



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 3 CON MEDICINA FAMILIAR
“DR. HÉCTOR GONZÁLEZ GUEVARA”
MAZATLÁN, SINALOA

**INTERVENCION DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN
LA ACEPTACIÓN DE UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRNA GUADALUPE VÁZQUEZ TAPIA

MAZATLAN SIN, FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|--|--------------|
| 1. Antecedentes | 1-7 |
| 2. Planteamiento del Problema | 8 |
| 3. Justificación | 9-10 |
| 4. Objetivos | 11 |
| 4.1 General | |
| 4.2 Especifico | |
| 5. Hipótesis | 12 |
| 5.1 Hipótesis alterna | |
| 5.2 Hipótesis nula | |
| 6. Material y métodos | 13 |
| 6.1 Diseño de estudio. | |
| 6.2 Tipo de estudio. | |
| 6.3 Población de estudio y lugar de estudio. | |
| 6.4 Periodo de estudio. | |
| 6.5 Tipo de muestra y tamaño de muestra. | |
| 6.6 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación. | |
| 7.- Variables | 14 |
| 8.- Técnicas y procedimiento de recolección de datos. | 15 |
| 9.- Consideraciones éticas. | 16 |
| 10.- Resultados. | 17-19 |
| 11.- Discusión. | 20 |
| 7. Conclusión. | 21 |
| 8. Referencias bibliográficas. | 22-23 |
| 9. Anexos. | 24-25 |

ANTECEDENTES

Planificación familiar es “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”. Es importante decir que la salud reproductiva, desde el enfoque de la planificación familiar, esta directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia, representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos. El bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes, los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de la persona ⁽¹⁾.

En México, al igual que en todo el mundo, la gran explosión demográfica que se presentó en los últimos dos siglos, dio lugar problemas sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales, que indiscutiblemente repercuten en la calidad de vida de cada individuo y en el desarrollo social de cada país; lo cual generó la necesidad de establecer políticas de población y de salud, tendientes a disminuir la fecundidad, ofreciendo alternativas viables, considerando su idiosincrasia y garantizando la decisión libre y voluntaria. En base a ello nace la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM005-SSA2-1993) con el fin de unificar criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, puede realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual familiar y social⁽²⁾.

En todas las épocas ha existido preocupación por el control de la natalidad. Pues el tema de la anticoncepción ha sido el más controvertido en la historia de la medicina desde sus inicios hasta nuestros días. Se tiene Conocimientos históricos, de que el primer papiro Petric o Kahun, escrito 850 años antes de nuestra era, parece estar contenida la prescripción más antigua de la anticoncepción. También se conoce el empleo en Egipto antiguo de preparados intravaginales que actuaban como barrera y/o espermicida (como el zumo de limón y el aceite de cedro). Las civilizaciones griegas como romanas utilizaron el aborto como método de control de la natalidad.

Los antiguos hebreos practicaban la anticoncepción con la continencia sexual y la utilización de pesarios. Las técnicas anticonceptivas, descritas de forma más original y brillante antes del siglo XIX, se encontraron en 1938 en un texto escrito por Sorano de Efeso (98-138). Con el dominio de Europa por la iglesia católica romana durante la Edad Media, fueron restringidos los conocimientos sobre la anticoncepción ^(2,3).

En virtud de que en los siglos XVIII y XIX hubo un desarrollo de la imprenta, la población pudo conocer las experiencias médicas acerca de la anticoncepción. El británico y controvertido Thomas Robert Malthus, propuso en 1798 el matrimonio tardío y la estricta castidad prematrimonial como solución para evitar la proyección geométrica que experimentaba el crecimiento poblacional, ya que este fue el primero en alertar al mundo en relación con los peligros que acarrearía el crecimiento rápido y descontrolado de la población.

A pesar de la reseñada evolución de la anticoncepción y de las teorías sobre el control de la natalidad emitida durante siglos, no fue hasta la celebración de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto, entre el 5 y 13 de septiembre de 1994 que surgió el concepto de salud reproductiva.

Los programas de planificación familiar han logrado desacelerar el ritmo de crecimiento de la población, haciéndolo más armónico, ha contribuido a la disminución de la mortalidad materna, perinatal e infantil, al incremento de la expectativa de vida al nacimiento y ha propiciado una mejor calidad de vida y bienestar familiar, lo que caracteriza a la era moderna es la adopción de la práctica anticonceptiva por parte de todos los estratos sociales, es decir, la “ democratización del control de la natalidad”^(4,5).

