



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN
DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADULTAS EN
PUERPERIO INMEDIATO”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
RAYMUNDO GARCIA GUZMAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
NORBERTO LECHUGA VILLEGAS.
ALFONSO GERARDO CARRERA RIVA PALACIO

2014



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.

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN
DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADULTAS EN
PUERPERIO INMEDIATO”

AUTOR: Raymundo García Guzmán

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN
DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADULTAS EN
PUERPERIO INMEDIATO”

AUTOR: Raymundo García Guzmán.

Vo. Bo.

Dr. Norberto Lechuga Villegas

Director de tesis.

Vo. Bo.

Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva palacio

Director de tesis.

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN
DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES ADULTAS EN
PUERPERIO INMEDIATO”

Vo. Bo.

Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesor metodológico.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores socioculturales que limitan el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres adultas que cursan el puerperio inmediato, en el Hospital General Ticoman.

Material y Métodos: estudio socio médico, observacional, analítico, descriptivo, prospectivo y transversal, que se llevo a cabo en el servicio de Ginecología del Hospital General Ticoman, en el periodo comprendido Mayo – Junio 2013. Se incluyeron 236 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión pacientes cursando el puerperio inmediato postcesarea y postparto, mujeres adultas 20 a 40 años, con embarazo de término.

La recolección de datos se llevo a cabo mediante una encuesta que consta de 26 reactivos, y el procesamiento y análisis estadístico se utilizó Excel 2010 y el programa Statistica 21.

RESULTADOS: El grupo de edad que predominó en el estudio fue de 20 a 25 años. La aceptación de métodos de planificación familiar fue del 56.7%, encontrándose que hubo significancia importante entre los factores socioculturales y la aceptación y rechazo de los métodos de planificación familiar, encontrándose que el 43.2% de las pacientes contaban con un nivel secundaria, seguidas nivel primaria con 28.4%, teniendo el mayor porcentaje de aceptación las de nivel bachillerato con un 25.3%, las pacientes que dedicarse al hogar se encontró un 80%, de las cuales el 44.4% aceptaron un método de planificación familiar, seguido de las que se dedican al comercio 7.1%, la religión fue otra de las variables que se asociaron encontrándose con un 59.3 pacientes que practican alguna religión de las cuales 33.8% aceptaron algún método, el estado civil predominó las pacientes en unión libre con un 66% de todas las pacientes y aceptando un 34.7%. La variable información sobre métodos de planificación familiar durante el embarazo, antes del embarazo y puerperio se encontró 60.2% que recibieron atención aceptando algún método 78.4% de estas, siendo las variables que más tuvieron significancia para el estudio.

CONCLUSIONES: se confirma la hipótesis los factores socioculturales si influyen en la aceptación o rechazo para el uso de métodos de planificación, es necesario mejorar la educación de las pacientes para tener una mejor aceptación, mantener una constante actualización al personal de salud para mejorar la consejería a las pacientes, promover una adecuada consejería durante el control prenatal.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres y hermanos quienes siempre han estado apoyándome incondicionalmente durante todo este camino.

A las pacientes que sin saberlo fueron y siguen siendo participes de estos años de aprendizaje.

A todos los médicos adscritos de las diferentes unidades hospitalarias por sus enseñanzas y consejos.

Al Dr. Alfonso Carrera por su tiempo, dedicación y enseñanzas.

A la Dra. Carolina Salinas por el tiempo, asesoría y paciencia

Gracias a Dios que sin él no hubiera sido posible todo esto.

INDICE

| | |
|----------------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Marco Teórico | 3 |
| Metodología | 13 |
| Planteamiento del problema | 20 |
| Justificación | 21 |
| Hipótesis | 23 |
| Objetivos | 23 |
| Material y Método | 25 |
| Cuadro de variables | 26 |
| Resultados | 29 |
| Discusión | 43 |
| Conclusión | 47 |
| Bibliografía | 48 |
| Anexos | 51 |

I. INTRODUCCION.

El programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, se ha definido como prioritario porque contribuye a que las personas alcancen una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico.

Existen diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo, los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población. (5)

La anticoncepción postevento obstétrico se proporcionaba en las unidades médicas de la Secretaría de Salud desde la década de los setenta. Sin embargo, por circunstancias diversas éste servicio se brindaba con inconsistencias y no

había logrado consolidarse como una acción de salud permanente dentro de los hospitales de la institución. Los métodos anticonceptivos disponibles, se otorgaban en forma ocasional y esporádica, sólo por interés personal del médico que atendía el evento obstétrico.

En 2012, la población de México alcanzó los 112.3 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.2%). A pesar de que el volumen actual de la población nacional representa 39.0 por ciento más del observado en 1990 (80.8 millones), la velocidad a la que crece se reduce lentamente. Poco más del 30 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción, en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.5%) tiende a ser mayor, por lo que la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial importancia en este periodo. Por último, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir las mujeres de 35 a 39, 40 – 44 y 45 – 49 años de edad, concentran 13.8, 12.1 y 10.2 por ciento de la población en etapa reproductiva. (16)

MARCO TEORICO

Planificación familiar

La Organización Mundial de la Salud define la planificación familiar como “una manera de pensar y vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad. (1)

Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el numero y espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas. (17)

Salud Reproductiva

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como “Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces. (5)

Métodos de Planificación Familiar.

Los métodos anticonceptivos o de planificación familiar, son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Contribuyen en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad y la prevención de embarazos no deseados. (1)

Los métodos anticonceptivos modernos aparecieron de forma oficial y se perfeccionaron en la segunda mitad del siglo XX, se distinguieron por su alta efectividad y seguridad, y porque por primera vez en la historia de la humanidad dieron una visión diferente a las prácticas reproductivas, permitiendo a la pareja planear el número de hijos que desea tener. No obstante, en gran medida se continúa marginando a la mujer en cuanto a decidir por sí misma.

ORIENTACION-CONSEJERIA.

Se entiende como el proceso de ayuda a los usuarios para tomar decisiones informadas, voluntarias y responsables sobre un comportamiento reproductivo, sin riesgos y saludable.

En este marco los prestadores de servicios de segundo nivel involucrados en la atención del embarazo y la resolución de este, ya sea por parto, cesárea o aborto, deberán establecer un particular cuidado en el proceso de análisis durante la comunicación interpersonal con la usuaria o mejor aún en la presencia de su pareja.

Durante la orientación – consejería, el prestador de servicio debe apoyar a la usuaria a comprender sus motivaciones personales y conocer las opciones disponibles en cuanto a la planificación familiar. Su tarea consiste en escuchar, hacer preguntas, dar información relevante.(15)

El proceso de orientación - consejería con calidad se enfoca a satisfacer las necesidades y clarificar las expectativas sobre la salud sexual y reproductiva de las personas; especialmente en el caso de los métodos permanentes, ya que existe la posibilidad que la usuaria cambie de opinión después del procedimiento (15).

EDAD.

La edad es un factor importante de la fecundidad; en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven, es necesario tener en cuenta que la edad materna influye enormemente en el bienestar del binomio madre hijo. La edad al momento del matrimonio o unión, es una variable demográfica que puede jugar un rol significativo en la reducción general de la fecundidad, asumiendo que la actividad sexual femenina se limita principalmente al matrimonio. El casarse tardíamente acorta la duración de la edad reproductiva de la mujer, y es probable que tenga menos hijos. El uso de anticonceptivos aumenta a la par de la edad de la mujer, probablemente porque ésta ha adquirido más conocimiento sobre los métodos o bien porque ya tiene varios hijos (10).

En 2012, la población de México alcanzo los 112.3 millones de habitantes, de los cuales poco más de la mitad era mujer (51.2%). A pesar de que el volumen actual de la población nacional representa 39.0 por ciento más del observado en 1990

(80.8 millones), la velocidad a la que crece se reduce lentamente. Poco más del 30 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción, en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.5%) tiende a ser mayor, por lo que la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial importancia en este periodo. Por último, la población femenina que menos contribuye a la fecundidad, es decir las mujeres de 35 a 39, 40 – 44 y 45 – 49 años de edad, concentran 13.8, 12.1 y 10.2 por ciento de la población en etapa reproductiva. (16)

ESTADO CIVIL

El tener múltiples compañeros influye sobre el nivel de fecundidad, elevándolo. Si las mujeres son jóvenes y tienen un nivel de educación bajo, es más probable que se encuentren en unión libre y no formalmente casadas.

En México en el censo poblacional del INEGI 2011 la mayoría de los jóvenes se encuentra soltera 61.1%, mientras que aquellos que están casados o unidos representan el 36.1%, el porcentaje entre los grupos de edad 25 y 29 años la proporción de solteros se reduce a 37% y 28% hombres y mujeres respectivamente.

La ENADID de 1997 reportó que una cuarta parte de las mujeres en edad fértil entre 25 y 34 años se había unido por primera vez antes de los 16.3 años, la mitad a los 18.7, y tres cuartas partes a los 21.7

ESCOLARIDAD

El bajo nivel escolar es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar. El analfabetismo y la baja escolaridad tanto de la mujer como del cónyuge, influyen directamente en el no uso de los métodos de planificación familiar.

La experiencia proveniente de países donde se ha estudiado la variable educación confirma esta hipótesis; por ejemplo, la mujer analfabeta en Venezuela tiene en promedio 7 hijos cuando llega al final de su ciclo reproductivo, mientras que aquellas que tienen de uno a tres años de educación tienen en promedio 5.8 hijos. Es fundamental que el personal de salud encargado de ofrecer los métodos, escoja una estrategia adecuada para cada usuario en particular, según el nivel escolar del mismo

El nivel escolar de las mujeres si tiene un efecto importante en el uso de anticoncepción, las mujeres sin escolaridad no incrementan su nivel de conocimiento entre 1997 y 2009, (82.4%), es decir, continua con 17 puntos porcentuales menos que las de secundaria y más cuyo porcentaje de conocimientos es de 99.4. (16).

RELIGION

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas.

Sin embargo existen comunidades en donde la religión juega un factor significativo en relación con la baja prevalencia de la práctica anticonceptiva, sobre todo en áreas remotas con baja escolaridad, en las cuales se considera que no se debe hablar sobre temas relacionados con sexualidad o planificación familiar por estar en contra de las buenas costumbres (9).

Es importante hacer hincapié en el hecho que los métodos aprobados por la Iglesia alcanzan apenas un 80% de efectividad en condiciones óptimas, lo cual conlleva a un alto índice en embarazos no deseados especialmente entre los adolescentes y mujeres jóvenes solteras. Esto es paradójico, ya que la misma Iglesia condena los embarazos fuera de matrimonio, y obliga a las mujeres a buscar alternativas muchas veces fatales, como lo son los abortos ilegales (9).

