



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
ALTOTONGA, VER.

CONOCIMIENTOS SOBRE PLANIFICACION
FAMILIAR EN LAS MUJERES TRABAJADORAS DE LA
MAQUILADORA "LIDERES INDUSTRIALES DE ROPA SA. DE CV."

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA: BELEN PATRICIA MONTES GRAJALES

ASESORES:

DR. IGNACIO HERVERT HERNANDEZ
DRA. ELIZABETH SOLER HUERTA
DRA. GRACIELA MOTA VELASCO

MARTINEZ DE LA TORRE, VER. OCTUBRE 2007



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.

A mi esposo:

Matías Miguel Gutiérrez Díaz

Gracias por esa comprensión y apoyo en todo momento para la realización de mis metas, en los momentos difíciles, por ser padre y madre para nuestros hijos en los momentos de ausencia. Gracias por ese amor que has demostrado en estos 12 años de vida juntos. Eres un gran hombre.

Te amo.

A lo más valioso para mí.

Mis hermosos hijos: Ana Belén y José Alberto

Son el motivo para seguir adelante y lograr mis metas. Los amo con toda mi alma

Por su confianza y apoyo para la realización de este trabajo, por su gran interés en la salud de sus trabajadores. Le agradezco sus atenciones.

Muchísimas Gracias

Dr. Ignacio Soler Huerta

Dr. Ignacio Hervert Hernández Investigación Médica

Coordinador académico HGZ No28 Mtz de la Torre Ver

Por su valiosa colaboración y asesoría para la realización de este trabajo. Por su apoyo incondicional en esos momentos difíciles.

Muchas gracias.

Dra. Aída V. Blanco Comejo

Coordinadora Delegacional de Educación Médica

Le agradezco su apoyo que me brindo para que una servidora continuara con su formación académica. Muchísimas gracias.

Sr. Freddy Perdomo

Empresa "líderes Industriales de Ropa SA de CV"

Por su confianza y apoyo para la realización de este trabajo, por su gran interés en la salud de sus trabajadores. Le agradezco sus atenciones.

Muchísimas Gracias

Dra. Graciela Mota V.

Médico Familiar

Gracias por ese interés y apoyo para la realización de este trabajo.

Dra. Elizabeth Soler Huerta

Dr. Ignacio Hervert Hernández Investigación Médica

Coordinador académico HGZ No28 Mtz de la Torre Ver este

Por su valiosa colaboración y asesoría para la realización de este trabajo. Por su apoyo incondicional en esos momentos difíciles.

Muchas gracias.

Dra. Alda V. Blanco Comejo

Coordinadora Delegacional de Educación Médica

Le agradezco su apoyo que me brindo para

que una servidora continuara con su formación académica. Muchísimas gracias.

Sr. Freddy Perdomo

Empresa "líderes Industriales de Ropa SA de CV"

Por su confianza y apoyo para la realización

de este trabajo, por su gran interés en la

salud de sus trabajadores. Le agradezco sus

atenciones.

Muchísimas Gracias

Dra. Graciela Mota V.

Médico Familiar

Gracias por ese interés y reg

para la iniciación de este trabajo

Dra. Elizabeth Soler Huerta

Coordinadora Delegacional en Investigación Médica

Gracias por su valiosa asesoría para la realización de este trabajo y el gran interés demostrado para nuestra formación académica. Pero sobre todo, gracias por su amistad.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:


Dra. Aída V. Blanco Cornejo
Coordinadora Delegacional de Educación Médica
Le agradezco su apoyo que me brindo para
que una servidora continuara con su formación
académica. Muchísimas gracias.

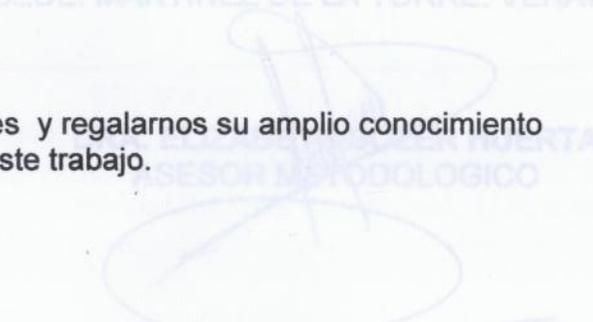

DR. IGNACIO HERVERT HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y COORDINADOR GENERAL DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

SEDE: MARTINEZ DE LA TORRE, VERACRUZ.

Dra. Graciela Mota V.

Médico Familiar

Gracias por ese interés y regalarnos su amplio conocimiento
para la iniciación de este trabajo.


DR. IGNACIO HERVERT HERNANDEZ

DRA. GRACIELA MOTA VELASCO

CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA MAQUILA “ LIDERES INDUSTRIALES DE ROPA SA DE CV.”

Montes Grajales B. P.

Unidad de Medicina Familiar No 43 Ext. Jalacingo, Ver.

RESUMEN

OBJETIVO.

Evaluar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las mujeres trabajadoras de la maquiladora Líderes Industriales de Ropa SA de CV después de una intervención educativa

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio Cuasiexperimental en dos grupos de mujeres en edad reproductiva trabajadoras de la maquiladora Líderes Industriales de Ropa SA de CV adscritas a la UMF No 43 de Jalacingo Ver. La intervención consistió en una estrategia educativa, participativa en el área laboral.

Se incluyeron al grupo de intervención y control, mujeres en edad de 15 a 49 años, que aceptaran participar en el estudio, que no utilizaran ningún método de planificación familiar. Se excluyeron mujeres analfabetas, embarazadas. Se eliminaron las mujeres que no cumplieron el 100% de la capacitación. Los datos se analizaron utilizando paquete estadístico statistic, utilizando U de Mann. Whitney para comparación de muestras independientes, y prueba de Wilcoxon para muestras dependientes.

CONCLUSION.

Este estudio nos permitió reconocer que establecer estrategias de capacitación en el área laboral de las pacientes incrementa los conocimientos sobre los mismos, ya que la principal causa de la no utilización fue la falta de información.

INDICE

INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO	18
JUSTIFICACION	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
OBJETIVOS	33
METODOLOGIA	34
VARIABLES	36
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	39
PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	40
PLAN DE PROCESO DE DATOS Y ANALISIS	41
CONSIDERACIONES ETICAS	42
RESULTADOS	43
DISCUSION	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	49

INTRODUCCION

Se hace evidente la importancia de la planificación familiar como política de salud que contribuye a la salud reproductiva permitiendo la decisión libre, conciente, y voluntaria de las parejas para determinar cuantos y cuando tener los hijos que desean, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos, su finalidad es reducir la morbimortalidad materno infantil, que las parejas disfruten plenamente la sexualidad y se logre una maternidad y paternidad responsables.

Pocos programas de desarrollo han hecho una contribución tan importante para reducir la pobreza como la planificación familiar, cuyos beneficios llegan a todos los niveles individual, familiar, comunitario, nacional y mundial. El acceso a este programa puede considerarse como un derecho humano y como medio de aumentar las opciones que las mujeres tienen durante sus vidas. **(1,2)**

En 1952 en la India surgió el primer programa nacional de planificación familiar, al tratar el tema del desarrollo nacional y la necesidad de regular la fecundidad en la década de los 60 y 70 se suman otros países. En América latina en 1961 solo un país ofrecía estos servicios, en 1975 ya eran 17 y en 1983 solo 2 no lo brindaban. Por su gran aceptación quedó confirmado en las conferencias mundiales celebradas en Bucarest (1974) y México (1984).

Muchos de los problemas que enfrenta el mundo de hoy, se relacionan directamente con la explosión demográfica y su profunda repercusión social y ambiental. **(2)**

En la sociedad moderna se ha permitido que la mujer actual ocupe un lugar cimero en la constitución de una nueva generación y esto tiene repercusión sobre la familia. El nacimiento de un hijo en el momento apropiado, de acuerdo con el deseo de los padres, constituye un hecho social de vital importancia en nuestro tiempo que no debe agravar la situación económica de la familia. **(3)** Entre las funciones mas importantes del medico familiar están las de promoción y prevención de la salud; cae en este campo la planificación de familiar.

La planificación familiar es una opción para liberar a las parejas del temor de que ocurra un embarazo no deseado y puede mejorar la vida sexual, las relaciones de la pareja, y el bienestar familiar.

Esta debe lograrse con la participación libre, conciente, y voluntaria de las parejas, para lo que se impone que los individuos tengan una adecuada educación sexual. Este proceso educativo puede tener lugar en cualquier etapa de la vida: esta enseñanza debe ser activa, conciente y sistemática. Y es responsabilidad de padres, maestros, medios de comunicación y del sector de la salud. **(3)**

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, que es “la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido”. El Médico y la Enfermera de la familia en su contexto laboral, que es la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de toda la población femenina en edad reproductiva, y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. **(4)**

Es importante dar a las parejas el tipo de consejo e información que les permita tomar por si mismas dediciones prudentes; quien aconseja debe vencer sus propios prejuicios para dar información imparcial y evitar moralizar, ello es difícil cuando hay diferencias de cultura o religión. Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestro propósito como políticas, culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de hombre---mujer, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño. La ilusión natural de casi todo el mundo es tener hijos. ¿Cuántos? , es una cuestión que se vera influida por múltiples factores como: educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades. **(2,5)**

Un aspecto prioritario que debe intensificarse es la investigación operativa que permita la evaluación y el diseño de nuevas estrategias: la información la educación y la comunicación se consideran elementos importantes de los programas

de planificación familiar. Sin embargo implementar acciones de esta naturaleza requiere de una investigación mucha más profunda que la que existe en la actualidad. La decisión de adoptar un método anticonceptivo que debe estar precedida de cambios en los valores, en el comportamiento y en las actitudes en relación con la sexualidad, o bien generarlos. De la misma manera la posición de la mujer dentro de la familia y la sociedad afecta y es afectada por esta práctica. En México, la capacidad para llevar a cabo investigaciones en temas de planificación familiar, es alta tanto desde el punto de vista de los recursos humanos capacitados, como del apoyo institucional y de organismos internacionales. Sin embargo aun se requiere de especialistas en esta esfera, en particular de aquellos que se pudieran incorporar a instituciones gubernamentales. **(6)**