El concepto de la planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y esta fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía. A pesar de la evolución en las políticas y los programas de planificación familiar en el mundo, existen grandes áreas geográficas en las que todavía no se cumplen las necesidades mínimas en este sentido. Una buena salud sexual y reproductiva, va más allá de la demografía y de la planificación de la familia, es un requisito previo para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible de un país.^(6,7,8)

Desde 1960 han acontecido importantes avances en los esfuerzos para que los beneficios de la planificación familiar fueran accesibles a toda la población mundial. Sin embargo, la prevalencia del uso de anticonceptivos todavía es baja en algunas áreas, especialmente en el África subsahariana. Los datos continentales y regionales muestran aún mayores diferencias. Por un lado, las regiones que van a la vanguardia en tales procesos son Europa, que presenta 68 % de cobertura anticonceptiva y 1.4 hijos; América del Norte, con 73% de uso de métodos anticonceptivos y 2.0 hijos, Oceanía con 60 % de prevalencia anticonceptiva y 2.1 hijos. En tanto que América Latina y el Caribe presenta 71 % de prevalencia anticonceptiva y 2.6 hijos, Asia 64 % y 2.5 hijos. Por último el continente Africano que presenta el mayor rezago, con solo 28 % de prevalencia anticonceptiva y una elevada fecundidad del orden de 5 hijos por mujer. Esto constituye un problema mundial. En Latinoamérica, se produce la pérdida de 28,000 mujeres anualmente debido a abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, esto asociado a la escasa cobertura y calidad de los servicios médicos y de planificación familiar. ⁽⁹⁾

La salud materno infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país. El comportamiento de este indicador varía en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que se reporta que las 2/3 partes de las mujeres en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo: África 1 de cada 21 mujeres, Asia 1 de cada 54, Norteamérica 1 de cada 3366 y Europa septentrional 1 de cada 9850. Además varían dentro de un mismo país. ⁴

En México, el principio de los Programas de Planificación Familiar se da en 1974, en seguimiento a la renovada política de población “Ley General de Población” la cual entre sus objetivos incluía: Inducir con pleno respecto a la libertad individual la reducción de la fecundidad y con ello disminuir el crecimiento de la población.

A principios de la década de los 70s el promedio de hijos por mujer era superior al 6.0, en 1990 un poco más de 3.0 hijos por mujer, ya para el año 2000 es de un promedio de 2.4 hijos por mujer. Actualmente según el censo de la (CONAPO 2000) el promedio de hijos por mujer sería de 2.1. En las últimas tres décadas se ha visto un descenso en los niveles de fecundidad asociado al uso de métodos anticonceptivos. ^(9,10)

La planificación familiar se ha dividido en 2 etapas: La primera etapa de las actividades comprendió entre 1973 a 1982, y se basó en el crecimiento acelerado de la población; El contenido educativo se centró, por una parte, en las ventajas socioeconómicas de detener el crecimiento de la población, resumidas en el lema de “la familia pequeña vive mejor” y por otra en el conocimiento y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos. La segunda etapa de 1983 a 1990 correspondiente a la transición de la protección anticonceptiva con enfoque principalmente demográfico y tomando en cuenta los enfoques de salud y riesgo reproductivo en la promoción y prestación de los servicios de planificación familiar. La preocupación no solamente fue la regulación de la fecundidad, sino la identificación de los factores de riesgo y la protección anticonceptiva oportuna y eficaz.

Algunos beneficios de la planificación familiar son:

- Contribuye a disminuir la enfermedad y mortalidad materna al prevenir embarazos no planeados, embarazos no deseados y embarazos de riesgos.
- Contribuye a disminuir la práctica de los abortos inducidos.
- El espaciamiento de los embarazos contribuye a disminuir la enfermedad y muerte en los recién nacidos y en los niños menores de 5 años.
- Incrementa la calidad de vida y contribuye al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.
- Los métodos anticonceptivos actuales son altamente efectivos y seguros, además proporcionan beneficios a la población usuaria.
- La oferta amplia de métodos anticonceptivos permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de la vida reproductiva.
- Mejora la relación de la población con su entorno ambiental.
- Contribuye al desarrollo económico, político y social.(11)

Los métodos de planificación actuales son altamente efectivos y seguros, además de proporcionar beneficios a la población usuaria; Ya que permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de una persona o pareja en forma temporal o permanente, con el fin de evitar embarazos no deseados. Hay métodos anticonceptivos femeninos y masculinos.

