONTENIDOS		
j) Concepto	25	69%
k) Tipos	31	86%
l) Funcionamiento	26	72%
m) Forma de uso	27	75%
n) Efectividad	26	72%
ñ) Tiempo de uso	27	75%

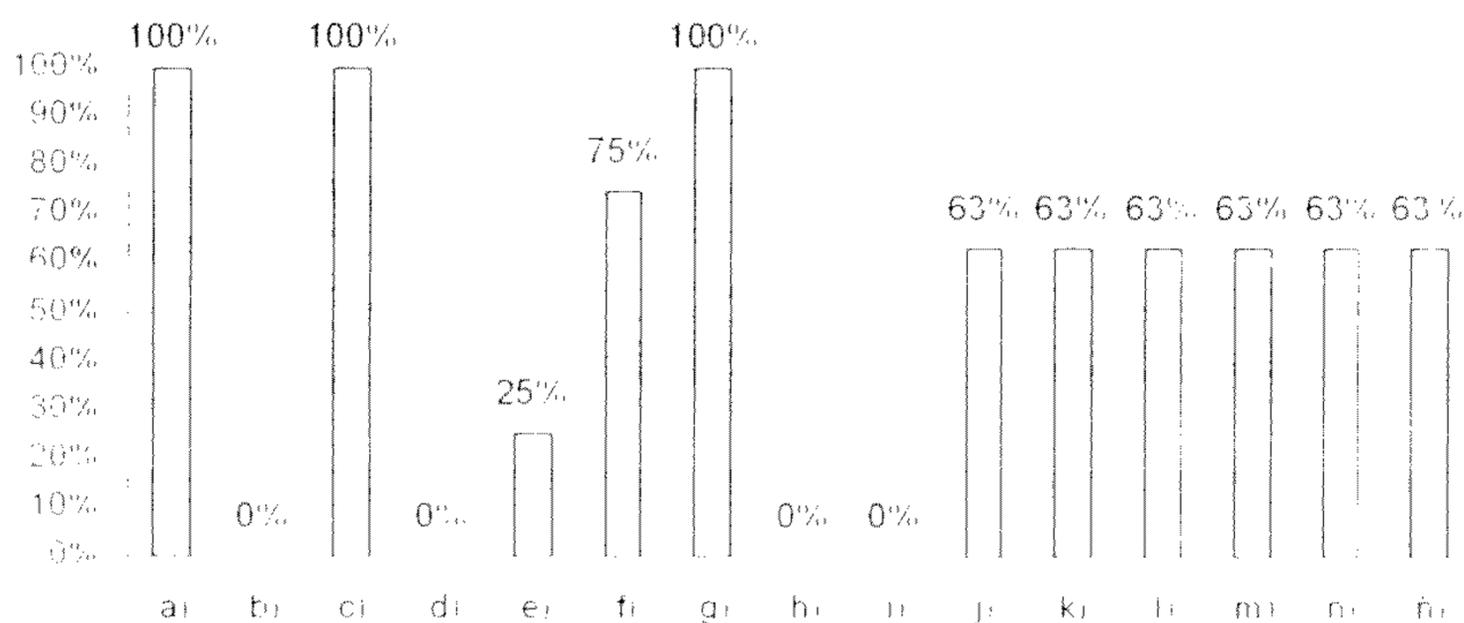


FUENTE: Encuesta directa 2004.

De las 52 mujeres que recibieron información sobre los métodos de planificación familiar 36 la recibieron por parte del médico familiar

ENFERMERAS:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
LENGUAJE		
a) Claro	8	100%
b) Confuso	0	0%
TONO DE VOZ		
c) Adecuado	8	100%
d) Inadecuado	0	0%
USO DE MATERIAL		
e) Sí	2	25%
f) No	6	75%
TIPO DE MATERIAL		
g) Rotafolio	2	100%
h) Triptico	0	
i) Imágenes gráficas	0	
CONTENIDOS		
j) Concepto	5	63%
k) Tipos	5	63%
l) Funcionamiento	5	63%
m) Forma de uso	5	63%
n) Efectividad	5	63%
ñ) Tiempo de uso	5	63%

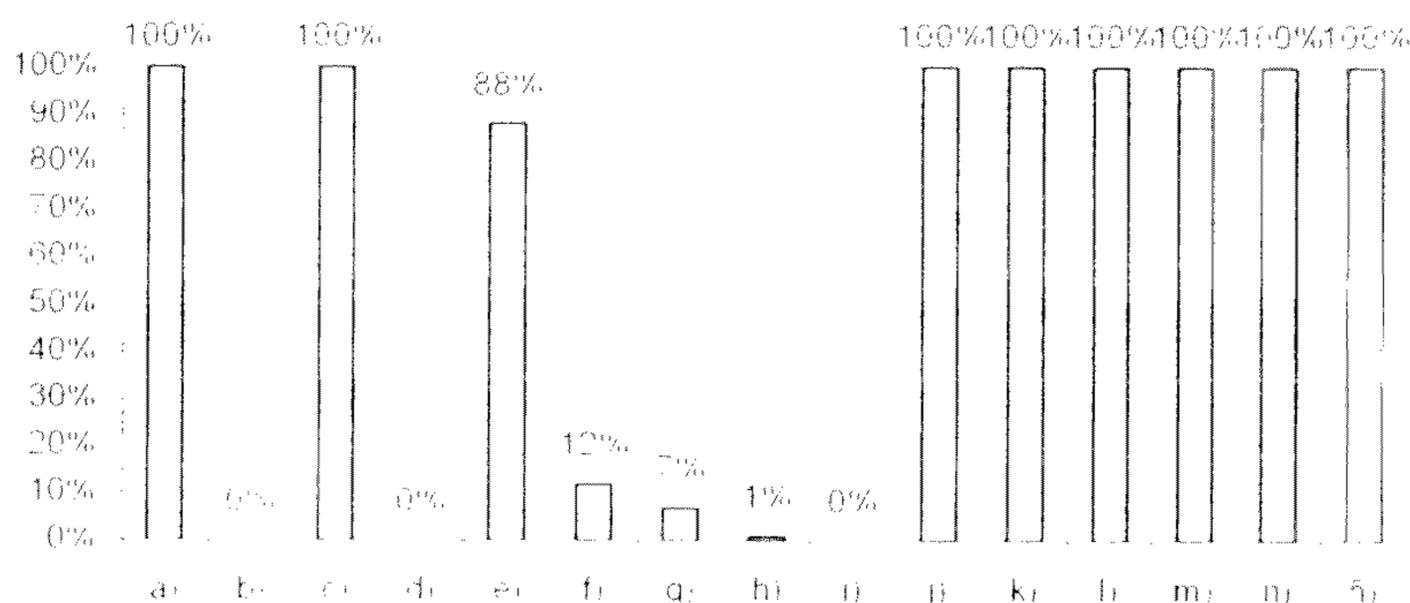


FUENTE: Encuesta directa 2004

La frecuencia absoluta corresponde a las 8 mujeres que recibieron información sobre métodos de planificación familiar por parte del personal de enfermería.

TRABAJO SOCIAL:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
LENGUAJE		
a) Claro	8	100%
b) Confuso	0	0%
TONO DE VOZ		
c) Adecuado	8	100%
d) Inadecuado	0	0%
USO DE MATERIAL		
e) Si	7	88%
f) No	1	12%
TIPO DE MATERIAL		
g) Rotafolio	7	88%
h) Triptico	1	12%
i) Imágenes gráficas	0	0%
CONTENIDOS		
j) Concepto	8	100%
k) Tipos	8	100%
l) Funcionamiento	8	100%
m) Forma de uso	8	100%
n) Efectividad	8	100%
ñ) Tiempo de uso	8	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

La frecuencia absoluta de ésta gráfica corresponde a las 8 mujeres que recibieron información sobre los métodos de planificación familiar por parte del personal de Trabajo Social.

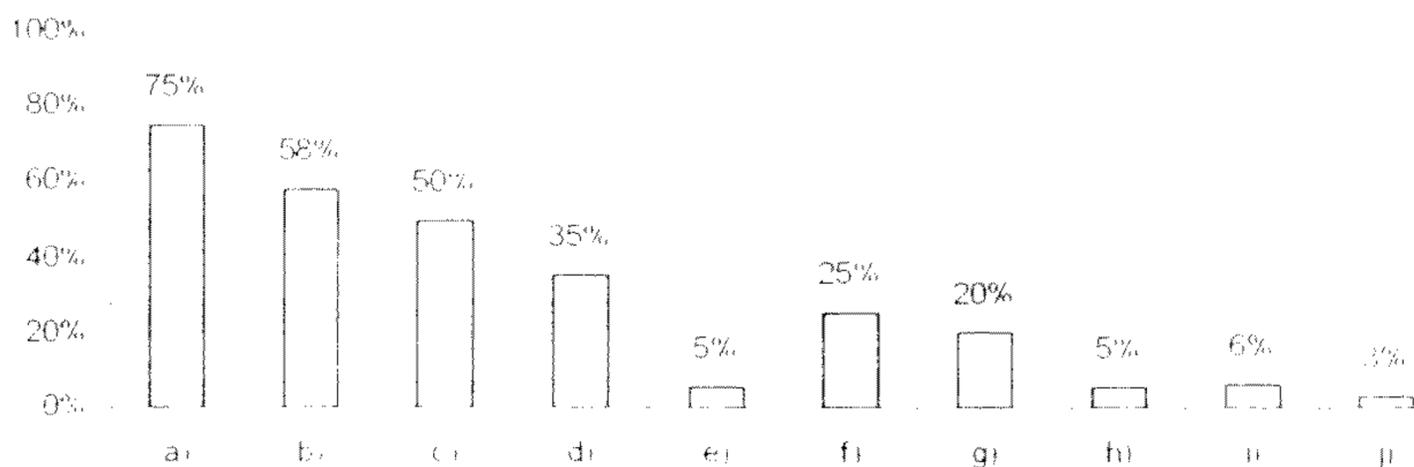
Podemos ver que el mayor porcentaje de orientación corresponde al personal médico, le siguen en igual porcentaje al personal de enfermería y trabajo social.

Todos utilizaron un lenguaje claro y un tono de voz adecuado, no así con el uso de material pues son los médicos y enfermeras quienes los utilizan menos tanto trípticos, rotafolios e imágenes gráficas. En cuanto a los contenidos de la información vemos que es el personal de Trabajo Social quien abarca la mayor parte de contenidos brindando una información más completa.