En el quehacer profesional, es común evidenciar, deficientes resultados en los programas de planificación familiar. El alto porcentaje de deserción de las usuarias, la inasistencia injustificada a los controles y por consiguiente el incremento de embarazos no deseados nos hace pensar que nuestra labor esta fallando. La mayoría de las veces intentamos implementar diversas estrategias con el fin primordial de motivar a la comunidad derechohabiente hacia la receptividad y comprensión de la responsabilidad de cada individuo consigo mismo y para con la colectividad. Es imperativo reconocer la máxima importancia de no desechar la práctica de la conserjería en la planificación familiar como una herramienta vital para el buen desempeño de los programas en las instituciones prestadoras de servicio de salud obteniendo mejores resultados en el aumento de las aceptantes de métodos de planificación familiar. **(7).**

La intervención educativa se concibe como el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos, dicha intervención va dirigida a la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vistas, que conforman el componente cognitivo de las actitudes.**(2)**

Por lo regular, las actividades de aprendizaje que realiza el participante las hace compartiendo responsabilidades con sus compañeros y el capacitador; siendo así, es importante que el instructor aproveche este potencial enriquecedor del esfuerzo colectivo introduciendo elementos dinamizadores como son las técnicas didácticas de aprendizaje.

Las técnicas didácticas son procedimientos operativos que sirven como medio para alcanzar un objetivo de aprendizaje, clarificación de dudas, facilitar descanso y relajación del grupo y cuya aplicación es orientada por un método de enseñanza.

Es importante aclarar que dichas técnicas solo son medios para alcanzar un fin, en otras palabras, por si mismas ellas no “proveen el conocimiento”, pero si son medios que empleados adecuadamente facilitan la consecución de objetivos en el proceso enseñanza-aprendizaje. **(8)**

Las Técnicas Didácticas se clasifican en: Individuales: Se pueden aplicar independientemente de la existencia o no del grupo, o sin la interacción de este, su eje de trabajo es “maestro-alumno-contenido” como la conferencia informal, congreso, simposio, etc.

Las Técnicas grupales son: Cohesión: Las técnicas de cohesión propician la unión del grupo en sus diferentes etapas de desarrollo y mantienen sus fuerzas integradoras.

Se pueden orientar a: La movilización grupal: hacer que los participantes se relacionen entre si y tengan la oportunidad de intercambiar experiencias con diversos compañeros a lo largo del taller. Es la formación de equipos: por colores, números, selección natural, bote salvavidas, zapatos al centro y otros.

Las técnicas de producción grupal facilitan el cumplimiento de las tareas del grupo, organizan las formas de discusión, el análisis temático, la toma de acuerdos y responsabilidades de los participantes, la expresión de opiniones. Ellas permiten ejercitar destrezas y habilidades.

La construcción grupal: hace explícitos, impulsan y refuerzan la ideología y los valores del grupo. Ejemplos: islas, destrucción y construcción del mundo. Fuerzas impulsoras y paralizadoras, clarificación de valores.

La lectura de las necesidades y del clima grupal es indispensable para el capacitador, ello le permite la mezcla de técnicas, la profundización en una de ellas y la adaptación de la agenda sin perder la meta final. . (9,10)

Como elegir la técnica adecuada:

Las diversas técnicas de grupo poseen características variables que las hacen aptas para determinados grupos en distintas circunstancias. La elección de la técnica adecuada en cada caso corresponde generalmente al conductor del grupo, salvo cuando el grupo es lo suficientemente maduro para decidir por si al respecto.

Factores que deberán tomarse en cuenta para la selección de la técnica: según los objetivos que se persigan, según la madurez y entrenamiento del grupo, según el tamaño del grupo. Según el ambiente físico, según las características del medio externo, según las características de los miembros, según la capacitación y experiencia del conductor o capacitador del curso.

Todas las técnicas grupales, didácticas o vivenciales tiene como finalidad implícita: desarrollar el sentimiento del “nosotros” al integrarse, enseñar a pensar activamente, enseñar a escuchar de modo comprensivo y a analizar, desarrollar capacidades de cooperación, intercambio, responsabilidad, autonomía, respeto y creatividad, vencer temores e inhibiciones, superar tensiones y crear sentimientos de seguridad, crear una actitud positiva ante los problemas de las relaciones humanas, favorable a la adaptación social del individuo.

Formas de comunicación en planificación familiar:

Introducción: Variadas son las formas de comunicación que se emplean en salud reproductiva y planificación familiar; así es frecuente referirse a la motivación, promoción, educación y consejería como las opciones utilizadas para intervenir en el proceso de comunicación educativa. Sin embargo, no siempre se tiene un concepto preciso de las características distintivas de cada una de ellas.

Por otra parte, es conveniente recordar que la motivación es un proceso que debe lograrse en cualquiera de las formas de comunicación empleadas, ya que, las personas actúan motivadas por el interés de satisfacer necesidades físicas, económicas, sociales, de seguridad, etc.; por lo tanto, la conducta humana no se genera sin motivo, sino que obedece a intereses y deseos, tanto personales como propiciados por las circunstancias en que vive.

A continuación enunciaremos las formas de comunicación en planificación familiar.

Motivación:

Se conoce como motivación la respuesta de un individuo a un estímulo externo, que lo hace actuar en determinada forma.. Los problemas de salud, generalmente no se miden ni se valoran en cuanto a trascendencia y magnitud por la propia población en forma espontánea. La mayoría de las veces es necesario que el equipo de salud se los haga sentir apoyándose en evidencias y recurriendo a su capacidad de persuasión, hasta que la población los sienta como suyos y contribuya a su resolución..

En planificación familiar, como en muchos aspectos de la vida, se requiere de una motivación permanente, tanto para los que realizan la promoción y otorgan el servicio, como para los usuarios del programa de planificación familiar, ya que si se carece de esta motivación, difícilmente la labor redundara en resultados satisfactorios.

Promoción:

Es una forma de comunicación elemental, para promover e informar de un programa, actividad o un servicio.

Aun cuando pudiera juzgarse muy sencilla y simple, no lo es, implica tanto un amplio conocimiento del programa y sus beneficios, como de las técnicas, recursos didácticos y contenidos promocionales que permitan a los diferentes miembros del equipo de salud, orientar y motivar a la población hacia la demanda de métodos anticonceptivos.

Información:

Consiste en mayor información a los usuarios en las unidades Médicas sobre planificación familiar y los métodos anticonceptivos temporales y definitivos en forma honesta y clara, explicando los mecanismos de acción, formas de utilización, las ventajas, las desventajas y posibles complicaciones y riesgos de los mismos.

Es ampliar conocimientos sobre la reproducción y la sexualidad humana en planificación familiar, sida y otras enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de capacitación y aprendizaje.

Educación:

La educación es un proceso social condicionado por el desarrollo económico, político de los pueblos para que un grupo humano transmita a las nuevas generaciones su cultura e ideales.

La educación es un “proceso social que tiende a capacitar al individuo para actuar conscientemente frente a nuevas situaciones de la vida”, ya que es un conjunto de influencias que se ejercen en forma espontánea a través del medio físico y del ambiente social, (familia, iglesia, comunidad).

La educación en planificación familiar es el proceso de adquisición activa de nuevos elementos o habilidades relacionados con la anticoncepción, la sexualidad o las enfermedades de transmisión sexual, para lograr a largo plazo un cambio en las actitudes y comportamientos de la sociedad en general a través de la familia, la pareja y los individuos.

La educación va más allá de la entrega de información sobre anticonceptivos; es una comunicación bidireccional para ayudar a los usuarios a ampliar su conocimiento y entendimiento sobre diversos temas.

Consejería:

Es un contacto directo con el usuario, que nos permite entender en forma mas profunda sus necesidades. Los usuarios tienen un papel activo; participan, preguntan, exponen sus dificultades, expectativas y sentimientos. La consejería nos permite llegar más allá de la información y es de carácter mas profundo que la educación. Hay que clarificar dudas, disminuir temores, despejar algunos mitos y conflictos relacionados con el uso de un método anticonceptivo o con la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual o sida.(8).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los métodos anticonceptivos se dividen en métodos temporales y definitivos.

MÉTODOS TEMPORALES.

Como su nombre lo dice son métodos que se van a utilizar por el tiempo que la paciente lo quiera.

Anticoncepción sistémica (oral).

Existen varios tipos de anticonceptivos orales, entre los que podemos citar los estrógenos aislados, los progestágenos solos (minipíldoras) y los estrógenos y progestágenos combinados que pueden administrarse en dosis fijas, secuenciales, (bifásicos o trifásicos) y los llamados de depósitos (inyectables). Entre los compuestos que los integran tenemos los estrógenos sintéticos, el etinilestradiol y el mestranol.

Dentro de los progestágenos podemos referirnos a los derivados de la progesterona (el acetato de medroxiprogesterona, el acetato de megestrol, el acetato de clormadinona y el superlitin). Existen también los derivados de la testosterona dentro de los cuales están los derivados de la 19- norestisterona, el noretinodrel, el norgestrel, la noretisterona y el linestrenol.(5,11)

Anticoncepción sistémica parenteral. Progestágenos solos.

De esta existen 2 tipos, que son el depo-provera (DAMP) que es el depósito de medroxiprogesterona de 150mg con un tiempo de duración de su acción de 3 meses (12 semanas). El otro tipo es el noriterat, que no es otra cosa que el enantato de norestisterona de 200mg con 2 meses (8 semanas) como tiempo de acción. (5)

Implante subdérmico (norplant).

Son 6 pequeños tubos de silicona de 2,4 mm. de diámetro y 3,4 cm. de longitud, y cada uno contiene 36 mg de la hormona (levonogestrel); se implantan subdérmicamente en la cara interna del brazo con un efecto anticonceptivo de 5 años. (5,11)

Anticoncepción poscoital.