1-Los métodos anticonceptivos femeninos temporales: Son los métodos naturales, los de barrera, mecánicos y los hormonales.

2-Métodos definitivos: Oclusión tubárica bilateral (salpingoclasia).

Los métodos anticonceptivos masculinos, también los hay temporales y definitivos.

Métodos temporales femeninos:

Métodos hormonales: Son sustancias o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y/o progestágenos) cuya administración puede ser por diferentes vías, ya sea oral o inyectable. Tienen una efectividad del 92 al 99 %, su efectividad depende de la disciplina en su uso. También se encuentra el hormonal subdérmico Norplant, el cuál es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta en forma subdérmica y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética. Tiene un 99 % de efectividad durante el primer año, después disminuye gradualmente su efectividad.

Dispositivo intrauterino (DIU), este se coloca dentro de la cavidad uterina, hay de diferentes formas, pero el más usado tiene forma de T, es flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre, con 2 hilos guías para su localización. Este método brinda un 97 a 98 % de protección anticonceptiva, con una duración de 4-8 años, en la mayoría de ellos.

Métodos definitivos o permanentes: La oclusión tubárica bilateral, es muy eficaz y consiste en la oclusión de las salpinges o trompas uterinas, con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación. Es un método irreversible, y debe de usarse solo en Paridad satisfecha. Este método brinda una protección anticonceptiva de 99%.

Métodos anticonceptivos masculinos:

Métodos temporales: El condón o preservativo, es un método temporal de barrera, cuya función es cubrir al pene durante la relación sexual, no permitiendo el contacto entre líquido espermático y cérvix. Presenta una protección anticonceptiva de 70-90 %, pero además previene las enfermedades de transmisión sexual.

Por último la vasectomía, la cual consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Tiene una protección anticonceptiva de más del 99 %. Se debe realizar solo cuando la paridad ya está satisfecha.(12,13)

Se tiene información sobre un estudio de intervención educativa en Planificación Familiar realizado en la comunidad de Ouanamenthe, en Haití, de Enero a Junio del 2006, con el objetivo de incrementar el control en las mujeres con riesgo preconcepcional. El proyecto de trabajo fue diseñado con el fin de lograr un cambio en la conducta y falsas creencias, influidos por el desconocimiento que existe sobre el tema, además por ser uno de los países con mayor tasa de fecundidad, natalidad y mortalidad materna e infantil. Lográndose que un 78.1% de las pacientes incluidas usaran al menos un método anticonceptivo.

Con el propósito de propiciar el autocuidado, así como facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, es indispensable la educación de los diferentes métodos de planificación familiar, para así mejorar las condiciones generales de la población y la elección del mejor método anticonceptivo, con menos efectos indeseables y que llene las expectativas de la paciente usuaria. Un programa educativo que instruya en conocimientos teóricos y prácticos, y hacerles ver todos los beneficios que van a recibir.(14)

Para que el proceso educativo sea efectivo, se requiere una serie de condiciones como: entrenamiento, conocimiento y habilidades pedagógicas, buena capacidad de comunicación, así como capacidad para escuchar, comprender y negociar. El programa de educación de planificación familiar ya es aplicado en el País, solamente hay que retomarlo y orientarlo a esta población en estudio.

Según estudios previos, se dice que la falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos por inexistencias de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas, así como la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de los diferentes métodos de planificación.(15)

Por lo que se decidió realizar este presente estudio, para tratar de incidir sobre la aceptación de los diferentes métodos de planificación familiar, de una forma libre e informada, y de esta forma beneficiar y mejorar la calidad de vida personal, familiar y social, así como también en los aspectos educativos y preventivos de los riesgos reproductivos, de la morbi-mortalidad materno infantil y del menor de 5 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la sociedad actual, la planificación familiar juega un papel importante ya que brinda múltiples beneficios, incrementando principalmente la calidad de vida y mejora el bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.

Contribuye también a la disminución de la mortalidad materna al prevenir embarazos no deseados, embarazos no planeados y embarazos de alto riesgo, así como a la disminución del aborto.

La planificación familiar ayuda además al espaciamiento de los embarazos, por lo tanto disminución de las enfermedades y de las muertes de los recién nacidos y de los menores de 5 años.

Los métodos de planificación familiar actuales son altamente efectivos y seguros, además proporcionan beneficios a la población usuaria; Además de permitir satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida reproductiva.