5. MÉTODOS QUE CONOCE, IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE EFECTIVIDAD, FUNCIONAMIENTO, TIEMPO DE USO Y COMPLICACIONES:

CONOCIMIENTO

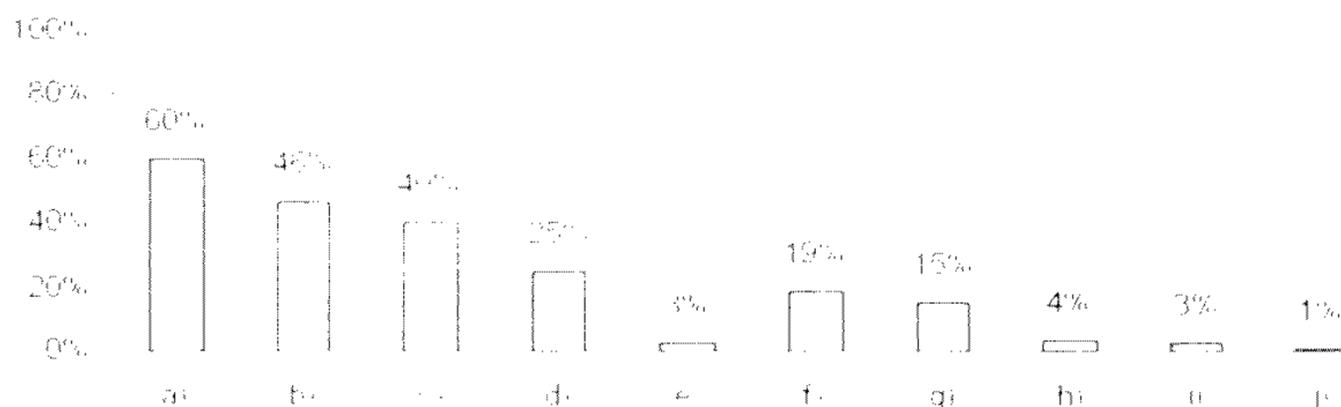
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) DIU	60	75%
b) Pastillas	46	58%
c) Inyecciones	40	50%
d) Implante	28	35%
e) Óvulos	4	5%
f) Preservativos	20	25%
g) OTB	16	20%
h) Ritmo	4	5%
i) Corto interrumpido	5	6%
j) Billings	2	3%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

EFFECTIVIDAD

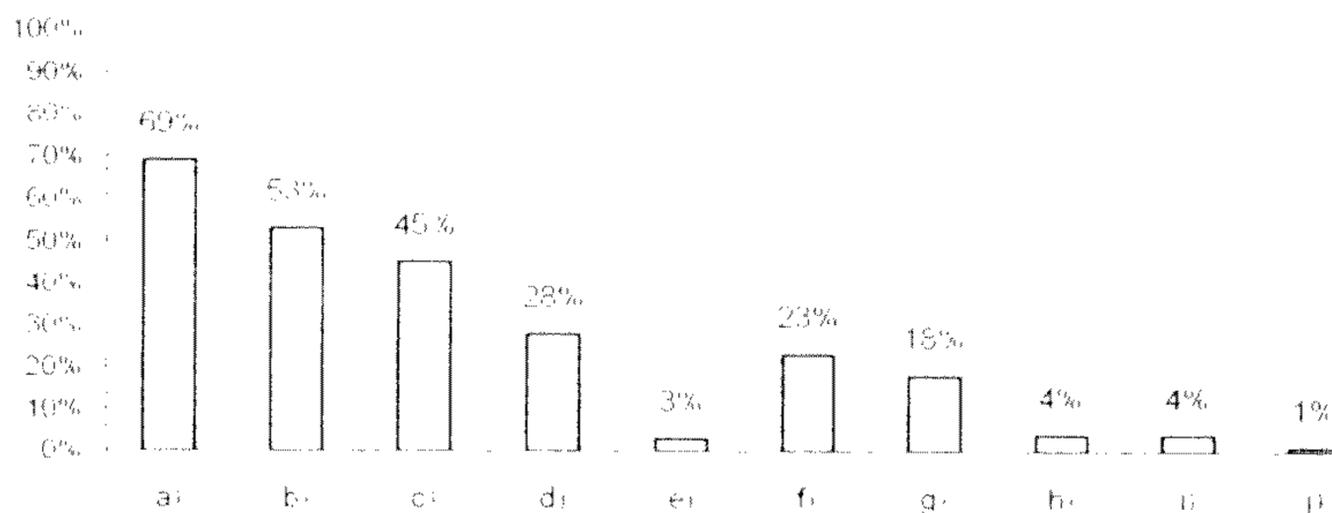
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) DIU	48	60%
b) Pastillas	37	46%
c) Inyecciones	32	40%
d) Implante	20	25%
e) Óvulos	2	3%
f) Preservativos	15	19%
g) OTB	12	15%
h) Ritmo	3	4%
i) Corto interrumpido	2	3%
j) Billings	1	1%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

FUNCIONAMIENTO

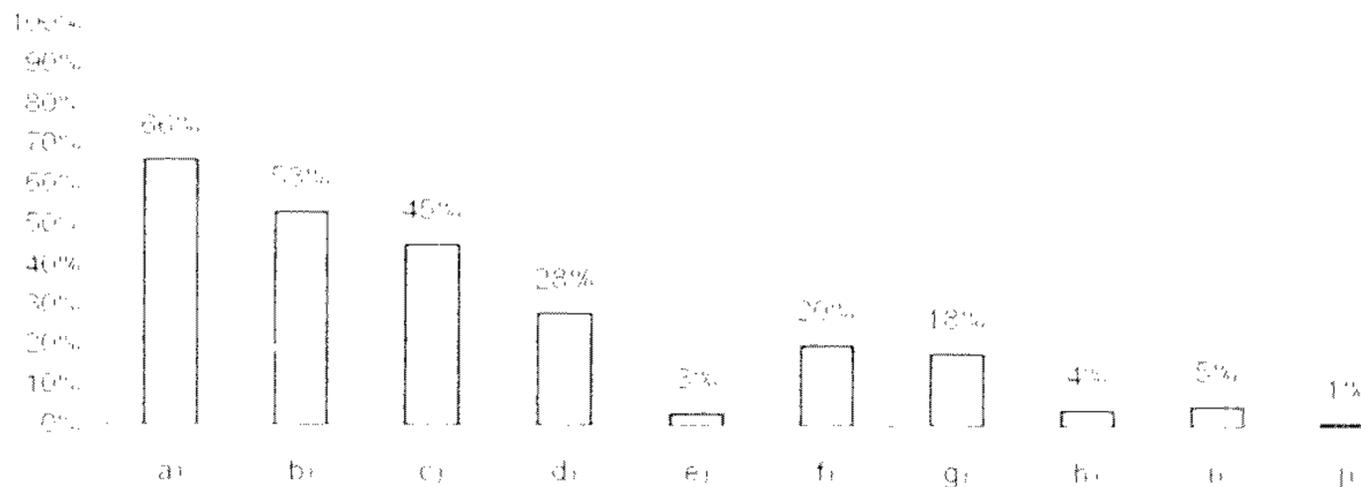
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) DIU	55	69%
b) Pastillas	42	53%
c) Inyecciones	36	45%
d) Implante	22	28%
e) Óvulos	2	3%
f) Preservativos	18	23%
g) OTB	14	18%
h) Ritmo	3	4%
i) Coito interrumpido	3	4%
j) Billings	1	1%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

TIEMPO DE USO

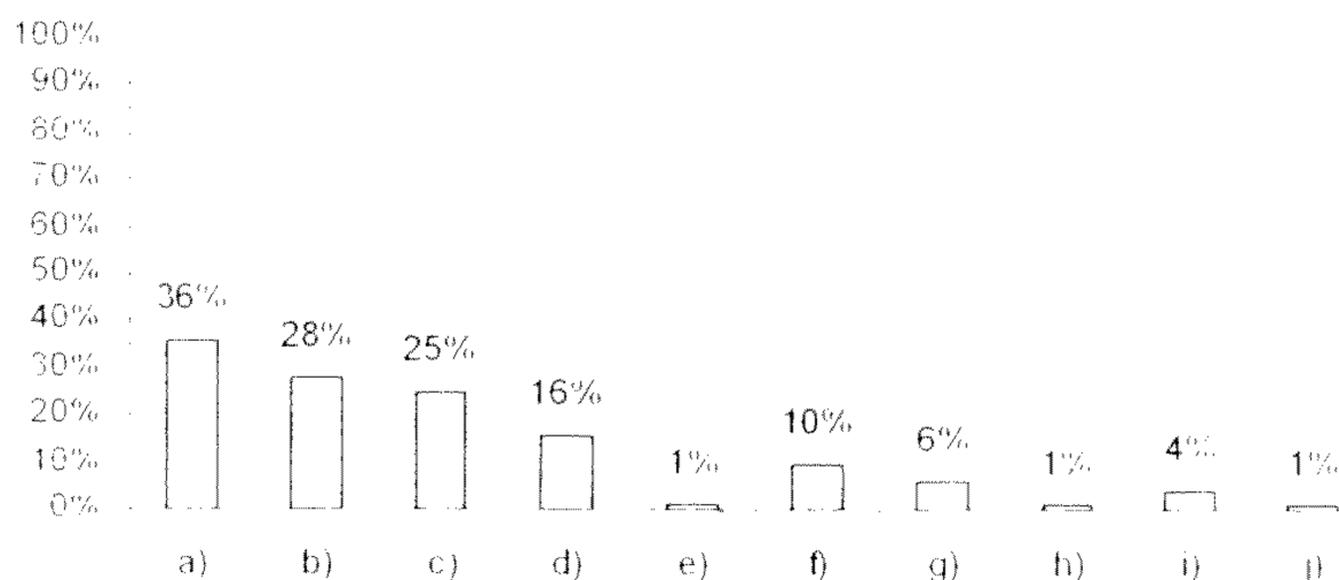
CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) DIU	53	66%
b) Pastillas	42	53%
c) Inyecciones	36	45%
d) Implante	22	28%
e) Óvulos	2	3%
f) Preservativos	16	20%
g) OTB	14	18%
h) Ritmo	3	4%
i) Coito interrumpido	4	5%
j) Billings	1	1%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

COMPLICACIONES:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC RELATIVA
a) DIU	29	36%
b) Pastillas	22	28%
c) Inyecciones	20	25%
d) Implante	13	16%
e) Óvulos	1	1%
f) Preservativos	8	10%
g) OTB	5	6%
h) Ritmo	1	1%
i) Coito interrumpido	3	4%
j) Billings	1	1%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

INTERPRETACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO, EFECTIVIDAD, FUNCIONAMIENTO, TIEMPO DE USO Y COMPLICACIONES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Podemos ver que el método con mayor grado de conocimiento, efectividad, tiempo de uso, funcionamiento y complicaciones es el DIU, cabe mencionar que éste método es el más promovido dentro del IMSS pues es el método más adecuado para ser utilizado por las mujeres puérperas, pues no contiene hormonas que inhiban la lactancia, así como que se les puede aplicar inmediatamente después al parto a diferencia de los métodos hormonales en los cuales es necesario dejar pasar la etapa de puerperio para que las hormonas no afecten al bebé, esto implica el riesgo de embarazarse nuevamente durante ese tiempo de espera.

