



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN OTORGADA POR EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE APEO DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**ROSA GUZMÁN MENDOZA
Número de Cuenta: 302085640**

DIRECTORA ACADÉMICA:

MTRA. MARÍA CRISTINA MUGGENBURG RODRÍGUEZ VIGIL

MÉXICO DF. DEL AÑO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

Introducción	1
I. Planteamiento del problema	2
II. Marco teórico	
2.1 Muerte materna como problema de salud en México.....	4
2.2 Disposición de métodos de planificación familiar como estrategia para la disminución de la muerte materna en México.....	5
2.3 Planificación Familiar.....	5
2.4 Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.....	6
2.5 Modelo PEO.....	8
2.6 Función del profesional de enfermería en planificación familiar.....	9
2.7 Revisión de la literatura sobre la participación de enfermería en la planificación familiar.....	12
2.8 Calidad de los servicios de enfermería.....	13
2.9 Teoría de la consecución de objetivos de Imogen King.....	14
III. Justificación	15
IV. Objetivo	16
V. Metodología	
5.1 Tipo de estudio.....	17
5.2 Población.....	17
5.2.1 Criterios de inclusión.....	17
5.3 Muestra.....	17
5.4 Operacionalización de variables.....	18
5.5 Descripción del cuestionario.....	20
5.6 Procedimientos.....	21
5.6.1 Recolección de datos.....	21
5.6.2 Análisis de datos.....	21
VI. Aspectos éticos	22
VII. Resultados	
7.1 Descripción.....	23
7.2 Discusión.....	41
VIII. Conclusiones	44
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos	
A) Cuestionario.....	48
B) Consentimiento informado.....	50
C) Escala de Deseabilidad Social de Marlowne y Crowne.....	51

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios por acompañarme en todo momento. A mi mamá por su ayuda incondicional, a mi papá por su aliento y confianza y a mi hermana por su amor y motivación.

A la UNAM y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por formarme profesionalmente.

A la Maestra Ma. Cristina Muggenburg por su dirección y paciencia.

A la Licenciada María Sara Andrade Aviña por su disposición y colaboración para que se llevara a cabo el estudio, así como su amistad, apoyo y motivación.

Al área de investigación del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez por facilitar la realización del estudio, en especial a la Dra. Helena Vidaurri por su atención y asesoramiento.

INTRODUCCIÓN

Actualmente las estrategias de atención para las pacientes embarazadas tienen como objetivo principal evitar las cifras de muerte materna, aun altas para lograr la meta del milenio planteada en el año 2002 por la ONU, donde se estableció la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75% para el año 2015. Dentro de estas estrategias se encuentra el modelo APEO anticoncepción pos evento obstétrico.

Esta investigación se realizó en el Hospital de Especialidades la ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” ubicado en la delegación Iztapalapa del Distrito Federal, donde se lleva a cabo el servicio de APEO dirigido por la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Maria Sara Andrade Aviña, que entre sus acciones está la de brindar servicios de planificación familiar y disponibilidad de métodos anticonceptivos.

El trabajo se presenta en ocho apartados, en el primero se presenta el planteamiento del problema con el que se dan a conocer las áreas donde se identifica la problemática, a continuación se presenta el marco teórico que reúne toda revisión que se hace acerca de la participación de enfermería en la planificación familiar, los problemas a los que se enfrenta nuestro país referente a la disposición de métodos anticonceptivos así como otros datos estadísticos. En la justificación se explica la forma en que esta investigación responde a la problemática a través de la divulgación del trabajo que realiza el personal de enfermería en planificación familiar. La metodología presenta el tipo de estudio, la población participante, los criterios de inclusión, la muestra, la operacionalización de variables y los procedimientos para la recolección y análisis de los datos.

De los resultados obtenidos se encontró que las pacientes perciben el trabajo de enfermería como con buen trato y que la forma en que les es explicado cada método anticonceptivo les permite sentirse en confianza para tocar temas que aun son de difícil acceso en nuestra sociedad. También se encontraron datos sobre la práctica de la sexualidad y preferencias en cuanto al uso de métodos anticonceptivos.

Finalmente, se presentan las conclusiones que promueven un mayor interés tanto por seguir divulgando el trabajo que las enfermeras realizan fuera de los paradigmas a los que mucha de la sociedad las ha colocado y por continuar avanzando en investigar acerca de las barreras y obstáculos que existen para que una mujer decida el número de hijos, cuándo embarazarse y a cuidar su salud de enfermedades que se transmiten por vía sexual.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para mejorar la imagen social de la profesión de Enfermería es necesario dar a conocer la percepción que tienen las usuarias acerca del trabajo que realiza. Y es que según Manuel Ángel Calvo en su artículo “Imagen social de las enfermeras”¹, la identidad o esencia de las mismas no coincide con su imagen social. Esa discordancia entre identidad e imagen, en parte se debe a que las propias enfermeras no se han preocupado suficientemente, de modo individual y colectivo, por comunicar eficazmente su verdadera identidad ante la sociedad. Para transmitir la identidad de las enfermeras éstas deben comunicar a la sociedad su función y su quehacer, para lo cual conviene que las enfermeras integren en su práctica profesional el difundir científica y masivamente su producción intelectual, divulgarla e informar a los medios de comunicación las actividades enfermeras susceptibles de convertirse en producto informativo.

También, sostiene que la enfermera tendrá más dificultad para desarrollarse profesionalmente mientras menos reconocimiento social tenga y más arraigada esté en la sociedad la trasnochada imagen de profesión escasamente calificada, con poca capacidad de decisión, subordinada y dependiente de otros profesionales.

Por lo anterior es importante y necesario conocer cuál es la percepción que tienen las usuarias acerca del trabajo que realiza el personal de enfermería en un servicio APEO, para así comunicar su función y quehacer en esta área. Este modelo tiene como finalidad permitir a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente², para prevenir embarazos no planeados y no deseados, el aborto y sus complicaciones e infecciones de transmisión sexual.

Desgraciadamente la salud reproductiva en nuestro país, está fuera del alcance de muchos mexicanos y mexicanas a causa de factores como: poco conocimiento sobre sexualidad humana; información y servicios insuficientes o de mala calidad; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva.³ Este problema se ve reflejado en estadísticas realizadas por el INEGI en el año 2009⁴, donde encontraron que 98% de las mujeres de 15 a 49 años declararon conocer al menos un método para controlar su fecundidad; no obstante, 61.8% de las adolescentes sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. El conocimiento de los métodos anticonceptivos es una condición necesaria para su uso.

A pesar de que su conocimiento es casi universal, sólo siete de cada diez mujeres en edad fértil lo usa. Habría que señalar que son varios los motivos por los cuales las mujeres declaran no usarlo, uno de ellos es porque está embarazada (38.5%) o quiere embarazarse (17.5 por ciento); no obstante hay un gran número de mujeres que están expuestas a un embarazo y no hacen uso de ellos a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia, a este contexto se le denomina demanda insatisfecha. La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo.

Finalmente el problema de los embarazos no planeados en mujeres en edad fértil y menores de edad que deciden iniciar su vida sexual, pueden combatirse con el fomento del crecimiento de la participación de la profesión de enfermería en las unidades de salud y centros escolares tanto en áreas urbanas y rurales. Misma labor al ser dada a conocer científica y masivamente hará que la imagen social de enfermería cambie.

Con base en lo anterior se llegó a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la percepción que tienen las pacientes que cursaron el puerperio posterior a un parto, cesárea o aborto del trabajo que realiza el personal de enfermería en la aplicación y consejería de métodos anticonceptivos en el servicio de APEO del Hospital De Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez?

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Muerte materna como problema de salud en México.

La situación de salud de la población mexicana está caracterizada por una transición epidemiológica incompleta debido a los años en que han coexistido problemas de salud producto del subdesarrollo y los del desarrollo. La diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, las del hígado y las cerebro-vasculares son las principales causas de muerte de la población. A pesar de que las tasas de mortalidad general han disminuido, las del grupo materno infantil son todavía muy elevadas⁵.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, el parto, el puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales⁶. La UNICEF sigue mencionando que están muy relacionadas con el acceso, la oportunidad de las intervenciones de salud, los costos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales⁵. En México, la razón de mortalidad materna (RMM) ha pasado de 61 muertes por cada cien mil nacimientos en 1990 a 51.5 en 2010, con un repunte registrado en 2009 a causa de la pandemia de influenza que afectó, particularmente, a las mujeres embarazadas.

De acuerdo a su desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son prevenibles⁷.

El hospital de la ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” ubicado en delegación Iztapalapa, del Distrito Federal, misma que cuenta con la mayor cantidad de habitantes, según datos del INEGI⁸ cuenta con 1 815 786 habitantes. En este hospital se atendieron durante el año 2012: 1999 partos eutócicos, 4 partos distócicos vaginales y 1776 cesáreas, las defunciones maternas fueron 3 y el total de pacientes, con un registro de egresos en el área de Gineco Obstrecicia, fue de 4856⁹.

2.2 Disposición de métodos de planificación familiar como estrategia para la disminución de la muerte materna en México.

En México, los derechos reproductivos consagrados en la Constitución señalan el derecho de decidir cuándo iniciar la reproducción, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos. Desgraciadamente la salud reproductiva está fuera del alcance de muchos mexicanos y mexicanas a causa de factores como: poco conocimiento sobre sexualidad humana; información y servicios insuficientes o de mala calidad; prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. Existen aún diversos factores que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y el espaciamiento. Cuando una persona en edad fértil y con vida sexual activa no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos, se dice que se encuentra en situación de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. En 1997, las entidades con mayor demanda no satisfecha fueron Guerrero (25.8%), Oaxaca (21.2%), Chiapas (20.8 %), Puebla (19.5%) y Guanajuato (19.0%).³

En el artículo, “Estrategia integral para la acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”⁷ se hace un llamado a fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar, además de proveer de educación sexual e información sobre anticoncepción a las y los jóvenes de tal suerte que las y los mexicanos puedan continuar con el ejercicio de su sexualidad y reproducción sin detrimento de sus perspectivas de desarrollo escolar, profesional, personal o familiar, presentando como evidencia de esta necesidad el incremento del aborto en México.

2.3 Planificación familiar.

La planificación familiar en México ha tenido grandes avances, a principios de los años ochenta los programas de planificación familiar iniciaron un proceso de cambios importantes en su ejecución, como resultado del reconocimiento de su contribución a propiciar un crecimiento demográfico más organizado y armónico. A partir de la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en 1990, se formularon numerosas recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar, estas acciones se han ido consolidando en todo el territorio nacional.