El discurso de las iglesias cristianas se sigue articulando sobre tres ejes fundamentales:

a. La mujer debe estar subordinada al hombre.

- b.** La relación sexual tiene únicamente propósitos de reproducción biológica, la mujer no puede decidir cuántos hijos tener, dado que estos son voluntad de Dios.
- c.** El destino de la mujer es ser esposa y cuidar de la familia y el hogar.
- d.** Por otra parte, la falta de educación sexual humanizada y liberadora favorece la multiparidad; las patologías de origen sexual y las asociadas a la reproducción.

Exaltan la maternidad y prohíben todo uso de métodos anticonceptivo "antinaturales", solo aceptan los métodos naturales siendo este uno de los métodos más inseguros; muchas mujeres quedan embarazadas volviéndose portadoras de un embarazo inoportuno. Pero la misma iglesia que las empuja a tomar ese método también condena a las mujeres que practican o desean el aborto, una de las principales causas de muerte materna (9).

Sin embargo hay grupos religiosos que abogan por los derechos sexuales. En el documento del Encuentro Regional de Católicas por el derecho a decidir en América Latina, realizado en Uruguay en 1994, dice que las mujeres católicas continuarán contribuyendo a la des-construcción de los mitos católicos; dando a conocer el derecho a disentir, incorporando estas perspectivas a los esfuerzos por hacer realidad 105 derechos reproductivos, incluyendo la despenalización de aborto y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.

PARIDAD

La fecundidad de una población resulta de las expectativas reproductivas (los hijos que las mujeres y las parejas desean tener) y de su acceso a los medios que les permiten cumplir con estas expectativas (especialmente los métodos anticonceptivos). Para que la fecundidad y en consecuencia el crecimiento demográfico de un grupo social, un país o una región disminuyan, es esencial que su población aspire a un menor número de hijos y tenga acceso a los medios para lograrlo. De esta manera, los embarazos no deseados se reducirían al mínimo (3)

Las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y salud sexual son causa de casi una quinta parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad prematura, y de una tercera parte de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear (UNFPA, 2004).

Con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009 (ENADID 2009) se estimó una tasa global de fecundidad de 2.3 hijos por mujer para ese año. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que en 2010 la tasa fue de 2.1. (16)

OCUPACION

Como es de esperarse la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar es mayor en los países que se encuentran en un estado avanzado de desarrollo; así como entre las mujeres de mayor condición social, de zonas

urbanas o con mayor educación, esto sugiere, como se demuestra en diversos estudios, que la educación y la urbanización juegan un papel importante como medio para cambiar los valores de los individuos, acerca del tamaño ideal de familia, así como también sobre la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar. Sin embargo, el incremento en el uso de métodos modernos se ha dado en todos los grupos sociales, con una convergencia a un mayor uso de los mismos. (2)

En México la fecundidad ha descendido en las últimas décadas como consecuencia de las políticas de población y el uso de anticonceptivos modernos, en contexto con otros factores que promueven una menor fecundidad, como son la urbanización, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, más años de escolaridad y en general cambios de valores y cultura.

Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar el convencimiento y aceptación de la metodología anticonceptiva. Es indudable que el hecho de ofrecer una atención de calidad en planificación familiar durante el embarazo y el puerperio, contribuyen forma importante a reducir la morbilidad materno-infantil. En el puerperio inmediato es frecuente que al momento de tomar la decisión sobre el método anticonceptivo más idóneo, se carezca de información confiable; por esta razón algunos expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse durante el embarazo y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada.(6)

VIOLENCIA

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. La violencia contra las mujeres se define como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vía pública o privada está asociada a riesgos en la salud reproductiva porque: es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, disminuye el poder de decisiones de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados..

La violencia contra la mujer en la pareja está estrechamente relacionada con una serie de problemas de salud reproductiva y mental, la relación entre la violencia de género y la capacidad de la mujer para controlar su fecundidad, la falta de información, desconocimiento de sus derechos, aunado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de salud, así como la no denuncia, y el no registro de casos impide evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia de género en relación al embarazo y la no aceptación de método de planificación familiar.

Algunos trabajos de investigación disponibles sobre violencia intrafamiliar y el control de la fecundidad han concentrado la atención en el temor de la mujer frente a la violencia como obstáculo para el uso de anticonceptivos en general (18).

Otros trabajos han estudiado la relación entre el maltrato de la pareja y el uso de métodos masculinos (por que las mujeres suelen enfrentarse con la violencia cuando tratan de inducir el uso del condón (19). Y entre el maltrato y los métodos femeninos (por que sus compañeros pueden maltratarlas cuando descubren que usan un método en forma oculta o sospechosa de su infidelidad (20). Si bien las pruebas reveladas en estos estudios ayudan a aclarar los mecanismos mediante los cuales la violencia y el temor a la misma podrían afectar el control de la fecundidad, este tema amerita que se realice un estudio más minucioso.

Es limitado el número de trabajos de investigación cuantitativa que han examinado directamente la relación entre la violencia contra la pareja y el control de la fecundidad (21).

METODOLOGÍA.

Los éxitos de la planificación familiar y el descenso concomitante en el crecimiento de la población ésta siguen aumentando, toda esperanza por moderar el crecimiento futuro de la población requiere de una menor fecundidad y programas de planificación familiar más eficaces. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres casadas en los países en desarrollo expresan el deseo de espaciar o limitar sus embarazos, pero no están utilizando ninguna forma de anticoncepción, formando un posible susceptible para la acción de los servicios de planificación familiar.

El proyecto de estudios de la mujer (PEM) de Family Health International (FHI), durante 5 años estudio el impacto que tiene la planificación familiar en la vida de las mujeres. Se realizó 26 estudios en 10 países con análisis cuantitativos y cualitativos en cuanto a planificación familiar, revelando en cuanto a las normas de género, que las mujeres casi siempre llevaban la responsabilidad primordial y bienestar de los hijos, y que los hombres son los que toman las decisiones.

Un estudio llevado a cabo en Filipinas y Bolivia, sugiere que las desigualdades de género, en cuanto a las decisiones sobre planificación familiar tienen raíces profundas en las relaciones sexuales, y que desafiar los papales sexuales ya establecidos puede traerle serias consecuencias a la mujer.

Un estudio realizado entre 1998 y 1999 para examinar los factores asociados con la anticoncepción posparto en relación con la etnia y el uso de anticonceptivos en 4,096 mujeres en Nuevo México, se encontraron que el 51% (1970) son mujeres hispanas, el 13% (502) nativas americanas y 35% (1352) blancos no hispanos, la mayoría de las encuestadas 73% tenía entre 20-34 años y el 74% aceptaron algunos de los métodos, 3205 mujeres aceptaron un método anticonceptivo, mientras que 891 no aceptaron, de estas pacientes las mujeres hispanas son más propensas que las nativas americanas a para utilizar métodos anticonceptivos posparto, se encontró que el 55% de las pacientes son casadas y de este el 59% aceptaron algún método de planificación familiar, el 38% tenían estudios iguales o mayores a la secundaria y el 74% aceptaron algún método. Se concluyó que las

mujeres recién paridas, >35 años, no casadas, con educación inferior a la secundaria, y que no tuvieron asesoramiento prenatal anticonceptivo tiene riesgo significativo mayor de tener un embarazo.

El uso de anticonceptivos permite a las mujeres evitar embarazos no deseados, para decidir el número de hijos y el espaciamiento de los mismos, el aumento de las oportunidad de participación en actividades educativas, económicas y sociales. El asesoramiento para la planificación familiar es una herramienta eficaz para ayudar a asegurar la salud y el bienestar de mujeres y niños, por lo que es de especial importancia proporcionar esta oportunidad en el escenario del posparto.(7)

Existe una relación directa entre el nivel educativo de la mujer y el número de hijos que tiene, y las condiciones de salud de éstos. Las mujeres con mayor nivel educativo y las que tienen un trabajo remunerado, constituyen generalmente familias más pequeñas. Es necesario sensibilizar a los hombres y a las mujeres y comprometerlos con su responsabilidad procreacional.

PROFAMILIA reveló que entre las principales causas de no uso de anticonceptivos estaban: no tienen pareja, temor a efectos secundarios, creencias o mitos, desea más hijos y no lo ha conversado con su pareja.

Los hombres deben participar más, no sólo en la decisión de tener hijos sino también en el proceso de su crianza y educación, así como cuando se piensa en la decisión de usar anticonceptivos, la responsabilidad de su elección, adquisición y uso suele recaer sobre la mujer.

En el área de planificación familiar, es el hombre quien decide continuar o dar por terminada la etapa procreadora de la pareja, mientras que la mujer es quien sufre directamente las consecuencias, y se la margina obligándola a aceptar la decisión del varón; esto es claramente una violación de los derechos sexuales reproductivos de la mujer.

Un estudio transversal, multicéntrico fue diseñado para determinar las razones para seleccionar uno de los 3 métodos de anticoncepción disponibles en mujeres que solicitan asesoramiento anticonceptivo en España. En el año 2005, la población de estudio fue 9700 mujeres con una edad media de 26,7 años, el mayor número de pacientes se encontraba entre 25-34 años con un 47%, en cuanto a nivel educativo el 35.2% tenían título universitario, el 47% secundaria y 18% educación primaria, por otro lado, el 60% de las mujeres tenían empleos fuera de casa, 21% estudiantes, 12% trabajan en casa y 6% desempleadas, y el 88.6% tenían una pareja estable.

El diseño del estudio fue la intención de minimizar el efecto de la información parcial que puede tener en la elección de un método de anticoncepción, la información fue proporcionada de forma escrita para facilitar la elección de los métodos anticonceptivos, se demostró que el uso de cita de video y materiales escritos son métodos efectivos para aumentar el conocimiento y la promoción del uso de los métodos anticonceptivos; muchas mujeres no entienden los métodos tradicionales, por falta de conocimiento, bajo nivel de alfabetización que son factores de riesgo para el mal cumplimiento y baja aceptación.(11)

Las altas tasas inaceptables de incidencia de mortalidad materna y muerte fetal en los países en desarrollo se han reportado consistentemente en las últimas décadas y sigue siendo un problema no resuelto hasta el día de hoy.