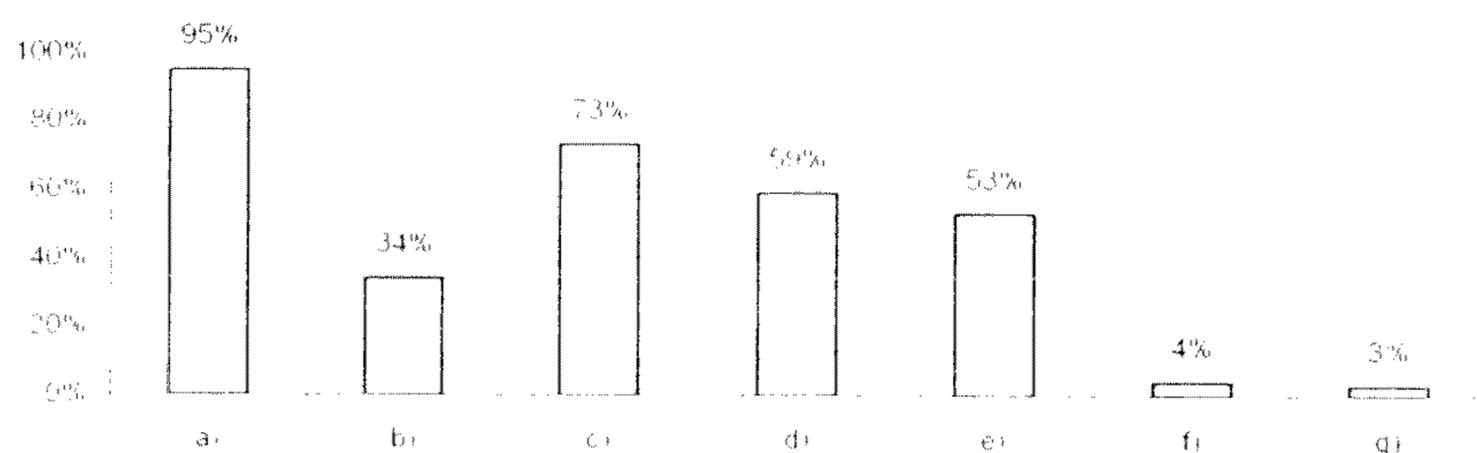
A este método le siguen en orden de conocimientos las pastillas, las inyecciones, el implante, los preservativos y la OTB, los cuales forman parte de la gama de métodos anticonceptivos con los que cuenta el IMSS para otorgar a su población derechohabiente.

El resto de los porcentajes se distribuyen en métodos que no son promovidos en ésta institución, como son los óvulos, el coito interrumpido, el método del ritmo y el de Billings por su mínimo porcentaje de efectividad; sin embargo una pequeña parte de las mujeres mencionó conocerlos.

Dentro de las complicaciones más mencionadas para cada método encontramos para el DIU los sangrados abundantes y cólicos menstruales, para las pastillas el dolor de cabeza, náuseas, mareos y subir de peso, para las inyecciones subir de peso y dolor de cabeza, con el implante mencionaron que pueden ocurrir los sangrados intermenstruales o de larga duración, con los preservativos que se rompa y por consiguiente los embarazos no deseados, con el resto de los métodos no se mencionó tener conocimiento de alguna complicación.

6. ¿DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE OFRECE EL IMSS A LA MUJER EMBARAZADA, USTED ACUDIÓ A?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Médico familiar	76	95%
b) EMI	27	34%
c) Medicina preventiva	58	73%
d) Dental	47	59%
e) Trabajo social	42	53%
f) Nutrición	3	4%
g) Ginecólogo	2	3%

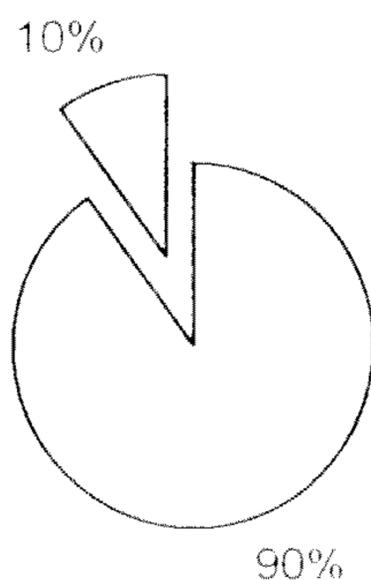


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Se observa que la mayoría de las mujeres estuvieron en control prenatal con su médico familiar, algunas con bajo riesgo obstétrico fueron controladas en EMI (Enfermera Materno Infantil). la mayoría se aplicó por lo menos una dosis de la vacuna contra el tétanos, acudieron a por lo menos 2 consultas con su dentista a la aplicación de fluoruro y a por lo menos dos pláticas de las 4 fundamentales para la mujeres embarazada que se dan en Trabajo Social y en donde se incluye la de planificación familiar y metodología anticonceptiva. Muy pocas acudieron al nutriólogo pues no fueron derivadas a ese servicio y las de alto riesgo obstétrico fueron vistas alguna vez por el ginecólogo aunque fueron muy pocas, esto debido a que el desarrollo del embarazo ha sido bueno, sin ningún tipo de complicación requiriendo el servicio de este profesionista en el momento del evento obstétrico, debido a que la pelvis no dilata lo suficiente para que el parto sea por vía vaginal o a que el bebé empiece a tener alguna señal de falta de oxigenación o que presente doble circular del cordón umbilical en el cuello. Cabe mencionar que estas situaciones sólo pueden ser evaluadas por el ginecólogo, quien decide el tipo de evento obstétrico a realizar de acuerdo a las circunstancias diagnósticas que presente la paciente y el producto.

7. ¿CONOCE EL DOCUMENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	72	90
b) No	8	10
TOTAL	80	100%

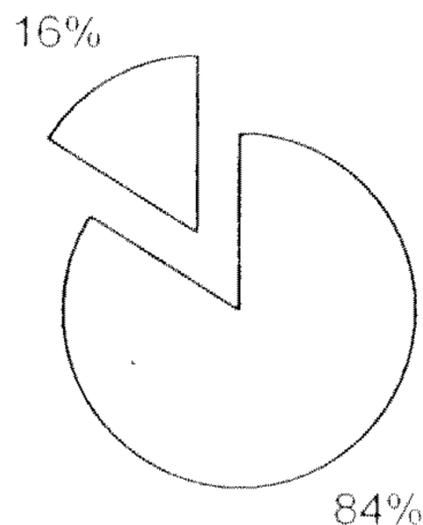


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Observamos que la mayoría de las mujeres conocen el documento del consentimiento informado, mientras que una pequeña parte manifestó no conocerlo, lo cual no debería ocurrir pues a todas las mujeres pos parto cesárea o aborto que se van a atender por gineco-obstetricia deben ingresar con este documento previamente requisitado, pues como su nombre lo indica, en él deberán manifestar la aceptación o rechazo hacia el uso de algún método anticonceptivo de manera conciente e informada.

8. ¿SE LE DIO INFORMACIÓN RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sí	67	84
b) No	13	16
TOTAL	80	100%

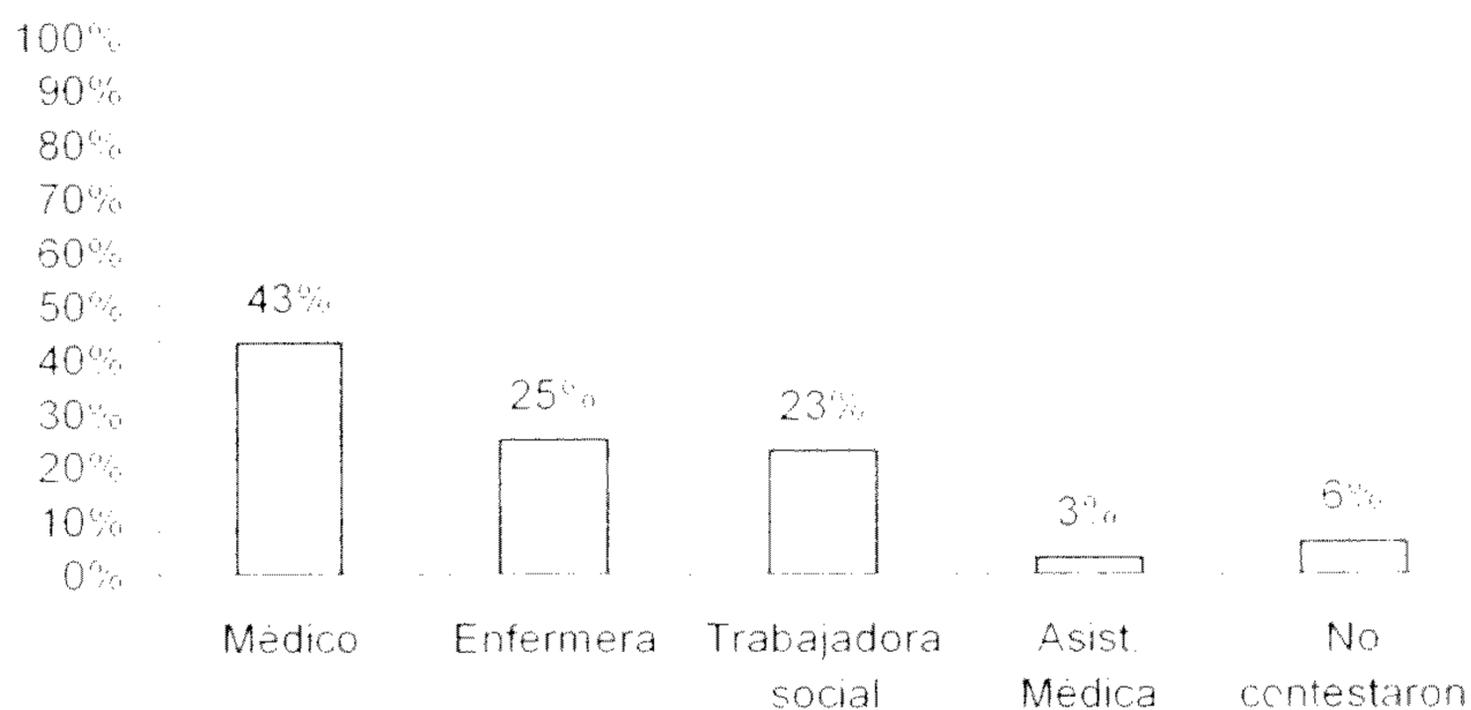


FUENTE Encuesta directa 2004

Más del 80% de las mujeres recibió información respecto al consentimiento informado, principalmente en cuanto a la forma de llenarlo y su utilización para autorizar la colocación de algún método anticonceptivo. Sólo una pequeña parte dijo no haber recibido ningún tipo de información sobre el consentimiento informado, pues el personal que se los otorgó sólo les pidió que lo firmaran sin explicares su función y utilidad. Lo anterior no debe realizarse así pues es un documento de carácter legal mediante el cual el ginecólogo se respalda respecto a la colocación o en su caso la realización quirúrgica para el control prenatal que la pareja haya escogido.