Actualmente la planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información, oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población, con particular énfasis en las áreas rurales, urbano- marginadas, comunidades indígenas y adolescentes, fomentando conductas responsables, libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva. Se ofrecen mayores opciones a la mujer: el control de la fecundidad mediante prácticas anticonceptivas modernas y eficaces pueden favorecer el acceso a las oportunidades de educación, empleo y participación comunitaria. Se fomenta las prácticas sexuales de menor riesgo: todas las personas sexualmente activas necesitan protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, utilizando la información sobre las prácticas de sexo seguro.²

En el hospital de la ciudad de México Dr. Belisario Domínguez se llevan a cabo servicios de planificación familiar, sus registros muestran la colocación de 611 DIU y 906 oclusiones tubarias bilaterales durante el año 2012. Con el servicio de Anticoncepción Pos –Evento obstétrico (APEO), el cual se encuentra a cargo de la licenciada en Enfermería y Obstetricia, Maria Sara Andrade Aviña, tan sólo en lo que va del mes de enero del presente año, se han colocado 20 anticonceptivos hormonales inyectables, 2 implantes subdérmico, 28 DIU Mirena, 72 DIU T de cobre , 84 preservativos y 14 métodos hormonales orales, a todas estas pacientes se les brinda consejería previa a la elección y colocación de todo método anticonceptivo.⁹

2.4 Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

Las acciones operativas de planificación familiar se han ido consolidando en todo el territorio nacional, como consecuencia de un extenso trabajo de los sectores público y privado y de la sociedad civil organizada, se cuenta con una Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar ¹⁰, la cual incorporó los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como documentos técnicos sobre métodos de control de la fertilidad, orientación-consejería, consentimiento informado y derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Con la creación de la norma, es regulado el quehacer de los servicios de planificación familiar, por lo que su conocimiento y aplicación es necesario para todo aquel personal que lleve a cabo acciones de planificación familiar.

Objeto y campo de aplicación.

El objeto de la Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que pueda 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.

Disposiciones generales

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

1. Promoción y difusión.
2. Información y educación.
3. Consejería.
4. Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
5. Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.

Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar, deben de cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud.

Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta norma.

Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta norma.

2.5 Modelo APEO (anticoncepción pos-evento obstétrico).

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.²

La finalidad de esta estrategia es que todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar .

Estrategias

Las estrategias que el programa de planificación familiar ha establecido para fortalecer y consolidar la continuidad, la calidad en la prestación de los servicios de este subcomponente y el impacto en la salud reproductiva de la población son:

- Prestación de los servicios de anticoncepción posparto, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad apegados a las NOM vigentes.
- Prevención de los embarazos no planeados y no deseados, del aborto y sus complicaciones y de las infecciones de transmisión sexual.
- Diseño, coordinación y ejecución de procesos de información, educación y comunicación social, dirigida a la población usuaria de los servicios de salud reproductiva.
- Información y servicios que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción posparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas.
- Investigación operativa en anticoncepción posparto, con la finalidad de evaluar integralmente los procesos y resultados de las acciones para favorecer la toma de decisiones.

2.6 Función del profesional de enfermería en la planificación familiar.

Una parte importante del papel de la enfermera en planificación familiar consiste en ayudar a las personas en forma individual o en pareja a elegir y emplear un método anticonceptivo eficaz. Para la facilitación de la atención a una paciente, la enfermera cuenta con el proceso de atención de enfermería¹¹, mismo que aplicado en acciones de planificación familiar, deriva en las siguientes acciones:

Valoración de enfermería

La valoración debe abarcar los conocimientos de la paciente, su grado de comprensión y sus experiencias con el uso de diversos métodos para el control de la natalidad. Los datos históricos incluyen historia general de salud menstrual y reproductiva, patrones sexuales, estructuras y relaciones familiares y otra información significativa de tipo demográfico o socioeconómico. Es conveniente efectuar los análisis de laboratorio necesarios cuando se elige usar un método de esterilización, un dispositivo intrauterino o anticonceptivos orales.

Historia

La enfermera obtiene información sobre datos basales que se requieren para el uso de anticonceptivos incluyen historia de la familia respecto a diabetes, hemorragia o problemas de coagulación, problemas cardiacos o hipertensión, migraña o afecciones convulsivas, afecciones renales o hepáticas, anemia, tuberculosis, ataques cardiacos, cáncer o problemas mentales. Esta información constituye la base de datos para determinar el riesgo de la paciente con respecto a ciertas enfermedades, e identificar las contraindicaciones, en especial cuando se desea usar anticonceptivos orales. Se obtiene la historia médica de la mujer, abarcando los problemas anteriores e incluyendo hospitalizaciones previas, operaciones y otras enfermedades graves. La historia menstrual y obstétrica es de suma importancia, y es preciso anotar cualquier complicación o anomalía. También hay que determinar si ha empleado de manera previa los anticonceptivos. Se procede a evaluar su estado nutricional. Las alergias y el uso de medicamentos constituyen indicios para detectar problemas potenciales¹¹.

Examen físico

Las áreas que se deben abarcar en un examen físico incluyen:

1. Signos vitales: presión arterial, pulso
2. Apariencia: peso, edad.
3. Cabeza y cuello: ojos, glándula tiroides.
4. Tórax: campos pulmonares, corazón, senos.
5. Abdomen: órganos, masas, vasos de gran tamaño.
6. Pelvis: vulva, vagina, cerviz, útero, trompas, ovarios.
7. Recto: tono del esfínter, masas.
8. Extremidades: varicosidades, pulsos, circulación. Piel: lesiones, color, pigmentación.
9. Pruebas de laboratorio

Durante el examen pélvico debe efectuarse un Papanicolaou, y obtener cultivo para detectar clamidias y gonorrea en caso indicado. El análisis de orina es sencillo y económico y permite detectar diabetes, infecciones del aparato urinario y el funcionamiento renal. La biometría hemática completa permite descartar la existencia de anemia o infecciones sistémicas en la mayor parte de los casos y constituye un buen indicativo del estado de las plaquetas. Si hay duda con respecto al funcionamiento hepático, es conveniente analizar las enzimas hepáticas, porque el funcionamiento hepático ineficiente es una contraindicación absoluta para el uso de anticonceptivos orales. También suele efectuarse la prueba de VDRL o alguna otra prueba sexológica para detectar sífilis¹¹.

Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería se efectúa basándose en los datos de la historia y el examen físico que se obtuvieron en la valoración de enfermería. Un diagnóstico común de enfermería respecto a la planificación familiar es el comportamiento para lograr una salud mejor. Los pacientes buscan métodos saludables para lograr mayor bienestar, en este caso para evitar un embarazo no deseado que podría tener consecuencias negativas de tipo emocional y físico. La deficiencia de conocimientos es un factor que, con frecuencia, contribuye y tiene el potencial para alterar el estado de salud de la paciente.

El conflicto de decisiones es frecuente por lo que respecta a la elección de anticonceptivos. Las pacientes, con frecuencia, no están seguras de cuál es la mejor elección, no saben los efectos adversos de las diversas alternativas, vacilan en tomar una decisión y retrasan la toma de la misma, lo que aumenta el riesgo de que se embaracen. En ciertos casos, experimentan considerable incomodidad, ya que se cuestionan sus valores y creencias personales al intentar llegar a la decisión. Existe alta probabilidad de alteración de los patrones sexuales, dependiendo de los requerimientos del método anticonceptivo que se desee emplear, y en caso de que éste interfiera con las prácticas sexuales normales de la pareja. Los métodos anticonceptivos que no son suficientemente confiables para las necesidades de los pacientes o plantean riesgos para la salud más allá del nivel de comodidad de la paciente pueden causarle ansiedad e inhibir la respuesta sexual.

Planeación e intervención de enfermería

El plan de enfermería se basa en el diagnóstico. Se diseñan intervenciones y se llevan a cabo para favorecer el comportamiento que ayude a mejorar o preservar la salud de la paciente. La enfermera llevará a cabo las intervenciones de manera directa o facilitar o arreglar que otras personas proporcionen los servicios necesarios.

La intervención tiene como objetivo ayudar a la paciente o a la pareja en el proceso de toma de decisiones para elegir el método anticonceptivo adecuado¹¹. La deficiencia de conocimientos se remedia proporcionando datos de los diversos anticonceptivos y corrigiendo la información errónea. El conflicto de decisiones se reduce discutiendo los riesgos y beneficios de los diversos anticonceptivos. Es preciso permitir que las personas expresen sus temores, aclaren sus dudas e identifiquen sus preferencias personales; la eficacia del método anticonceptivo es una de las principales preocupaciones tanto de los pacientes como de los profesionistas, para orientar a los pacientes con respecto al grado de eficacia, la enfermera debe estar familiarizada con las estadísticas relacionadas.

La enfermera puede ayudar a aclarar los valores, de manera que la paciente comprenda mejor la psicodinamia del uso de anticonceptivos. Se exploran las creencias de la paciente con respecto a la salud, sus valores, sus temores relacionados con daños físicos o psicoemocionales y sus reacciones personales ante sus experiencias con el uso de anticonceptivos. Este proceso le ayudará a aclarar sus valores, a comprender su comportamiento y a tomar una mejor decisión personal para alcanzar sus objetivos.

Evaluación

La evaluación del plan para el uso de anticonceptivos incluye observar si se producen los cambios deseables con respecto a conocimientos, comprensión o comportamiento de la paciente¹¹. Con frecuencia, tras la evaluación es necesario valorar, diagnosticar y planear nuevamente, ya que los problemas se delinear y se comprenden mejor.

El nivel más básico de evaluación constituye el determinar si la paciente usa o no el método que eligió para la anticoncepción de manera eficaz; evitar el embarazo es el resultado fundamental para el criterio. Otros niveles de evaluación tienen en cuenta la satisfacción de la paciente con el método, si es fácil de usar, su compatibilidad con su estilo de vida, si es aceptable con respecto a sus valores y al costo, la respuesta sexual de su compañero y sus preocupaciones con respecto a efectos secundarios. Si experimenta dificultad en cualquiera de estas áreas, la enfermera reevalúa la situación junto con la paciente o la pareja: formula un nuevo diagnóstico y planea y evalúa la intervención adecuada.

2.7 Revisión de la literatura sobre la participación de enfermería en la planificación familiar.

Con el avance que ha tenido nuestro país en planificación familiar se han generado áreas de participación, donde múltiples disciplinas han desarrollado intervenciones, una de esas disciplinas es la de enfermería, como se muestra en la investigación: “Participación de Enfermería en la orientación sobre Planificación Familiar a las mujeres primigestas que acuden al Hospital Materno Infantil de León”¹² donde encontraron que enfermería realiza una buena labor en relación a su trabajo como promotora en los diferentes métodos de planificación familiar, pero no lo suficiente para que las pacientes asimilen la totalidad de la información ya que se quedan con algunas dudas y por temor o no las expresan. Otra investigación es: “Consejería que reciben las adolescentes de la enfermera sobre planificación familiar pos evento obstétrico”¹³ donde se encontró que la adecuada consejería en planificación familiar pos evento obstétrico a las adolescentes por parte del personal de enfermería influyen en los resultados positivos en el uso de métodos anticonceptivos.

Para la profesión de enfermería sus múltiples intervenciones para mejorar la salud de la población, la lleva a interesarse al igual que en la actualidad lo hace el sector salud, por conocer el grado de satisfacción y si los servicios se llevan a cabo de acuerdo a estándares de calidad; por lo que han surgido diversas investigaciones para tales fines, tal como: “Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería”¹⁴, donde el objetivo fue conocer la percepción que tiene el derechohabiente de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana Baja California, de la atención recibida por el personal de enfermería, donde se obtuvieron como resultados que un 60.87% de los encuestados manifestó recibir atención regular por el personal de enfermería, 51.90% consideró no ser tratado dignamente, 46.74% no se les trata con respeto y 46.41% visualiza a enfermería poco profesional. Otra investigación relacionada es “Percepciones de las clientas sobre la calidad de atención del programa de aborto legal del sector público de la Ciudad de México”¹⁵ donde en general las clientas otorgan calificaciones altas con un promedio de 8.8 – 10.