Se les conoce como “píldoras de la mañana siguiente” o “anticoncepción poscoital”, pues cualquier sustancia estrogénica en dosis suficiente impide la implantación del óvulo. Actualmente se utiliza dentro de las 72 h después del coito 2 tabletas de 50mg de etinilestradiol o 2 de 0.25mg de levonogestrel, y después 2 más a las 10 h siguientes. (5)

Anticonceptivos vaginales.

En 1985 se propugna anillo vaginal que libera dosis bajas de progestágenos, y en 1991 existen los anillos vaginales de progesterona (Consejo Mundial de Población), los cuales constituyen un método eficaz durante la lactancia, sin efectos nocivos para la leche materna, ni el desarrollo del bebé.(5)

Espermicidas.

Estos anticonceptivos vienen en espumas, aerosoles, cremas, toallas sanitarias, jaleas vaginales o supositorios vaginales. Se usan poco tiempo antes del coito, inmovilizan los espermatozoides y también impiden en algo su llegada al útero. Tienen alta tasa de fracaso, su efecto dura poco tiempo. (11)

Diafragmas.

De estos existen 3 tipos: resorte de alambre enroscado, resorte de alambre plano y resorte angulado. (11)

Capuchones cervicales.

Hay 3 tipos: vimule, cervical y dumas o bóvedas. Los capuchones cervicales de goma con borde flexible se usan con espermicidas, se introducen en la vagina y cubren el cuello uterino, evitando así el paso de espermatozoides al útero. (5,11)

Condón femenino.

Aparece por primera vez en el Reino Unido. Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm. de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano. Su desventaja es su alto costo, 7 mil pesos el doble del condón masculino.(5)

Condomes masculinos.

En 1990, 45 millones de parejas lo utilizaban en el mundo. El condón es seguro u fácil de usar no necesita supervisión médica previene ETS, quizá disminuya sensibilidad el placer durante el acto sexual. Es cierto que interfiere con la estimulación precoito, pero esto se puede mejorar si se erotiza su uso. Fundamentalmente falla por su uso inadecuado e inconstante, reduce el placer sexual, es asociado en muchos países y culturas con el sexo ilícito. (5,11)

Retiro o coito interrumpido.

Es el método más antiguo de anticoncepción masculina. En América Latina cerca del 18% de las parejas lo usan o lo han usado alguna vez, aunque tiene alta tasa de fracaso. (5)

Abstinencia periódica.

Es una forma también antigua y frecuente de contracepción, y aunque es considerado por algunos expertos como método femenino, lo incluimos aquí porque requiere la cooperación masculina para su realización.(11,5)

Dispositivo intrauterino (DIU)

Estos empezaron a utilizarse de forma generalizada hace 20 años. Los dispositivos con cobre T de cobre dan protección hasta 5 años. Entre los mecanismos de acción tenemos que aumenta la velocidad de traslado del óvulo por las trompas, reduce el número de espermias que llegan al oviducto y los incapacita, disminuye el número de espermatozoides que penetran el mucus cervical, son incapacitados con separación de cabeza-cola en presencia del cobre. (5)

MÉTODOS DEFINITIVOS

Como su nombre lo dice, son utilizados por los pacientes que no desean tener más hijos.

Esterilización femenina o ligadura de trompas de Falopio.

Es un método permanente, casi irreversible del control de la natalidad. Imposibilita el paso de óvulos a través de trompas seccionadas, actualmente tiene varias técnicas quirúrgicas, y la más usada en nuestro país es la silpingectomia parcial bilateral por el método de Pomeroy. (11,5)

Vasectomía o esterilización masculina

Método definitivo o permanente de PF para el varón, que consiste en una intervención quirúrgica en la cual se bloquean los conductos de los espermatozoides hacia el exterior par anular su capacidad de fecundación. (5,11)

MARCO TEORICO

El financiamiento de la planificación familiar a nivel internacional es un elemento importante del programa de ayuda exterior norteamericano. El acceso a la planificación familiar tiene como resultado familias más saludables, faculta a la mujer y aumenta sus oportunidades económicas y, al estabilizar el crecimiento poblacional, mejora el medio ambiente mundial. El apoyo norteamericano a programas de planificación familiar a nivel internacional hace hincapié en la planificación voluntaria de la familia como parte de un enfoque integrado de población y desarrollo, que incluye actividades complementarias que promueven la salud, la condición social de la mujer la supervivencia infantil y familiar fuertes. Más de 50 millones de parejas en los países en desarrollo utilizan la planificación familiar como resultado directo del programa poblacional de la agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional (USAID) **(12)**.

Los programas de planificación familiar, a través de la oferta de una amplia gama de métodos anticonceptivos, han contribuido de forma importante al aumento de la utilización de anticonceptivos en los países en desarrollo. Este aumento, a su vez, ha tenido un impacto evidente en el descenso de la fecundidad desde mediados de los años 60. Aunque el crecimiento económico también ha desempeñado un papel esencial, se estima que el 43% de la reducción de la fecundidad mundial durante el período 1965-1990 se puede atribuir a los programas de planificación familiar. **(13)**

Sabemos que la planificación familiar da resultado. Según USAID, en los países que han recibido fondos para la planificación familiar, el tamaño medio de la familia ha disminuido de 6 a 4 hijos. El acceso de la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones inteligentes acerca de la maternidad, la salud y el bienestar económico. **(12,13)**

Esta tendencia ha sido documentada en países como Rusia, las repúblicas de Asia central, México y Colombia.

Mientras el congreso debate sobre los fondos para la planificación familiar a nivel internacional, hay mujeres, niños y familiares en todo el mundo que sufren las consecuencias de un acceso reducido y/o limitado a los servicios de planificación familiar. en 1997 tres respetables organizaciones privadas de ayuda para el desarrollo ---care, save the children, y World visión--- escribieron a todos los miembros del congreso para expresarles su preocupación acerca de las demoras y restricciones en el suministro de servicios completos de salud familiar en comunidades pobres de todo el mundo.

El recortar y/o limitar los fondos para la planificación familiar a nivel internacional son acto miope y mal aconsejado que tienen como consecuencias devastadoras en la salud y el bienestar de mujeres y niños en los países en desarrollo. La planificación familiar puede prevenir el 25% de todas las muertes maternas, al permitirles a las mujeres demorar la maternidad, evitar embarazos no deseados y abortos peligrosos, y protegerse contra enfermedades de transmisión sexual. (12)

La década de los 60 marca la etapa en la que México inicia la participación en la planificación familiar. en esos años muchos investigadores entre ellos Boris Rubio y Manuel Mateos Candado, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez palacios, en el instituto nacional de nutrición; Juan Gines, Ramón Aznar y Roger Lara, en el IMSS; José Ruiz Moreno en el hospital militar; y José Arias Huerta en el centro materno infantil “ Maximino Ávila Camacho” iniciaron la organización de los servicios en los que se atendían a gran numero de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos y, además en los que se investigan nuevos hormonales anticonceptivos, nuevos dispositivos anticonceptivos, pero sobre todo en los que se iban acumulando experiencias de nuevas subespecialidades.

Al iniciarse la década de los setenta, las presiones feministas en México a favor de la anticoncepción son ya evidentes, particularmente a consecuencia de la información proveniente de los estados unidos, en donde el uso de la anticoncepción hormonal esta muy difundida.

Por otra parte el sector gubernamental comienza a escuchar con atención las corrientes científicas del área de la demografía, representadas entre otras, por el colegio de México, que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional de nuestro país, ya que en solo en 20 años el número de sus habitantes se había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos mas cortos.

.La respuesta mayoritaria de estos sectores fue favorable a la legalización de los servicios de planificación familiar;(14) por lo cual Moya Palencia compareció en la cámara de diputados para proponer el texto de la nueva ley general de población y luego de una sesión muy debatida, se logro la aceptación de la misma y su promulgación: 7 de enero de 1974. Es necesario leer con atención la fracción II, del artículo 3º ya que este texto dio origen a la oficialización de los servicios de planificación familiar en México,(14,11)

En esos años constituyen el inicio de una etapa revolucionaria en la que los mexicanos y las mexicanas fueron apropiándose del control de su vida reproductiva. (11).

Con este marco de actuación, el escenario que destacan las encuestas sociodemográficas nacionales de los últimos 30 años muestra que la mayoría de las mujeres mexicanas en edad fértil conoce al menos un método anticonceptivo, condición necesaria para la adopción y continuidad en el uso de la anticoncepción. El uso de anticonceptivos en las mujeres en edad fértil se incremento en forma sostenida, aunque a ritmos cada vez menores en los últimos años. Así paso de 30.7% en 1976 a 37.8% en 1979, 52.7% en 1987, 63.1% en 1992, 68.4% en 1997 y a 70.9% en 2006.(, 15)

El tipo de método utilizado por las mujeres para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas de planificación familiar, el 35.9% de las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos empleaba pastillas, 23.3% utilizaba métodos tradicionales y 18.7% empleaba el DIU.

Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando a favor de la operación femenina y el DIU. En 1987, el uso de pastillas se redujo a la mitad y el uso de métodos tradicionales en aproximadamente 30%, en cambio la utilización de la OTB como método definitivo se multiplicó por cinco logrando una participación de 36.2% en el total de las usuarias.(16)

En el uso de los métodos quirúrgicos (principalmente la OTB) ha aumentado significativamente. En 1976 8.9% de las usuarias había optado por ese método, pero a partir de entonces su peso relativo se incrementó aceleradamente hasta alcanzar 36.2% en 1987 y 41.3% en 1995.(17)

A fines de las décadas de 1960 y 1970, cuando los programas nacionales de planificación familiar comenzaron, las condiciones socioeconómicas en América Latina eran relativamente favorables para la transición de la fecundidad: aproximadamente comparables a la economía de ingresos más bajos-medios promedios de nuestros días. Existían barreras culturales que se interponían a la anticoncepción, pero los obstáculos políticos eran más importantes debido a la influencia de la Iglesia Católica. A pesar de estos obstáculos, la demanda de anticoncepción era alta y probablemente excediese a la capacidad de los programas privados y públicos iniciales. (18)

La utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil varía por entidad federativa. En 18 de ellas, en 1997, ya se había alcanzado o sobrepasado la meta de 70.2% establecida en el programa nacional de Población, e incluso en algunos estados con el Distrito Federal, Sinaloa y Baja California, se presentaron niveles cercanos a 80%. Cuatro entidades registraron una prevalencia de uso entre 65 y 70%. En contraste, 10 entidades se encontraban aún rezagadas, con niveles de uso de anticonceptivos inferiores a 65% de las mujeres en edad fértil, de las cuales destacan Guerrero, Chiapas, Guanajuato y Chiapas, donde los porcentajes aún son inferiores a 56%(16).

Dado que para entonces el Sector Salud aún no estaba estructurado como ahora, hubo necesidad de crear la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, que tuvo como función coordinar las acciones de la propia Secretaria de Salubridad y Asistencia, así llamada en aquel entonces, con las del IMSS y las del ISSSTE, que siempre han constituido los organismos de salud con mayor número de derechohabientes.

Sin embargo, lo más importante, es que el Programa de Planificación Familiar de México es ya reconocido en todo el mundo, Pero, además, paralelamente, el Sector Salud, por ser una de las figuras responsables del cumplimiento de nuestra legislación demográfica, ha permitido impactar con los programas de planificación familiar las cifras de crecimiento poblacional, ya que ha cubierto plenamente la demanda de servicios, cada vez mayor, que se ofrece a la población a través de los sectores educativos y de comunicación.(14)

Alanis Alanis M., Núñez-Rocha G. Efectos de un programa en planificación familiar, con el método PRECEDE en adolescentes embarazadas., En Monterrey Nuevo León en el 2000. EN un estudio cuasiexperimental, se llevó a cabo una evaluación antes y otra después de la intervención para determinar el incremento en conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

Resultados: El promedio de evaluación inicial de conocimientos fue de $49. +_ 18.4$ puntos vs. Evaluación final $75.2 +_ 10.65$ p .0001(19)

Hernández Gtz. J.M., Toll Calviño J.C. Intervención educativa sobre Sexualidad y Enfermedades de Trasmisión Sexual. En la Habana Cuba 1997. El Universo de estudio lo constituyeron todos los estudiantes, utilizando un grupo de estudiantes de cada nivel. El objetivo de esta investigación es determinar y modificar el nivel de conocimientos y comportamiento sexual en los adolescentes, mediante la realización de una intervención educativa. Se les aplicó una encuesta antes de la intervención educativa basada en charlas educativas, pizarra y retroproyector, video etc y otra posterior a la intervención.

Se definió el nivel de conocimientos en buenos si las respuestas correctas alcanzan el 70% o más; en Regular si van del 50 al 70% y Malo, si logran menos del 50%. Estas son consideraciones realizadas por el equipo de trabajo a partir de investigaciones nacionales revisadas.

Resultados: Según los grupos de estudiantes las respuesta regulares y malas disminuyeron del 50 al 48.5% y del 12 al 3% respectivamente de la primera a la segunda encuesta, en el décimo grado; mientras que en onceavo grado, las respuestas regulares y malas disminuyeron del 66,7 al 51.3% y del 10.3% al 0% aumentando las buenas del 2.3% al 48.7%.

En el grupo 12vo grado las respuestas regulares y malas disminuyeron del 62.1 al 42%, y del 27.3% al 0% , respectivamente de la primera a la segunda encuesta, de la misma forma que las buenas aumentaron del 8.1 al 58% **(20)**

Callejas Pérez S., Fernández Mtz. B., Realizaron un estudio antes – después de una intervención educativa (basada en charlas y entrega de documentación) sin grupo control. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Cd. de Toledo. España 2003-2004 la intervención fue dirigida a estudiantes de 4°.

Curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria, se les aplicó un cuestionario antes y después de la intervención para valorar cambio en conocimientos y actitudes.

Resultados: Tras la intervención se aprecia una mejora en el nivel de conocimientos sobre anticonceptivos y sobre transmisión del sida y una actitud mas positiva frente al VIH. **(21)**

García de Alba García. J.E., Salcedo R. A. Diabetes Mellitus tipo 2 y ejercicio físico, resultado de una intervención. En Nov. 2002 en Guadalajara Jalisco. El diseño utilizado fue una intervención previa y posterior a un programa de ejercicio físico, inicialmente 65 personas con diagnóstico de DM tipo 2 y al final 48 personas (74%)

Resultados: Los participantes presentaron un índice de capacidad física bueno y excelente al finalizar la intervención **(22)**

Dr. Mandina LI, Camejo D.L. Conocimientos en métodos de planificación familiar en mujeres con riesgo preconcepcional. Caserío Tiupac Guatemala mayo octubre 2005 publicada junio 2006. En la cual se aplicó una técnica de intervención educativa con el propósito de promover los conocimientos de planificación familiar y métodos anticonceptivos

Resultados: El conocimiento previo a la intervención era bajo en lo concerniente a conceptos, efectos indeseables y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

Se consta que el nivel de conocimientos se elevó después de la intervención con todos los acápites estudiados, con un valor de P mayor 0.05.(2)

Así, se llega al ocaso del siglo XX. Al Sector Salud, lógicamente, le ha interesado sobre todo el impacto que la planificación familiar ha tenido en la salud reproductiva, que fue la única inquietud que tuvimos los que, desde el principio, ofrecimos los recursos anticonceptivos a nuestras pacientes, no porque consideráramos que ya éramos muchos en nuestro país, sino porque ellas nos los demandaban en beneficio de su salud, a sabiendas de que la multiparidad había deteriorado sus condiciones biológicas. Y en este sentido, el Sector Salud se debe considerar no sólo satisfecho, sino también orgulloso, porque después de 30 años la salud reproductiva de nuestras mujeres ha sufrido cambios evidentes. (14)

Una de las transformaciones más profundas que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos 25 años es, sin duda, el cambio en las preferencias reproductivas y la interiorización de la planificación familiar como un valor en la vida de las personas. (11) Distintas sociedades en el mundo experimentan un proceso de cambio y buscan alternativas que satisfagan las necesidades actuales y futuras de sus pobladores. En la conferencia Internacional sobre población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994 se aceptó que: “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, con la libertad para decidir procrear cuando y con que frecuencia”.

Entendemos por **Planificación Familiar**: “el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”.(23)

Pocos programas de desarrollo han hecho contribuciones tan importantes para reducir la pobreza como la planificación familiar, cuyo beneficios llegan a todos los niveles- individual, familiar, comunitario, nacional y mundial. El acceso a este programa puede considerarse como un derecho humano y como medio de aumentar las opciones que las mujeres tienen durante sus vidas. (1) La selección de un método anticonceptivo y la continuidad en su uso dependen de diversos factores, entre los que destacan las

características socioculturales y demográficas de la pareja, la disponibilidad y calidad de los servicios(6) Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestros propósitos como políticas, culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes ya existentes, uso

de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño.(2)

En el IMSS el Programa de Planificación Familiar tiene como propósito permitir a las parejas decidir, de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, además de obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces.

Se cuenta con el respaldo de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA 2-1993) en la cual se menciona que: “La Planificación Familiar se ofrece con carácter prioritario en el marco amplio de la salud reproductiva, en un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad”. (23)

Razones importantes de bajo uso de métodos anticonceptivos:

Como ha sido reiteradamente señalado en múltiples investigaciones, la escolaridad de la mujer está positivamente relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social

Las mujeres más escolarizadas incorporaron la práctica de la planificación familiar muy rápidamente. La formación escolar incrementa la capacidad de comprensión y de manejo de información, comunicación y análisis, que son cualidades que favorecen la difusión de innovaciones. (11)

La falta de acceso a la información sobre salud reproductiva: No existe un programa de educación sexual integral en las escuelas, los medios de comunicación transmiten

mensajes ambivalentes, y los padres de familia carecen de información necesaria y además tienen dificultad para comunicarse con sus hijos sobre sexualidad. Los centros existentes carecen de las características básicas que se consideran deben tener como son confidencialidad, calidad y calidez. **(24)**

La falta de acceso a los servicios, la falta de información acerca de los métodos disponibles y de cómo surten efecto, y los temores relativos a los efectos secundarios pueden desanimar a los hombres y mujeres y hacer que no empiezan a usar anticonceptivos.

Además, las normas culturales como preferir una familia numerosa, el hecho de que se valore más a un hijo varón que a una hija, la categoría que da el ser madre y el control que ejerce el hombre en el comportamiento de la mujer—pueden influir en el comienzo del uso de la anticoncepción. **(25)**

La Baja calidad técnica y humana en los proveedores de servicios. Muchos Médicos no tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar consultas adecuadas en salud sexual y reproductiva y muchos adquieren una actitud paternal. El control de calidad es muy importante, pero el entrenamiento y la retroalimentación con los médicos y las clínicas no es suficiente para incrementar los niveles de calidad buscados. Es esencial adaptar la enseñanza en las universidades de medicina para asegurar que los futuros proveedores estén mejor preparados para este tipo de trabajo. **(24)**

Culturales: en un ambiente de pobreza y subdesarrollo donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo; por la sumisión de las mujeres al machismo y la necesidad del varón de probarse, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. **(26)**

JUSTIFICACION

La planificación familiar es ciertamente una herramienta para prevenir los embarazos no planeados o no deseados. Este estudio es factible porque nos puede generar mucha ayuda para la instalación de intervenciones educativas en grupos de mujeres en edad reproductiva para aceptación de métodos de planificación familiar y probablemente disminución de embarazos.