9. ¿QUÉ PERSONAL DE SALUD SE LO PROPORCIONÓ?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Médico	34	43
b) Enfermera	20	25
c) Trabajadora social	18	23
d) Asistente Médica	3	3
e) No lo recuerda	5	6
TOTAL	80	100%



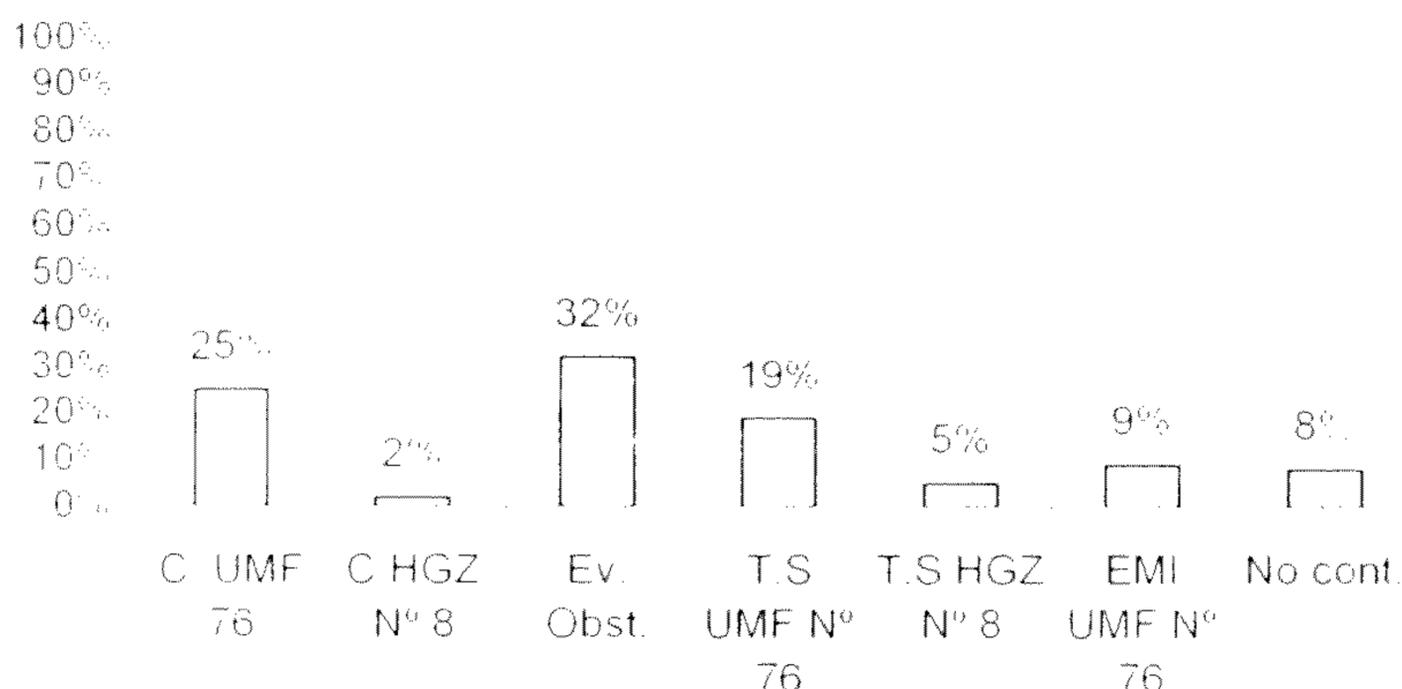
FUENTE: Encuesta directa 2004.

Vemos que el personal médico que más otorga el consentimiento informado a las mujeres son los médicos pues están en mayor contacto con las pacientes tanto en las consultas médicas como a la hora del parto. Le siguen las enfermeras y el personal de trabajo social, una parte no recuerda quien se los proporcionó y el resto lo hizo la asistente médica de la UMF N° 76 a petición del médico familiar correspondiente.

Es importante pues, que el equipo de salud participe en la educación para la salud de ésta población, ya que una paciente bien informada tomará decisiones más adecuadas considerando su estado general de salud y sus posibilidades económicas y familiares.

10. ¿EN QUÉ MOMENTO SE LO PROPORCIONARON?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) En una consulta UMF N° 76	20	25
b) En una consulta HGZ N° 8	2	2
c) Momentos antes del evento obstétrico	26	32
d) Pláticas de trabajo social UMF N° 76	15	19
e) Pláticas de trabajo social HGZ N° 8	4	5
f) EMI UMF N° 76	7	9
g) No contestaron	6	8
TOTAL	80	100%

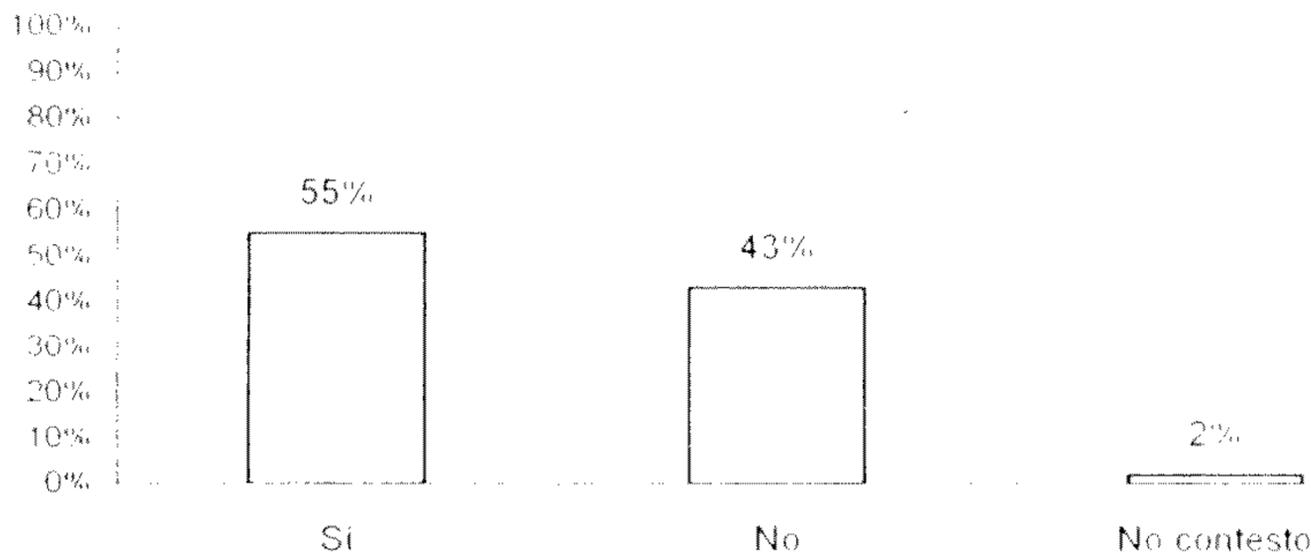


FUENTE: Encuesta directa 2004.

Podemos ver que a la mayoría de las pacientes se les otorgó el consentimiento informado momentos antes del evento obstétrico, lo cual puede ser causa de la negativa a utilizar método anticonceptivo, pues no se les orientó lo suficiente ni les permiten tomar una decisión junto con su pareja. El segundo lugar lo ocupan las consultas en la UMF N° 76, otorgados por el médico familiar personal experto y adecuado para brindar la información, posteriormente se ubican las pláticas de trabajo social en la UMF N° 76 y posteriormente las del HGZ N° 8; por último encontramos el módulo de EMI y el resto de las mujeres no recuerda el momento en que se los proporcionaron.

11. ¿LO FIRMÓ USTED Y SU PAREJA?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	44	55
b) No	34	43
c) No contesto	2	2
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

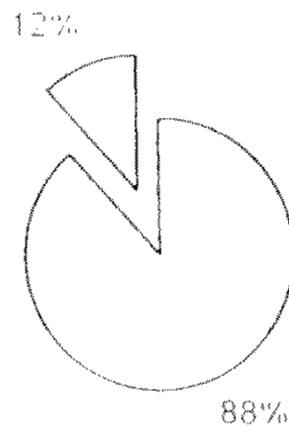
Vemos que poco más de la mitad de las pacientes firmó el consentimiento informado junto con su pareja lo cual indica que si no recibieron la información juntos la mujer se encargó de proporcionársela y así tomar una decisión de pareja, el resto lo hizo solo con su firma, pues con esa basta para la autorización de la colocación del método elegido, y principalmente sucede a causa de que acuden solas a las consultas o porque se los dieron momentos antes del evento obstétrico.

Es importante tener en cuenta que el hecho de que se otorgue el documento del consentimiento informado momentos antes de ingresar al quirófano o a la sala de expulsión para obtener la firma de aceptación, no es el adecuado, pues las condiciones en las que se encuentra la paciente no le permiten tomar decisiones adecuadas pues muchas veces se precipitan, y deciden utilizar algún método que no es el mejor tomando en cuenta sus condiciones de salud, o por no tomar decisiones equivocadas se niegan a utilizar cualquier método para hacerlo posteriormente al parto con más calma, tiempo durante el cual puede ocurrir un nuevo embarazo.

De esta forma no se cumple el objetivo del consentimiento informado, el cual es salvaguardar el derecho de la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo, pues el momento de recabar el documento no es el más indicado, pues es muy apresurado y no le permiten a la paciente razonar su decisión ni platicarlo con su pareja

12. ¿ESCOGIÓ EN ESE MOMENTO ALGÚN MÉTODO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Si	70	88
b) No	10	12
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

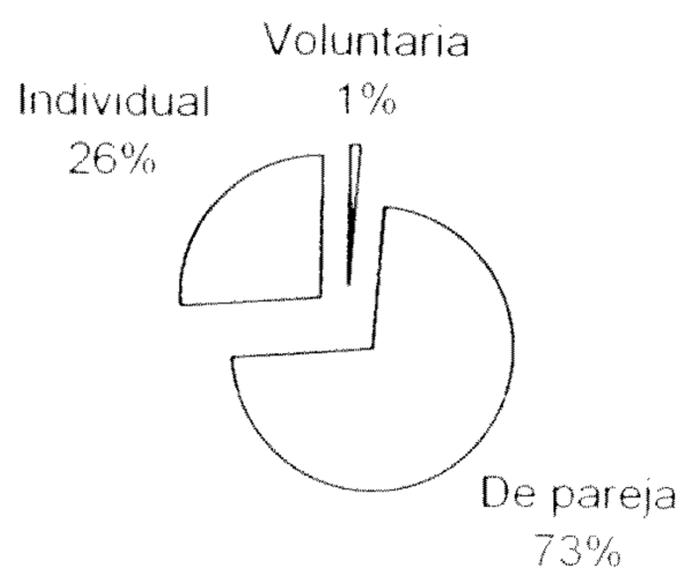
Observamos que un porcentaje significativo de mujeres decidió utilizar algún método anticonceptivo después del parto. Este porcentaje es igual al número de mujeres que en algún momento habían recibido información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar y que por consiguiente conocían las ventajas y desventajas de su utilización. Esto también comprueba que el nivel de escolaridad no es determinante para que se tome una decisión adecuada pues la mayoría solo estudio hasta la secundaria y algunas de las mujeres profesionistas decidieron no protegerse.

Un poco más de 10% decidió no utilizar método anticonceptivo principalmente porque lo harán cuando pase la cuarentena, otras porque simplemente no quisieron y el resto porque su utilización les ocasiona molestias.

