



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE: 8732**



## **TESIS**

# **IMPACTO DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS USUARIAS PUÉRPERAS ACERCA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA MICHOACÁN**

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

**PRESENTA;**

**ALVAREZ HERNÁNDEZ PALOMA VIANEY  
No. CUENTA: 41250555**

**LOZANO ZARATE PAULINA IVETH  
No. CUENTA: 412505737**

**RÚIZ MORÁN SARDIS ESMIRNA  
No. CUENTA: 412505830**

**ASESOR:**

**L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN. AGOSTO 2016**



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.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO. CLAVE: 8732**



## **TESIS**

# **IMPACTO DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS USUARIAS PUÉRPERAS ACERCA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA MICHOACÁN**

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

**PRESENTA;**

**ALVAREZ HERNÁNDEZ PALOMA VIANEY  
No. CUENTA: 41250555**

**LOZANO ZARATE PAULINA IVETH  
No. CUENTA: 412505737**

**RÚIZ MORÁN SARDIS ESMIRNA  
No. CUENTA: 412505830**

**ASESOR:**

**L.E.O. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS**

**ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN. AGOSTO 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Ruiz ME, Gracias Dios por darme oportunidad y entendimiento para concluir con este proyecto, por estar presente en mi vida, en cada una de las decisiones y etapas conforme las que he ido avanzando a lo largo de mi carrera y mi vida. Por darme salud, bienestar y empeño para ir forjando paso a paso los conocimientos necesarios para ser una Licenciada en Enfermería con vocación.

A mis padres por su entera confianza, incondicional amor, apoyo, comprensión, uno de los pilares en mi vida, en mi carrera y en lo que soy como persona. A Oscar por darme el apoyo, amor, comprensión y ánimo cuando sentía ir cuesta abajo, por ser ese pilar tan grande e importante en mi vida personal y profesional.

A mis hermanos por su comprensión, apoyo y por confiar en mi capacidad para llevar a cabo mi carrera y permitir que mis padres me dieran parte de lo que les correspondía.

A mis amigas y compañeras de tesis Paloma y Paulina, por su ayuda, cariño y la sincera amistad que hemos formado.

A mis profesores que no desistieron en enseñarme y orientarme en este proceso sin importar las tantas dudas que tuviera.

Álvarez HP, A Dios principalmente por ser quien me ha acompañado durante toda mi carrera y mi vida, dándome las habilidades y destrezas para salir adelante, enfrentar al mundo y poder culminar mi sueño, por darme salud, humildad, fortaleza para triunfar y no decaerme cuando se presentaban inconvenientes en mi camino poder derivarlos sin problema.

A mis padres y hermanos quienes has estado al pendiente de todas las cosas que en realidad he necesitado siempre con una palabra de aliento para salir adelante, que siempre están a mi lado incondicionalmente. Por todo eso y mucho más mil GRACIAS.

A mis amigas y amigos gracias por apoyarme, Sardis y Paulina por estar a mi lado cuando más los necesite y siempre con las palabras de sinceridad que necesitaba para levantarme y seguir luchando por mis sueños y metas planteadas.

A mis profesores por haberme apoyado y ayudado cuando lo necesitaba a tener paciencia y enseñarme de la mejor manera en confiar en mi misma y que si se puede lograr las metas y objetivos planteados a lo largo de la vida.

Lozano ZP, A Dios padre por darme la dicha de estar con salud, por jamás abandonarme en este camino de formación, por mantenerme siempre con la mente abierta a nuevos conocimientos, por las oportunidades de seguir creciendo como persona y de culminar esta etapa como PROFESIONAL.

A mi Madre, Hermano y Hermanas por siempre estar a mi lado, por adecuarse a mis tiempos y circunstancias, por jamás dejarme sola en los momentos difíciles, por orientarme y ayudarme a seguir con mi formación a pesar de las dificultades.

A mis compañeras y amigas Esmirna y Paloma, con las cuales he recorrido este camino de formación y crecimiento profesional y personal.

A Maribel gracias por su tiempo y apoyo, por ayudarme a cuidar de mi hijo para que yo pueda continuar con mi formación como profesionista y poder culminar este proyecto.

## DEDICATORIAS

Ruiz ME, A mis padres por ser un pilar básico en mi vida y mi carrera, por su impulso de día a día salir adelante enfrentando obstáculos y pruebas, por todo su apoyo tanto físico, emocional y económico. Por creer en mí y brindarme su confianza. A Oscar por estar a mi lado a lo largo de mi carrera impulsándome y apoyándome cuando sentía no poder continuar; por sus consejos, ayuda y toda la comprensión y amor que me ha dado y demostrado siempre. Por el tiempo que estuvo conmigo mientras yo tenía que hacer tareas y trabajos, haciendo que todo fuera más fácil de llevar. LOS AMO.

Álvarez HP, A mis padres por darme su confianza, valor y fortaleza en los momentos que más los ocupaba siempre al pendiente de lo que me hacía falta y en lo que me podían ayudar. A mis hermanos los cuales siempre me apoyaron de forma económica, psicológica y social, los cuales siempre tenían una palabra de aliento para cuando me veían decaída pero siempre estuvieron al pendiente de decirme que hacer y un simplemente échale ganas para salir adelante me ayudaron para ser lo que hasta hoy he logrado.