El enfoque en la calidad de los servicios de enfermería¹⁶, tiene que ver con cómo se concibe la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

2.8 Calidad de los servicios de Enfermería.

Concepto

Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios ¹⁶.

Indicadores

Dimensión técnica

- Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.
- Vigilancia y control de venoclisis instaladas.
- Trato Digno.

Trato digno

Definición del indicador

Porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno.

Los criterios son las condiciones señaladas en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002.

Definición operacional

Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria de acuerdo con las siguientes cuestiones:

1. La enfermera (o) lo saluda en forma amable
2. Se presenta la enfermera (o) con usted
3. Cuando la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre
4. La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar
5. La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable
6. La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor
7. La enfermera (o) lo hace sentirse segura (o) al atenderle
8. La enfermera (o) lo trata con respeto
9. La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento
10. Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día
11. Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)

2.9 Teoría de la consecución de objetivos de Imogen King.

Para Imogen King, creadora de esta teoría de enfermería¹⁷, el paciente es un sistema personal dentro del sistema social, que coexiste con otros sistemas personales a través de procesos interpersonales. La enfermera y el paciente se perciben mutuamente y perciben también la situación, actuando, reaccionando e interactuando. Los sistemas interpersonales se forman cuando dos o más personas interactúan, formando dúos o tríos. El dúo de una enfermera y un paciente es un tipo de sistema interpersonal. Las familias, cuando actúan como pequeños grupos, también pueden considerarse sistemas interpersonales.

De acuerdo con lo anterior, la enfermería es una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud en la sociedad. La meta de la enfermería es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus roles. La enfermería es un proceso de acción, reacción, interacción y transacción interpersonal, las percepciones de una enfermera y de un paciente también influyen en el proceso interpersonal. Visualiza la percepción del usuario como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que ésta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y el paciente que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente y de la enfermera al ver cubiertas las necesidades del derecho habiente.

II. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó para describir cómo las usuarias perciben el trabajo que realizan las enfermeras en un servicio de APEO en cuanto a la consejería y aplicación de métodos anticonceptivos. Lo anterior tiene gran importancia ya que busca mejorar la imagen social de enfermería, debido a que la identidad o esencia de las mismas no coincide con su imagen social por la falta de difusión científica y masiva de su función y su quehacer.

Por otro lado con esta investigación se pretende describir y destacar el trabajo que realizan en planificación familiar, en respuesta a la necesidad impostergable de fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar ya que aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción. Teniendo presente que los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican al atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros.

IV. OBJETIVO

1.1.1 General

- Conocer la percepción que tienen las pacientes que cursan el puerperio por parto, cesárea o aborto sobre la atención brindada por el personal de enfermería del área de APEO del Hospital Dr. Belisario Domínguez.

1.1.2 Específicos

- Conocer las condiciones socio- demográficas de las pacientes del estudio para encontrar la relación que guardan con la percepción que tienen respecto a la atención recibida en el área de APEO.
- Conocer si los antecedentes del uso y conocimiento de métodos anticonceptivos intervienen con la percepción de la función que tiene el profesional de enfermería.
- Conocer el grado de satisfacción de las pacientes sobre la atención proporcionada por el personal de enfermería en el área de salud reproductiva.

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con la aplicación de un cuestionario guía en pacientes que cursaron el puerperio posterior a un parto, cesárea o aborto usuarias del servicio de APEO del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez que recibieron atención en el periodo del 25 de marzo al 25 de abril de 2013.

5.2 Población

Pacientes puérperas que recibieron atención en el área de APEO del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez.

5.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que cursaron el puerperio de un parto, cesárea o aborto
- Que hayan elegido un método anticonceptivo no natural
- Pacientes que no se les haya realizado OTB.
- Que acepten participar en el estudio

5.3 Muestra

Muestra de tipo no probabilística, en la que se encuestaron a cien mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión, durante el mes de marzo-abril de 2013.

5.4 Operacionalización de variables

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
1. Edad	Cuantitativa continua	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de la persona.	Escalar	Años cumplidos
2. Estado Civil	Cualitativa	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Nominal	0: Soltera 1: Casada 2: Unión libre 3: Separada 4: Divorciada 5: Viuda
3. Escolaridad	Cualitativa	Duración de los estudios de la persona.	Nominal Ordinal	1: 0 años escolares 2: 6 años 3: < de 6 años 4: 9 años 5: < de 9 años 6: 12 años 7: < de 12 años 8: > de 12 años
4. Contribución al gasto familiar por realizar otra actividad	Cualitativa dicotómica	Realización de alguna actividad remunerada por realizar algún tipo de trabajo.	Nominal	0: si 1: no
5. Edad IVSA	Cuantitativa continua	Edad en que la persona inició relaciones coitales.	Escalar	10 , 11,12, ...
6. Número de partos	Cuantitativa discreta	Número de procesos fisiológicos que pusieron fin al embarazo determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior a través de la vagina.	Escalar	0,1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10
7. Número de cesáreas	Cuantitativa discreta	Total de procedimientos quirúrgicos realizados que hayan consistido en la extracción del feto y la placenta a través de una incisión que se realiza en la pared abdominal y el útero.	Escalar	0,1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10
8. Número de Abortos	Cuantitativa discreta	Total de expulsiones del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o con un peso menor de 500 gramos.	Escalar	0,1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10
9. Último evento obstétrico	Cualitativa	Forma de nacimiento de la última gesta	Nominal	0: Parto 1: Cesárea 2: Aborto

10 Evolución del último embarazo	Cualitativa	Estado de salud de la madre durante el último embarazo.	Nominal	0: Sin complicaciones 1: Con presión arterial alta 2: Con diabetes mellitus 3: Diabetes mellitus y presión alta 4: Con infección urinaria o vaginal recurrentes 5: Con otra enfermedad crónica
11. Antecedente sobre el uso de métodos anticonceptivos.	Cualitativa dicotómica	Conocimiento sobre la práctica que han tenido las pacientes del uso de métodos anticonceptivos no naturales, como condón, hormonales, DIU, OTB, etc.	Nominal	0: Si 1: No
12. Bases de la decisión del uso del método elegido	Cualitativa	Manifestación de la influencia bajo la cual la paciente decide el uso de determinado método.	Nominal	0: Recomendación de familiares o amigos. 1: La consejería recibida en este momento. 2: Creencias y necesidades propias.
13. Método anticonceptivo actualmente elegido.	Cualitativa	Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo en forma temporal o permanente.	Nominal	0: DIU 1: Preservativo 2: Hormonal oral 3: Hormonal inyectable 4: Implante 5: Parche 6: Otro (especifique)
14. Resolución de dudas durante la consejería	Cualitativa dicotómica	Proceso de análisis y comunicación entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.	Nominal	0: Si 1: No
15. El personal se presentó por su nombre	Cualitativa dicotómica	Indicador de trato digno que el personal realiza con la persona.	Nominal	0: Si 1: No
16. Le llamó por su nombre	Cualitativa dicotómica	Indicador de trato digno que el personal realiza con la persona.	Nominal	0: Si 1: No
17. Le explicó sobre cuidados y actividades a realizar	Cualitativa dicotómica	Indicador de trato digno que el personal realiza con la persona.	Nominal	0: Si 1: No
18. Le enseñó cuidados posteriores	Cualitativa dicotómica	Indicador de trato digno que el personal realiza con la persona	Nominal	0: Si 1: No
19. Procuró que su intimidad se respetara	Cualitativa dicotómica	Indicador de trato digno que el personal realiza con la persona	Nominal	0: Si 1: No

20. Satisfacción con el servicio	Cualitativa	Conocer si la paciente considera que existió la realización de lo que se deseaba.	Nominal	0: Satisfecha 1: Insatisfecha 2: Ni satisfecha ni insatisfecha.
21. Recomendaría a otras mujeres el uso del servicio por la atención recibida	Cualitativa dicotómica	Conocer si la usuaria hablaría a favor del servicio.	Nominal	0: Si 1: No
22. ¿Por qué?	Cualitativa		Abierta	
23. Antes de la consejería la paciente manifestó saber qué método anticonceptivo usar.	Cualitativa dicotómica		Nominal	0: Si 1: No

5.5 Descripción del cuestionario

El cuestionario guía fue diseñado únicamente para este estudio, con la consulta a expertos en investigación. Antes de la aplicación se llevó a cabo una prueba piloto con diez casos no pertenecientes a la muestra para así después se hicieran los ajustes necesarios que permitieran la aplicación del mismo.

La primera parte contiene el nombre de la institución donde se realizó el estudio, a continuación datos de la fecha de aplicación y número de expediente (para control de aplicación del instrumento). Se incluye una primera pregunta realizada a la paciente antes de la consejería sobre métodos anticonceptivos, donde se le pregunta si tiene planeado el uso de un método anticonceptivo antes de la intervención de enfermería. Posteriormente se presentan 15 reactivos, donde de las primeras cuatro preguntas se obtienen datos sociodemográficos de las pacientes, en las preguntas cinco a la ocho se obtienen datos gineco-obstétricos, las preguntas nueve, diez y once están encaminadas a conocer el antecedente de uso de métodos anticonceptivos, conocer cuál fue la base para la decisión del uso de un método anticonceptivo y cuál método anticonceptivo deciden elegir las pacientes. Las preguntas doce a la quince pretenden conocer la percepción de la atención recibida por las pacientes; la pregunta trece contiene un cuadro diseñado con base en la definición operacional de trato digno de la calidad de los servicios otorgados en enfermería¹⁶, donde se le pide a la paciente que identifique la realización de dichas acciones (Ver anexo A).

Cuestionario de deseabilidad social

La versión en español de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne (EDS-MC) (Ver anexo C), que consta de 33 preguntas y que se responden con “falso” o “verdadero”, fue la que se utilizó. Dicha escala fue diseñada con reactivos que incluyen un mínimo de patología o de implicaciones de anormalidad, y representa además conductas culturalmente sancionadas o aprobadas, pero con poca probabilidad de ocurrencia¹⁸.

5.6 Procedimientos

5.6.1 Recolección de datos

Se ubicaron a las pacientes usuarias del servicio de APEO y se les invitó a participar en el estudio, se solicitó su consentimiento informado por escrito, posteriormente a su aceptación se les realizó una entrevista con un cuestionario guía (ver anexo A).

Al 15% de la población del estudio, se le aplicó la escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne que es un instrumento con el que se ha estudiado la deseabilidad social o dar una imagen favorable de uno mismo, en una situación de prueba, ya antes utilizado en la investigación de Lara Cantú¹⁸ donde se utilizó la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne en una población de 277 sujetos en la Ciudad de México.

Medir la deseabilidad social para este estudio es importante, primero por los aspectos de confiabilidad que implica como un instrumento de medición, y segundo por ser en sí misma, un elemento relevante de la personalidad de las pacientes que intervinieron en este estudio.