De las 70 mujeres que aceptaron utilizar algún método anticonceptivo encontramos que un 62% decidió utilizar el DIU, un 30% se practicó la OTB, un 4% esperará a que pase su etapa de puerperio para colocarse el implante subdérmico, un 3% utilizará las inyecciones y un 1% las pastillas, estos tres últimos porcentajes alertan al personal de salud a brindar una información más completa, pues se conoce que las mujeres que piensan lactar a sus hijos no podrán utilizar estos métodos hormonales hasta después de la etapa de puerperio pues interfieren con la lactancia, lo cual implica la posibilidad de un nuevo embarazo durante ese período.

13. ¿LA DECISIÓN QUE TOMÓ SOBRE USAR O NO MÉTODO ANTICONCEPTIVO FUE UNA DECISIÓN?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Voluntaria	1	1
b) De pareja	58	73
c) Individual	21	26
TOTAL	80	100%

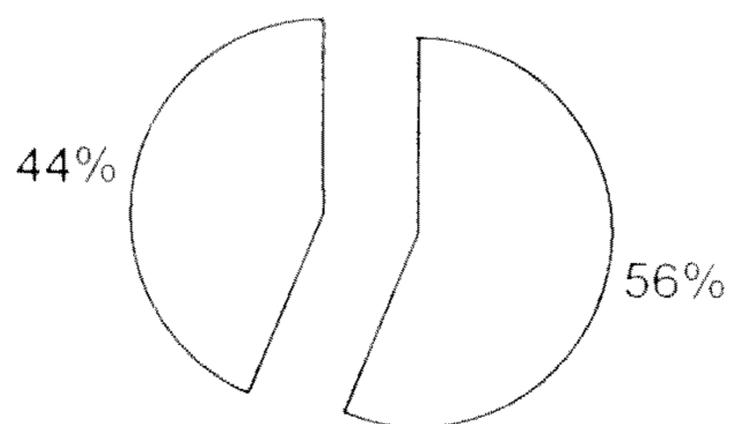


FUENTE: Encuesta directa 2004

La mayoría de las mujeres tomo la decisión de protegerse anticonceptivamente junto con su pareja a consecuencia de que la mayoría son casadas o viven en unión libre. Le siguen las que tomaron su decisión de manera individual y el resto voluntariamente.

14. ¿ANTERIORMENTE HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sí	45	56
b) No	35	44
TOTAL	80	100%

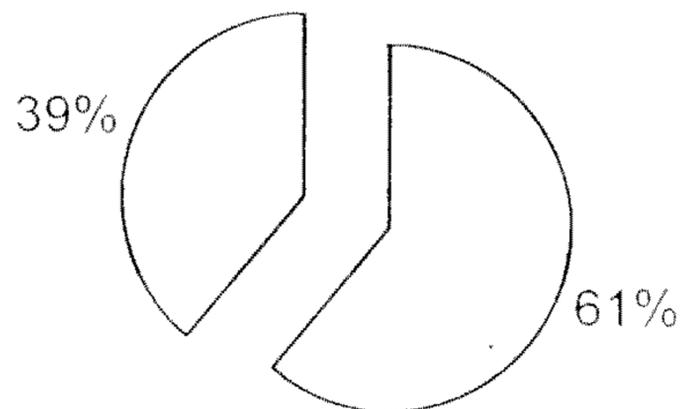


FUENTE: Encuesta directa 2004

Un poco más del 50% de las mujeres había utilizado métodos anticonceptivos con anterioridad, lo cual puede ser un factor condicionante para que nuevamente los utilicen, pues ya conocen los efectos que tiene sobre su cuerpo y si no les ocasiono molestias lo consideraran adecuado para volverlo a utilizar. Entre los que habían utilizado con anterioridad encontramos el DIU, inyecciones, condón y las pastillas respectivamente. El resto de las mujeres manifestó no haber utilizado ningún método con anterioridad y su decisión se basó en la información que recibieron acerca del tema.

15. ¿LA INFORMACIÓN QUE RECIBIÓ DEL PERSONAL DE SALUD INFLUYÓ EN LA TOMA DE SU DECISIÓN?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Sí	49	61
b) No	31	39
TOTAL	80	100%



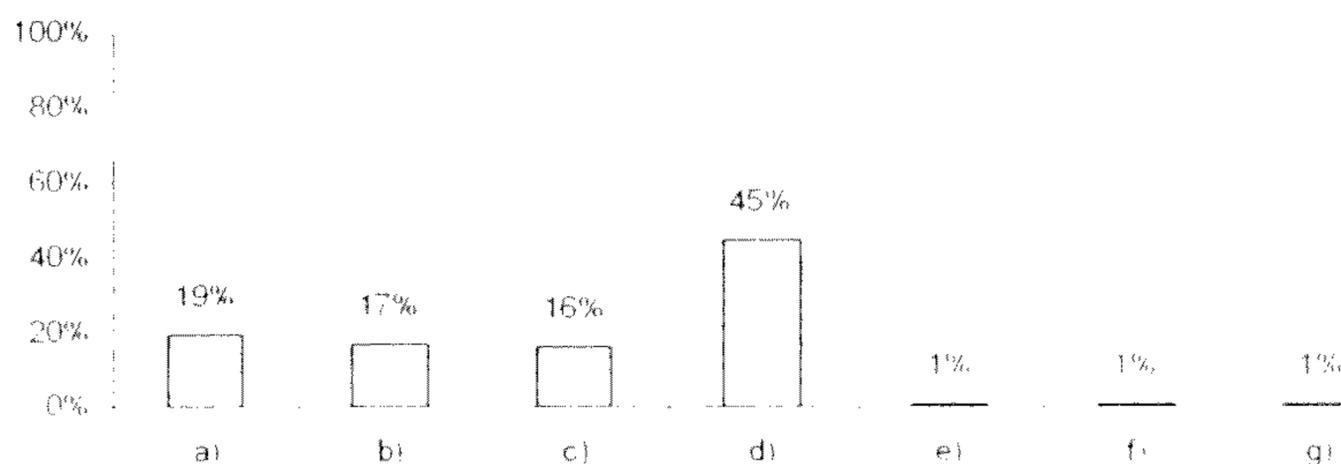
FUENTE: Encuesta directa 2004

Más del 50% de las pacientes manifestó que la información que recibieron del personal de salud sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos influyó en la toma de su decisión tanto para aceptar como para rechazar el uso de algún método. Al resto no les influyó la información que recibieron para tomar su decisión. Esto nos muestra la importancia que tiene orientar a las mujeres desde el embarazo para que poco a poco conozcan las ventajas y desventajas de la protección anticonceptiva y en base a esto tomen la decisión más adecuada.

16. SEÑALE LOS MOTIVOS DE ACEPTACIÓN O RECHAZO

ACEPTACIÓN:

CONCEPTO	FREC ABSOLUTA	FREC RELATIVA
a) Esperar un tiempo para tener otro hijo	13	19
b) Riesgo obstétrico	12	17
c) Paridad satisfecha	11	16
d) Método conveniente	31	45
e) Trabaja	1	1
f) Madre soltera	1	1
g) Se lo aconsejaron	1	1
TOTAL	70	100%



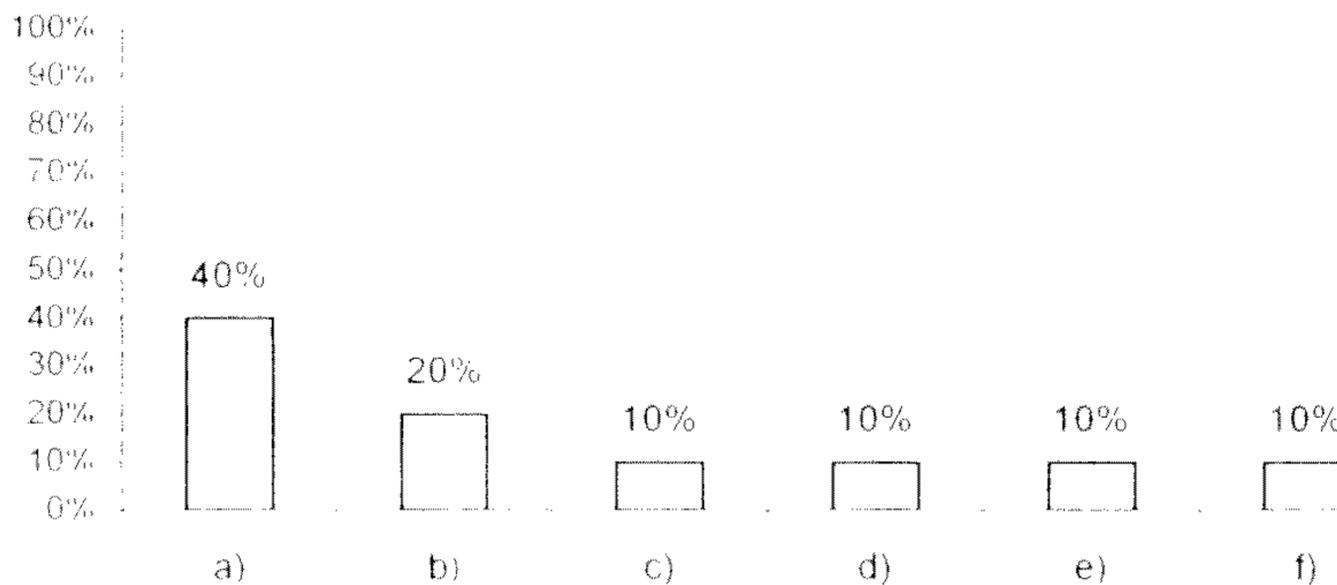
FUENTE: Encuesta directa 2004.

La gráfica representa a las mujeres que aceptaron utilizar algún tipo de método anticonceptivo.

Más del 50% de las pacientes aceptaron utilizar algún método anticonceptivo y los motivos por los cuales lo hicieron son en primer lugar porque el método que escogieron era el más conveniente para ellas según sus condiciones el de mayor elección fue el DIU, le siguen las que se quieren esperar para tener otro hijo respetando así el tiempo adecuado que marca el intervalo intergénésico considerando que a la mayoría se les practicó cesárea. Posteriormente encontramos a las que tienen su paridad satisfecha y a las que su riesgo obstétrico es elevado y principalmente eligieron la OTB como operación definitiva para ya no tener más bebés. Por último encontramos con igual porcentaje a las mujeres que aceptaron utilizar método porque trabajan, son madres solteras o se los aconsejaron. Aquí nuevamente se confirma que el nivel de escolaridad no es determinante para que un mayor porcentaje de mujeres acepten utilizar métodos anticonceptivos, pues aunque los niveles educativos de este grupo no fueron los más altos se vio que hubo un gran porcentaje de aceptación.