Cada minuto de cada día una mujer muere por complicaciones del embarazo o parto. Más del 90% de estas muertes ocurren en los países en desarrollo, donde la salud reproductiva de las mujeres es muy deficiente. En los países, en desarrollo el número de abortos efectuados en condiciones inseguras aumenta día con día y la tasa de morbilidad y mortalidad materna por esta causa, en algunas naciones alcanza cifras alarmantes. En la medida que se contribuya a disminuir los riesgos de un evento de esta naturaleza a través de la prestación de servicios de calidad, se estará también contribuyendo a abatir las complicaciones del mismo. (27) En la UMF No 43 Ext. Jalacingo los controles prenatales se presenta el mayor número en madres solteras y menores de 20 años, esto implica un aumento de los usos de los recursos por complicaciones de estos, así como el aumento en el número de incapacidades prenatales y postnatales lo que implica mayores gastos para la institución. Esto nos hace pensar que los programas de planificación familiar están fallando de alguna manera, es necesario mejorar los servicios de planificación familiar y contribuir a eliminar las barreras médicas y sociales para el uso de anticonceptivos. Otra prioridad es la incorporación de criterios de calidad en la atención, y en este sentido deben considerarse los siguientes elementos: selección informada de métodos anticonceptivos; procesos de información, educación y comunicación permanente esto a través de intervenciones educativas. Competencia técnica adecuada de los prestadores de servicio; mejoramiento continuo de la relación medico – paciente; y mecanismos adecuados de seguimiento de pacientes. Para atender efectivamente la salud de las mujeres, es necesario hacerlo bajo una perspectiva integral en el contexto de las diferentes etapas del ciclo vital.

Es fundamental tener un conocimiento amplio y claro de sus necesidades, tanto físicas como emocionales y socioculturales. Es necesario contar con diversos aliados de diversos sectores como el gubernamental, el académico y el de la sociedad civil. Y finalmente, debe considerarse el papel estratégico que juega la medicina familiar en la prestación de servicios de atención integral a la salud de la mujer. (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, los países de Europa del este y Euro Asia han pasado por una transformación económica y social que ha afectado básicamente todos los aspectos de la vida, inclusive la salud. En cierta medida la salud reproductiva de la mujer ha mejorado, porque actualmente las probabilidades de que las mujeres de la región utilicen métodos anticonceptivos modernos, y menos de que tengan un aborto para poner fin aun embarazo no planeado; pero los índices de mortalidad materna e infantil siguen siendo inaceptablemente altos, se usan pocos servicios de prevención y existe bajo conocimiento de otros temas, como la forma de prevenir el VIH/SIDA.(28)

Pese a las políticas de educación y de orientación familiar, impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en Latinoamérica continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados y lo que las propias necesidades demográficas de la región demandarían. Tan sólo un 52% de las mujeres Latinoamericanas en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, cifra muy inferior a los promedios Europeos o Norteamericanos. En México, el 53% de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) no emplean método alguno. La falta de implantación de los métodos anticonceptivos explica el elevado índice de fecundidad de la mujer Latinoamericana.(29,30)

Otro hecho que llama la atención es el elevado porcentaje de nacimientos entre los jóvenes de 15 a 19 años, que se sitúa en un 16.5% de todos los registrados. Este indicador duplica los promedios Europeos o estadounidenses, por debajo del 8%.(29)

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente, no es así. prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se da en una persona que ya no quiere reproducirse.(30)

esta naturaleza a través de la prestación de servicios de calidad, se estará también contribuyendo a abatir las complicaciones del mismo. (27)

En el quehacer profesional, es común evidenciar, deficientes resultados en los programas de planificación familiar. el alto porcentaje de deserción de las usuarias, la inasistencia injustificada a los controles y por consiguiente, el incremento de embrazos indeseados nos hace pensar que nuestra labor esta fallando, la mayoría de las veces intentamos implementar diversas estrategias con el fin primordial de motivar a la comunidad a la receptividad y comprensión de la responsabilidad en el cuidados de la salud, una salud que en gran medida depende de la conciencia y responsabilidad de cada individuo consigo mismo y para con la colectividad.(7))

Se estima que la tasa de mortalidad de México puede llegar alcanzar un índice de 130 por cada 100,000 personas que nacen. Estas tasas varían en las diferentes áreas rurales y urbanas de los distintos estados y se agravan en los casos de adolescentes en donde la tasa de mortalidad en 1998 era de 70 por cada cien mil nacimientos. El alto índice de mortalidad materna esta relacionado con el problema de accesibilidad, oportunidad de intervenciones, costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales. Faltando el gobierno entonces a su obligación de garantizar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio.

Aunque la secretaria de Salud se había planteado disminuir mortalidad materna en un 50% para el año 2000, hasta la fecha no lo ha cumplido. (31)

Si todas las mujeres que dicen no desear tener más hijos, tuvieran acceso a métodos anticonceptivos eficaces, la mortalidad materna se reduciría drásticamente y disminuiría el número de abortos y de muertes provocadas por ellos. Cada minuto muere una mujer en el mundo por causas relacionadas con el embarazo. Anualmente mueren 585 mil mujeres debido a problemas relacionados con la maternidad. La planificación familiar puede reducir la tasa total de mortalidad materna hasta en 30%.

La planificación familiar es, ciertamente, una herramienta para prevenir los embarazos no planeados o no deseados. En la medida que se contribuya a disminuir los riesgos de un evento de esta naturaleza a través de la prestación de servicios de calidad, se estará también contribuyendo a abatir las complicaciones del mismo. (27)

Derivado de lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar de Las mujeres trabajadoras de la maquiladora Lideres industriales de Ropa SA de CV después de una intervención educativa?

Evaluar el nivel conocimiento sobre planificación familiar en trabajadoras de la maquiladora Lideres Industriales de Ropa SA de CV adscritas a la UMF No 43 modulo Jalacingo Ver., después de una intervención educativa contra un grupo de trabajadoras de la misma empresa sin la intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en las trabajadoras de la maquila antes de la intervención educativa contra grupo de trabajadoras de la misma maquiladora sin la intervención educativa.

Evaluar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las trabajadoras de la maquiladora, después de la intervención educativa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el nivel conocimiento sobre planificación familiar en trabajadoras de la maquiladora Lideres Industriales de Ropa SA de CV adscritas a la UMF No 43 modulo Jalacingo Ver., después de una intervención educativa contra un grupo de trabajadoras de la misma empresa sin la intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar en las trabajadoras de la maquila antes de la intervención educativa contra grupo de trabajadoras de la misma maquiladora sin la intervención educativa.

Evaluar el nivel de conocimientos sobre métodos de planificación familiar en las trabajadoras de la maquiladora, después de la intervención educativa.

METODOLOGIA

DISEÑO DE ESTUDIO

Cuasiexperimental

LUGAR DE ESTUDIO

UMF no 43 Altotonga ver

PERIODO DE ESTUDIO

Diciembre del 2006 a Agosto del 2007.

UNIDAD DE ANALISIS

Mujeres en edad reproductiva trabajadoras de la maquiladora Lideres Industriales de Ropa SA. de CV. (Grupo experimental) las que recibieron la intervención educativa contra (grupo control) las mujeres que no recibieron la intervención educativa

POBLACION DE ESTUDIO

Quedo constituido por el 100% de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) de la maquiladora Lideres Industriales de ropa SA de CV

TAMAÑO DE MUESTRA

Grupo de intervención (experimental) n-64

Grupo de no intervención (control) n-I9

CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres en edad reproductiva trabajadora de maquila que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación

Mujer trabajadora que sepa leer y escribir

Mujer trabajadora que no este usando método de planificación familiar

CRITERIO DE EXCLUSION

Pacientes que no aceptan participar.

Paciente que esté embarazada

CRITERIOS DE ELIMINACION

Que no cumplan con el 100% de asistencia a la capacitación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLES dependiente				
Planificación familiar	Es la forma de decidir libremente el N° de hijos que se desea tener.	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	NOMINAL	SI NO
Nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar	Es la capacidad de información que se tiene acerca de los diferentes tipos métodos de planificación familiar	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	NOMINAL	No conoce: - de 25 puntos Conoce poco: de 26 a 34 puntos Conoce: 35 a 43 puntos.
VARIABLES independientes				
Intervención educativa	Conjunto de técnicas para informar y facilitar la comprensión de los métodos de planificación familiar, en este caso.	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	NOMINAL:	Intervención SI Intervención NO
Anticoncepción	Proceso o técnica utilizado para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	NOMINAL	: Hormonales Orales Hormonales Inyectables Implante subdermico DIU OTB Vasectomía Preservativo Coito interrumpido Método de billins

	sexual no tenga como consecuencia la fecundación.			Ritmo etc.
Menarquia	Primera menstruación, que marca el comienzo de la función menstrual cíclica	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	9 , 10,11,12,13,14, 15,16,17,18
Ciclos menstruales	Ciclo periódico de cambios en el endometrio durante el cual la capa decidua se desprende y desp. Vuelve a crecer, prolifera, se mantiene durante varios días y se desprende de nuevo con la menstruación. La duración media de la menstruación es de 5 días y la del ciclo desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente de 28 días	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	ORDINAL	25X3,4,5 o 6 28X3,4,5, o 6 30X3,4,5 o 6
Gesta	Número de gestaciones o embarazos que se ha tenido	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	1., 2, 3,4,5,6,7,8,9,
Para	Clasificación de una mujer por el número de hijos vivos que ha parido de forma eutocica	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	1, 2, 3, 4,5,6,7,8,9,
Cesárea	Intervención quirúrgica que consiste en realizar una insición en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía extraabdominal.	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	1, 2, 3 Y MÀS

Aborto	Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes del que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero. Antes de las 20 semanas de gestación	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	1,2,3 Y MÁS
Factores sociodemográficos				
Edad	Es el número de años cumplidos que tiene una persona	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	RAZON	15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 Y MAS
Escolaridad	Es el grado escolar máximo alcanzado por el sujeto de estudio en instituciones oficiales.	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	ORDINAL	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Carrera técnica Licenciatura otros
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia proveniente del matrimonio o parentesco que	En base al instrumento validado en publicación de Mandina Llerena en junio 2006.(2)	ORDINAL	Soltera Casada Madre soltera Unión libre Divorciada

	establece ciertos derechos y deberes			Viuda
--	--------------------------------------	--	--	-------

PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

asesor: Dr. Ignacio Hervert Hernández. Coordinador Clínico de Educación e investigación en salud del HGZ No28

Dra. Elizabeth Soler Huerta Coordinador Clínico Delegacional de Educación e Investigación en Salud

Dra. Graciela Mota Velasco. Médico Familiar

Investigadora: Dra. Belén Patricia Montes Graiales. Residente de 3er año en Medicina Familiar.