5.5.2 Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en el programa SPSS versión 19 y se aplicó estadística descriptiva, empleando medidas de tendencia central y de dispersión. Para favorecer la visualización de los datos obtenidos se representaron en gráficas.

VI. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta los principios bioéticos que expresan y traducen el respeto por las personas que participaron. Dichos principios se presentan a continuación.

- Beneficencia: este estudio cumplió con éste principio ya que resulta beneficioso tanto para el investigador como para las pacientes, por permitir que la información generada de a conocer las características de la población participante.
- No maleficencia: este estudio fue inocuo y no representó ningún riesgo para la salud de las pacientes que aceptaron participar.
- Justicia: el estudio garantizó un trato igualitario de todas las participantes, sin hacer discriminación de raza o ideología, edad, nivel sociocultural y comportamiento.
- Autonomía: La decisión de participar en el estudio, de cada una de las pacientes, fue bajo su propio consentimiento debidamente informado.
- Confidencialidad: La identidad de las pacientes participantes, será salvaguardada con el fin de respetar su derecho a que sus datos y la información proporcionada, no sean dados a conocer sin ningún otro fin que no sea el del logro de los objetivos de dicho estudio.

Es relevante mencionar dos aspectos éticos para la investigación: el consentimiento informado y la determinación del riesgo/beneficio. En el primero se reconoce la capacidad de las personas de decidir sobre lo que puede hacerse con su cuerpo y sus atributos sociales o intelectuales. Requiere que los sujetos en estudio, tengan la oportunidad de elegir qué es lo que les sucederá o dejará de sucederles¹⁹. Para que dicho principio se cumpla se pidió a cada paciente, de forma escrita, que manifestara su decisión de participar o no en él, así como la posibilidad de suspender su participación cuando lo desearan. Se dio una previa explicación de los objetivos que persigue el estudio con la participación de las pacientes y se puso en claro que en ningún momento significa un riesgo para su salud ni para su persona en el momento presente ni en el futuro.

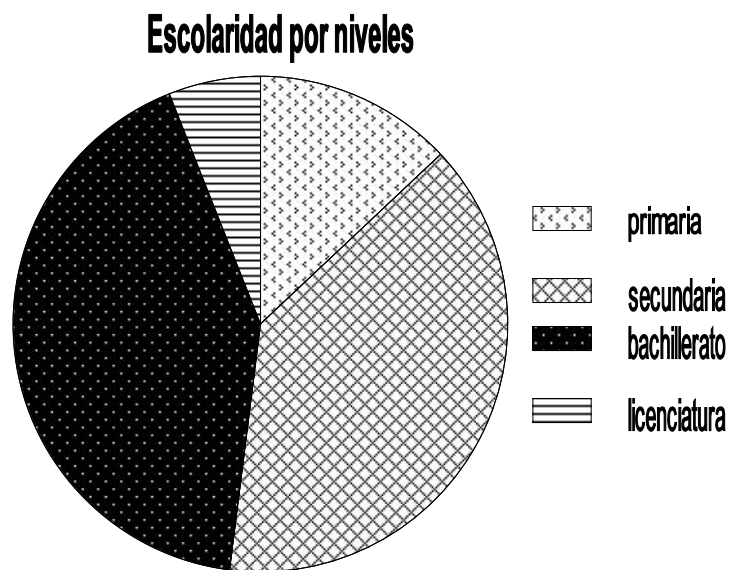
La determinación del riesgo/beneficio de esta investigación se consideró de riesgo menor al mínimo debido a que la posibilidad de causar alteración física o psicológica en la persona es prácticamente nula.

VII. RESULTADOS

7.1 Descripción.

Características sociodemográficas

En lo referente a la escolaridad de las pacientes los dos grupos más frecuentes lo ocupan las pacientes con secundaria completa y bachillerato incompleto con el 29 y 23 %; mientras que el porcentaje menor lo ocupan la primaria incompleta y la licenciatura completa con el 2% (Gráfica 1).



Gráfica 1.

El 78% de las pacientes pertenece al grupo de edad de 18- 35 años, el 16 % le pertenecen a las pacientes menores de edad y tan sólo un 6% lo representan mujeres mayores de 35 años de edad (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Edad		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor de 18 años	16	16,0
	de 18-35 años	78	78,0
	mayor de 35 años	6	6,0
	Total	100	100,0

El estado civil con mayor porcentaje lo ocuparon las pacientes que viven en unión libre, con el 59% seguido por casada con el 20%, soltera con el 19% y separada con el 2% (Cuadro 2).

Cuadro 2.

Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	soltera	19	19,0
	casada	20	20,0
	unión libre	59	59,0
	separada	2	2,0
	Total	100	100,0

Antecedentes Ginecológico-Obstétricos

La edad de inicio de relaciones sexuales lo abarcan el rango que comprende de los 13-26 años de edad; con las cifras mayores en las edades 15 y 18 años (Cuadro 3).

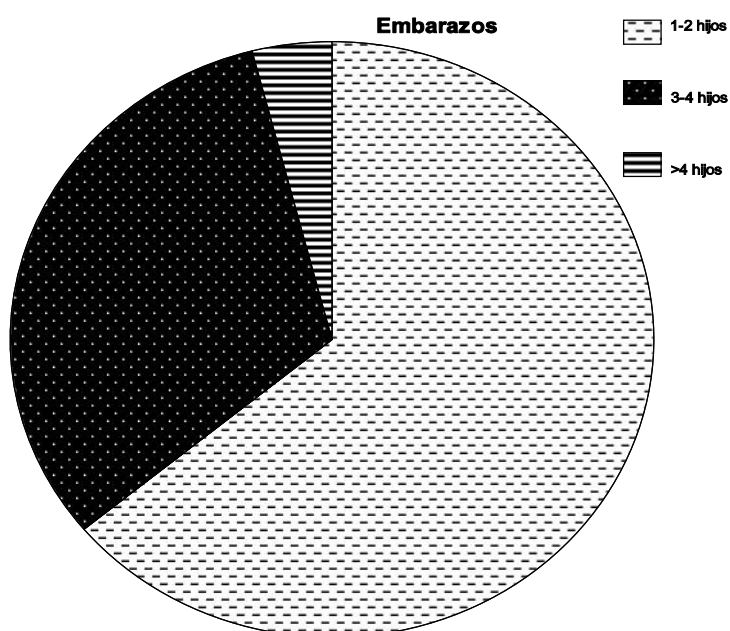
Cuadro 3.

Edad de inicio de relaciones sexuales			
Edad en años		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	13	4	4,0
	14	7	7,0
	15	21	21,0
	16	13	13,0
	17	13	13,0
	18	22	22,0
	19	5	5,0
	20	10	10,0
	21	1	1,0
	22	2	2,0
	25	1	1,0
	26	1	1,0
	Total	100	100,0

En cuanto al número de embarazos, se encontró que el número de embarazos más frecuente entre las pacientes se encuentra en 1 y 2 con el 64%, 3-4 con el 32%, más de 4 con el 4% (Cuadro 4 y Gráfica 2).

Cuadro 4.

Embarazos			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1-2	64	64,0
	3-4	32	32,0
	>4	4	4,0
	Total	100	100,0

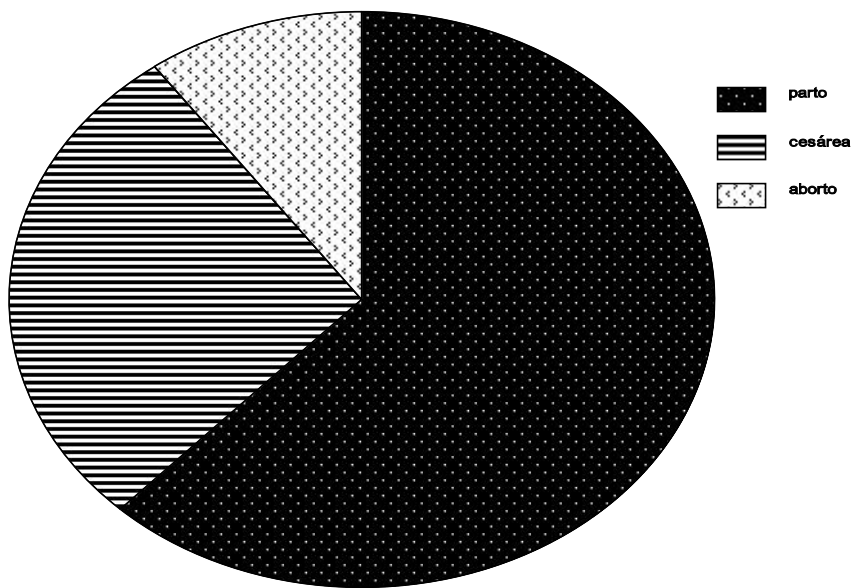


Gráfica 2.

De las pacientes atendidas un 62% corresponden a partos, 28% a cesáreas y un 10% a abortos. (Cuadro 5 y Gráfica 3)

Cuadro 5.

Conclusión del último embarazo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	parto	62	62,0
	cesárea	28	28,0
	aborto	10	10,0
	Total	100	100,0



Gráfica 3.

La evolución de su último embarazo fue en su mayoría sin complicaciones con el 63%, seguido por presión arterial alta con el 14% (Cuadro 6).

Cuadro 6.

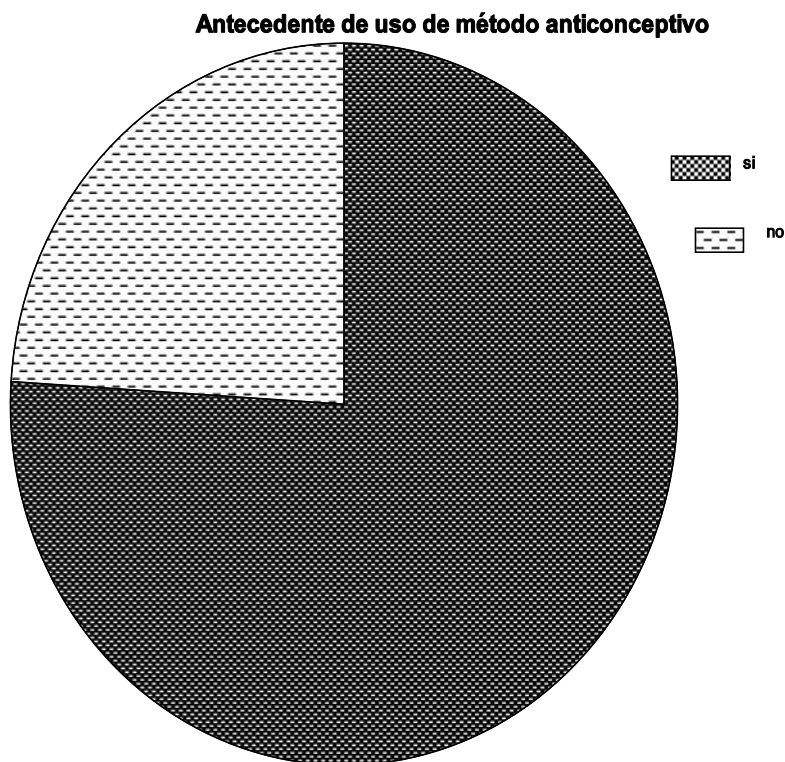
Evolución del último embarazo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	sin complicaciones	63	63,0
	con presión arterial alta	14	14,0
	con diabetes mellitus	1	1,0
	diabetes mellitus y presión alta	1	1,0
	con infección urinaria y vaginal recurrentes	7	7,0
	con otra enfermedad crónica	2	2,0
	múltiples cesáreas	1	1,0
	nacimiento prematuro	1	1,0
	Total	90	90,0
	Perdidos	Sistema (Abortos)	10
Total		100	100,0

Uso de métodos anticonceptivos

El 76% de las pacientes refiere haber usado un método anticonceptivo, mientras que el 24% de las pacientes nunca habían usado uno (Cuadro 7 y Gráfica 4).