RECHAZO:

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Lo hará posteriormente	4	40
b) No le gustan	2	20
c) No tiene pareja	1	10
d) No quiere	1	10
e) No hablo con su esposo	1	10
f) Le causan molestias	1	10
TOTAL	10	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004

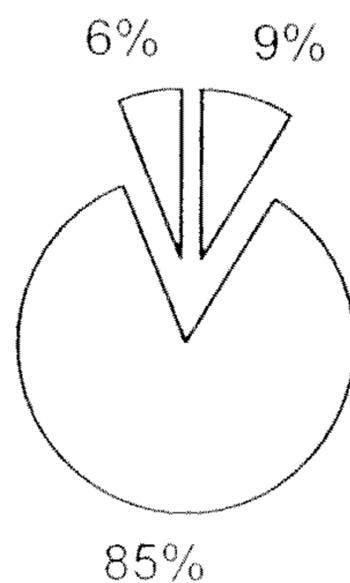
Esta gráfica representa a las mujeres que rechazaron utilizar algún tipo de método anticonceptivo

El 12% de las pacientes rechazó protegerse anticonceptivamente, manifestaron por motivos que lo harán posteriormente ya que pase su etapa de puerperio, le siguen las que no les gusta utilizarlos y con iguales porcentajes las que son solteras, no quieren, no hablaron con su pareja o porque les causan molestias.

Cabe mencionar que dentro de estas 10 mujeres que se negaron dos de ellas eran profesionistas al igual que sus esposos.

17. ¿EN GENERAL CÓMO CALIFICARÍA LA ATENCIÓN QUE LE HA PROPORCIONADO EL IMSS EN CUANTO A LA ATENCIÓN DE SU EMBARAZO Y EVENTO OBSTÉTRICO?

CONCEPTO	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
a) Muy bien	7	9
b) Bien	68	85
c) Regular	5	6
TOTAL	80	100%



FUENTE: Encuesta directa 2004.

En general la mayoría de las mujeres le otorgó una buena calificación a la atención que brinda el IMSS en general, pues desde las consultas consideran que recibieron buen trato y durante sus partos se les atendió bien. Le siguen las que lo califican como muy buena atención y por último el calificativo regular y se lo otorgaron al personal médico y de enfermería manifestando que depende mucho del turno en que se les atiende pues este personal las maltrata mucho.

7.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

La mayor parte de las familias de las pacientes corresponden a familias extensas pues se integran de 4 a 6 miembros. Otra parte significativa pertenece a familias nucleares de 1 a 3 integrantes principalmente formada por los padres y un hijo.

Las pacientes pertenecen a una población joven de entre 20 a 30 años, generalmente casadas y el resto ya sean solteras, separadas o en unión libre continúan viviendo con sus padres o algún otro familiar, conformando así a familias extensas.

En cuanto a su escolaridad la mayoría de las pacientes cursó su educación básica algunas la secundaria y otras hasta la preparatoria, son más las pacientes con profesión que las que no terminaron la primaria. Existe un equilibrio entre la escolaridad de la paciente y su pareja pues ellos también cursaron en su mayoría la educación básica y aún cuando hubo analfabetas fueron más los hombres con profesión.

La principal ocupación de la paciente es dedicarse al hogar pues un 70% de ellas corresponde a este rubro, solo el 27% desempeña alguna actividad este porcentaje incluye a las que trabajan como empleadas que son mayoría y a las profesionistas independientes en donde encontramos abogadas, doctoras contadoras y maestras, solamente un 3% continúa estudiando a nivel profesional.

El 100% de las parejas de la paciente trabaja, ya sea como empleado o desempeñando algún oficio como mecánico, albañil, panadero, hojalatero, entre otros; existe mayor número de profesionistas en la población masculina pues conforman un 5% de esta población y encontramos abogados, médicos y diseñadores gráficos.

La ocupación tanto de la paciente como de su pareja son determinantes sobre los ingresos que reciben pues en ambos casos los que se desempeñan como empleados no ganan más de \$3,500 pesos al mes, las parejas en donde los ingresos que reciben superan los \$5,600 pesos mensuales corresponden a los profesionistas puede ser solo el hombre o la pareja, pues hubo casos en donde ambos tenían profesión.

Las parejas generalmente viven en casa propia, pues son recién casadas en la etapa procreativa de la familia; otra parte vive en casa rentada o prestada la mayoría en zonas urbanas y en asentamientos regulares.

Las construcciones de las casas son la mayoría de cemento, el techo y el piso así como las paredes, tienen de 2 a 3 cuartos en los cuales se distribuyen de a 3 personas los padres y un hijo; una gran parte cuenta con los servicios de agua, luz, drenaje, pavimentación y alumbrado público principalmente en las zonas urbanas y semiurbanas, pues en las zonas rurales se carece de drenaje y pavimentación. Los servicios de teléfono y telecable son poco requeridos en las familias debido al alto costo que representan.

En cuanto al tipo de aseguramiento de la paciente observamos que una gran parte son beneficiarias esposas, pues como vimos anteriormente la mayoría se dedica al hogar, otra parte obtiene su seguro social por medio de su trabajo aunque fueron muy pocas las mujeres que lo hacen; tienen menos de un año de estar aseguradas por lo tanto solo han utilizado los servicios de medicina familiar durante su control prenatal y gineco-obstetricia después del parto.

Las pacientes consideran que la atención que brinda el personal médico del servicio de gineco-obstetricia (médicos, enfermeras, asistente médica, trabajadora social y dietología) es buena, pues les atendieron todas sus necesidades.

Los datos obstétricos de la paciente dejan ver que la mayoría ha tenido de 2 a 3 gestas, le siguen las primigestas y por último las que han tenido más de 4 embarazos.

El último evento obstétrico de las pacientes resultó ser la cesárea motivo por el cual se encontraban hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia.

La mitad de las pacientes se embarazó antes de los 20 años y tienen de 2 a 4 hijos, una gran parte corresponde a las primigestas y es en ellas donde resulta importante brindar información sobre el tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro sobre todo por la cesárea que se les practicó, pues las multigestas solo dejaron pasar menos de un año entre un embarazo y otro lo cual eleva su riesgo obstétrico.

En cuanto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos la mayoría de las pacientes refirió haber recibido con anterioridad información sobre los métodos de planificación familiar, la cual fue otorgada principalmente por personal del IMSS durante su control prenatal; ésta información proporcionada por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales fue clara y entendible, usaron material como rotafolios e imágenes gráficas para hacer más clara la información, se les orientó sobre los tipos de métodos, su funcionamiento, tiempo de uso, efectividad, forma de uso y complicaciones que pueden surgir; a decir de las pacientes fue el personal de trabajo social quién brindo la información más completa acerca de este tema.

El método anticonceptivo más conocido fue el DIU, le siguieron las pastillas e inyecciones y posteriormente el implante subdérmico, el preservativo y la OTB, pues estos son los métodos que se promueven dentro del IMSS; los óvulos, e ritmo, el método de Billings y el coito interrumpido son poco conocidos aunque fueron mencionados tomando en cuenta que una de las pacientes es doctora.

Durante la etapa del embarazo la mayoría de las pacientes estuvo bajo control prenatal acudiendo regularmente con su médico familiar fueron pocas las que tenían elevado riesgo obstétrico y que por lo tanto requirieron atención más especializada y se les envió con el ginecólogo; más de la mitad de las mujeres acudió a por lo menos dos pláticas en trabajo social en donde se les habló de los métodos de planificación familiar.

El consentimiento informado es la toma de decisión voluntaria, suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo. Tiene como objetivo salvaguardar el derecho de la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo.

Este documento se les debe otorgar a las pacientes antes del parto, la mayoría manifestó conocerlo y haber recibido como información del documento por parte del personal de salud que se los otorgó la forma de llenarlo y su utilización como autorización en la colocación de algún método, las pacientes que dijeron desconocerlo manifestaron que se los dieron a firmar sin explicarles su función lo cual es motivo de influencia en la toma de su decisión.

Principalmente es el médico quien otorga el consentimiento informado a la paciente pues están en mayor contacto, tanto en el control prenatal como a la hora del parto, a este personal le siguen las enfermeras y las trabajadoras sociales, este personal está suficientemente capacitado para brindar información clara y completa a las pacientes buscando con esto la aceptación de algún método anticonceptivo.

En la mayoría de los casos el consentimiento informado se les dio a las pacientes momentos antes del evento obstétrico lo cual puede ser causa de negativa a utilizar algún método pues se les toma por sorpresa y el estado físico y emocional en el que se encuentran no les permite tomar una decisión adecuada, además que no les dieron la oportunidad de platicar sus expectativas reproductivas con sus parejas.

Fueron pocas las mujeres que llegaron al hospital con su consentimiento informado elaborado en su Unidad de Medicina Familiar ya sea por el médico, la enfermera, la trabajadora social o la asistente médica.

Por lo tanto la mayoría de los consentimientos informados se firmaron solo por la paciente pues no fue posible recabar la firma de la pareja la cual no es necesaria para la colocación del método, pues basta con la autorización de la paciente.

De acuerdo a los resultados de la investigación se observó que un 88% de las pacientes aceptaron utilizaron algún método anticonceptivo posteriormente al parto y solo el 12% rechazó su utilización, esto refleja que de alguna manera las pacientes tomaron una decisión adecuada, ya sea por haber obtenido información por parte del personal de salud o en algún otro lugar, y en el caso de las pacientes que se negaron es importante averiguar si recibieron información o no, y en caso de ser afirmativo el porqué de su negativa. Así mismo la mayoría había utilizado con anterioridad algún método de planificación familiar y si no lo cambiaron por otro con más ventajas continuaron utilizando el mismo. El método de mayor aceptación fue el DIU el cual es el más recomendable para ser utilizado posteriormente al parto, sobre todo si se piensa amamantar, además de ser el método de más promoción dentro del IMSS.

En cuanto a la información sobre métodos de planificación familiar que el personal del IMSS brinda a la mujer embarazada el 61% consideró que las ayudó en la toma de su decisión pues lo hicieron de manera voluntaria pero suficientemente informada. Con esto se comprueba que depende mucho de la información que se les brinda a las pacientes y su pareja sobre las ventajas y desventajas de la protección anticonceptiva para que éstas acepten utilizar algún método, el resto aún cuando se les orientó no influyó en la toma de su decisión pues lo hicieron por conciencia propia y por motivos personales, pero sobre todo con la información necesaria.

Los principales motivos de aceptación fueron el haber utilizados métodos anticonceptivos con anterioridad, el querer respetar el intervalo intergenésico marcado para cuando se les practica cesárea, por tener un elevado riesgo obstétrico, por tener paridad satisfecha y por último las pacientes que trabajan, son madres solteras o por haber sido aconsejada por otra persona.

Las pacientes que rechazaron utilizar métodos de planificación familiar mencionaron que se esperarán a que pase la etapa de puerperio, otras porque no les gusta o no quieren utilizarlos, por no haber hablado con sus esposos, por ser madres solteras o por las molestias que les causo haber utilizado métodos de planificación familiar con anterioridad.

La participación del profesionalista de Trabajo Social en materia de Educación para la Salud juega un papel muy importante dentro del IMSS, pues a través de la formación de grupos busca orientar y capacitar a las mujeres para que creen una conducta favorable con lo cual en el momento indicado se tomen decisiones acertadas en cuanto a la planificación familiar.