Además de la falta de recursos y de profesionales de salud entrenados son otros factores que contribuyen a estos malos resultados obstétricos como embarazos no deseados, periodos intergenesicos cortos, paridad elevada, embarazo en grupos de alto riesgo incluidos los adolescentes y mujeres en edad avanzada. Los servicios de planificación familiar eficaces para evitar embarazos a futuro o separación es la clave para reducir la mortalidad y morbilidad de las mujeres y los niños en los países de desarrollo.

Se realizó una revisión de las prácticas anticonceptivas en el puerperio en un hospital universitario de Chiang Mai, para la mejora de la calidad de servicio de planificación familiar. El objetivo fue evaluar la tasa de aceptación y los patrones de uso de anticonceptivos entre las mujeres después del parto en el año 2009. Se estudiaron 1009 mujeres en puerperio con una edad media de 28 años (rango 15-48) de estas 281 eran menores de 24 años y 22 mayores de 40 años, se concluyó que la mayor tasa de aceptación de anticoncepción de acción prolongada reversible (LARC) fue de 50.4% que puede ser debido a sus varias ventajas sobre otros métodos reversibles incluyendo una efectividad muy elevada, prácticamente no hay problema de cumplimiento por parte del paciente.

Los factores más importantes independientes que influyeron en la aceptación LARC en el estudio fueron la edad y el nivel educativo. Mujeres en posparto con

poca educación formal o ninguna y las menores de 24 años fueron mas propensas a utilizar LARC.(12)

El control de la fertilidad con el uso de anticonceptivos es esencial para la salud y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Es una herramienta importante de la medicina preventiva que permite a las parejas expresar sus necesidades sexuales. Se ha observado que la demanda de anticonceptivos varía a lo largo de la vida reproductiva de la mujer y, como tal, en el momento del parto se debe considerar la atención y el uso de anticonceptivos para una planificación familiar efectiva. La estimación de la prevalencia de anticonceptivos en todo el mundo fue de 55% con una baja prevalencia en la mayoría de los países en desarrollo.

Se realizo un estudio descriptivo y transversal para evaluar el uso de anticonceptivos posparto en mujeres embarazadas y en puerperio en la Universidad de Lagos Hospital Docente (LUTH), Lagos, Nigeria. Se administraron cuestionarios a pacientes que acudían a consulta prenatal y a las que consultaron el servicio de planificación familiar en el posparto, la intención del estudio fue la de evaluar los factores que influyen en la aceptación de anticonceptivos después del parto. El tamaño de la muestra fue 423 mujeres de las cuales 148 (34.99%) eran mujeres puérperas, con una edad $30,6 \pm 4,9$ años (rango 21-40 años), 406 (96%) estaban casadas, 213 (50.3%) profesaban la religión pentecostés y 117 (27.2) católicos los dos grupos más fuertes, solo 13 (3,1%) de las encuestadas no tenían una educación formal. Se encontró que 227 (54%) de las mujeres aceptarían un método anticonceptivo, mientras que 184 (43%) no deseaban usar

anticonceptivos, mientras que 12 (3%) no se habían decidido hasta consultarlos con su pareja. De las 227 mujeres que aceptaron un método de planificación familiar la principal causa de aceptación es para espaciar el tiempo entre los hijos con un 53.3% y 36.2% para prevenir embarazos a futuro y de las razones para no aceptar se encontraban 47.8% por que decidieron tener más hijos, 17.4% por causas de su religión, 16.3% por mala experiencia con previo uso de métodos, 15.8% consultarían al marido.

Varios factores fueron identificados en este estudio que influyen en el uso de anticonceptivos en el pospartum. una orientación adecuada de planificación familiar, educación de los médicos y enfermeras a las mujeres embarazadas y púerperas pueden modificar muchos de estos factores, esta educación deberá extenderse a los esposos o compañeros ya que juegan un papel importante en el uso de anticonceptivos, así como, mejorar el nivel educativo de la población para poder mejorar la aceptación de métodos anticonceptivos en el puerperio. (13)

Se realizó un estudio en Inonu University School of Medicine en la región oriental de Turquía con el objetivo de evaluar el efecto de la consejería postparto sobre anticoncepción en el postparto.

Se entrevistaron 143 mujeres con una edad media de $27,5 \pm 4,5$ (17-39), después de la consejería 47 (32.9%) de las mujeres decidió utilizar DIU, 23 (16.1%) preservativo 16 (11.2%) progestinas intramusculares.

Concluyeron que las mujeres que aceptaron anticonceptivos después del parto tenían un nivel educativo superior y sus esposos jugaban un papel importante en

el rechazo de la anticoncepción. A pesar de la consejería postparto una gran mayoría de mujeres decidieron utilizar métodos anticonceptivos tradicionales y menos eficaz, debido a el bajo nivel educativo, el hecho de que el periodo postparto puede ser un momento inadecuado para el asesoramiento, así como, a factores socio-culturales y creencias, también en el estudio las mujeres con niveles educativos más altos, en comparación con los menos educados tiene un 93% vs 85% respectivamente de uso de anticonceptivos. Llegando a la conclusión que las actividades de planificación familiar depende de la calidad de la consejería, pero la no utilización de los métodos anticonceptivos a pesar de la consejería puede revelar que el nivel de estudio debe aumentar en general. A largo plazo las campañas de educación puede resolver el problema.(14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En toda América Latina hay un flagelo común: los altos índices de fecundidad, y embarazos en grupos de riesgo, elevados niveles de morbi-mortalidad materno infantil y otros factores socio-económicos relevantes como el hacinamiento, la pobreza y pobreza extrema, y la falta de acceso a la educación.

Todos los indicadores antes mencionados son útiles para medir el nivel de pobreza de un país o región.

Según un estudio de la OMS, las muertes materno-infantiles anuales se podrían reducir a menos de la mitad si las mujeres que alguna vez expresaron su deseo de no tener más hijos utilizarasen algún método anticonceptivo.

La realidad que vive la población que acude a atención de parto al Hospital General Ticoman, presentan bajos niveles educativos, pobreza, sumando a que

existen factores modificables que obligan a las mujeres a seguir pariendo, al observar que al igual que el resto del país y América latina, los factores socioculturales eran determinantes a la hora de decidir utilizar un método anticonceptivo, nos motivo a realizar un estudio a profundidad de estos factores, para establecer estrategias de acción y contribuir al esclarecimiento de las grandes dudas y temores que aún envuelven a nuestra población en lo que a anticoncepción se refiere.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente interrogante para el estudio:

¿Cuáles son los factores socio culturales que influyen en la no aceptación de los métodos planificación familiar, en mujeres adultas que cursan el puerperio inmediato en el Hospital General Ticoman en el periodo junio 2013?

JUSTIFICACION.

Surge como consecuencia de nuestra observación de la poca aceptación de los distintos métodos anticonceptivos por la población que acude a atención de parto en el hospital General Ticoman, a pesar de la consejería que se da a las pacientes en el posparto inmediato.

Se hizo evidente que el problema no solo era el desconocimiento o falta de educación, ya que el rechazo era igual entre las mujeres de distintos estratos sociales y las razones aducidas eran básicamente las mismas, analizando el bajo porcentaje de aceptación de anticoncepción en las mujeres en el puerperio inmediato, se encuentra que el rechazo entre las mujeres estaba dado básicamente por razones del orden socio-cultural, sobre las cuales era factible

realizar políticas de esclarecimiento de dudas y temores cuyos resultados serian evidentes a mediano plazo.

Tenemos que durante el año 2012 en el Hospital General Ticoman se atendieron en promedio 3565 pacientes que incluyeron partos y cesareas, de las cuales menos del 50% tuvieron un método de planificación familiar a su egreso. (23)

La mortalidad y morbilidad materna evitable son expresión de inequidad y desigualdad y falta de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores claves que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución. Algunas de ellas son la mejor organización de los servicios de salud para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención del embarazo, en el periodo prenatal, en el parto y el puerperio. Dentro de los objetivos del plan de reducción de mortalidad materna grave se encuentra el aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad reproductiva. (24).

El estudio pretende de manera practica una vez identificado los factores socioculturales que tienen más peso en el rechazo de métodos de anticoncepción plantear alternativas de solución basadas en la comprensión del problema y formular intervenciones destinadas a transformar conceptos erróneos y disipar el miedo al castigo divino de la iglesia, buscar mejorar la educación a los prestadores de servicios de salud, para que a su vez, tenga una adecuada comunicación y consejería con las mujeres con nivel educativo bajo, además, de conocer el nivel de violencia de las cuales las mujeres son víctimas y poder detectarlas a tiempo y

junto con la planificación familiar dar una adecuada consejería y así poder alcanzar más del 90% de anticoncepción postevento obstétrico (23).

HIPOTESIS.

Los factores socioculturales influyen en la no aceptación de los métodos planificación familiar en las mujeres adultas que cursan el puerperio inmediato en el hospital General Ticoman

OBJETIVOS

General.

Identificar los factores socioculturales que limitan el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres adultas que cursan el puerperio inmediato, en el Hospital General Ticoman.

Específicos.

1. Determinar los factores socioculturales (escolaridad, estado civil, religión, ocupación y violencia) que influyen en el uso de métodos de planificación familiar.
2. Determinar si el personal de salud realizó la oferta y consejería de planificación familiar en el posparto.
3. Conocer la importancia que tienen los diversos factores socioculturales en el rechazo de métodos de planificación familiar para proponer estrategias que permitan aumentar el porcentaje de aceptación.

4. Identificar si existe una relación entre dos o más factores socioculturales que se asocien al rechazo de un método de planificación familiar.

II. MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio.

Sociomedico, observacional, analítico, descriptivo, prospectivo y transversal.

Definición del Universo.

Criterios de Inclusion

- Mujeres de 20 a 40 años de edad
- Que cursen el puerperio inmediato.
- Con embarazo de termino
- Mujeres hospitalizadas en el hospital General Ticoman en el periodo mayo a junio 2013
- Puerperio postparto y postcesarea

Criterios de no inclusión

- Pacientes que cursen con datos clínicos de infección puerperal
- Pacientes que se encuentran neurológicamente no integras.

Criterios de eliminación e interrupción.

- No aplica.

Diseño de la muestra.

- Censo.