RECURSOS MATERIALES

Hojas blancas

Lápices

Plumas

Gomas

Trípticos

Fotocopiadora

Computadora HP Intel

Impresora HP Deskjet F380

PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

1. Se elaborará una base de datos para la captura de los miembros.

El investigador responsable identifica a las mujeres en edad reproductiva trabajadoras de la maquiladora Líderes Industriales de Ropa SA de CV., que no utilizan método de planificación familiar en su centro de trabajo, correspondiente al periodo de Diciembre 2006 a Agosto 2007.

3. Se efectuará un análisis descriptivo de cada una de las variables.

Una vez identificadas a las mujeres del grupo que va a recibir la intervención (experimental) y a las mujeres del grupo que no recibirá la intervención (control), se les pedirá la autorización para participar en el estudio de investigación, se les otorga el consentimiento informado. La encuesta y la capacitación la realizara el médico investigador. Los datos obtenidos se capturan en la cedula de recolección de datos para realizar su análisis estadístico mediante el programa STASTISCA 6.0.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS

CONSIDERACIONES ETICAS

1. Se elaborará una base de datos para la captura de los mismos.
2. Revisada la base de datos se hará un análisis estadístico en el programa Statistica 6.0
3. Se efectuará un análisis descriptivo de cada una de las variables obteniéndose Medidas de tendencia central o proporciones según el tipo de variable.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio de investigación se apega a los principios universales de la ética contenidos en la declaración de Helsinki en 1975, así como en el reglamento de la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en el mismo rubro y a las normas dictadas por el Instituto mexicano del seguro Social para el mismo fin.

De acuerdo a los riesgos, esta investigación requiere la autorización del paciente en estudio, firmando un documento de consentimiento informado.

Los resultados totales en promedio de puntos alcanzados antes y después de la intervención:

Antes de la intervención el grupo de intervención tuvo un promedio 28.3 ± 5.7 el grupo de no intervención 27 ± 5 sin diferencias significativas entre los grupos.

Después de la estrategia educativa, el grupo de intervención obtuvo un promedio de 34.9 ± 4.5 y el grupo de no intervención de 25.6 ± 4.5 con un valor de p de 0.0000 .

Al comparar al interior de los grupos solo se encontró diferencias significativas en el grupo de intervención como lo muestra la tabla 2.

De acuerdo al total de puntos alcanzados durante este trabajo se calificó el conocimiento de las participantes, total de puntos 43 y se calificó de la siguiente manera y los resultados fueron los siguiente: Encontramos diferencias significativas en el grupo de intervención aumentando sus conocimientos sobre planificación familiar, en grupo de no intervención no hubo diferencias significativas en cuanto al aumento de sus conocimientos sobre el tema. Tabla 3.

En cuanto al resultado de la pregunta el porque no utilizan métodos de planificación familiar, predominó la falta de información en ambos grupos sin diferencias significativas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 83 pacientes sin métodos de planificación, las cuales se asignaron a dos grupos, 64 en el grupo de intervención, 3 pacientes se eliminaron por no completar la asistencia al 100 % de la capacitación y 19 en el grupo de no intervención.

En relación a la edad de las pacientes, la edad promedio del grupo de intervención estuvo 26.18 años a diferencia del grupo de no intervención cuyo promedio de edad estuvo en 30.42 años, en las demás características de las pacientes encontramos, que ambos grupos fueron muy similares, no existiendo diferencias significativas en estado civil, escolaridad, edad promedio de inicio de la menarca, número de gestas, cesáreas, y abortos.(tabla 1)

Los resultados totales en promedio de puntos alcanzados antes y después de la intervención:

Antes de la intervención el grupo de intervención tuvo un promedio 28.3 ± 5.7 el grupo de no intervención 27 ± 5 sin diferencias significativas entre los grupos.

Después de la estrategia educativa, el grupo de intervención obtuvo un promedio de 34.9 ± 4.5 y el grupo de no intervención de 25.6 ± 4.5 con un valor de $p < 0.0000$.

Al comparar al interior de los grupos solo se encontró diferencias significativas en el grupo de intervención como lo muestra la tabla 2.

De acuerdo al total de puntos alcanzados durante este trabajo se calificó el conocimiento de las participantes, total de puntos 43 y se calificó de la siguiente manera y los resultados fueron los siguiente: Encontramos diferencias significativas en el grupo de intervención aumentando sus conocimientos sobre planificación familiar, en grupo de no intervención no hubo diferencias significativas en cuanto al aumento de sus conocimientos sobre el tema. Tabla 3.

En cuanto al resultado de la pregunta el porque no utilizan métodos de planificación familiar, predominó la falta de información en ambos grupos sin diferencias significativas.

DISCUSION

La decisión de utilizar un método de planificación familiar va de la mano del conocimiento que las pacientes tengan de los mismos.

Después de una intervención educativa encontramos que el grupo que la recibió incremento significativamente sus conocimientos, resultados similares a los reportados por la literatura (2, 19, 20, 21, 22)

El acudir a los centros de trabajo y capacitar a las pacientes a través de una estrategia participativa, nos permitió aclarar sus dudas y reforzar sus conocimientos, estos resultados se les debe dar seguimiento para conocer el porcentaje de aceptación de los métodos de planificación familiar en las mujeres capacitadas.

Al buscar a las pacientes no usuarias de los métodos de planificación familiar para invitarlas a participar en el proyecto, encontramos un alto porcentaje de ellas, lo que nos indica que se hace necesarias este tipo de intervenciones, debido a que las pacientes por sus horarios de trabajo no tienen oportunidad de acudir a la unidad medica, lo que hace indispensable que los servicios de salud, se acerquen a los centros de trabajo a ofertar estos servicios.

La edad de las pacientes no usuarias estuvo entre los 26 y 30 años, no coinciden con la literatura ya que mencionan una edad que va de 15 a 24 años, esto debido a que en nuestro estudio fue un grupo de pacientes cautivas de una empresa, y los otros estudios son población abierta. La bibliografía menciona que el numero de no usuarias de métodos asciende conforme se es más joven 1 de cada 3 mujeres de 15 a 19 años no utiliza método de planificación familiar (32, 15, 11)

El Estado civil de las pacientes que predomino en este estudio fue el de solteras sin hijo y con hijos lo que hizo más necesaria la intervención por la capacidad reproductiva de estas pacientes. Es de resaltar la composición familiar de la gran mayoría de las pacientes estudiadas por tratarse de familias monoparentales donde la mujer ejecuta el rol de proveedor, desafortunadamente no se ahondó sobre este tema, pero investigaciones posteriores deberán de estudiar la dinámica familiar de este tipo de pacientes. Las cuales laboran 10 hrs. continuas, lo cual hace a las familias de estas pacientes diferentes. Sería interesante conocer su dinámica familiar. No coinciden estos resultados con otros estudios donde predominan las pacientes casadas tanto para usuarias como para las no usuarias. (33)

Encontramos una menarca que estuvo entre los 12 y 13 años a diferencia de Zimbabwe, que encontró en promedio, la primera menstruación a los 14 años de edad (25) situación

que amplía el período reproductivo, y hace necesario la capacitación en planificación familiar a las adolescentes.

En relación al número de gestaciones predomino las primigestas en otros estudios ha predominando de 4 a 6 hijos esto concuerda con el bajo nivel cultural que se encontró en dicho bibliografía (2, 11), en nuestras pacientes predomino la primaria completa, Coincide con otros estudios. (32)

Al preguntar la causa por las que no utilizan métodos de planificación familiar, predomino la falta de información de los mismos a pesar de los esfuerzos realizados por nuestra institución, es necesario redoblar esfuerzos y ampliar las coberturas de promoción.

. Estos resultados coinciden con la literatura donde marcan deficientes servicios y difícil acceso, falta de información de los métodos disponibles y de cómo surten efecto y los temores relativos a los efectos secundarios pueden desanimar a los hombres y las mujeres y hacer que no empiecen a usar anticonceptivo. La oposición del hombre al uso de los métodos aun se nota en algunos segmentos de la población. (2,6,25,32,33)

CONCLUSION

El establecer estrategias de capacitación en el área laboral de las pacientes incrementa los conocimientos sobre los mismos, ya que la principal causa de la no aceptación fue la falta de información. En nuestro país debemos de brindar un buena información, para que las pacientes puedan tomar la mejor decisión en relación al número de hijos que desean tener así como el espaciamiento de los mismos, de no ser así dejamos a las mujeres en completa ignorancia al momento de tomar una decisión que va a afectar su entorno familiar y laboral.

BIBLIOGRAFIA.