Se pudo observar que las mujeres que fueron orientadas en el tema de metodología anticonceptiva y planificación familiar tomaron decisiones adecuadas que fomentan la salud en ellas mismas y por consiguiente provocan el bienestar de toda la familia; es por esto necesario que el personal de salud dentro del IMSS principalmente los Trabajadores Sociales participen continuamente en la educación de su población buscando con esto incrementar la salud y prevenir los daños a ésta.

CONCLUSIONES:

El objetivo general de ésta investigación se cumplió, pues se determinaron los principales motivos de aceptación y rechazo a utilizar métodos anticonceptivos en mujeres pos evento obstétrico atendidas en el Hospital General de Zona N° 8.

Así mismo los objetivos específicos se cumplieron pues se identificó el nivel de escolaridad de las pacientes que aceptaron o rechazaron utilizar métodos anticonceptivos, el perfil socioeconómico, también las alternativas de elección de métodos que se tiene en el hospital y se describió el proceso de atención a la salud el cual toda mujer embarazada recibe.

La hipótesis que guió la investigación fue:

“A mayor nivel educativo de las mujeres pos evento obstétrico más adecuado será su comportamiento sobre la aceptación o rechazo del uso de algún método anticonceptivo”.

Los resultados arrojados permiten disprobar la hipótesis, pues se pensaba que a mayor nivel educativo en las mujeres pos evento obstétrico, más adecuado sería su comportamiento sobre la aceptación o rechazo del uso de algún método anticonceptivo.

Se observó que la mayoría de las pacientes curso sus estudios hasta la secundaria y algunas la preparatoria y de las 4 profesionistas que se entrevistaron 2 de ellas se negaron a utilizar algún método anticonceptivo, siendo que sus parejas también tenían carrera profesional, en los dos casos porque el método utilizado con anterioridad era el método natural por lo cual decidieron continuar con su uso y así no tomarían ni se aplicarían ningún medicamento.

En muchas ocasiones aunque la paciente haya cursado solo la primaria, basta con que se le explique las ventajas y desventajas de la protección anticonceptiva para que acepten utilizar algún método; por lo tanto se concluye que importa más la información que se les brinde sobre métodos de planificación familiar antes del parto para que su comportamiento sea adecuado a la hora de aceptar o rechazar utilizar algún método, ya que lo harán de manera libre pero suficientemente informada.

Se puntualizan las siguientes conclusiones:

- Un factor determinante para la aceptación de utilizar algún método anticonceptivo es la información que la paciente haya recibido anteriormente sobre el tema.
- El nivel de escolaridad tanto de la paciente como de su pareja no fue un factor determinante para aceptar utilizar algún método anticonceptivo.
- La participación del personal de salud, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, juega un papel importante e influyente en la toma de decisiones de la paciente sobre aceptar o rechazar el uso de métodos anticonceptivos.
- El que la paciente haya utilizado métodos anticonceptivos con anterioridad influye para que acepte nuevamente utilizarlos.
- El otorgar el consentimiento informado momentos antes del evento obstétrico provoca que la paciente rechace utilizar algún método anticonceptivo.
- Una gran parte de las pacientes llegó al Hospital General de Zona N° 8 sin haber llenado su consentimiento informado.

Por todo lo anterior se confirma que la Educación para la Salud es uno de los capítulos más importantes de la Salud Pública, pues a través del conjunto de acciones que van dirigidas a la población en este caso a las mujeres, se provoca que éstas desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud y por consiguiente tomar decisiones adecuadas.

PROYECTO:

“PROCESO PARA LA OBTENCIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A MÉDICOS,
ENFERMERAS Y TRABAJADORES SOCIALES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 76 Y EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA N° 8”

JUSTIFICACIÓN

La protección anticonceptiva es un tema de actualidad, pues constantemente se crean métodos anticonceptivos cada vez menos dañinos para el cuerpo humano. La población a través de la educación para la salud ha comenzado a tomar conciencia sobre los beneficios de tener familias pequeñas, a diferencia de hace años cuando se creía que el número de hijos que se tendrían dependía de un poder divino y para el logro de esto usa alguno de los métodos anticonceptivos más convenientes de acuerdo a sus necesidades.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social específicamente en la Unidad de Medicina Familiar N° 76 y el Hospital General de Zona N° 8 de Uruapan se hace promoción a la salud reproductiva informando y orientando a la población sobre la gran variedad de métodos con los que se cuenta, la aceptación o rechazo de estos depende de las expectativas reproductivas de cada pareja, pero el personal de salud cumple su función al mantener informada a la población sin importar la decisión final que se tome

Debido a los resultados arrojados en la investigación, nos dimos cuenta que un factor influyente en la toma de decisión de las pacientes pos evento obstétrico para aceptar o rechazar utilizar algún método anticonceptivo, es el momento en que se les otorgue el Consentimiento Informado, pues en la mayoría de los casos se los otorgaron momentos antes de evento obstétrico, lo cual no les permite a las pacientes reflexionar acerca de su decisión y si tienen pareja a compartirla con ella.

Pocas pacientes ingresaron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona N° 8 con el Consentimiento Informado elaborado, lo cual indica que en su Unidad de Medicina Familiar omitieron entregárselos o en su defecto las pacientes lo olvidaron en casa, sobre todo cuando llegan de forma espontánea al hospital.

El Consentimiento Informado es la toma de decisión voluntaria y suficientemente informada sobre la adopción de un método anticonceptivo y por medio de este trabajo se pretende determinar los momentos así como los profesionales adecuados para brindar la información y obtener el Consentimiento Informado.

LOCALIZACIÓN Y COBERTURA

El proyecto se llevará a cabo en el Hospital General de Zona N° 8, los médicos, enfermeras y trabajadores sociales tomarán en cuenta a pacientes provenientes tanto de su Unidad de Medicina Familiar como a las que se encuentren hospitalizadas, en control prenatal en segundo nivel o pacientes pos evento obstétrico que no aceptaron utilizar ningún método anticonceptivo.

MARCO INSTITUCIONAL

El proyecto formará parte del programa de Planificación Familiar que se lleva a cabo en todas las instituciones pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS

GENERAL:

Salvaguardar el derecho de las mujeres a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo.

ESPECÍFICOS:

- Obtener el Consentimiento Informado en la aceptación del uso de un método anticonceptivo antes del evento obstétrico.
- Informar a las pacientes sobre los beneficios de la protección anticonceptiva.
- Presentar a las pacientes la gama de métodos anticonceptivos disponibles en la institución.
- Informar las ventajas y desventajas del uso de cada uno de los métodos.

NIVEL DE INTERVENCIÓN

El trabajo se desarrollará de acuerdo al método de trabajo social de grupos principalmente, pues a mujeres embarazadas se les integrará a grupos con el objeto de que reciban la información, y con mujeres pos evento obstétrico será necesario utilizar el método de trabajo social individualizado pues es necesario brindarles la información de manera individual a fin de recabar el Consentimiento Informado inmediatamente. Las funciones serán retomadas de la guía para la obtención del Consentimiento Informado que proporciona el IMSS.

TÉCNICA

CONSEJERÍA:

Se considera la más adecuada para el desarrollo del trabajo, pues nos permite investigar las expectativas reproductivas de cada paciente para así mismo proceder a la obtención del Consentimiento Informado además de ser la técnica aconsejada en la Guía para la Obtención de este documento que proporciona el IMSS.

DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Trabajador Social de la UMF N° 76 y del HGZ N° 8
- Médico Familiar
- Enfermera Materno Infantil 1º y 2º nivel
- Médico no familiar (ginecólogo)
- Mujeres embarazadas y pos evento obstétrico que no tengan el Consentimiento Informado.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Unidad de Medicina Familiar N° 76
- Hospital General de Zona N° 8

RECURSOS MATERIALES

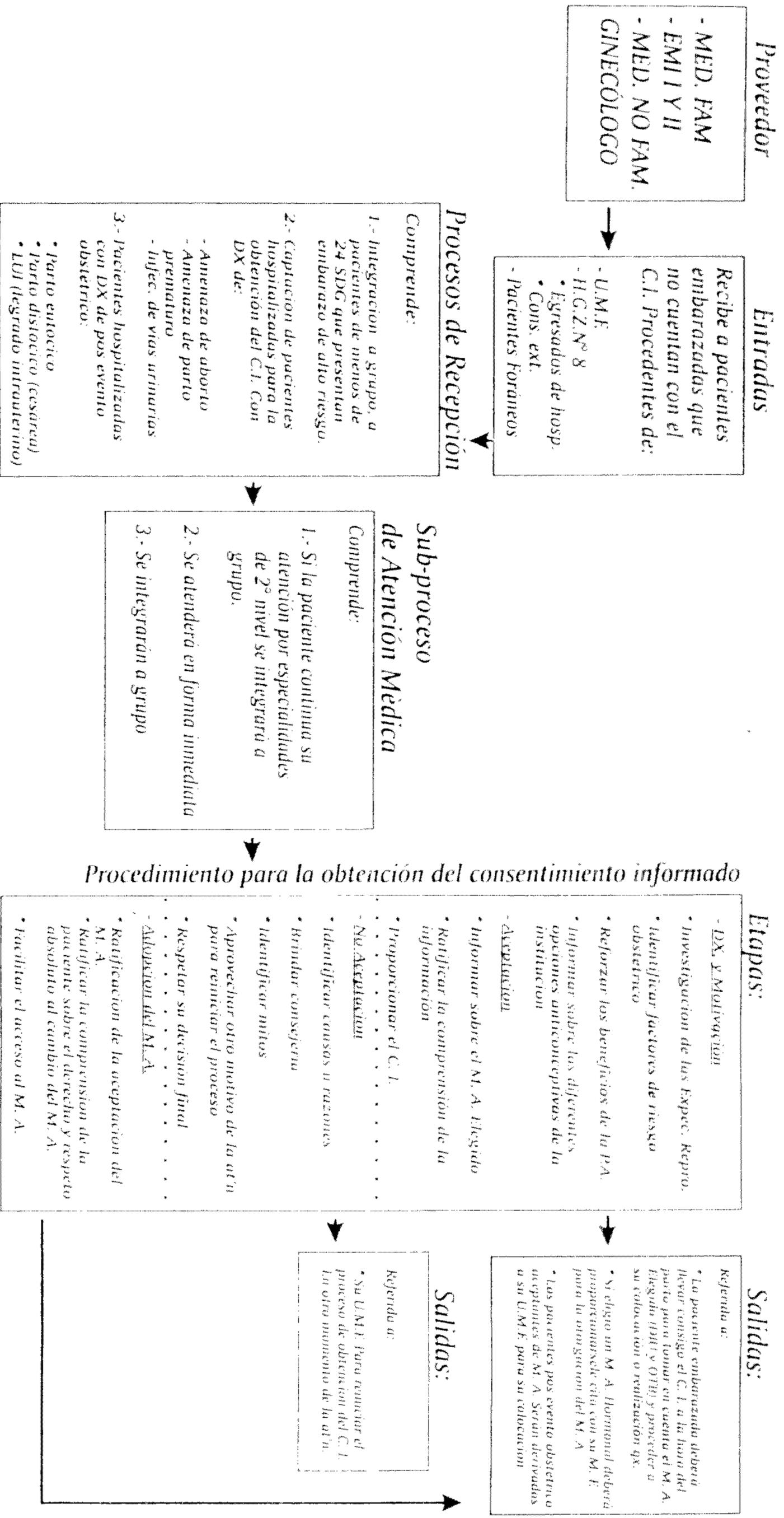
- Material didáctico
- Material de papelería
- Hojas del Consentimiento Informado

RECURSOS FINANCIEROS

No serán necesarios pues el trabajo constituye parte de las actividades que tienen que desarrollarse en materia de salud reproductiva por el personal del IMSS, tanto en la UMF N° 76 como en el HGZ N° 8.