Cuadro de Operacionalización de las variables

| VARIABLE | TIPO | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | CALIFICACIÓN |
|--------------------------|---------------|---|--------------------------|---|
| Factores socioculturales | Independiente | Supone una íntima unión y relación entre lo social y lo cultural interrelacionados, entrelazados e interdependientes de tal manera que pasamos a hablar de una nueva realidad sociocultural que integra sociedad y cultura. | Cuantitativa discontinua | Integración de los reactivos de la encuesta |
| Escolaridad | independiente | Número de años estudiados (no se consideró escolaridad preescolar) | Cuantitativa discontinua | 0 - 13 |
| Estado Civil | independiente | Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos. | Cualitativa nominal | Soltera Casada Unión libre Viuda |
| Religión | independiente | Creencia o dogma acerca de la divinidad que se profese. | Cualitativa nominal | Católica Otra Ninguna |
| Ocupación | independiente | Actividad que se realiza. | Cualitativa nominal | Ama de casa Estudiante Trabajo fuera de casa Ninguna |
| Violencia de genero | independiente | . La violencia contra las mujeres definicia como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vía pública o privada está asociada a riesgos en la salud reproductiva porque: es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, disminuye el poder de decisiones de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de | Cualitativa nominal | Respuesta Si equivale a 80% Respuesta a Veces equivale a un 30% Igual o mas del 80% caso sospechoso de violencia. |

| | | | | |
|---|-------------|---|--------------------------|---|
| | | embarazos no deseados. | | |
| Método de planificación familiar elegido | Dependiente | Tipo de método de planificación familiar | Cualitativa nominal | Preservativo DIU DIU con levonorgestrel Anticonceptivos orales Anticonceptivos inyectables Parches Implante OTB Otro No acepto |
| Actitud hacia el Método de planificación familiar | Dependiente | La mujer acepta la aplicación de método de planificación familiar. | Cualitativa nominal. | Si No |
| Edad | Control | Años de vida | Cuantitativa discontinua | 20 - 40 años |
| Paridad | Control | Número de embarazos con alumbramiento más allá de la semana 10 o con un producto de peso mayor 500grs | Cuantitativa discontinua | 1 - 10 |
| Información de planificación familiar durante su control prenatal | Control | El personal de salud que llevo su control prenatal le dio información sobre métodos de de planificación familiar | Cualitativa nominal | Si no |
| Oferta de método de planificación familiar posparto | Control | El personal de salud de la institución le ofreció la aplicación de algún método de planificación familiar posterior a la atención de su parto/aborto/cesárea. | Cualitativa nominal | Si no |

Estrategia para recolección de datos

Cuestionario de 26 reactivos de opción múltiple

Recursos.

- Económicos: los gastos corrieron por parte del investigador.
- Físicos: Hospital General de Ticoman.

Plan de recolección de datos y análisis estadístico.

Posterior a la recolección de datos, se elaboró la base de datos en el programa Excel y SPSS, los cuales permitieron realizar análisis estadístico y la presentación de los resultados con apoyo de cuadros y gráficos.

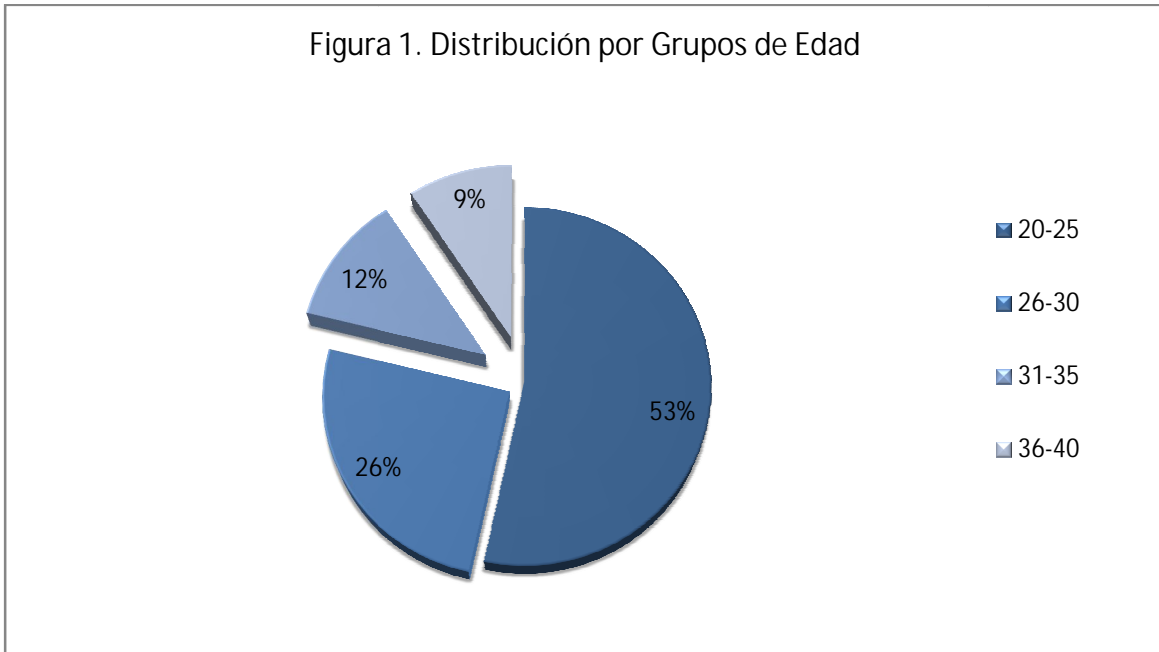
Se obtuvo chi cuadrada como prueba de hipótesis y con la finalidad de comparar los factores socioculturales v/s la aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar.

Aspectos éticos.

Desde el punto de vista bioético, la investigación no presenta algún riesgo para la paciente y que solo se tratan de preguntas en caminadas a investigar los factores socioculturales de cada paciente.

III. RESULTADOS.

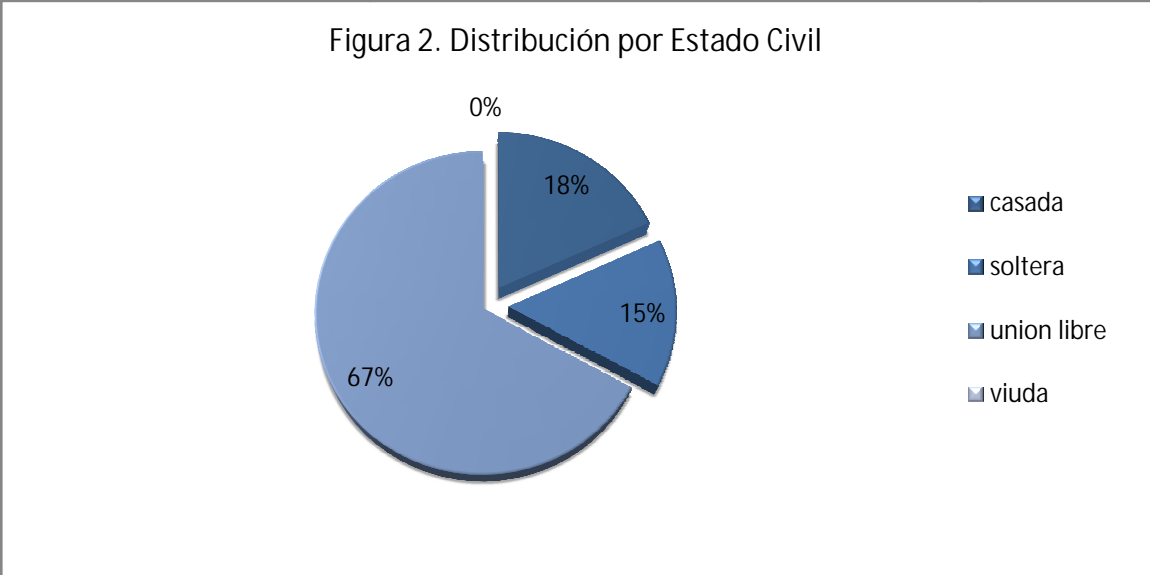
DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR GRUPO ETARIO. MAYO-JUNIO 2013



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

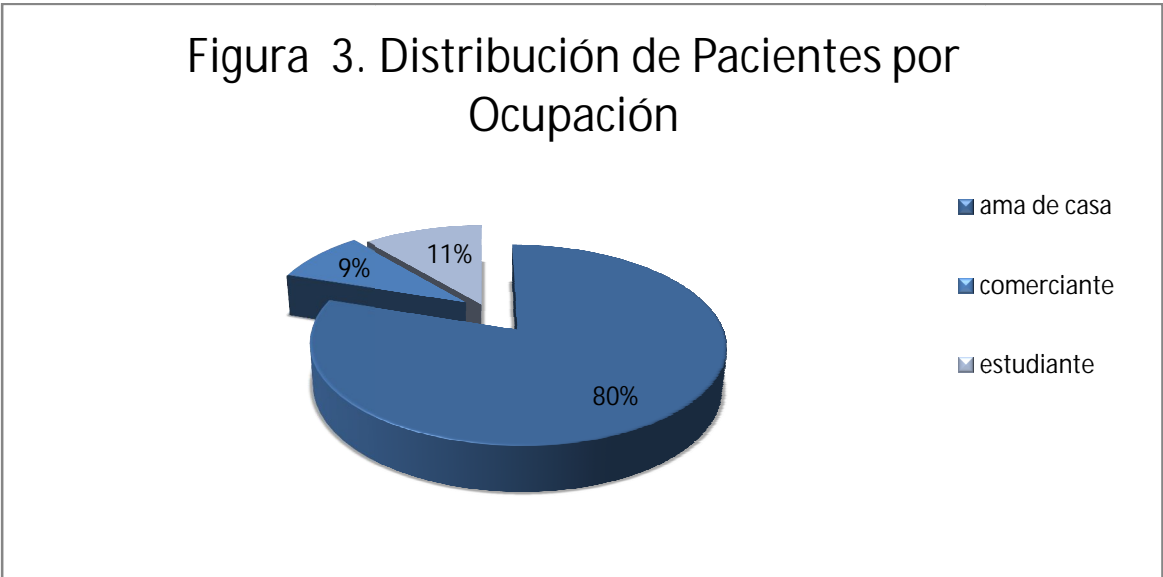
Cuando analizamos la edad de las 236 pacientes incluidas en el estudio, se observo que el 53% de las pacientes encuestadas pertenecen al grupo de edad 20-25 años, seguido por el grupo de 26 a 30 años.

Al analizar el grupo de pacientes estudiadas encontramos que en que en el 67% su estado civil es unión libre, y el resto de las pacientes con un estado civil casadas y solteras comparten un 18% y 15% respectivamente.