La planificación familiar mejora la relación de la población con su entorno ambiental, contribuyendo así al desarrollo económico, político y social.

Por todos estos beneficios que se pueden obtener, se vá a implementar esta estrategia educativa, sobre los diferentes métodos de planificación familiar, sobre esta población Jornalera agrícola, principalmente por sus características: Indígenas, de bajo nivel socioeconómico y educativo, por su alta prevalencia de embarazos de alto riesgo, por ser el grupo que más acude a consulta en esta unidad, además de que las principales causas de consulta son enfermedades materno- infantil y del menor de 5 años, que podría prevenir dicha estrategia.

De ahí que surja la pregunta:

¿Cual es el impacto de una estrategia educativa en la aceptación de un método de planificación familiar en población jornalera agrícola?

JUSTIFICACION

El tema de la anticoncepción ha sido el más controvertido en la historia de la medicina desde sus inicios hasta la actualidad. Los programas de planificación familiar han logrado desacelerar el ritmo de crecimiento de la población, haciéndolo más armónico, ha contribuido a la disminución de la mortalidad materna, perinatal e infantil, al incremento de la expectativa de vida al nacimiento y ha propiciado una mejor calidad de vida y bienestar familiar. Según estimativos de la división de población de las Naciones Unidas (ONU) la población mundial aumentará en un 50 % desde 6,100 millones de personas a mediados del 2001 hasta 9,300 millones en el 2050. Este crecimiento se dará a pesar del uso masivo de los métodos de planificación familiar y de la interrupción del embarazo.¹¹

Desde 1960 han acontecido importantes avances en los esfuerzos para que los beneficios de la planificación familiar fueran accesibles a toda la población mundial. Sin embargo, la prevalencia del uso de anticonceptivos todavía es baja en algunas áreas especialmente en África subsahariana.

México como en el resto de los países en desarrollo, en especialmente Latinoamérica, presentó un aumento acelerado de población, duplicando su número desde 1940 a 1970 (126 a 278 millones de habitantes).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se inicio la estrategia de entrega de anticonceptivos en el postparto en la década de los 80. En 1984, 36.7 % de los egresos hospitalarios por parto y cesárea fueron protegidos con métodos anticonceptivos de los cuales 7.7 % eran hormonales orales, 54.8 % dispositivos intrauterinos y 37.5 % oclusiones tubaricas bilaterales (OTB). En 1988 la cobertura de protección anticonceptiva aumento a 50.2 %, alcanzando el dispositivo intrauterino su máxima proporción (70.4 %). En 1991 esa proporción bajó a 54.1 %. La razón de esta disminución se desconoce hasta la fecha. Se recalca además que más de 200 millones de mujeres en el mundo, muchas de ellas en países en desarrollo, no tienen acceso a un método anticonceptivo.

La no aceptación de un método de planificación familiar, tiene repercusiones importantes, ya que físicamente a mayor número de embarazos y por lo tanto de hijos, mayor riesgo de morbi-

mortalidad materna y perinatal, así como del menor de 5 años de edad, así como la ocurrencia de embarazos no planeados, ni deseados; Emocionalmente mayor tendencia a la depresión y al agotamiento físico y mental; Económicamente hay disminución de la calidad de vida y del bienestar familiar.

Con el presente trabajo se tratara de incidir sobre la aceptación de los diferentes métodos de planificación familiar , de una forma informada y libre, y de esta forma beneficiar y mejorar la calidad de vida personal, familiar y social, así como también en los aspectos educativos y preventivos de los riesgos reproductivos, de la morbi-mortalidad materno infantil y del menor de 5 años.

Es factible realizar este trabajo de investigación ya que se tiene el recurso humano que son las pacientes, que además es el grupo que más acude a consulta en esta unidad médica del campo Ceuta, ya que se cuenta con un equipo de salud, compuesto por un médico, una enfermera y por una trabajadora social, que se encargaran de implementar y de llevar a cabo el presente trabajo.

Es posible la realización de este estudio de investigación, ya que se tiene el tiempo suficiente, para dar las pláticas y posteriormente realizar el análisis estadístico que llevará 5 meses, se tiene experiencia en la realización del trabajo de investigación ya que se cuenta con un curso de metodología de investigación, tomado en el HGZ #3, el cuál fue impartido por profesores expertos en metodología, por lo tanto se tiene la capacitación para la aplicación e interpretación de los resultados obtenidos, además de todo esto se les solicito a las pacientes que firmaran un consentimiento informado, con el propósito de que no se lastimara su integridad y dignidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la aceptación de un método de Planificación Familiar en población Jornalera Agrícola.