1. Dra. Santos A., Dr. Hernández Cruz S. et all: Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Consultorio el centro Higuero. Noviembre 2003-2004. Venezuela.
- 2 Dr. Mandina LL. J., Camejo D. L. Conocimientos sobre planificación familiar en mujeres con riesgo preconcepcional. Caserio tiupac. mayo-octubre 2005., publicada JUNIO 2006.
3. Herrera G. V., Rodríguez D. L. et all: Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Medicina General. Integral. 1997., Vol.13. No.4.
- 4 Prendes L. M., Guibert R. W. et all: Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Medicina. General. Integral. 2001 Vol.17 No.4.
5. González L. I., Miyar P.E.; Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev. Cubana, Medicina Integral 2001; Vol.17 No. 4.
- 6 Palma Y., Rivera G., (Consejo Nacional de Población)., "La planificación Familiar en México", en Langer, A. y K. Tolbert (eds.) Mujer: Sexualidad y Salud reproductiva en México. México DR: Edades/Population Council, 1996.
7. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) La consejería en planificación familiar. Edic. No57 Sección Científicas 1999. Colombia
8. Manual de capacitación: Salud Reproductiva, Un enfoque integral., IMSS 2000
9. Terrini R. M., Bases didácticas, dinámica y técnicas de grupo. Edit. Progreso, formación de instructores SECODAM.
10. Mijangos R. A del C., Métodos de enseñanza, Monografías, Universidad Francisco Marroquín 1998.
11. Veinticinco años de planificación familiar en México., La situación Demográfica de México, 1999. México.
12. Pelosi N., Cuestiones mundiales, opinión en el congreso: El acceso a la planificación familiar es importante, publicación electrónica del USIS, Vol. 3, No. 2, Septiembre 1998 Internacional.

- 13 Da Vanzo J., Adamson D. M., La planificación familiar en los países en desarrollo: un éxito incompleto: Population Matters, Documento temático 1998. USA
- 14 Torres-Ramírez A., La planificación familiar en el ocaso del siglo XX Perinatol Reprod Hum 2000, Vol.14 No2. México.
15. . Mojarro-Dávila O., Mendoza-Vitorino D., Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿Qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar. Evaluación de las políticas y programas de anticoncepción en México., Salud Pública de México/vol.49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública
16. Zúñiga Herrera E. La desaceleración del crecimiento demográfico y la salud reproductiva. La población de México: situación actual y desafíos futuros, consejo CONAPO 1974-2000
17. La Situación demográfica de México., Planificación Familiar. CONAPO 1976-1995
18. Planificación Familiar: Programas eficaces para el desarrollo., Banco Mundial.1993. Effective Family Planning Programs. Washington. D.C.
19. Alanis Alanis M., Núñez-Rocha G. Efecto de una programa en Planificación Familiar con el método PRECEDE en Adolescentes embarazadas. Rev. Salud y Nutrición., Vol.1. Febrero 2000. Monterrey Nuevo. León México.
20. Hernández Gtz. J.M., Toll Calviño J.C. Intervención Educativa sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. Rev. Cubana Medicina Gral. Integral No. 1.Vol.16. Enero-Febrero 2000.k.o. de la habana Cuba
21. Callejas Pérez S., Fernández Mtz. B. Intervención Educativa para la prevención de embarazos no deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes de la Cd. de Toledo.Rev. Española Salud Pública. Vol. 79 No.5 Maderidf Sept-Oct 2005.
22. Garcia de Alba Garcia J.E., Salcedo Rocha A. Diabetes Mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Resultado de una Intervención. Rev. Médica del IMSS Vol.42 No. 5.Sept-Oct 2004. México. Pág. 395-403.
23. Rosales Aujang E., Felguérez Flores JA., Impacto sociodemográfico de 15años de planificación familiar. Ginecología y Obstetricia de México ISSN-0300-9041 Vol. 73 Núm. 8, Agosto, 2005. Artículo de revisión. Pág.443-50

24. Meuwissen. LE., Donaire TE. Et all: Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en 3 ciudades de Nicaragua. Sexual Health Exchange. 2002.

25. Salud reproductiva: Los nuevos usuarios tienen diversas necesidades. Network en español. Verano 1999, Vol.19 No. 4. Family Health Internacional.

26. Alvarado J.A., Ministro de salud: Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. República de Nicaragua Ministerio de Salud. Dirección primer nivel de atención. Abril 2003

27. Dr. Domínguez del Olmo J., Salud reproductiva. PAC MF-1 (programa de actualización continua en Medicina Familiar) Colegio Mexicano de Medicina Familiar AC. Libro 1. 1999 Pág. 26 Edit. Intersistemas, S.A. de CV. Educación Médica Continua. México, DF.

28. Lori Ashford., Tendencias de salud reproductiva en Europa del este y Euroasia. Population Referente Bareau. Reporte financiado por USAID

29. Centro Latinoamericano de Salud y Mujer., La Anticoncepción en América Latina
Última actualización 9 de febrero del 2005 México.

30. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y del caribe. Revista Panamericana de Salud Publica public Health .11 (3), 2002.

31. Cabal L., Katzive L. Presentación del informe ante CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) agosto 2002.

32. No Usuarías de Anticonceptivos y Necesidad de Servicios. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 ENDSSR 2004. Capitulo 6 Paraguay

33. Perfil de la mujer usuaria y no usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. Archivos de Medicina Familiar Vol. 7, No.2 , Mayo-Agosto 2005..

ANEXOS

ANEXOS 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ me encuentro en la entera disposición de participar en el desarrollo de un programa educativo que me servirá para elevar el nivel de conocimientos acerca de la planificación familiar. Toda la información que brindare será de carácter anónimo y será únicamente utilizada para dar fin a esta investigación, además tendré la posibilidad de retirarme del estudio se así lo estimo conveniente sin que de ello se pueda desprender alguna medida represiva contra mi persona.

Para que así conste registro mi nombre, dos apellidos y firma.

Nombre y apellidos Firma.

A los _____ días del mes _____ de 2007.

Investigador: Dra. Belén P. Montes G. _____

PROGRAMA DE TRABAJO

PROGRAMA EDUCATIVO.

Planificación familiar y anticoncepción.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Promover los conocimientos sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en el universo de trabajo en cuanto a ventajas, efectos indeseables y contraindicaciones de los mismos.

ESPECIFICOS:

- 1- Explicar concepto de planificación familiar.
- 2- Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos existentes, así como la técnica de su uso.
- 3- Explicar las ventajas de la anticoncepción y las indicaciones de cada método anticonceptivo.
- 4- Orientar sobre efectos indeseables y contraindicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.

ACTIVIDAD # 1

Tema: Introducción

Tiempo: 30 minutos.

Forma de enseñanza: lectura comentada

OBJETIVOS:

1. Presentación del curso y objetivos.
2. Presentación de los participantes (técnica participativa de presentación)
3. Diagnóstico inicial (aplicación del instrumento).

ACTIVIDAD # 2

Tema: Introducción sobre la planificación familiar. Situación actual y definición.

Tiempo: 30 minutos.

Forma de enseñanza: lectura comentada, discusión dirigida

OBJETIVOS:

- Mostrar la situación actual de planificación familiar en las mujeres trabajadoras de la maquila líderes industriales de ropa SA de CV.

- Definir el concepto de planificación familiar.

Técnica: lectura comentada, discusión dirigida

Dinámica grupal.

Medios: Material de apoyo mimeografiado.

ACTIVIDAD # 3

Tema: Tipos de métodos de planificación familiar.

Tiempo: 30 minutos

Forma de enseñanza: lectura comentada, discusión dirigida

OBJETIVOS:

- Destacar los tipos de anticoncepción y sus características principales

- Explicar las técnicas correctas de sus usos.

Técnica: lectura comentada, discusión dirigida

Medios: Material de apoyo mimeografiado y trópticos

ACTIVIDAD # 4

Tema: Ventajas de la anticoncepción

Tiempo: 30 minutos

Forma de enseñanza: lectura comentada, discusión dirigida

OBJETIVOS:

- Analizar las ventajas de los distintos métodos anticonceptivos.
 - Dar a conocer las principales indicaciones de cada método.
- Técnica: lectura comentada discusión dirigida
Medios: trípticos

ACTIVIDAD # 5

Tema: Efectos indeseables y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.
Tiempo: 30 minutos
Forma de enseñanza: lectura comentada, discusión dirigida.

OBJETIVOS:

- Explicar efectos indeseables que pueden producir los diferentes tipos de anticonceptivos.
 - Dar a conocer las contraindicaciones de cada método.
- Técnica: lectura comentada, discusión dirigida
Medios: Material de apoyo mimeografiado, trípticos

ACTIVIDAD # 6

Tema: Consolidación de conocimientos.
Tiempo: 30 minutos.
Forma de enseñanza: lectura comentada, discusión dirigida

OBJETIVOS:

- Reafirmar conocimientos sobre los temas impartidos.
 - Aclarar dudas de los participantes.
- Técnica: lectura comentada, discusión dirigida
Medios: material mimeografiado, trípticos

PREEVALUACION

ANEXO 2

Instrumento de evaluación validado por Mandina Llerena y colaboradores (2)

INSTRUMENTO GUIA DE ENTREVISTA: NUMERO DE FOLIO: _____

Estimado paciente esta usted participando en una investigación médica se le realizara esta entrevista con el objetivo de evaluar sus conocimientos sobre planificación familiar, por lo que agradeceremos su cooperación. Muchas gracias.

NOMBRE:

1. Edad _____
2. AGO M _____ CM _____ G _____ P _____ C _____ A _____
3. Estado civil _____
4. Escolaridad:
 - Analfabetas _____
 -Sabe leer y escribir _____
 - Primaria no terminada _____
 - Primaria terminada _____
 - Secundaria no terminada _____
 - Secundaria terminada _____
 -Bachillerato no terminado _____
 -Bachillerato terminado _____
 - Nivel técnico _____
 -Licenciatura _____
 - otro _____

5. Utiliza algún método de planificación familiar Si No

Si.- cual método?

Ritmo____

Condón____

Pastillas____

Inyecciones____

DIU____

OTB____

Coito interrumpido____

Otro____

NO Porque no utiliza métodos de planificación familiar?_____

Falta de información____

Desea tener más hijos____

No acepta su pareja____

.....Está embarazada_____

Otros____

PREEVALUACION Y POSTEVALUACION

INSTRUMENTO DE EVALUACION FOLIO:_____

6. De las siguientes afirmaciones marque con una F si es falso o una V si es correcta la respuesta del enunciado sobre planificación familiar:

- a) _____ métodos usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo de forma conciente y voluntaria y de esta forma determinar cuantos y cuando tener los hijos que deseen.
- b) _____ es la posibilidad del individuo de tener una vida sexual plena, sin utilizar métodos anticonceptivos.
- c) _____ es lograr una paternidad y maternidad responsable con los hijos que se tengan.
- d) _____ es tener la cantidad deseada de hijos de forma natural.