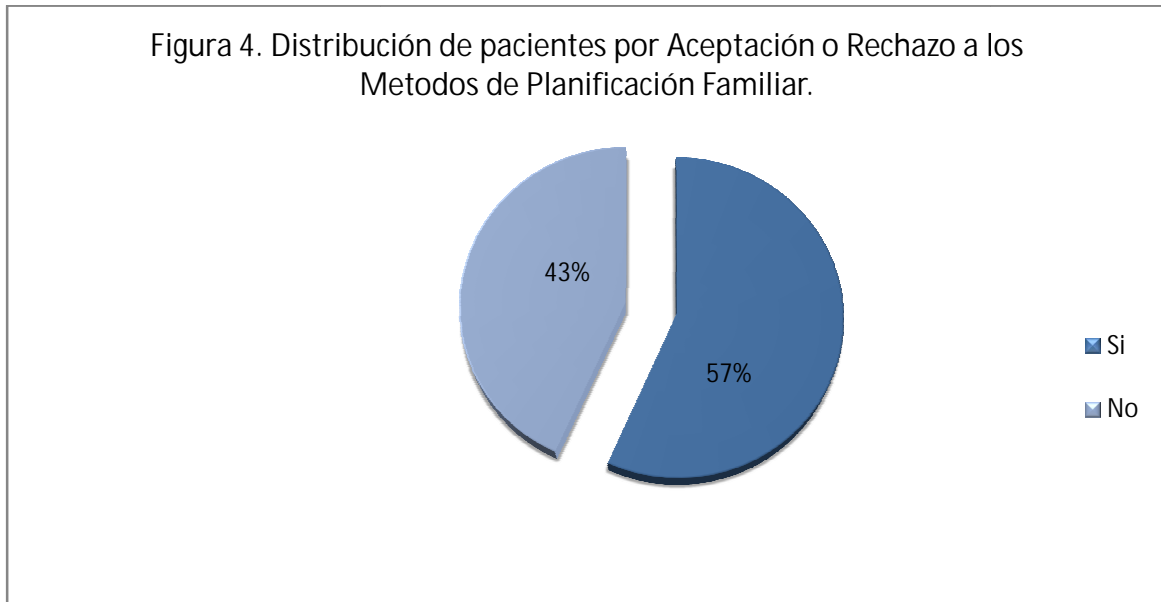
Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman

Analizando las 236 pacientes encontramos que en la variable ocupación se encuentra con un predominio de 80% de las pacientes son amas de casa, siendo él un menor porcentaje comerciantes o estudiantes.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

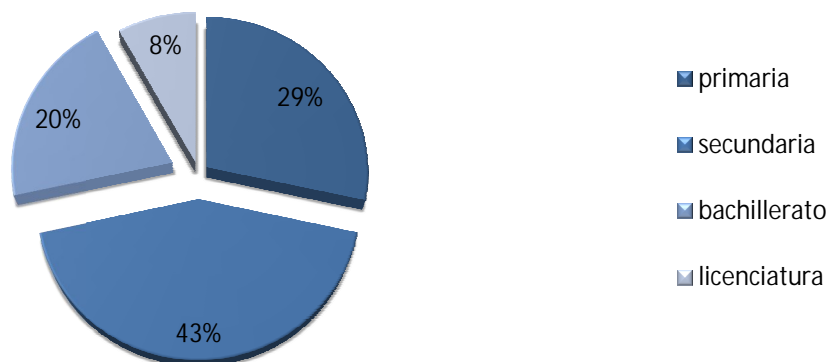
Se observa que de las 236 pacientes encuestadas el 57% de las pacientes acepto algunos de los métodos de planificación familiar ofrecidos y el 43% se egreso sin algún método.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

Se observo en lo que respecta al nivel de escolaridad de las pacientes encuestadas encontramos que el 43% cuentan con secundaria, seguido con un 29% nivel primaria y 20% bachillerato y un 8% de las pacientes con licenciatura.

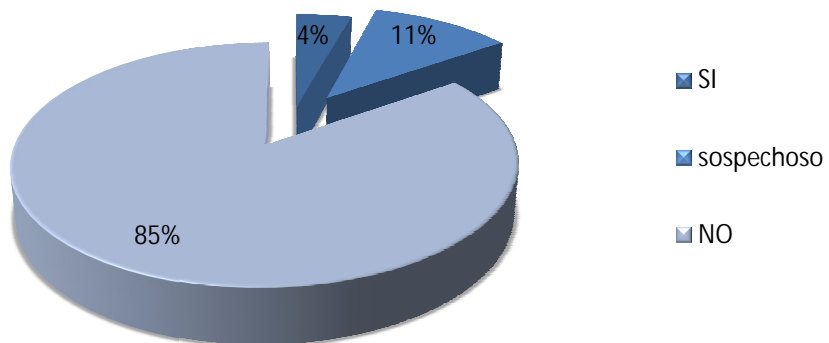
Figura 5. Distribución de Pacientes por Grado de Escolaridad.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

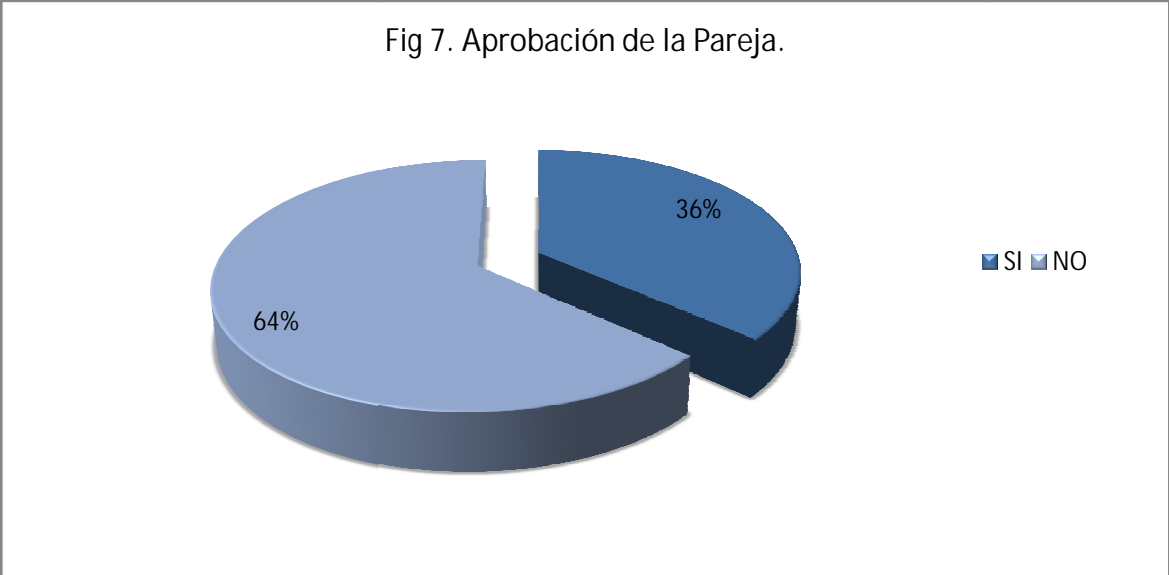
Con respecto a la variable violencia de género de las 236 pacientes encuestadas, se encontró que el 85% negó cualquier tipo de violencia y solo un 4% se encontró que son violentadas por su pareja o algún miembro de su familia.

Figura 6. Distribución de Pacientes por Violencia



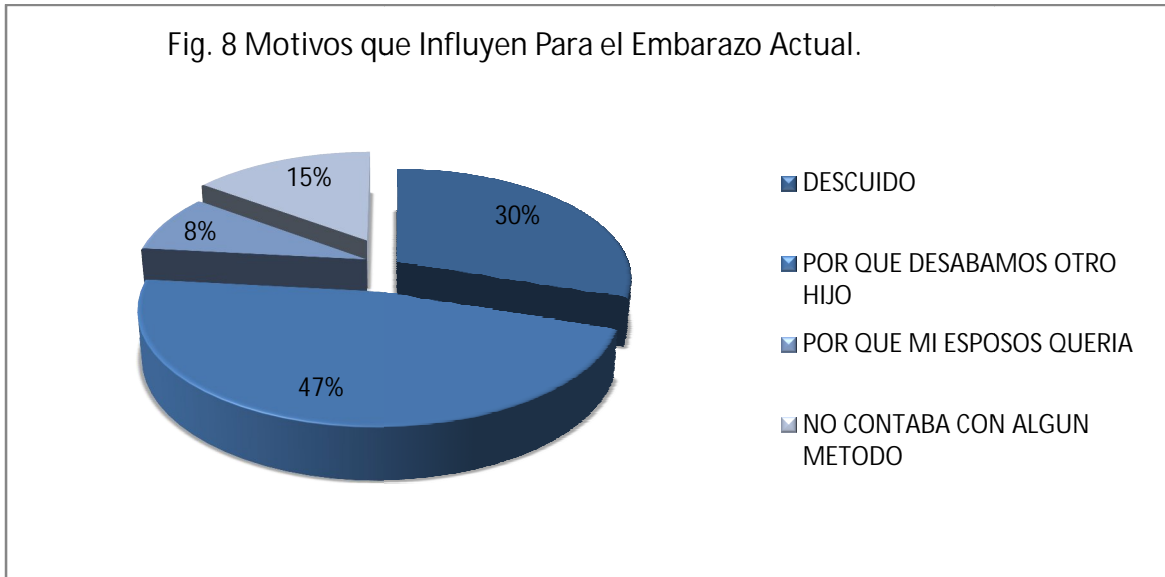
Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

Con relación a si es necesaria la aprobación de la pareja para usar algún método de planificación familiar, el 64% dijeron no necesitar aprobación mientras el 36% acepto necesitar aprobación de su pareja o algún miembro de su familia.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

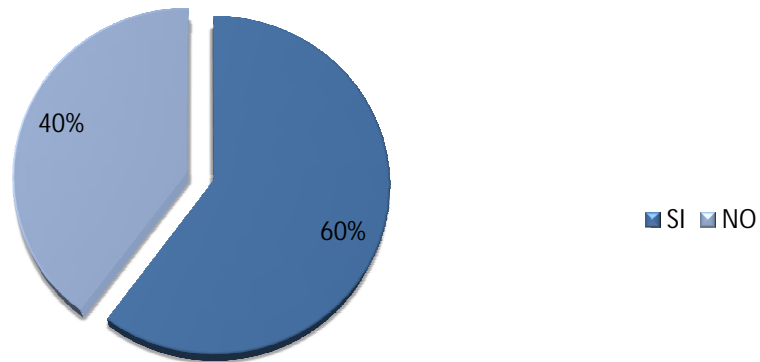
Se encontró que la causa del embarazo en el 47% refiere que fue por deseo de otro hijo y el 30% fue por descuido, con un 15% no contaba con algún método de planificación familiar.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

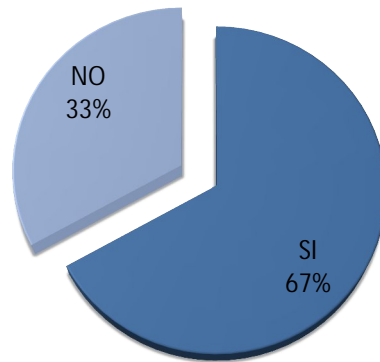
En lo que respecta en la consejería por parte del personal de salud se preguntaron si se le fue informado sobre los diferentes métodos de planificación familiar durante su control prenatal, antes del nacimiento y/o después de este, así como, si le ofrecieron algún método después del evento obstétrico, se encontraron los siguientes resultados que se muestran en la fig. 9 y 10 respectivamente.