Cuadro 7.

La paciente ha usado un método anticonceptivo antes.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	76	76,0
	no	24	24,0
	Total	100	100,0



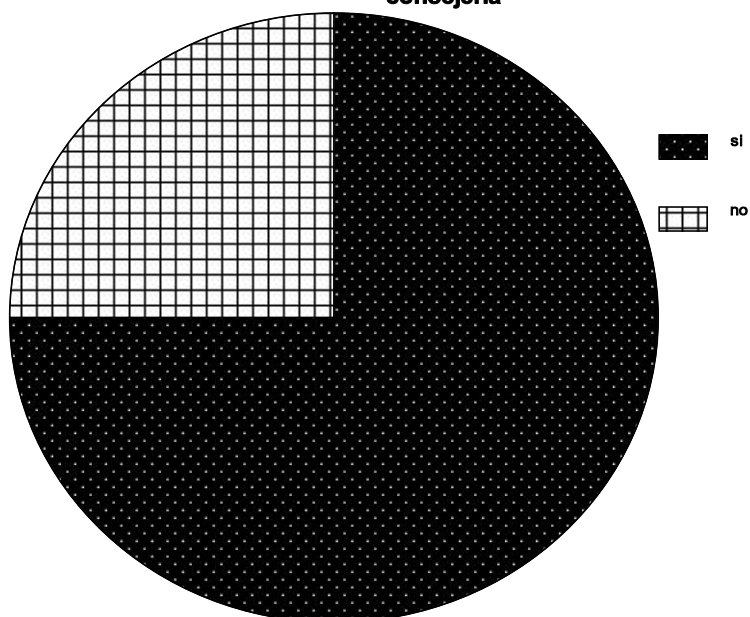
Gráfica 4.

Antes de la intervención de enfermería con la consejería, se les preguntó a las pacientes si tenían pensado utilizar algún método anticonceptivo, a lo que un 75% de las pacientes respondió que sí y un 25% no había pensado en esa posibilidad (Cuadro 8 y Gráfica 5).

Cuadro 8.

La paciente tenía pensado utilizar un método anticonceptivo antes de la consejería.			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	75	75,0
	no	25	25,0
	Total	100	100,0

La paciente tenía pensado utilizar un método anticonceptivo antes de la consejería

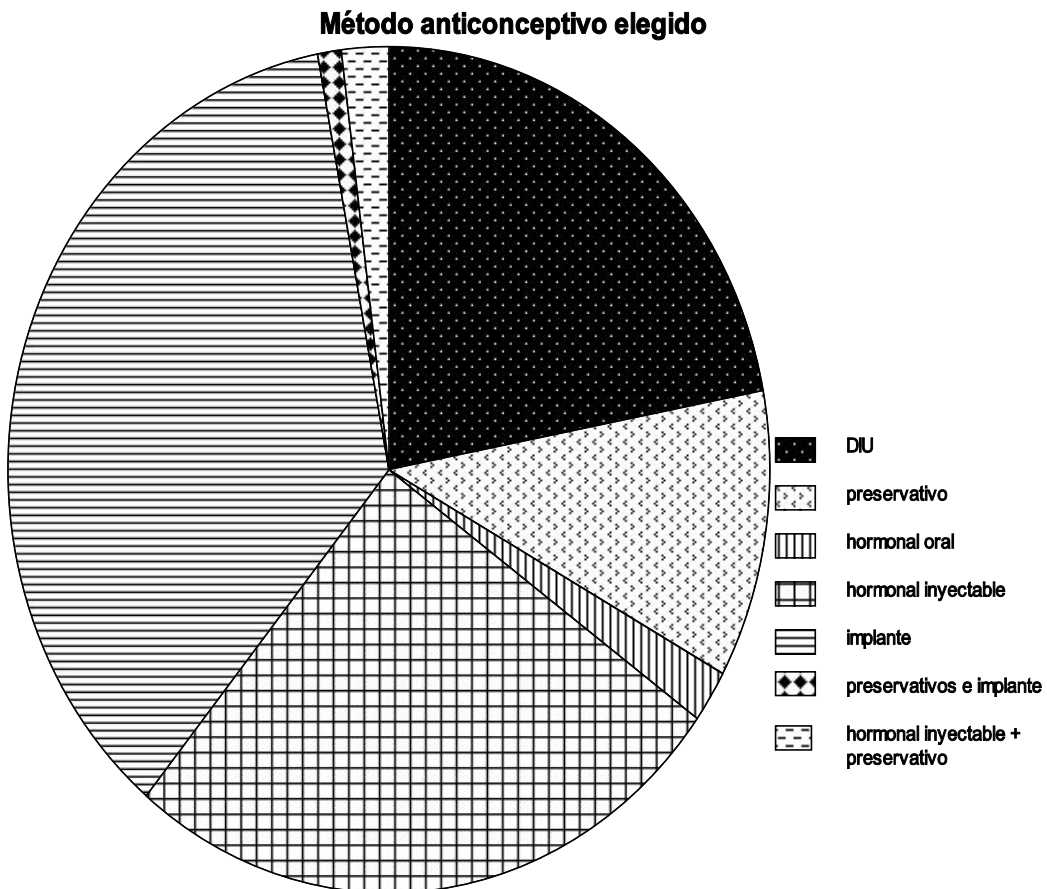


Gráfica 5.

El método de mayor elección fue el implante subdérmico con el 36%, seguido por el hormonal inyectable 26%, el DIU 22% y el preservativo 11% (Cuadro 9 y Gráfica 6).

Cuadro 9.

Método anticonceptivo elegido		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	DIU	22	22,0
	preservativo	11	11,0
	hormonal oral	2	2,0
	hormonal inyectable	26	26,0
	implante	36	36,0
	preservativos e implante	1	1,0
	hormonal inyectable + preservativo	2	2,0
	Total	100	100,0

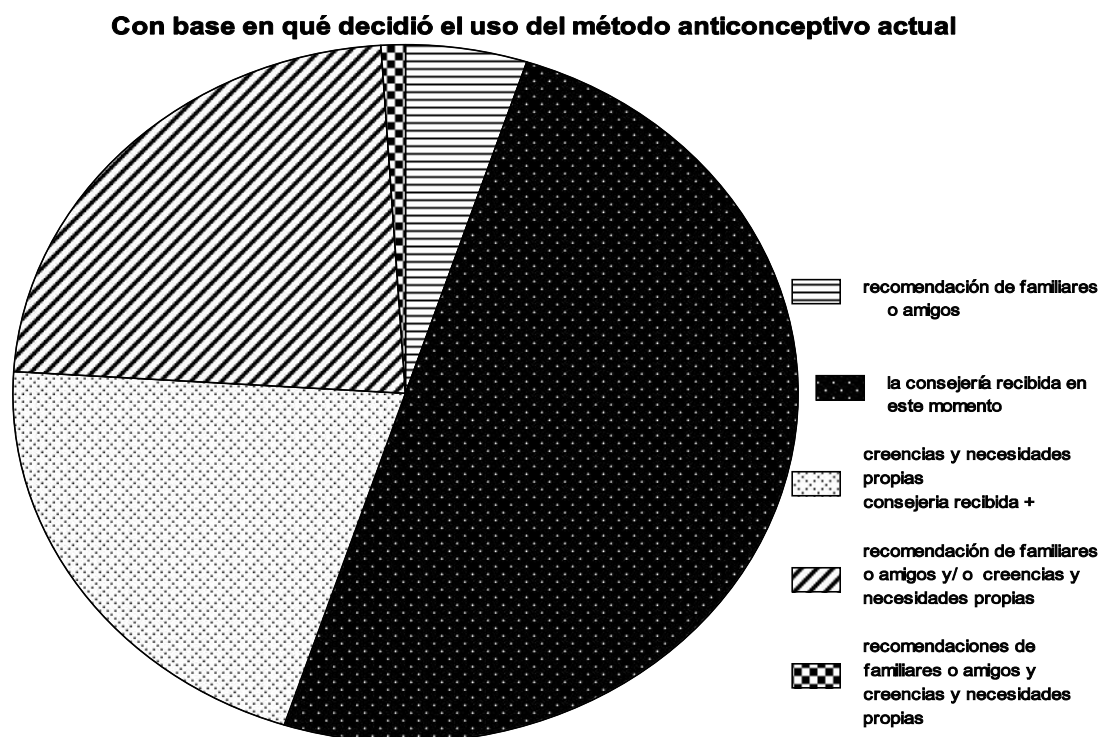


Gráfica 6.

En la decisión de usar un método anticonceptivo, las pacientes refieren que la pura consejería brindada fue la base para tomar esta decisión con el 50%, creencias y necesidades propias con el 21%. Las pacientes que asocian la consejería recibida junto con recomendación de familiares o amigos y sus propias creencias y necesidades ocupan el 23%. Sólo el 5% asocia la decisión de usar un método anticonceptivo únicamente por recomendación de familiares o amigos (Cuadro 10 y Gráfica 7).

Cuadro 10.

Con base en qué decidió el uso del método anticonceptivo actual			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	recomendación de familiares o amigos	5	5,0
	la consejería recibida en este momento	50	50,0
	creencias y necesidades propias	21	21,0
	consejería recibida + recomendación de familiares o amigos y/ o creencias y necesidades propias	23	23,0
	recomendaciones de familiares o amigos y creencias y necesidades propias	1	1,0
	Total	100	100,0



Gráfica 7.

Atención recibida

En lo referente al trato digno reportado por las pacientes, los resultados fueron los siguientes: 95% de las pacientes refiere que el personal se presentó por su nombre (Cuadro 11), 90% refiere que el personal de enfermería la llamó por su nombre (Cuadro 12), el 99% refiere que el personal sí le explicó los cuidados y actividades a realizar (Cuadro 13), al 95% de las pacientes refiere que el personal de enfermería le enseñó los cuidados posteriores que debería de tener con el método elegido (Cuadro 14). Un 98% de las pacientes refieren que el personal procuró las condiciones necesarias que guardaran su intimidad y/ o pudor (Cuadro 15).

Cuadro 11.

El personal se presentó por su nombre con la paciente			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	95	95,0
	no	5	5,0
	Total	100	100,0

Cuadro 12.

Llamaron a la paciente por su nombre			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	90	90,0
	no	10	10,0
	Total	100	100,0

Cuadro 13.