A continuación se presenta el diagrama que muestra el proceso a seguir para la obtención del Consentimiento Informado:

Diagrama para la obtención del consentimiento informado



EMI - Enfermera materno infantil C.I. Consentimiento informado DX Diagnóstico P.A. Protección Anticonceptiva M. A. Método anticonceptivo

DESCRIPCIÓN DEL DIAGRAMA PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

PROVEEDORES Y ENTRADAS:

El médico familiar, la enfermera materno infantil en el nivel de atención I y II y el médico no familiar (ginecólogo) reciben a pacientes embarazadas que no cuentan con el Consentimiento Informado procedentes de:

- Su Unidad de Medicina Familiar
- Del Hospital General de Zona N° 8, egresadas de hospitalización y a las que acuden a consulta médica de especialidades
- A pacientes foráneas

PROCESOS DE RECEPCIÓN Y SUB PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA:

Las mujeres que no estén hospitalizadas serán integradas a grupos en su Unidad de Medicina Familiar correspondiente, los cuales son organizados por parte del personal de Trabajo Social cuando tengan menos de 24 semanas de gestación y presenten embarazos de alto riesgo, en los cuales se pretende brindar la información necesaria sobre metodología anticonceptiva y obtener el Consentimiento Informado.

Las mujeres hospitalizadas con amenaza de aborto, de parto prematuro o con infección de vías urinarias que aún no cuenten con el Consentimiento Informado serán atendidas de forma inmediata a su hospitalización para obtener el documento, ya sea por parte del personal de Trabajo Social o por el de Enfermería, siempre llevando a cabo las etapas que marca el procedimiento para la obtención del documento: en caso de no ser recabado o de negativa de la paciente a utilizar algún método anticonceptivo ésta será derivada a las pláticas de Trabajo Social brindadas en su Unidad de Medicina Familiar para ahí continuar con el proceso en busca de la aceptación.

En el caso de las mujeres hospitalizadas con diagnóstico de pos evento obstétrico sin Consentimiento Informado que ya hayan sido atendidas por el Personal de Trabajo Social o de Enfermería y no hayan aceptado la utilización de algún método, serán derivadas a su médico familiar y éste tomará la decisión de brindarles la información él mismo o derivarlas a los grupos que se lleven a cabo en la Unidad de medicina Familiar.

PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este procedimiento consta de 4 etapas:

1. Diagnóstico y motivación
2. Aceptación
3. No aceptación
4. Adopción del Método Anticonceptivo

SALIDAS:

Las etapas de diagnóstico y motivación, aceptación y adopción del método anticonceptivo, corresponden a las mujeres aceptantes de método anticonceptivo y de acuerdo al que hayan elegido se les colocará inmediatamente después del parto en el caso del DIU y la OTB o en su defecto serán enviadas a su unidad de medicina familiar para la otorgación del método en el caso de los hormonales orales, inyectables y del implante subdérmico. Cabe mencionar que en ésta fase del proceso las mujeres ya cuentan con el documento del Consentimiento informado debidamente requisitado.

Las mujeres que rechazaron utilizar algún método anticonceptivo serán derivadas a su Unidad de Medicina Familiar para reiniciar el proceso de obtención del Consentimiento Informado en otro momento de la atención médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR, Carrillo Ramón. Enciclopedia Temática de la Vida Sexual. Ed. Ediciones Técnicas Educativas, S.A. México, 1981.
2. AMEZÚA, Efigenio. Ciclos de Educación Sexual. Ed. Fontanella. Barcelona, 1973.
3. ANDER-Egg, Ezequiel. Métodos del Trabajo Social. Ed. Espacio. Argentina, 1997.
4. BRADY, Robert. Sistema Reproductor. Curso Programado de Anatomía y Fisiología. Ed LIMUSA. México, 1980.
5. BUTIÑÁ Jiménez, Carmen. Puericultura: Embarazo, primera infancia y Pubertad. Ed. CEAC. Barcelona, España, 1987.
6. ELIA, David. La Anticoncepción. Ed. Argos Vergara. Barcelona, España, 1982.
7. HERNAN San Martín. Salud y Enfermedad. Ed. Copilco. México, D.F., 1981.
8. MONROY De Velasco, Anameli. Trabajo Social y Sexualidad Humana. Ed. Pax-México. D.F., 1985.
9. NETTER, Albert. Educación Sexual. Ed. Saivat Editores S.q. Barcelona, 1973.
10. PORTILLA González, Raúl. Planificación Familiar. Ed. UNAM. México, D.F., 1990.
11. ROJAS Soriano, Raúl. Métodos para la Investigación Social. Ed. Plaza y Valdés editores. México, D.F., 1998.
12. SÁNCHEZ Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública. Ed. Méndez editores. México, D.F., 1994.
13. STOPPARD, Miriam. Guía Médica para la Mujer Vol. I. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.

IMSS:

1. Bases Generales de Actividades de Educación para la Salud Reproductiva. 1998
2. Carpeta de Educación para la Salud de la Dirección General de Promoción a la Salud y la Dirección General de Extensión y Cobertura de la Secretaría de Salud.
3. Servicio Médico Social. Clínica Hospital de Zona 5/12. IMSS 1999.
4. Contrato Colectivo de Trabajo. SNTSS 1993-1995
5. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2000.
6. Folletos de Salud Reproductiva Integral. DIU, Pastillas, Inyecciones, OTB, Vasectomía y el Implante Subdérmico.
7. Nueva Ley del IMSS. Coordinación General de Comunicación Social del IMSS. 1998.
8. Programa de Trabajo del Hospital General de Zona N° 8. 2000.

HEMEROGRAFÍA:

1. Revista de Trabajo Social N° 9. El Perfil del Trabajador Social en el Área de Salud. Lic. Terán Trillo Margarita

ANEXOS

7. Número de personas que duermen por habitación:

- Habitación 1 _____
- Habitación 2 _____
- Habitación 3 _____
- Habitación 4 _____

8. Servicios públicos con los que cuenta:

a) Agua potable	
b) Luz	
c) Drenaje	
d) Pavimentación	
e) Alumbrado público	
f) Teléfono	
g) Telecable	

IV. TIPO DE ASEGURAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

1. Usted es asegurada:

- a) Trabajadora b) Benef. Esposa c) Benef. Hija d) Benef. Madre e) Seg. estudiante

2. ¿Cuánto tiempo tiene de contar con el seguro?

- a) 1 año o menos b) 2 a 5 años c) 6 a 10 años d) 11 o más

3.- ¿De cuáles especialidades ha requerido atención médica?

a) Medicina interna	
b) Trauma	
c) Cirugía	
d) Pediatría	
e) Gineco	
f) Oftalmología	
g) C. reconstructiva	
h) Otorrinolaringología	
i) Renales	
j) Médico Familiar	
k) Laboratorio	

4.- ¿De los servicios que requirió de gineco para su atención; cómo los calificaría?

CALIFICACIÓN	MÉDICOS	ENFERMERAS	ASIST. MÉD.	TRAB. SOC.	DIETOLOGÍA
a) Muy bueno					
b) Bueno					
c) Regular					
d) Malo					
e) Muy malo					
f) No contesto					
g) No lo requirió					

V. DATOS OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE

1.

A) GESTAS		B) PARTOS		C) CESÁREAS		D) ABORTOS	
-----------	--	-----------	--	-------------	--	------------	--

2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?

- a) 12 a 15 años b) 16 a 20 años c) 21 a 25 años d) 26 a 30 años
e) 31 o más

3. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

- a) 1 b) 2 a 4 c) 5 a 7 d) 7 o más

4. ¿Cuántos hijos muertos tiene?

- a) 1 b) 2 a 4 c) 5 a 7 d) 7 o más

6. ¿De la atención médica que ofrece el IMSS a la mujer embarazada usted acudió a?

SERVICIO	Nº CONSULTAS
a) Médico familiar	
b) EMI	
c) Medicina preventiva	
d) Dental	
e) Trabajo social	
f) Dietología	

7. ¿Conoce el documento del Consentimiento informado?

- a) Sí b) No

8. ¿Se le dio información respecto al Consentimiento Informado?

- a) Sí b) No c)Cuál _____

9. ¿Qué personal de salud se lo proporcionó?

- a) Médico b) Enfermera c) Trabajadora Social d) Asistente médica

10. ¿En qué momento se lo proporcionaron?

- a) En una consulta UMF 76 _____ HGZ Nº 8 _____
b) En las pláticas de Trabajo social UMF 76 _____ HGZ Nº 8 _____
c) Momentos antes del evento obstétrico
d) EMI UMF 76 _____ HGZ Nº 8 _____

11. ¿Lo firmó usted y su pareja? (si la tiene)

- a) Sí b) No Porque: _____

12. ¿Escogió en ese momento algún método?

- a) Sí b) No Cuál: _____

13. ¿La decisión que tomó sobre usar o no método anticonceptivo fue una decisión?

- a) Voluntaria b) De pareja c) Individual d) Obligada e) De familia

14. ¿Anteriormente ha utilizado métodos anticonceptivos?

- a) Sí b) No Cuál: _____

15. ¿Considera que la información que le proporcionó el equipo de salud contribuyó en su toma de decisión?

- a) Sí b) No

16. ¿Señala los motivos de aceptación o rechazo?

ACEPTACIÓN	RECHAZO

17.- ¿En general cómo calificaría la atención que le ha proporcionado el IMSS en cuanto a la atención de su embarazo y evento obstétrico?

a) Muy bien b) Bien c) Regular d) Mal e) Muy mal ¿Por qué?

ANEXO 2

ANEXO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

"A mayor nivel educativo de las mujeres embarazadas post evento obstétrico, más adecuado será su comportamiento sobre la aceptación o rechazo del uso de algún método anticonceptivo."

X
V.I.

y
V.D.

Nivel educativo de las mujeres post-
Evento obstétrico.

Adecuado comportamiento sobre la acepta-
ción o rechazo del uso de algún método an-
ticonceptivo.

X1
Características socioculturales

Y1
Actitud ante la aceptación o rechazo de --
Algún método anticonceptivo.

X2
Acceso a los servicios de atención médica

Y2
Control prenatal

X3
Conocimiento adquirido sobre los MPF

Y3
Consentimiento informado