Objetivo específico

Determinar el conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar en pacientes que recibieron la estrategia educativa.

HIPÓTESIS:

Hipótesis alterna:

Una estrategia educativa provoca impacto en la aceptación de un método de planificación familiar en población jornalera agrícola

.

Hipótesis nula:

Una estrategia educativa no provoca impacto en la aceptación de un método de Planificación familiar en población Jornalera agrícola.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño de estudio: Longitudinal analítico.

Tipo: Prospectivo, comparativo.

Población de estudio: Mujeres jornaleras del Campo Ceuta, con vida sexual activa, sin métodos de planificación familiar.

Lugar de estudio: Campo Ceuta, UMF 21 La Cruz, Elota, Sinaloa.

Periodo de estudio: 1 de Julio al 1 de Diciembre del 2010.

Tipo de muestra: Por cuota.

Tamaño de la muestra: 100 mujeres.

Criterios de inclusión:

- Que sean derechohabientes del IMSS.
- Mujeres con vida sexual activa.
- 12 a 49 años.
- Que requieran cambio de método de planificación familiar.
- Que no tienen método de planificación familiar.
- Que acepten participar.

Criterios de exclusión:

- Menopausia.

Criterios de eliminación:

- Quien resulte embarazada durante el período del estudio.
- Cambio de residencia.

VARIABLES

| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICION TEORICA | DEFINICION OPERATIVA | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDICION |
|-----------------------|---|--|----------------------|---------------------|
| Aceptación | Adopción de un método de planificación familiar | Cambios de posición ante el uso de un método de planificación familiar | Cualitativa nominal. | acepta no acepta |

Técnicas y procedimiento de recolección de datos:

Las pacientes serán captadas en la consulta externa de medicina familiar, se les informará sobre el objetivo y fin del estudio, quienes acepten participar firmará el Consentimiento Informado. Se les aplicará un instrumento construido por el investigador, comité local de investigación y evaluado por el servicio de Planificación Familiar del HGZ #3, Mazatlán, Sinaloa, donde se recolectan datos demográficos como (edad, estado civil, escolaridad, religión, lugar de origen), además de antecedentes gineco-obstetricos como (menarca, gestas, partos, abortos, cesareas, periodo intergenesico), así como algunas preguntas sobre los métodos de planificación familiar. Se aplicará la estrategia Educativa y al finalizar esta se aplicará el instrumento y se proporcionará el método elegido. De acuerdo a los resultados se va a dividir en 2 grupos: 1-Aceptan, 2-no aceptan.

En el análisis estadístico se aplicaran medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes).

La Estrategia Educativa consistirá:

-Los sujetos de estudio se formaran, en grupos de 25, siendo la sala de espera de la unidad médica del Campo Ceuta, donde se impartirán las sesiones.

-Se darán 4 sesiones en total, siendo los sabados de 10:00 a 12:00 hrs AM.

-A cada grupo se le dará una sesión expositiva demostrativa, con apoyo en rotafolios y se les proporcionará 1 triptico informativo.

-Al final de cada sección educativa se aplicara el instrumento, para valorar si hubo aceptación de un método de planificación familiar.

Consideraciones éticas:

El trabajo no implica ningún riesgo ni peligro para las pacientes participantes ya que de acuerdo a el reglamento de la Ley General de salud en materia de reinvestigación para la Salud, se apega a lo establecido en el título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1 de investigación sin riesgo, ya que la información obtenida se considera parte de su expediente personal y se maneja como toda información de un documento oficial; Los resultados del instrumento tipo cuestionario, fueron revisados en el momento oportuno por el autor del trabajo y sus asesores. Este trabajo esta acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos, manifestadas en la “ Declaración de Helsinki “ de la Asociación Médica Mundial, encomendada en la 52 Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000.

A las pacientes se les entrego una carta de consentimiento informado que tendría que leer el mismo o ser leída por el médico entrevistador y firmada por la paciente en caso de estar de estar de acuerdo de participar en dicha investigación.

RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas, las cuales se dividieron en 4 sesiones educativas en el transcurso de 1 mes, con 25 participantes por sesión, teniendo una duración de 1 hora cada sesión, posterior a la maniobra educativa.

En relación a las características del grupo: Prevaleció la edad de 15-24 años (74%), de 26-35 años (21%) y la edad de 36-45 años (5%).