Fig. 9 Explicación sobre Metodos de Planificación Familiar.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

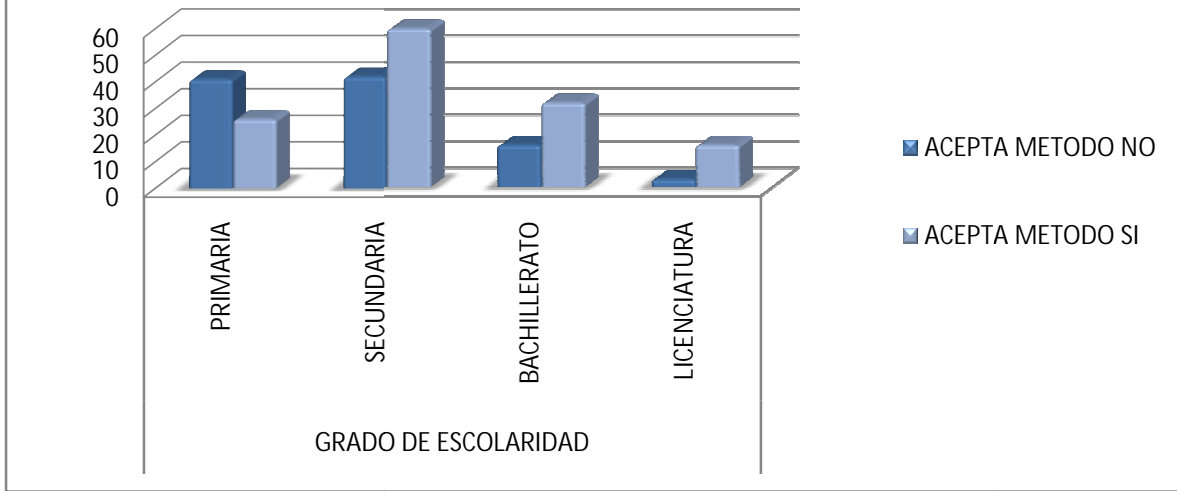
Fig. 10 Oferta de Metodo de Planificacion Familiar.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

Analizando las 236 pacientes encuestadas el 67% menciona que si se les fue ofertado algún método de planificación familiar por parte del personal de salud, mientras que el 33 % dijeron no haberseles ofertado algunos de los métodos existentes. Fig. 10

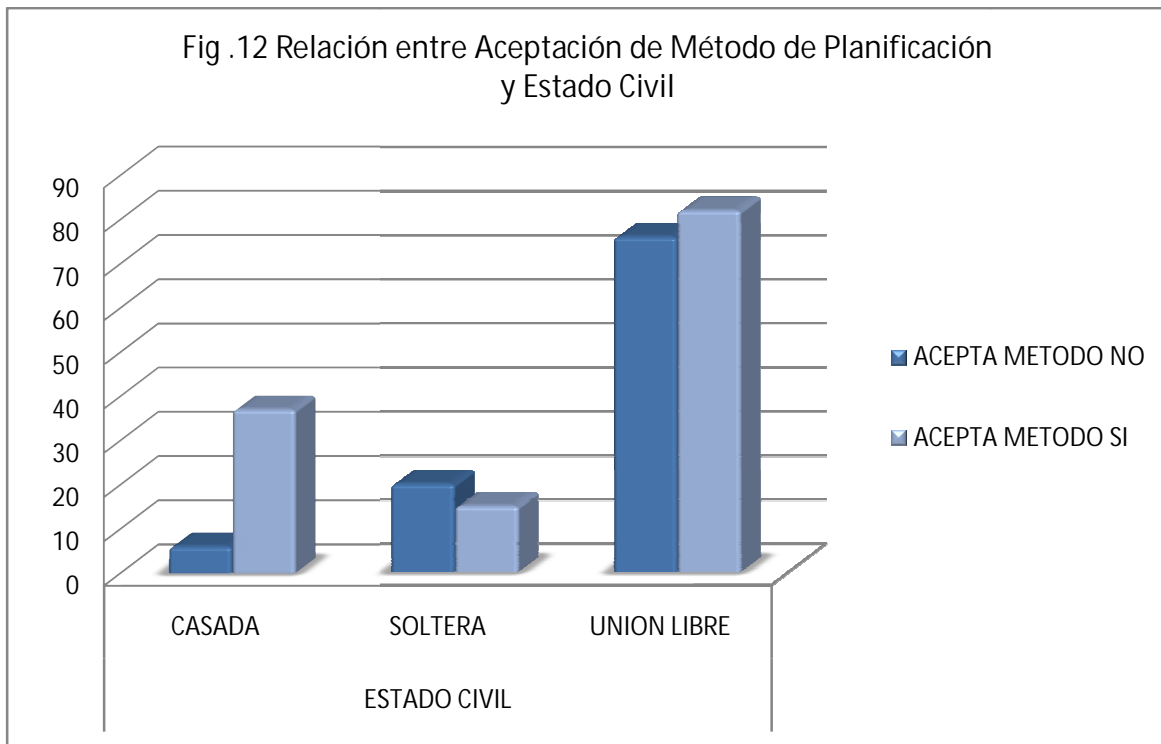
Fig. 11 Relación entre Aceptación de Metodo de Planificación Familiar y Grado de Escolaridad.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

Se encontró una fuerte relación entre el grado de escolaridad y la aceptación de algún método de planificación familiar, se muestra en la fig 11.

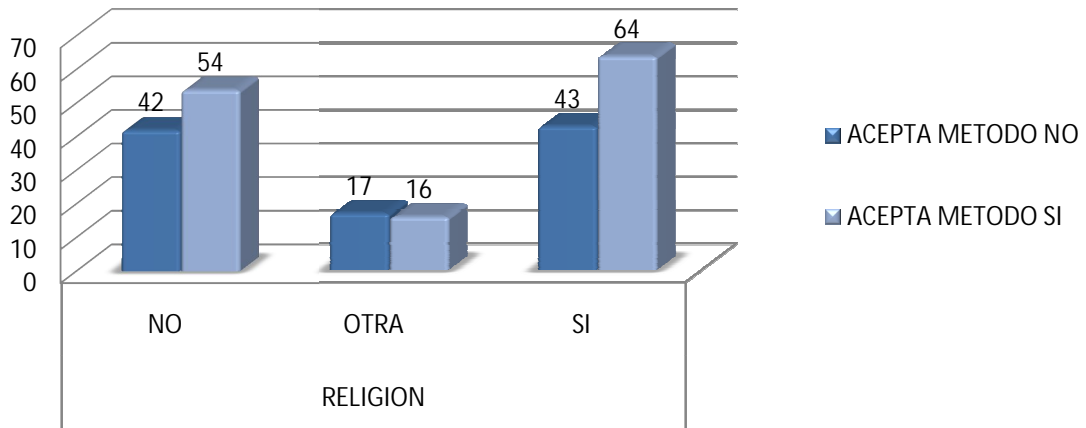
Que como se observa las mujeres que tiene un mayor nivel de estudios son las que aceptan más el uso de algún método de planificación familiar, mientras que niveles de escolaridad primaria un 41% de las pacientes no aceptaron algún método.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

En la relación a estas dos variables encontramos que existe una marcada diferencia entre la aceptación y no de métodos de planificación familiar en pacientes casadas con un 37 pacientes que aceptaron y solo 6 pacientes no aceptaron, sin embargo en las mujeres encuestadas que manifestaron estado civil soltera y unión libre no se vio diferencia significativa entre quienes aceptan y no, fig. 12.

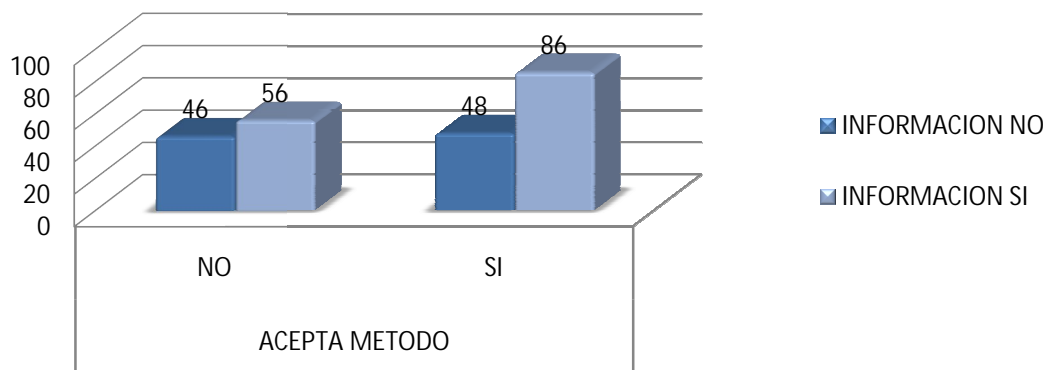
Fig. 13 Relación entre Aceptación de Método de Planificación y Religión.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

No se encontró una relación significativa entre aceptación de los métodos de planificación familiar y la religión.