7. cuales de los siguientes incisos son métodos anticonceptivos:

- a) _____ T de cobre.
- b) _____ Metamizol
- c) _____ lactancia materna exclusiva
- d) _____ vacunas de hormonas

- e) _____ coito interrupto
- f) _____ Alka Seltzer
- g) _____ aseo vaginal postcoito
- h) _____ condón o preservativo
- i) _____ vasectomía (operación del hombre)
- j) _____ pareja inestable
- k) _____ ligadura (operación en la mujer)
- l) _____ uso de óvulos vaginales
- m) _____ tabletas anticonceptivas
- n) _____ no tener relaciones sexuales (abstinencia)
- o) _____ método del ritmo

8. Seleccione con una x las afirmaciones correctas relacionadas con las ventajas del uso de métodos anticonceptivos.

- a) ____ Los métodos anticonceptivos ayudan a planificar el número de hijos que se desea tener.
- b) ____ El preservativo o condón además de ser un método anticonceptivo sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- c) ____ El uso del dispositivo intrauterino (aparato) evita el cáncer del cuello del útero
- d) ____ Una vez interrumpido el uso de los métodos anticonceptivos temporales, la mujer puede quedar nuevamente embarazada.
- e) ____ La operación del hombre (vasectomía) aumenta su potencial sexual.
- f) ____ Los anticonceptivos orales (tabletas), ayudan a mantener una menstruación normal cada mes.
- g) ____ Las vacunas hormonales pueden utilizarse aún cuando la mujer esté dando pecho al niño.
- h) ____ Los métodos naturales son los más seguros para evitar embarazos.

9. Marque con una X los posibles efectos indeseables en relación con el uso de los métodos anticonceptivos.

- a) ____ Las vacunas hormonales puede producir gastritis con su uso prolongado
- b) ____ El condón puede tener imperfecciones y romperse durante el coito

- c) _____ Los dispositivos intrauterinos (aparatos) pueden producir dolor y sangrado vaginal.
- d) _____ El uso de tabletas anticonceptivas puede producir insatisfacción sexual.
- e) _____ Los métodos naturales pueden producir dolor de cabeza.
- f) _____ Las tabletas pueden producir aumento de peso y dolor en los senos.
- g) _____ Las vacunas hormonales pueden producir falta de menstruación o irregularidad del sangrado menstrual.
- h) _____ Los dispositivos intrauterinos producen ausencia de menstruación.

10. De los siguientes enunciados seleccione cuales son correctos en relación con las contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

- a) _____ Las tabletas, vacunas y dispositivos intrauterinos nunca se deben utilizar en la embarazada.
- b) _____ El condón no debe utilizarse en pacientes con enfermedades de Transmisión sexual.
- c) _____ Las vacunas no deben utilizarse en pacientes que padezcan de hipertensión arterial. (Presión alta)
- d) _____ Las tabletas anticonceptivas no deben tomarse mientras se esta dando pecho al bebé.
- e) _____ Las tabletas anticonceptivas no se utilizan cuando la mujer tiene ciclos menstruales irregulares.
- f) _____ Los dispositivos intrauterinos no están indicados en mujeres con bajo nivel cultural.
- g) _____ El método del ritmo o del collar no es efectivo en mujeres con menstruaciones irregulares.
- h) _____ El condón no debe usarse en pacientes mayores de 35 años.

Instructivo para la evaluación del instrumento.

Puntuación del instrumento que se aplicó.

Se otorgo puntuación a todos los incisos a partir de la pregunta 6 otorgándole a esta un valor de 1 punto a cada inciso, así como un punto también a cada uno de los

incisos de las preguntas 7 a 10.

La sumatoria de los mismos fueron 43 puntos. Se consideró aprobada, aquella que

obtuvo más de 25 puntos al realizar el instrumento.

Tema 1: Definición de planificación familiar.

Este tema se evaluó con la pregunta 6, cuya puntuación total fue de 4 puntos

Tema 2: Tipos de métodos de planificación familiar.

La pregunta del instrumento que evaluó el tema fue la 7. La puntuación total fue de 15 puntos.

Tema 3: Ventajas de los métodos anticonceptivos.

El tema se evaluó a través de la pregunta 8, con una puntuación total de 8 puntos

Tema 4: Efectos indeseables de los métodos anticonceptivos

Los conocimientos acerca de este tema se evaluaron con la pregunta 9. La puntuación resultante fue de 8 puntos.

Tema 5: Contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.

La pregunta del instrumento que evaluó el tema fue la 10 y la puntuación total fue de 8 puntos.

Claves de las respuestas.

En la pregunta 6 pudimos determinar si las pacientes conocían la definición de Planificación familiar.

Se consideró correcto el inciso a y c y la pregunta se evaluó:

Conoce: Si marco el inciso a y c.

No conoce: Si marcó los incisos, b), ó d) o si marcó más de un inciso.

La pregunta 7 permitió determinar si las pacientes conocían los métodos Anticonceptivos.

Todos los incisos se evaluaron con 1 punto.

Debían seleccionarse los incisos a, c, d, e, h, i, k, m, o, como correctos, lo que suma un

total de 9 puntos. El resto de los incisos (b, f, g, j, i, n) no debieron marcarse, lo que

suma un total de 6 puntos.

La pregunta se evaluó como:

Conoce: Si obtuvo 9 puntos

No conoce: Si obtuvo menos de 9 puntos.

En la pregunta 8 se evaluaron los conocimientos acerca de las ventajas del uso de

los métodos anticonceptivos. A todos los incisos se les otorgó 1 punto.

Debían ser seleccionados los incisos a, b, d, f, g, (5puntos) y no debían marcarse los

Incisos c, e, h, (3 puntos), para un total de 8 puntos.

La evaluación fue:

Conoce: Si obtuvo 5 puntos o más.

No conoce: Si obtuvo menos de 5 puntos.

En la pregunta 9 se evaluaron los conocimientos sobre los efectos indeseables de

los métodos anticonceptivos. Cada inciso tuvo el valor de un punto, con un total de

8 puntos. Los incisos que debían ser marcados fueron el b, c, , f, g (4 puntos) y no

Debían marcarse el a, d, e, h.(4 puntos), evaluándose de la siguiente manera:

Conoce: Si obtuvo 4 puntos o más.

No conoce: Si obtuvo menos de 4 puntos

En la pregunta 10 se evaluaron los conocimientos acerca de las contraindicaciones de

Los métodos anticonceptivos. Todos los incisos tuvieron un valor de 1 punto, para un

Total de 8 puntos.

Debía seleccionar los incisos a, c, g (3 puntos) y no debían marcarse los incisos b, d e f, h,(5 puntos) y la pregunta fue evaluada.

Conoce: si obtuvo 3 puntos o más.

No conoce: Si obtuvo menos de 3 puntos.

De acuerdo a la puntuación total del instrumento se evaluaron los resultados de la forma siguiente:

No conoce: Si obtuvo menos de 25 puntos.

Conoce poco: Si obtuvo 26 a 34 puntos

Conoce: Si obtuvo 35 a 43 punto

TABLA 1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS GRUPOS

VARIABLES	GRUPO DE INTERVENCION n= 61		GRUPO NO INTERVENCION n= 19		VALOR
EDAD	PROMEDIO DE EDAD	26.18	PROMEDIO DE EDAD	30.42	0.0302*
ESTADO CIVIL	SOLTERA	19.70%	SOLTERA	31.60%	0.16**
ESCOLARIDAD	PRIMARIA TERMINADA	32.80%	PRIMARIA TERMINADA	52.60%	2.50E+00
MENARCA	PROMEDIO DE MENARCA	13	PROMEDIO DE MENARCA	12.5	0.2319*
GESTA PARA	PRIMIGESTA	44.30%	PRIMIGESTA	31.60%	0.162**
	NULIPARA	54.10%	NULIPARA	42.10%	0.035**
CESAREA	0	85.20%	0	73.70%	0.771
ABORTO	0	91.80%	0	89.50%	0.94

* prueba t-student

** prueba X²

Fuente: Encuesta

Tabla 2.- EVALUACION DE LOS GRUPOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.

TABLA DE PROMEDIOS	GRUPO NO INTERVENCION	GRUPO DE INTERVENCION	VALOR P ¹
ANTES	27±5	28.3±5.7	0.25
DESPUÉS	25.6±4.5	34.9±4.5	0.00
VALOR P ²	0.07	0.00	

1: Prueba de Man-Witney para comparar 2 muestras independientes (de la forma grupo 1 y grupo 2)

2: Prueba de Wilcoxon Para comparar 2 muestras dependientes (de la forma antes y después)

Fuente: Encuesta

TABLA 3. CALIFICACION DE CONOCIMIENTOS

		ANTES		DESPUES	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCE (35-43)	GRUPO NO INTERVENCION	1	5%	0	0%
	SI RECIBIO INTERVENC.	9	15%	37	61%
CONOCE POCO (26-34)	GRUPO NO INTERVENCION	12	63%	10	53%
	SI RECIBIO INTERVENC.	34	55%	22	36%
NO CONOCE (MENOS DE 25)	GRUPO NO INTERVENCION	6	32%	9	47%
	SI RECIBIO INTERVENC.	18	30%	2	3%

Fuente: Encuesta

TABLA 4

CAUSAS DE NO UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

	GRUPO DE INTERVENCION	PORCENTAJE	GRUPO DE NO INTERVENCION	PORCENTAJE	VALOR
PORQUE NO UTILIZA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	FALTA DE INFORMACION	33.90%	FALTA DE INFORMACION	26.30%	0.503

Fuente: Encuesta