En cuanto al estado civil, el 85 % eran casadas y sólo el 15 % solteras.

El nivel educativo, el 85 % tenían la escolaridad básica, 12 % analfabetas y sólo el 3 % un nivel superior.

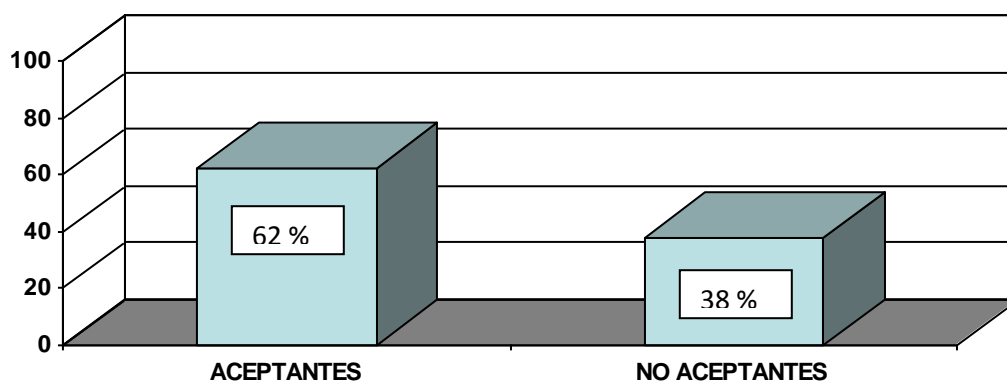
De las 100 participantes, sólo un 34 % habían planificado sus embarazos y el 66 % de ellas no. Sólo un 45 % habían utilizado algún método de planificación familiar anteriormente y un 55 % nunca.

G-1

PACIENTES CON O SIN ACEPTACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

RESULTADOS POS-MANIOBRA EDUCATIVA.