Explicaron a la paciente sobre los cuidados y actividades a realizar			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	99	99,0
	no	1	1,0
	Total	100	100,0

Cuadro 14.

Enseñaron a la paciente o a su familiar los cuidados posteriores que debe tener con el método anticonceptivo elegido			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	95	95,0
	no	5	5,0
	Total	100	100,0

Cuadro 15.

Procuraron las condiciones necesarias que guardaran su intimidad y/ o pudor			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	98	98,0
	no	2	2,0
	Total	100	100,0

En la solución de dudas durante la consejería por parte del personal, al 54% sí le resolvieron dudas, 3% refiere que no se le resolvieron sus dudas y el 43% refiere no haber tenido dudas (Cuadro 16).

Cuadro 16.

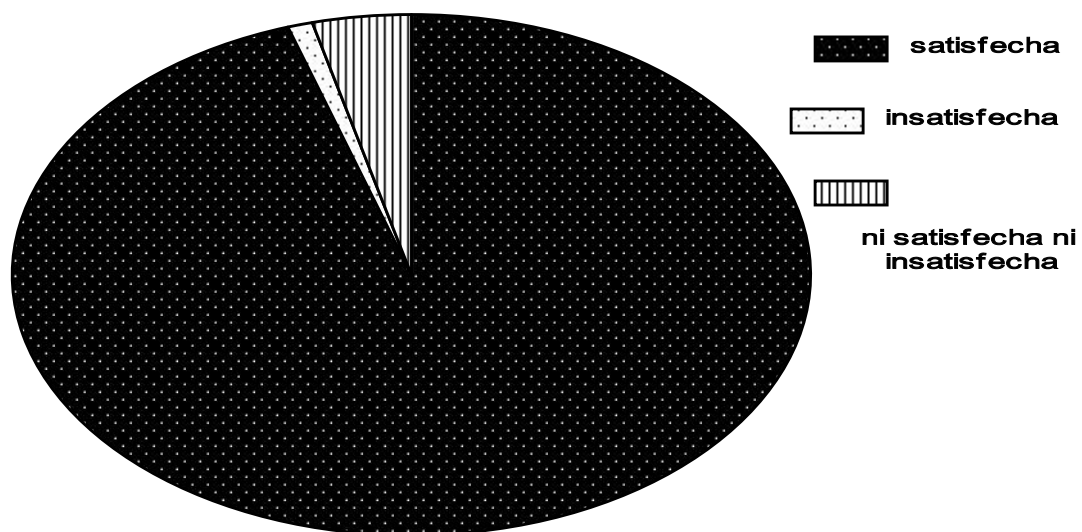
Resolvieron dudas sobre métodos anticonceptivos			
		Frecuencia	Porcentaje %
Válidos	si	54	54,0
	no	3	3,0
	no tuvo dudas	43	43,0
	Total	100	100,0

De las pacientes que reciben la atención, un 95% refieren haber quedado satisfechas, un 1% insatisfechas y un 4% ni satisfechas ni insatisfechas (Cuadro 17 y Gráfica 8).

Cuadro 17.

De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado			
		Frecuencia	Porcentaje %
Válidos	satisfecha	95	95,0
	insatisfecha	1	1,0
	ni satisfecha ni insatisfecha	4	4,0
	Total	100	100,0

De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado



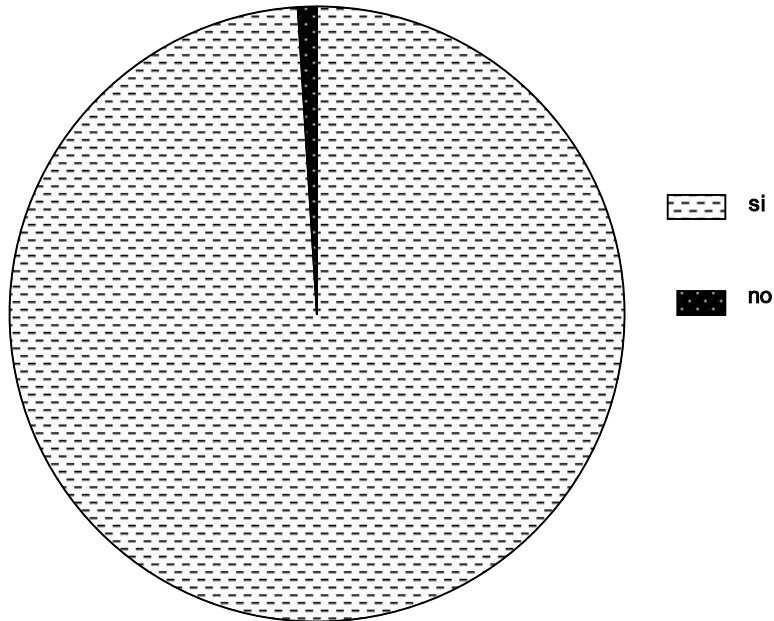
Gráfica 8.

El 99% de las pacientes recomendarían a otras mujeres el servicio de salud reproductiva (Cuadro 18 y Gráfica 9).

Cuadro 18

Recomendación de la paciente a otras mujeres el servicio de APEO del hospital			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	99	99,0
	no	1	1,0
	Total	100	100,0

Recomendación de la paciente a otras mujeres el servicio de APEO del hospital



Gráfica 9.

Al preguntarles porqué lo recomendarían, las respuestas más comunes fueron: explican bien 38%, atienden bien 18%, dan información adecuada 11% (Cuadro 19).

Cuadro 19.

Respuestas más frecuentes de porqué recomendarían el servicio de APEO			
		Frecuencia	Porcentaje %
Válidos	* material y ejemplos que utilizan para explicar	2	2,0
	* dejan elegir libremente	7	7,0
	son amables	8	8,0
	* dan información adecuada	11	11,0
	* lo hacen con buen trato	16	16,0
	* atienden bien	18	18,0
	* explican bien	38	38,0
	Total	100	100,0

Al relacionar la edad de las pacientes con la respuesta sobre si habían quedado satisfechas, se obtuvo que de las pacientes menores de 18 años el 94% refirió haber quedado satisfecha, en el grupo de los 18-35 años el 96% quedó satisfecha y con las pacientes mayores de 35 años el 83% también refirieron haber quedado satisfechas con la atención recibida (Cuadro 20).

Cuadro 20.

Tabla de contingencia Edad * De la atención recibida en el área de APEO, la paciente refiere haber quedado					
Recuento					
		De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado			Total
		satisfecha	insatisfecha	ni satisfecha ni insatisfecha	
Edad	menor de 18 años	94%	0	6%	100%*
	de 18-35 años	96%	1.5%	2.5%	100%**
	mayor de 35 años	83%	0	17%	100%***

*n=16 **n=78 ***n=6

En la relación entre la escolaridad y la satisfacción de la atención recibida, se encontró que las pacientes que más refirieron haber quedado satisfechas son las que han cursado la primaria y la licenciatura ambos con el 100%, seguidas por el nivel bachillerato con el 98% y el nivel secundaria con el 90% (cuadro 21).

Cuadro 21.

Tabla de contingencia Escolaridad por niveles * De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado					
Recuento					
		De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado			Total
		satisfecha	insatisfecha	ni satisfecha ni insatisfecha	
Escolaridad por niveles	primaria	100%	0	0	*100%
	secundaria	90%	2.5%	7.5%	**100%
	bachillerato	98%	0	2%	***100%
	licenciatura	100%	0	0	****100%
Total		95	1	4	100

*n=13 **n=39 ***n=42 ****n=6

De las pacientes con antecedente de uso de un método anticonceptivo el 95% refirió haber quedado satisfecha, mientras que las pacientes que nunca han usado un método anticonceptivo el 96% quedó satisfecha con la atención recibida (cuadro 22).

Cuadro 22.

Tabla de contingencia Antecedente de uso de método anticonceptivo * De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado					
Recuento					
		De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado			Total
		Satisfecha	insatisfecha	ni satisfecha ni insatisfecha	
Antecedente de uso de método anticonceptivo	si	95%	1%	4%	*100%
	no	96%	0	4%	**100%

*n=76 **n=24

De acuerdo a la relación que guardan el estado civil y la satisfacción con la atención recibida, el 100% de las solteras del estudio refirieron haber quedado satisfechas, el al igual que 95% de las casadas, el 93% de las pacientes en unión libre y el 100% de las pacientes separadas (cuadro 23).

Cuadro 23.

Tabla de contingencia Estado civil * De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado					
Recuento					
		De la atención recibida en el área de APEO, a paciente refiere haber quedado			Total
		satisfecha	insatisfecha	ni satisfecha ni insatisfecha	
Estado civil	soltera	100%	0	0	*100%
	casada	95%	5%	0	**100%
	unión libre	93%	0	7%	***100%
	separada	100%	0	0	****100%
Total		95	1	4	100

*n=19 **n=20 ***n=59 ****n=2

Al relacionar la escolaridad con el número de embarazos (Cuadro 24) se encontró que las pacientes con el mayor número de embarazos son aquellas con escolaridad primaria y secundaria así como las de bachillerato incompleto.

Cuadro 24.

Tabla de contingencia Escolaridad por niveles * Embarazos					
Recuento					
		Embarazos			Total
		1-2	3-4	>4	
Escolaridad por niveles	primaria	54%	38%	8%	100%*
	secundaria	59%	33%	8%	100%**
	bachillerato	67%	33%	0	100%***
	licenciatura	100%	0	0	100%****

*n=13 **n=39 ***n=42 ****n=6

A pesar de que los embarazos en todos los grupos de edad en su mayoría son sin complicaciones, se observa que conforme aumenta la edad también lo hacen las complicaciones como la hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas entre ellas la diabetes mellitus tipo II (cuadro 25).

Cuadro 25.

Tabla de contingencia Edad * Evolución del último embarazo										
Recuento										
		Evolución del último embarazo							Total	
		sin complicaciones	con presión arterial alta	con diabetes mellitus	diabetes mellitus y presión alta	con infección urinaria y vaginal recurrentes	con otra enfermedad crónica	múltiples cesáreas		nacimiento prematuro
Edad	menor de 18 años	80%	7%	0	0	13%	0	0	0	100%*
	de 18-35 años	69%	19%	0	1%	6%	3%	1%	1%	100%**
	mayor de 35 años	60%	0	20%	0	20%	0	0	0	100%***

*n=15 **n=70 ***n=5

En la relación edad y la base de la decisión del uso de un método anticonceptivo de las pacientes se observa que el 62% son menores de edad cuya decisión del uso de un método está basada en la consejería de las enfermeras.

Para el grupo de los 18-35 años la consejería recibida es reconocida como la base para la decisión de usar un método anticonceptivo, con un 48% (Cuadro 26).

Cuadro 26.

Tabla de contingencia Edad * Con base en qué decidió el uso del método anticonceptivo actual							
Recuento							
		Con base en qué decidió el uso del método anticonceptivo actual					Total
		recomendación de familiares o amigos	la consejería recibida en este momento	creencias y necesidades propias	consejería recibida + recomendación de familiares o amigos y/o creencias y necesidades propias	recomendaciones de familiares o amigos y creencias y necesidades propias	
Edad	menor de 18 años	6%	62%	0	32%	0	100%*
	de 18-35 años	5%	48%	23%	23%	1%	100%**
	mayor de 35 años	0	50%	50%	0	0	100%** *

*n=6 **n=78 ***n=6

En la relación de la edad las pacientes con la edad de inicio de relaciones sexuales, se encuentra que tanto el grupo de menores de edad y el grupo de 18-35 años refiere haber iniciado su vida sexual siendo menores de edad (Cuadro 27).