Fig. 14 Relación entre Aceptación de Método de Planificación e Información Recibida

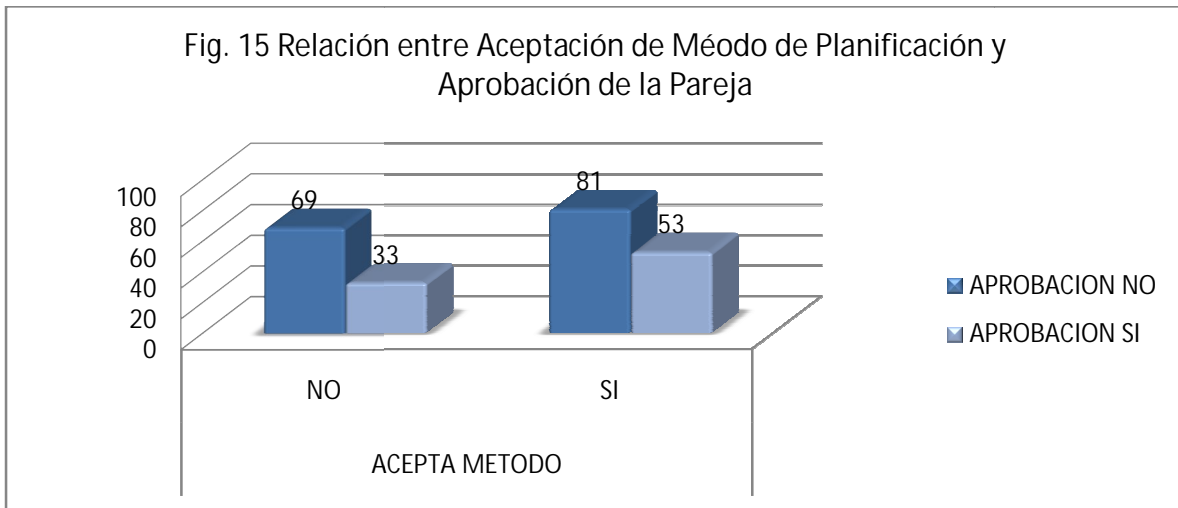


Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

Encontramos que a las mujeres que se les informó por parte del personal de salud sobre los métodos de planificación familiar 86 pacientes aceptaron un método e

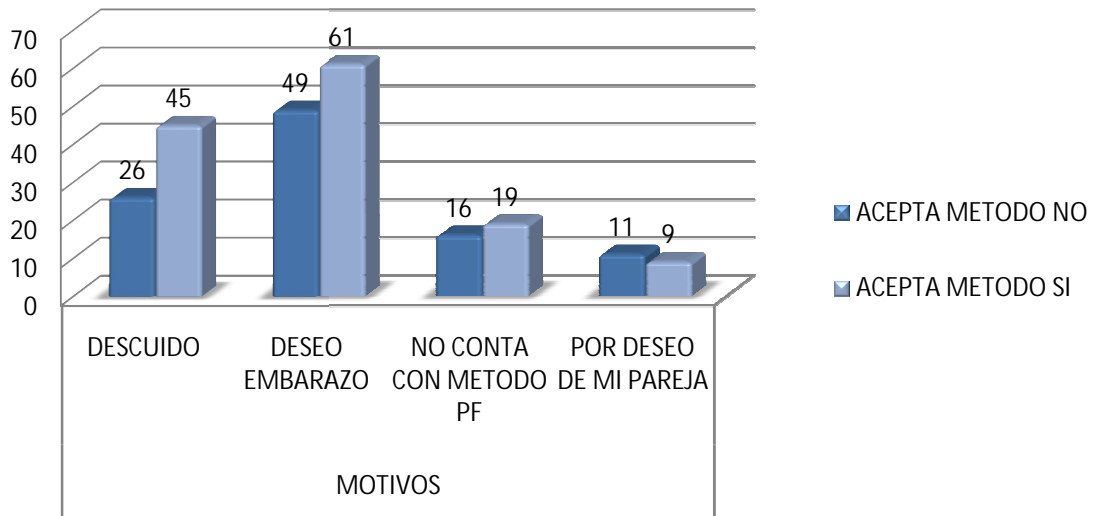
planificación familiar mientras que 48 pacientes no aceptaron, mientras que a quien no se le informo sobre esto no hubo una diferencia significativa entre quien acepto y no solo de 10 pacientes a favor de las que si se les informo. Fig 14

La relación que existe entre la aceptación de métodos de planificación familiar y la aprobación de su pareja para el uso métodos fue significativa encontrándose que no influye la pareja para que la mujer decida o no usar algún de los métodos ofrecidos. Fig. 15



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

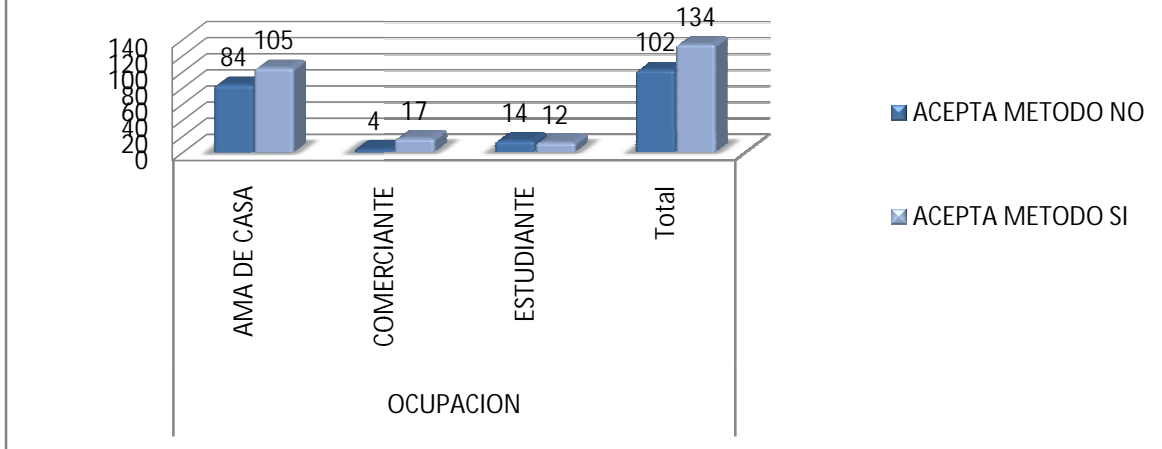
Fig. 16 Relación entre Aceptación de Método de Planificación y Motivo de Aceptación.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

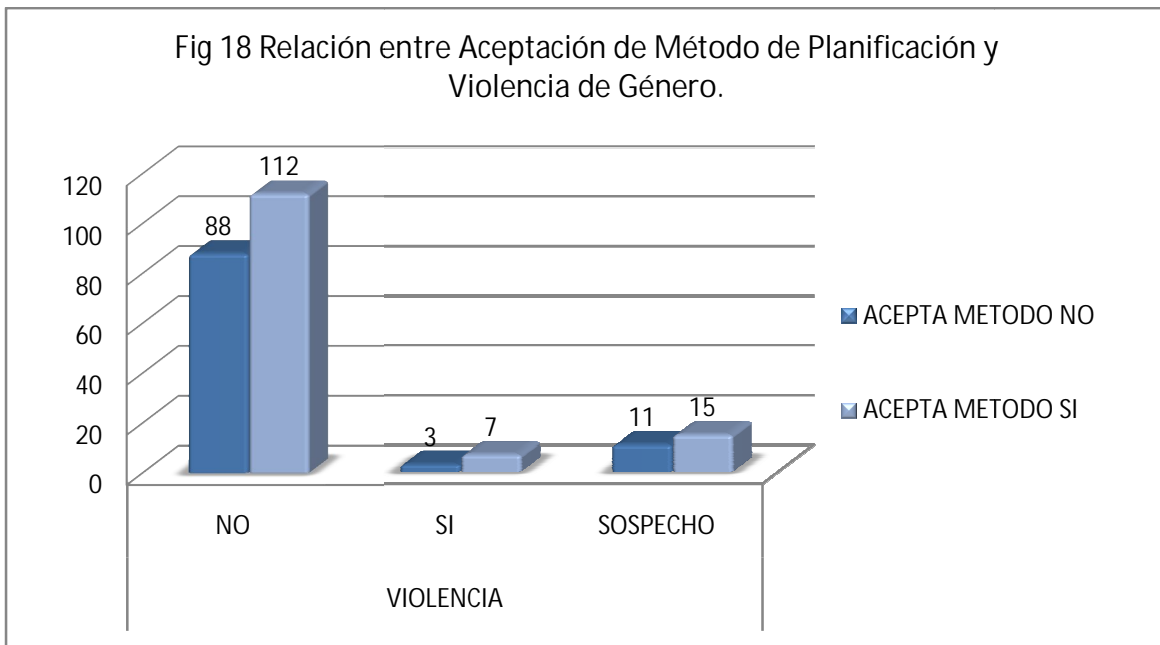
En la Fig 16 se muestra la relación que existe entre los motivos del embarazo actual y la aceptación o rechazo de métodos de planificación encontrándose con 45 pacientes que embarazadas por un descuido aceptaron algún método, mientras que 26 pacientes del mismo rubro no aceptaron.

Fig. 17 Relación entre Aceptación de Método de Planificación y Ocupación.



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

No existió una relación marcada entre las variables ocupación y aceptación del métodos de planificación familiar, encentrándose solo una ligero diferencia en las mujeres que se dedican al hogar aceptando 105 pacientes mientras que las que no aceptan fueron 84, comerciantes 17 pacientes aceptaron y 4 no. Fig. 17



Fuente: Encuesta Mayo- Junio 2103 H.Gral. Ticoman.

La violencia de género sobre la aceptación o no de métodos de planificación familiar no fue significativa para la decisión de la mujer de usar o no algún método

Fig. 18.

IV. DISCUSION.

Se aplicó una encuesta que consta de 26 reactivos que comprendían las diferentes variables a estudiar en el Hospital General de Ticoman entre los meses de Mayo y Junio de 2013 a 236 pacientes que cursaban su puerperio inmediato.

Se encontró que la edad predominante fue en el grupo de 20-25 años, con un grado de estudio secundaria, así como, practicantes de la religión en especial la católica, dedicadas al hogar, en unión libre, independientes en tomas de decisión sobre su maternidad, y sin violencia de género.

El porcentaje de pacientes que aceptaron algún método de planificación familiar fue del 56.7%, el 25.3% tienen una escolaridad de secundaria, bachillerato en un 13.5%, mientras el 11% tienen una educación primaria y el 6.7% licenciatura.

Las pacientes que mencionaron practicar alguna religión y aceptaron algún método de planificación familiar fue del 33.8%, mientras que las que no practican una religión fue 38.2%,

El estado civil que predominó fue unión libre con un porcentaje de 66.9% de los cuales 34.7% aceptaron algún método de planificación familiar, seguido las casadas con un 27.6%, mientras que las pacientes que no aceptaron algún método fue de 43.2%

La ocupación de las mujeres que aceptaron algún método de planificación familiar fue ama de casa con un 44.4% de usuarias, mientras las que se dedican al comercio y estudiantes con un 7.1% y 5% respectivamente, siendo también las

amas de casa las que predominan en la no aceptación con 35.5% , mientras que las estudiantes y comerciantes con un 5.2% y 1.6% respectivamente

Las pacientes que recibieron información sobre los métodos de planificación familiar y aceptaron algún método el 78.4% mientras que el 23.8% no recibió información y acepto un método durante el puerperio, el 54.9% recibieron información y no aceptaron y con un 45% no recibieron información y no aceptaron, siendo claro que entre mayor información sobre métodos de planificación familiar se dé a las pacientes mayor será el grado de aceptación que tendrán.