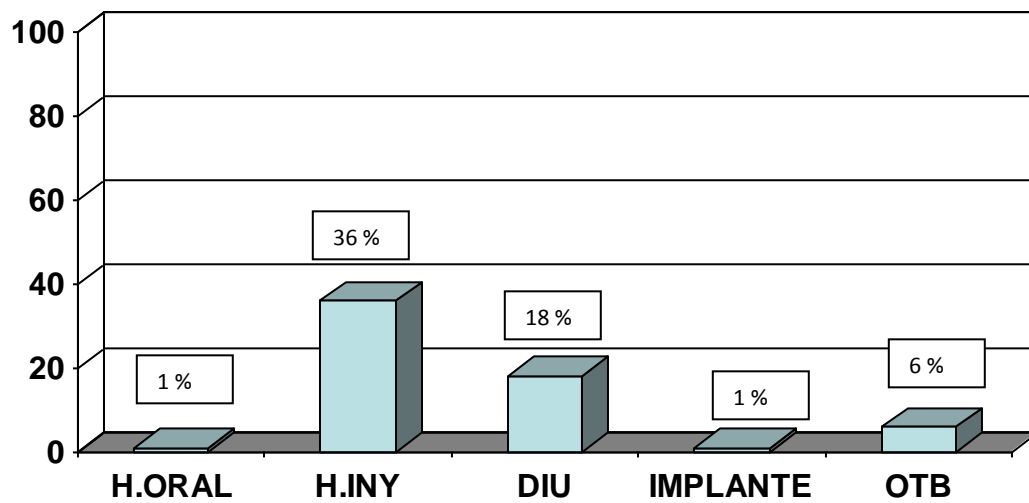
N=100



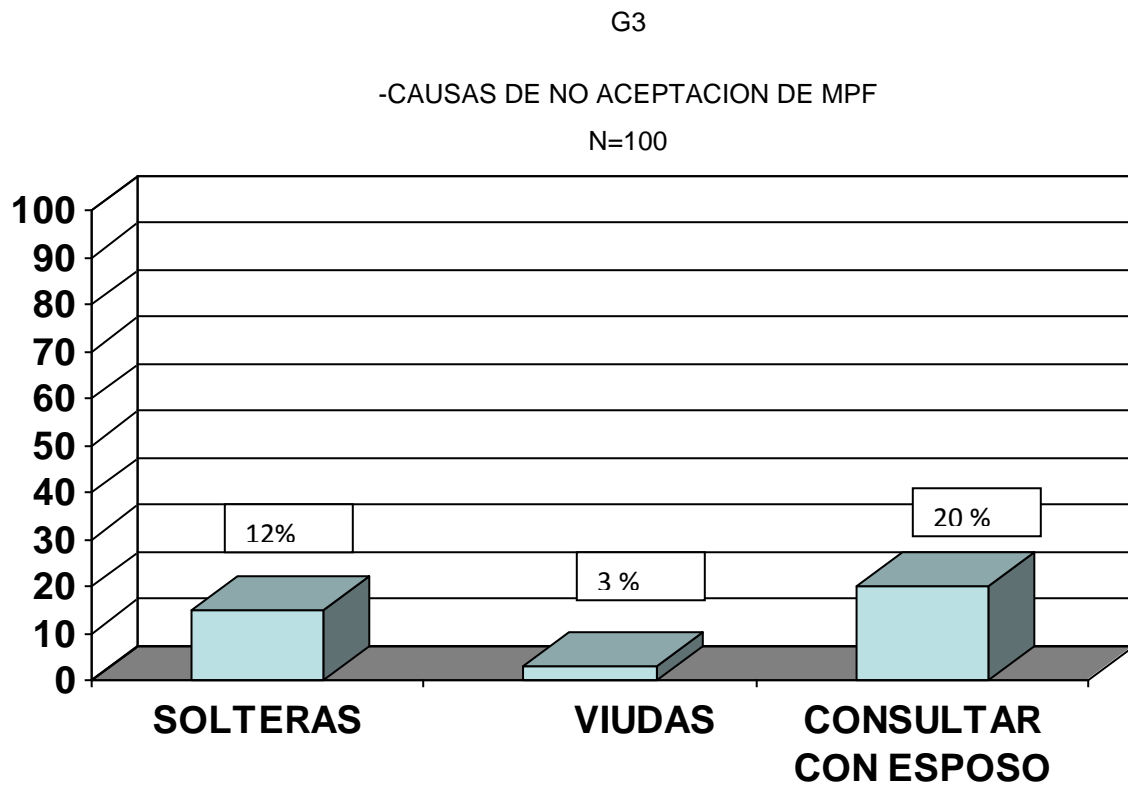
En relación a los diferentes métodos de planificación familiar, el mas aceptado fue el Hormonal Inyectable, seguido del Dispositivo intrauterino, Salpingoclasia ú OTB y Hormonal oral e Implante subdermico, (Gráfica 2).

G-2

METODO DE P.F. ACEPTADO DESPUES DE LA MANIOBRA EDUCATIVA



El total de las encuestadas tenían temores falsos, los cuales se disiparon con la maniobra educativa. Las 38 mujeres que no aceptaron un método de planificación familiar. (Gráfica 3).



DISCUSION

En la mayoría de los trabajos publicados en relación al impacto educativo, no reflejan resultados que impacten positivamente a corto plazo, más si se observa a largo plazo, si la educación es continúa.

Los resultados siempre serán buenos si en la maniobra educativa que se emplea, se suministra toda la información necesaria, de una forma sencilla pero completa, que esta sea capaz de despertar la suficiente motivación para lograr cambios de conducta.

Se tiene información sobre un estudio de intervención educativa en Planificación Familiar realizado en la comunidad de Ouanamenthe, en Haití, de Enero a Junio del 2006, con el objetivo de incrementar el control en las mujeres con riesgo preconcepcional. El proyecto de trabajo fue diseñado con el fin de lograr un cambio en la conducta y falsas creencias, influidos por el desconocimiento que existe sobre el tema, además por ser uno de los países con mayor tasa de fecundidad, natalidad y mortalidad materna e infantil. Lograndose que un 78.1 % de las pacientes incluidas usarán al menos un método anticonceptivo. (14)

En este presente estudio, los resultados obtenidos sugieren que la maniobra educativa reflejó un impacto positivo, ya que un 62 % de las pacientes aceptaron un método de Planificación Familiar. Aunque debe considerarse no sólo como la transferencia de información, sino como un proceso vinculado a la promoción de cambios positivos y que requiere de un sistema de retroalimentación permanente.

A la vez es de cuestionarse si la educación que impartimos cumple los objetivos. Creo que es necesario conocer otras experiencias, actualizarnos, adoptar recomendaciones que se puedan aplicar a nuestra realidad local, para contribuir a mejorar nuestras capacidades educativas y la forma de transmitirla a la comunidad.

CONCLUSIONES

La maniobra educativa aplicada si impacto positivamente en la aceptación de un método de Planificación Familiar a corto plazo.