Cuadro 27.

Tabla de contingencia Edad * Edad de inicio de relaciones sexuales														
Recuento														
		Edad de inicio de relaciones sexuales											Total	
		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	25		26
Edad	menor de 18 años	7%	25%	44%	12%	12%	0	0	0	0	0	0	0	100%*
	de 18-35 años	4%	4%	18%	14%	13%	26%	6%	10%	1 %	3%	0	1 %	100%**
	mayor de 35 años	0	0	0	0	17%	33%	0	33%	0	0	17%	0	100%***

*n=16 **n=78 ***n=6

Al relacionar la edad con el antecedente de uso de un método anticonceptivo, se encontró que el mayor porcentaje que refiere el uso de un método anticonceptivo antes de la consejería lo ocupan las pacientes mayores de 35 años con el 83%, seguidas por las menores de edad con el 81% (Cuadro 28). En los resultados de las pacientes que nunca habían usado un método anticonceptivo, se observa que el porcentaje mayor lo ocuparon las pacientes en el grupo de edad entre los 18-35 años.

Cuadro 28.

Tabla de contingencia Edad * Antecedente de uso de método anticonceptivo				
Recuento				
		Antecedente de uso de método anticonceptivo		Total
		si	no	
Edad	menor de 18 años	81%	19%	100%*
	de 18-35 años	74%	26%	100%**
	mayor de 35 años	83%	17%	100%***

*n=16 **n=78 ***n=6

En la relación del antecedente de uso de un método anticonceptivo con el número de embarazos de las pacientes, se encontró que el número de hijos no esta relacionada con el uso de métodos anticonceptivos (Cuadro 29), ya que la mayoría de las pacientes que refieren no haber usado un método anticonceptivo tienen de 1-2 hijos en su gran mayoría.

Cuadro 29.

Tabla de contingencia Antecedente de uso de método anticonceptivo * Embarazos					
Recuento					
		Embarazos			Total
		1-2 hijos	3-4 hijos	>4 hijos	
Antecedente de uso de método anticonceptivo	si	63%	33%	4%	100%*
	no	67%	29%	4%	100%**

*n=76 **n=24

En cuanto a la escolaridad y el antecedente de uso de métodos anticonceptivos, se observa que las pacientes con niveles bajos de escolaridad son las pacientes que menos han usado un método anticonceptivo, mientras que la escolaridad con más uso son las pacientes con escolaridad de secundaria (Cuadro 30).

Cuadro 30.

Tabla de contingencia Escolaridad por niveles * Antecedente de uso de método anticonceptivo				
Recuento				
		Antecedente de uso de método anticonceptivo		Total
		si	no	
Escolaridad por niveles	primaria	38%	62%	100%*
	secundaria	90%	10%	100%**
	bachillerato	76%	24%	100%***
	licenciatura	66%	33%	100%****

*n=13 **n=39 ***n=42 ****n=6

Deseabilidad social

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de Escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne, se obtuvo una media de 18.8 de deseabilidad social en las pacientes del estudio (Cuadro31).

Cuadro 31.

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Escala de deseabilidad social Marlowe-Crowne	15	11	24	283	18,87	3,563
N válido (según lista)	15					

5.2 Discusión.

Al hablar de una imagen social lo primero que viene a la mente es la forma en que una sociedad percibe algo, Manuel Ángel Calvo en su artículo “Imagen social de las enfermeras”¹, sostiene que la enfermera tendrá más dificultad para desarrollarse profesionalmente mientras menos reconocimiento social tenga y más arraigada esté en la sociedad la trasnochada imagen de profesión escasamente calificada, con poca capacidad de decisión, subordinada y dependiente de otros profesionales. Si bien es cierto lo que dice el autor, para cambiar la imagen social que se tiene de una enfermera, hace falta dar a conocer las diversas áreas en que una enfermera desarrolla su trabajo. La mayor relevancia de esta investigación es que permite tanto las pacientes usuarias, como al demás personal de salud y hasta a otros medios percibir a una enfermera como la que es capaz de orientar y colocar un método anticonceptivo; así como tomar decisiones basadas en sus conocimientos profesionales.

En esta investigación las pacientes refieren que el personal que las atendió le resolvió todas sus dudas, expresan que lo que las llevó a esto fue el buen trato, los ejemplos utilizados, el interés que el personal pone a su caso en especial, lo que genera un ambiente que favorece la expresión de sus dudas y el interés por el tema. A diferencia de las conclusiones a las que llega la investigación: “Participación de Enfermería en la orientación sobre Planificación Familiar en el Hospital Materno Infantil de León”¹² donde encontraron que enfermería realiza una buena labor en relación a su trabajo como promotora en los diferentes métodos de planificación familiar, pero no lo suficiente para que las pacientes asimilen la totalidad de la información ya que se quedan con algunas dudas y por temor no las expresan.

Ante la necesidad impostergable de fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar que enfrenta nuestro país, el hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez a través del personal de enfermería, realiza un trabajo importante, ya que a pesar de que las cifras sobre el uso de métodos anticonceptivo es alta, estas mismas cifras no son congruentes con la persistencia de embarazos en pacientes menores de edad o con edades avanzadas donde el embarazo es de alto riesgo, lo que quiere decir que a pesar de que las mujeres refieren el uso de un método anticonceptivo, este no está teniendo el efecto deseado, lo que se asocia a una práctica con deficiente conocimiento sobre el uso o desconocimiento sobre la disponibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos existentes.

Con la labor que enfermería realiza con pacientes menores de edad que nunca han usado un método anticonceptivo y por la forma en que lo hace, con trato digno y con lenguaje comprensible, se acerca a estas pacientes a una futura continuación de la práctica del uso correcto de métodos anticonceptivos, a la vez que es de su conocimiento que existen lugares como este hospital con gran interés por cuidar la salud sexual de la mujer en edad reproductiva.

Los resultados positivos de la adecuada consejería en planificación familiar por parte de una enfermera habían sido estudiados antes por Resendiz Flores¹³ donde encontró que la adecuada consejería en planificación familiar pos evento obstétrico a las adolescentes por parte del personal de enfermería influyen en los resultados positivos en el uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a los datos obtenidos acerca del uso y preferencia de los diferentes métodos anticonceptivos, se obtuvo una marcada tendencia por la preferencia de métodos que son fáciles de utilizar y que no duelen, como lo es el método del implante subdérmico. Esta investigación permite conocer las preferencias sobre métodos anticonceptivos, para impulsar que se realicen más investigaciones interesadas en ofrecer mejoras en los tipos de métodos anticonceptivos.

Otro dato importante que se encontró es que el número de hijos disminuye con la escolaridad y que las pacientes que refieren haber usado un método anticonceptivo antes de la consejería brindada en el hospital tienen en su mayoría de 1-2 hijos.

La edad que más predomina de embarazos es la del rango comprendido entre los 18-35 años, dentro de este grupo la mayoría de las pacientes que refieren no haber usado un método anticonceptivo tienen de 1-2 hijos en su gran mayoría, por lo que el número de hijos no está relacionado con el uso de métodos anticonceptivos.

Un dato importante de esta investigación es que las pacientes están iniciando su vida sexual siendo menores de edad, los embarazos en menores de edad representa alrededor de una cuarta parte de los embarazos.

Desgraciadamente la salud reproductiva en nuestro país, sigue fuera del alcance de muchos mexicanos y mexicanas a causa de factores como: poco conocimiento sobre sexualidad humana; información y servicios insuficientes o de mala calidad, lo que representa un problema ya que la práctica de inicio de las relaciones sexuales siendo menores de edad continuará bajo las condiciones antes mencionadas.

Esta investigación propone implementar el crecimiento de enfermería en el área de salud reproductiva y planificación familiar, haciendo uso de sus capacidades, como lo hace en el hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez para impulsar que este tipo de oportunidades llegue a esas zonas de nuestro país donde hay poco conocimiento sobre sexualidad, información y servicios insuficientes o de mala calidad.

Las capacidades que enfermería tiene están en el conocimiento necesario para impulsar y aplicar la promoción de la salud en los diferentes niveles de atención y en centros escolares, para ayudar a resolver problemas que son altamente prevenibles como lo son las prácticas de sexuales inseguras cuyas consecuencias se ven reflejadas en embarazos de adolescentes y enfermedades de transmisión sexual. Según la OMS ²⁰ la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Igualmente se hace la propuesta para investigar y crecer para mejorar las formas en las que se enseña a cuidar la salud sexual. El área no es fácil, sin embargo continuar trabajando permite ir ganando poco a poco áreas que finalmente darán grandes resultados.

En el enfoque de la profesión de enfermería, encontramos diversos estudios donde se busca evaluar la calidad de los servicios, como en la investigación “Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería”¹⁴, donde se encontraron resultados poco favorables, donde el usuario encuentra la atención recibida como no ser tratados dignamente y a enfermería como poco profesional. Otra investigación relacionada es “Percepciones de las clientas sobre la calidad de atención del programa de aborto legal del sector público de la Ciudad de México”¹⁵ donde en general las clientas otorgan calificaciones altas con un promedio de 8.8 – 10.

Con las dos anteriores investigaciones se pueden observar dos escenarios diferentes en los que se desempeña una enfermera, con resultados muy distintos. Con la presente investigación, donde la percepción de las usuarias de un servicio de APEO sobre el trabajo de enfermería es positiva, se puede concluir que la percepción de los usuarios, guarda una relación directa con el servicio en el que la enfermera y el paciente se relacionan ya que mientras más personalizada es la atención brindada, la oportunidad de que su trabajo sea visto positivamente aumenta.

En esta investigación se exploró también la deseabilidad social, por la frecuencia con la que los pacientes tienden a evaluar mejor los servicios recibidos, con el fin de identificar en cada caso, si ésta es similar a lo explorado por otros autores en poblaciones parecidas o si esta es mayor, lo que podría limitar los resultados observados en esta tesis, pero Lara Cantú encontró en una investigación realizada en población mexicana con edades similares valores entre 14 y 24, en el presente estudio se obtuvo un promedio de 18.87, lo que hace pensar que la deseabilidad social de las mujeres que reciben atención en el servicio de APEO del hospital Belisario Domínguez está en un rango normal.

VIII. CONCLUSIONES

Una percepción positiva por parte de las usuarias es favorable para mejorar la imagen social de enfermería. Las actividades no rutinarias del trabajo realizado por enfermeras en áreas como la planificación familiar, donde se da una atención personalizada y se genera un ambiente de confianza y apertura para las usuarias, permite a las enfermeras desempeñar su trabajo con trato digno y permitiendo que las pacientes mejoren su acercamiento a los métodos anticonceptivos.

En áreas como la planificación familiar, el personal de enfermería ha demostrado un excelente desempeño por capacidad y verdadero interés, mismo que se ve reflejado en una percepción favorable de las usuarias.