Las mujeres que mencionan no necesitar la aprobación de algún método de planificación familiar se encontró que aceptaron solo un 60.4 % y 39.5% aceptaron sin que tuvieran que aprobar su decisión su pareja o algún miembro de la familia y las pacientes que no aceptaron y que necesitan de la aprobación de su pareja fue 32.3% mientras las que no aceptan y no necesitan pedir consentimiento es del 67.6%.

Los motivos que llevaron a la paciente al embarazo actual y la relación con el uso o no de algún método de planificación familiar fue 33.5% que tuvieron el embarazo por descuido y eligieron un método fue de 33.5%, y por deseos de otro embarazo 45.5% los mas significantes, mientras que los que no aceptaron y el motivo del embarazo fue descuido 25.4% y por deseo de otro embarazo 48%.

De las pacientes que aceptaron un método de planificación familiar el 83.5% mencionaron no ser violentadas por su pareja o algún miembro de su familia, así como, solo 16.4% tuvieron sospecha o si dijeron ser violentadas, por lo que se concluye que no es una variable con significancia para aceptar o no un método.

Lo anterior demuestra una clara relación entre una mayor aceptación de métodos de planificación y los factores socioculturales, a pesar de que hubo información sobre los métodos y una oferta importante por parte del personal de salud, existe una marcada tendencia que entre mayor nivel de estudios es mayor la aceptación, así como, ocupación que predomina las amas de casa quienes son las que más aceptan el uso de estos métodos de planificación, sin embargo donde se esperaba que fuera de importancia y trascendencia el uso de métodos en relación a la violencia de género se vio que las mujeres encuestadas no son violentadas y no repercute en su decisión.

Por lo que la hipótesis planteada efectivamente los factores socioculturales afecta a la decisión de aceptar o rechazar algún método de planificación familiar.

Encontrándose con significancia estadística con una Chi-cuadrado de Pearson 16 a la relación entre aceptación y grado de escolaridad, así como, con un valor de Chi cuadrada de 19, para estado civil, ocupación y acepta o no un método con una Chi cuadrada 6.312, la oferta del métodos se encontró con un valor de Chi 11.7, y una Chi cuadrada de 2.080 para la relación entre información ofrecida y la

aceptación, mientras que carecieron de valor estadístico las variables, aprobación por la pareja, motivos, violencia y métodos de planificación.

En el estudio transversal, multicentrico realizado en España donde se seleccionó 3 métodos de anticoncepción en mujeres que solicitaron anticoncepción se encontró que 9700 mujeres estudiadas el 47% tenían un nivel de escolaridad secundaria muy similar al porcentaje en las pacientes de este estudio, así como se observó que la baja eficacia en el uso de anticonceptivos era dada por una falta de conocimiento de los mismos, bajo nivel de alfabetización.

En otro estudio realizado en un Hospital de Chiang Mai en donde el objetivo fue evaluar la tasa de aceptación y patrones de uso de anticonceptivos en las mujeres después del parto se encuentra una tasa de aceptación del 50.4% muy similar al 57% de aceptación en la población estudiada en esta tesis, los factores más importantes independientes que influyeron en la aceptación de anticoncepción por evento obstétrico fue la edad y el nivel educativo muy similar a la encontrada en el presente estudio.

Otro estudio descriptivo y transversal para evaluar el uso de anticonceptivos posparto en donde se repartieron cuestionarios para evaluar los factores que influyen en la aceptación de anticonceptivos después del parto se encontró que el 54% de las pacientes aceptó algunos de los métodos ofrecidos, el 17.4% por religión similar a la estadística de este estudio.

En Turquía se realizó una entrevista a 143 mujeres con el objetivo de evaluar la utilización de anticoncepción posparto en donde concluyeron que las mujeres que

aceptaron anticonceptivos después del parto tenían un nivel educativo superior y sus esposos jugaban un papel importante en el rechazo de la anticoncepción, en el presente estudio se corrobora que el nivel educativo tiene mucha relevancia en el momento de aceptar algún método de planificación familiar, no así, la decisión del esposo en la decisión de la paciente en donde se corrobora en el presente estudio que no hay relevancia significativa en la aceptación o rechazo de los métodos ofrecidos.

CONCLUSION.

1. Mejorar la consejería a las pacientes que se encuentran en control prenatal, así como, pacientes que acuden a solicitar información sobre los métodos de planificación familiar.
2. Ofrecer al personal de salud todas las herramientas necesarias para otorgar una adecuada consejería a las pacientes que así lo soliciten y a las pacientes que se encuentran en puerperio.
3. Hacer fuertes campañas de educación a las pacientes para mejorar el nivel de educación en el país.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema de indicadores de género. INMUJERES 2009.
2. Flórez C, Soto V. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global Febrero 2008 Banco Interamericano de Desarrollo New York.
3. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2002; 11(3) 192-205.
4. Langer A, Nigenda G. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. desafíos y oportunidades primera edición, 2000 Population council/banco interamericano de desarrollo 1-78.
5. Programa de acción específico 2007-2012, planificación familiar y anticoncepción.
6. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una unidad de medicina familiar en Sonora, México; archivos en medicina familiar, vol. 10, num 2, abril-junio 2008, pp. 37-41.
7. Teresa DePiñeres, Paul D. Blumenthal, postpartum contraception. The new Mexico pregnancy risk assessment monitoring system, *Rev. Contraception* 72 (2005).
8. Barquero Ramos, Estrellita. Influencia de los factores culturales en la práctica de la planificación familiar en el Barrio Domitila Lugo, Managua. 1994.
9. Macías Arriza, Gustavo y Fernandez T: Limitantes para el uso de anticonceptivos en personas del área rural interesadas en planificación familiar. Un estudio de tres comunidades de Managua diciembre 2008. Tesis (UNAM Managua) LILACS 1995.
10. Fescina RH, De Mucio, guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido, salud sexual y reproductiva, 2da edición, 2010, centro latinoamericano de perinatología salud de la mujer y reproductiva CLAP/SMR – OPS/OMS.
11. Iñaki Lete, Jose Luis Doval, factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method, *Rev. Contraception* 76 (2007).
12. Somsak Chaovitsaree, Supralee Noi-um, Chumnan, review of postpartum contraceptive practices at Chianf Mai University Hospital:

implications for improving quality of service, *Medical Principles and Practice* 2012;21:145-149.

13. Omololu Adegbola, Adeyemi Okunowo, intended postpartum contraceptive use among pregnant and puerperal woman at a university teaching hospital, *Arch Gynecol Obstet* (2009) 280:987-992.
14. Yaprak Engin, Yusuf Ustun, feray Cetin, effect of pospartu counseling on postpartum contraceptive use, *Arch Gynecol Obstet* (2007) 275:429-432.
15. Secretaria de salud Subsecretaria de Prevención y Promoción de la salud Centro de Equidad y Generao y Salud Reproductiva, Componente de atención postevento obstétrico (APEO), 2012.
16. CONAPO (2008), Programa Nacional de Población 2008-2012, por un cambio demográfico a favor del desarrollo. México. Secretaria de Gobernación / CONAPO.
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. México. Secretaria de Salud; modificación publicada en DOF: 21/01/2004.
18. Heise L, 1995, op. cit. (véase referencia 5); y Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54–66.
19. Eby KK et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners, *Health Care for Women International*, 1995,16(6):563–576.
20. Bawah AA et al., 1999, op. cit. (véase referencia 7); Biddlecom AE y Fapohunda BM, Covert contraceptive use: prevalence, motivations, and consequences, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):360–372; y Rao V, Wife beating in rural south India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169–1180.
21. Goodwin MM et al., Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996–1997, *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 4(2):85–92; y Gazmararian JA et al., The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns, *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 85(6):1031–1038.
22. Programa de prevención y atención de la violencia de género, secretaria de Salud del Distrito Federal.

23. SAEH, SICE V2 SIS, Informe anual de productividad Hospital General Ticoman 2012.
24. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave; estrategia de monitoreo y evaluación, CLAP/SMR 2012.

A N E X O S

CUESTIONARIO A USUARIOS

INSTRUCTIVO.

Por medio del presente cuestionario nos ayudara a identificar los factores socioculturales que influyen en la no aceptación de los métodos planificación familiar ahora que cursa su puerperio inmediato.

La información que usted brinde es confidencial y anónima.

DATOS GENERALES.

1.- ¿Cuántos años tienes?

Respuesta:

2.- ¿Cual es su estado civil?

a) casada b) unión libre c) soltera.

3.- ¿Profesa alguna religión?

a) Si b) No

4.- ¿Qué nivel de estudios tiene?

a) Primaria b) secundaria c) preparatoria o bachillerato
d) licenciatura e) no tengo estudios.

5.- ¿A qué se dedica?

a) Ama de casa b) comerciante c) empleada

6.- ¿Qué motivos considera que influyeron para que se embarazara?

a) descuido b) por que deseábamos tener otro hijo c) porque mi esposo quería otro hijo d) no contaba con algún método de planificación familiar

7.- ¿Consideras que la mujer que tiene más de 3 hijos es una mujer sana?

8.- ¿Cuántas veces te has embarazado contando, abortos, partos, cesáreas?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) más de 5

9.- ¿Le ofrecieron algún método de planificación familiar después del parto?

a) Si b) No

10.- Método de planificación familiar elegido

a) Preservativo b) DIU (T de cobre) c) Mirena
d) Pastillas e) Inyecciones f) Parche g) Implante
h) OTB (ligadura de trompas uterinas) i) NINGUNO.

11.- ¿Le explicaron sobre los métodos de planificación familiar durante su control prenatal, antes del nacimiento y/o después del nacimiento?

A) Si b) No.

12l.- ¿alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? Ejemplo: golpes, mutilaciones, quemaduras, empujones.

SI

NO

A veces.

12m.- ¿en algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales sin su consentimiento?

SI

NO

A veces.

12n.- ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera que le haya causado dolor, molestia o desagrado por alguien importante para usted?

SI

NO

A veces.

12ñ.- ¿en donde vive se ha sentido rechazado, lo excluyen, marginan, se le habla en voz fuerte o no se le presta atención?

SI

NO

A veces.

GRACIAS