El resultado obtenido hace necesario reforzar acciones médico asistenciales, que hagan reconocer la importancia del componente educacional, y así mejorar las técnicas didácticas de las exposiciones para lograr resultados objetivos que faciliten la toma de desiciones y la mejora continúa de la población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Impacto Sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. Enrique Rosales Aujang, Jesús Alberto Felguerez Flores. Volumen 73, Num.8, Agosto 2005.
- 2.-SSA. Norma Oficial Mexicana NOOM005-SSA2 de los Servicios de planificación familiar.
www.SSA/normasoficiales/planificacion_familiar/gob.mx.
- 3.-Control de la natalidad: Enfoque por diferentes épocas y culturas.
<http://www.uvs.sld.cu/humanidades/plonearticlemu/tipage:2006-08-15.7480657408/contr>.
- 4.-Women's health. The childbearing years and after.
Craft N.BMJ.1998 Nov 15;315 (7118):1301-4
- 5.-Retos y desafíos en anticoncepción a finales del siglo.
Gregorio Pérez- Palacios. Gac.Méd Mex Vol.136 No.1,2000.
- 6.-Planificación familiar.
<http://www.medynet.com/elmedico/biblio/rbcn8.htm>
- 7.-Derechos de la mujer. Salud sexual y reproductiva. Graciela Arroyo de Cordero. Rev Enferm IMSS 1999;7 (3):181-185.
- 8.-Current reversible contraceptive methods: a global perspective.
Huezo CM.Int J Gynaecol Obstet 1998 Aug; 62 Suppl 1:3-15.
- 9.-Tendencias y Cambios determinants en las políticas de anticoncepción en México y el Mundo : ¿Qué hemos logrado y a donde se pretende llegar ?
Salud pública de México, 2007, vol- 49, pag:238-40. <http://redalyc.uaemex.mx>
- 10.-The role of family planning in poverty reduction.
Allen, Rebecca H.MD.MPH1 Obstetrics & Gynecology, Volumen 110(5), November 2007, Pag.999-1002.
- 11.-Benefits from family planning services. Benagiano G. Eur J Contracept Reprod Health

Care.1998 Sep;1 (3):225-30-<http://www.medynet.com/elmedico/biblio/rbcn8.htm>

12.-Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de desición de La mujer y apoyo de la pareja. Fatima Estrada,MSc,Carlos Hernandez-Giron,Dilys Walker MD, Lourdes Campero,MSc, Bernardo Hernandez Prado,PhD, Catherine Maternowska, PhD. Salud pública de México/vol.50,#6,nov-dic.2008.

13.-Métodos de planificación familiar en Medicina Familiar-PAC-

14.-Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití.

Julio Angel Quintana Gonzalez (1), Tamara Alicia Fonseca Muñoz (2).

Mhtml:file:///F:/HOSPITAL%20RURAL%20DE%UANAMNTHE.mht

15.-Metodos de Planificación Familiar del programa IMSS-Solidaridad.

ANEXOS

**UNIDAD MEDICA FAMILIAR #21
CAMPO CEUTA, LA CRUZ ELOTA, SINALOA.**

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por la Dra. VAZQUEZ TAPIA MIRNA GUADALUPE, médico residente en Medicina Familiar sobre el propósito del protocolo de estudio, donde se respetara el anonimato personal como familiar, que toda información genere y los resultados derivados de la presente investigación servirán para mejorar la calidad en la atención.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente

Firma del testigo

Lugar y fecha:-----.

ENCU

Número de seguro social:_____ fecha:_____

1-Edad:_____

2-Estado civil:_____

3-Escolaridad:_____

4-Religión:_____

5-Lugar de origen:_____

6-Menarca:_____

7-Cesareas:_____

8-Abortos:_____

9-Período intergenésico:_____

10-Fecha de último parto:_____

11-¿Cuántos de los embarazos fueron planificados?

12-¿Ha utilizado algún método de planificación familiar?

13-¿Quién indico o sugirió utilizarlo,(medico, enfermera,otro) ?

14-¿Por qué opto por el método?

15-¿Qué método de planificación familiar ha utilizado anteriormente?

16-¿Sus temores antes de la estrategia educativa eran ciertos?

17-¿El temor se disipó con la información recibida?

18-¿Acepta planificar con alguno de los métodos anticonceptivos?

19-¿Con cual ?

20-¿No acepta ninguno de los métodos anticonceptivo?