Lo que hace el personal de enfermería es promover el cuidado autónomo donde se enseña a cada paciente su capacidad de hacerse responsable del cuidado de su propia salud. Teniendo presente que los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican al atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros.

Dando a conocer las contribuciones que aporta la enfermería en áreas como la planificación familiar, la imagen de enfermería mejora, a la vez que las usuarias las perciben como personal confiable y preparado.

El trato digno y un ambiente adecuado generan una actitud de confianza para las pacientes, para que estas sigan acercándose al conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos, pieza elemental para la prevención de embarazos no planeados, embarazos en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual, así como la determinación del número de hijos, pues les permite llevar a cabo el derecho de ejercer una sexualidad responsable.

A pesar de que las pacientes menores de edad refieren el uso de un método anticonceptivo, estas tienen embarazos, lo que lleva a pensar que son usados incorrectamente o por una mala elección. El antecedente de uso no está acompañado de si alguien las ha instruido sobre su uso. Con la intervención que realiza en estas poblaciones sobre todo en las menores de edad se podría esperar que su siguiente embarazo sea planeado y que su continuación en el uso de métodos anticonceptivos tenga efectividad positiva, para lo que esta investigación propone un seguimiento en 3 años para conocer la situación de las pacientes.

Los datos sobre percepción de esta investigación coinciden con la teoría de Imogen King¹⁷ ya que se comprobó que el paciente es un sistema personal dentro del sistema social, que coexiste con otros sistemas personales a través de procesos interpersonales. Donde la enfermera y el paciente se perciben mutuamente y perciben también la situación, actuando, reaccionando e interactuando. Con lo anterior esta investigación coincide en que, la enfermería ofrece una conducta observable que se encuentra en los sistemas de cuidados de salud en la sociedad. Y que cómo sistema social, si se logra que las pacientes identifiquen a la enfermera como protagonista en servicios más independientes como la planificación familiar, beneficiará su imagen social en gran parte.

El tema de la sexualidad sigue siendo un área de investigación que no debe ser abandonada ya que aún hay muchas áreas no cubiertas, como lo son los comportamientos sexuales de alto riesgo y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva, ya sea por creencias u otros factores todavía no han sido lo suficientemente estudiados.

El uso y disposición de métodos anticonceptivos aun guarda muchas áreas que explorar, sin lugar a dudas en el tema de salud sexual y reproductiva es un campo abierto para las licenciadas en Enfermería y Obstetricia, quiénes tienen toda la capacidad y la responsabilidad para enseñar a las pacientes sobre la práctica responsable y protegida de la vida sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Calvo Manuel Ángel, *Imagen social de las enfermeras*. *Rev. Index Enfermería (Gran)* 2011; 20(3): 184-188.
2. Frenk M. Julio, *Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto*, Secretaría de Salud. México, 2002.
3. Frenk M. Julio, *Programa de Acción: Salud Reproductiva*, 2001.
4. INEGI, *Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer*, Censo de Población y Vivienda 2010.
5. *Plan de estudios de la licenciatura en enfermería* ENEO. México pp. 9-15 2012.
6. Fernández Cantón Sonia , Gutiérrez Trujillo Gonzalo, *La mortalidad materna y el aborto en México*, 2012.
7. Freyermuth Enciso G. *Estrategia integral para la acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*.
8. INEGI, disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>.
9. Hospital de la ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2012.
10. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

11. Reeder Sharon J. et al, *Enfermería Materno-Infantil*. Decimoséptima edición. España, edit Interamericana, 2001. Pág. 190-193.
12. Alvarado Mares Ma. Del Rosario, *Tesis: Participación de Enfermería en la orientación sobre planificación familiar a las mujeres primíparas que acuden al H. Materno Infantil de León*. México, UNAM-ENEO, 2000.
13. Resendiz Flores Catalina, *Tesis: Consejería que reciben las adolescentes de la enfermera sobre planificación familiar pos evento obstétrico*, Universidad Michoacana de San Miguel Hidalgo, 2008.
14. Puebla Viera Dulce, Ramírez Gutiérrez Alejandro, Ramos Pichardo Paula, et al. *Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería*. **Revista Enfermería del IMSS**, 2009; 17(2): 97-102.
15. Davida Becker, Díaz Olvarenta Claudia, Juárez Clara, et al. *Percepciones de las clientas sobre la calidad de atención del programa de aborto legal del sector público en la Ciudad de México*, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2012, pp. 21–32.
16. Comisión Interinstitucional de Enfermería, *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria*. 2003.
17. Marriner Tomey Ann, *Modelos y Teorías en Enfermería*. España, edit Mosby, 2007.
18. Lara Cantú Ma. Asunción, Validez y confiabilidad de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne en una población de adultos, *Rev. Salud Mental v. 13No.4 1990* pag. 35-37.
19. Pobrete Troncoso M, Principios bioéticos de investigación de enfermería, *Revista del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 2005, vol. 13. Pág.: 161-164.
20. Organización Mundial para la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986 Disponible en : <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Anexo a)

Cuestionario

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO "DR. BELISARIO DOMINGUEZ"

Fecha: _____

No. de expediente: _____

Antes de la consejería la paciente tenía pensado usar un método anticonceptivo si no

1. **Edad** _____

- Menos de 18 años
 De 18-35 años
 Mayor de 35 años

2. **Estado civil**

- Soltera Casada
 Unión libre Separada
 Divorciada Viuda

3. **Años escolares cursados:**

No sabe leer ni
escribir = 0 años

	completa	incompleta
Primaria	6 años	< de 6 años
Secundaria	9 años	< de 9 años
Bachillerato	12 años	< de 12 años
Licenciatura	Más de 15 años	< de 15 años

4. **¿Realiza alguna otra actividad por con la que aporte al gasto familiar?**

- Si No

5. **Edad de inicio de relaciones sexuales** _____

6. **Número de embarazos (considerando el último y abortos)**

Partos _____ Cesáreas _____

Abortos _____

7. **Esta vez, como concluyó su embarazo (último evento obstétrico):**

- Parto
 Cesárea
 Aborto

8. **La evolución de su último embarazo fue:**

- Sin complicaciones Con presión arterial alta Con diabetes mellitus
 Diabetes mellitus y presión alta Con infección urinaria o vaginal recurrentes
Con otra enfermedad crónica.

9. **¿Había usado algún método anticonceptivo antes de la atención brindada en este servicio?**

- Si No

10. Esta vez, con base en qué decidió el uso de un método anticonceptivo?

- Recomendación de familiares o amigos.
- La consejería recibida en este momento
- Creencias y necesidades propias

11. Después de este evento obstétrico ¿qué método anticonceptivo decidió usar?

- DIU Preservativo Hormonal oral Hormonal inyectable Implante
- Parche Otro especifique_____

12. ¿Le resolvieron sus dudas durante la consejería de los métodos anticonceptivos?

- Si No No tuvo dudas

13. ¿Cuáles de las siguientes acciones realizó el personal que la atendió en el área de salud reproductiva:

	Si	No
Se presentó por su nombre		
Le llamó por su nombre		
Le explicó sobre los cuidados y actividades a realizar		
Le enseñó a usted o a su familiar los cuidados posteriores que debe tener respecto al método elegido.		
Procuró ofrecerle las condiciones necesarias que guardaran su intimidad y/o pudor		

14. La atención recibida en el área de salud reproductiva la dejó:

- Satisfecha
- Insatisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha.

15. ¿Recomendarías a otras mujeres el servicio de salud reproductiva de este hospital?

- Si No ¿Por qué? _____

Anexo b)

Consentimiento Informado

Secretaria de Salud
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO “ DR.
BELISARIO DOMINGUÉZ”

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente hago constar que doy mi consentimiento para participar en el estudio “Percepción de las usuarias sobre la atención otorgada por el personal de enfermería del servicio Anticoncepción Pos-evento Obstétrico del Hospital Dr. Belisario Domínguez”.

Se me explicó:

- Que el estudio no significa ningún riesgo para mi salud en el momento presente ni en el futuro.
- Que la decisión para participar o no en dicho estudio será respetada.
- Tener derecho a dejar de participar en el estudio por cualquier necesidad o preferencia personal.
- Que la información que proporcione será confidencial y con fines estrictamente educativas.
- Serán respetados mis derechos como paciente en todo momento.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Nombre y firma del participante

Anexo c)

Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne.

- 1 Antes de votar me informo detalladamente de la capacidad de todos los candidatos V F
- 2 Nunca dudo en dejar lo que estoy haciendo para ayudar a alguien con problemas V F
- * 3 A veces me cuesta ponerme a trabajar si no me encuentro con ánimos V F
- 4 Nunca me ha caído nadie realmente mal V F
- * 5 Algunas veces dudo de mi habilidad para triunfar en la vida V F
- * 6 A veces estoy descontento cuando no puedo hacer las cosas a mi manera V F
- 7 Siempre soy muy cuidadoso con mi manera de vestir V F
- 8 En casa, me comporto tan bien en la mesa como cuando voy a un restaurante V F
- * 9 Si pudiera entrar en una sala de cine sin pagar y estuviera seguro de que no me vieran, probablemente lo haría V F
- * 10 En algunas ocasiones he renunciado a hacer algo porque pensaba que me faltaba habilidad V F
- * 11 A veces me gusta chismorrear un poco V F
- * 12 Ha habido veces en que he tenido sentimientos de rebeldía contra personas con autoridad aún sabiendo que ellos tenían la razón V F
- 13 Independientemente de con quién esté hablando, siempre escucho atentamente V F
- * 14 Alguna vez me «he hecho el loco» para quitarme a alguien de encima V F
- * 15 En alguna ocasión me he aprovechado de alguien V F
- 16 Cuando cometo un error siempre estoy dispuesto a admitirlo V F
- 17 Siempre intento practicar lo que predico V F
- 18 No encuentro particularmente difícil relacionarme con gente escandalosa y detestable V F
- * 19 A veces trato de vengarme en lugar de perdonar y olvidar lo que me han hecho V F
- 20 Cuando no sé algo no me importa admitirlo V F
- 21 Siempre soy cortés, aun con gente desagradable V F
- * 22 A veces insisto en hacer las cosas a mi manera V F
- * 23 En algunas ocasiones siento que soy un manazas V F
- 24 Nunca he dejado que alguien fuera castigado por cosas que había hecho yo V F
- 25 Nunca me enfado cuando me piden que devuelva algún favor que me han hecho V F
- 26 Nunca me irrita cuando la gente expresa ideas muy distintas de las mías V F
- 27 Nunca emprendo un viaje largo sin revisar el coche (moto, bici, etc.) V F
- * 28 En algunas ocasiones me he sentido bastante celoso de la buena fortuna de los demás V F
- 29 Aún no he tenido nunca la necesidad de decirle a alguien que me dejara en paz V F
- * 30 A veces me irrita la gente que me pide favores V F
- 31 Nunca me ha parecido que me castigaran sin motivo V F
- * 32 A veces pienso que cuando la gente tiene mala suerte es porque se lo merece V F
- 33 Nunca he dicho deliberadamente nada que pudiera herir los sentimientos de alguien V F