Lozano ZP, A mi hijo Rodrigo, tu eres mi razón de existir, a ti te debo mis logros, tu eres quien me motiva cada día a ser mejor persona y mejor profesionalista. Mientras tú creces, yo también voy creciendo. Te amo hijo. A mi Madre y hermanas por siempre creer en mí, por su disponibilidad, gracias por todo su tiempo, sus palabras, los consejos, la confianza y lo invertido en mí. A mi hermano Leonardo, por ser mi mejor amigo, por estar a mi lado durante todo este camino difícil y lleno de obstáculos, por la confianza y el apoyo que me brindo, por ser mi compañero en las cosas buenas y malas. ¡MUCHAS GRACIAS!



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	7
II.	RESUMEN .....	10
III.	ABSTRACT .....	12
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
V.	MARCO TEÓRICO .....	17
VI.	MARCO CONCEPTUAL .....	30
VII.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	34
	VII.I. PREGUNTA GENERAL.....	34
	VII.II. PREGUNTAS ESPECÍFICAS .....	34
VIII.	OBJETIVOS .....	35
	VIII.I. OBJETIVO GENERAL:.....	35
	VIII.II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	35
IX.	JUSTIFICACIÓN.....	36
X.	TRABAJOS RELACIONADOS.....	40
XI.	METODOLOGÍA.....	42
	XI.I. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
XII.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
XIII.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	44
XIV.	VARIABLES .....	45
XV.	CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	46
	XV.I. INSTRUMENTOS .....	48

XVI.	PROCEDIMIENTO .....	49
XVII.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
XVIII.	RECURSOS.....	52
XIX.	RESULTADOS.....	53
XX.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	56
XXI.	CONCLUSIONES .....	58
XXII.	RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS .....	60
XXIII.	ANEXOS.....	61
XXIV.	ABREVIATURAS.....	62
XXV.	INSTRUMENTO .....	63
XXVI.	BIBLIOGRAFÍA .....	65

## I. INTRODUCCIÓN

Este tema ha sido muy controvertido por muchos años, e inclusive desde hace varios siglos, y así podemos recordar las absurdas y visionarias nociones que en la Edad Media se tenían sobre la anatomía y fisiología del cuerpo humano, que conducía a que la investigación en estas áreas se viera con suspicacia y no pocas veces fueran motivo de castigos y de pena de muerte, para aquellos que se atrevan a dudar y cambiar estos conceptos.

Como una de las varias ideas que todavía prevalecen y se discuten en pleno siglo XXI, recientes como: "La nueva noción de embarazo, contra toda lógica elemental incluso jurídica, ahora se dice que comienza con la implantación del embrión en el endometrio, cuando siempre hemos sabido que comienza con la concepción. Esta es una expresión confusa y desafortunada, que no coincide con las evidencias científicas que hoy en día se tienen sobre esta afirmación, y que están basadas en las importantes investigaciones que en el campo de la endocrinología y biología de la reproducción humana, se han efectuado en el transcurso del pasado siglo XX.

En 1892, la doctora Aleta H. Jacob, fue la primera mujer doctora en medicina de la Universidad de Groninga, que estableció en Ámsterdam una clínica de planificación familiar. Sin embargo, este hecho poco conocido no le resta méritos a Margaret Sanger,

quien abrió el 16 de octubre de 1916 la primera clínica de planificación familiar en Brooklyn N.Y. en EUA; la cual poco después fue clausurada por la policía municipal y condenada a prisión con el cargo de "obscenidad", aunque dejada en libertad poco tiempo después para intentar nuevamente sus ideas y programas. En la actualidad, Margaret Sanger es considerada internacionalmente como la "madre" de la planificación familiar.

En resumen, el nuevo Código Sanitario y el Artículo 4° de nuestra Constitución establecen las reglas generales para la planificación familiar y su naturaleza sanitaria, basada en la educación de la población y la protección de la organización de la familia.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, sólo se recordará que los seres humanos los han utilizados desde hace muchos años y que en alguna época se empezaron a usar con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual. El "condón" por ejemplo, que se empezó a utilizar hace ya más de tres o cuatro siglos, y en la actualidad lo usan millones de personas para prevenir la diseminación de algunas enfermedades de transmisión sexual tales como la sífilis, gonorrea, papiloma uterino y SIDA, entre otros padecimientos que anualmente ocasionan la muerte de millones de personas: hombres, mujeres y niños. Este condón o preservativo, actualmente también se utiliza como un eficiente anticonceptivo en grandes grupos de población, en prácticamente todos los países del mundo. Independientemente del uso del

condón antes mencionado, existen otros tipos de anticonceptivos "mecánicos" tales como el diafragma y los dispositivos intrauterinos que se utilizan en la mujer, además de la gran variedad de medicamentos espermaticidas, que también son utilizados por algunas parejas.

Otros métodos que se emplean desde hace más de 50 años, y que han sido motivo de controversia y de numerosos estudios médicos y científicos, son los anticonceptivos hormonales administrados por vía oral, y que consisten en una progesterona asociada o no con un estrógeno, el que por sí mismo y en dosis adecuadas, es un potente anovulatorio, la famosa "píldora anticonceptiva".

En la presente investigación realizada en un hospital de segundo nivel, tenemos como finalidad conocer el impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de planificación familiar por parte del personal de enfermería.

## II. RESUMEN

IMPACTO DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS USUARIAS PUÉRPERAS ACERCA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA MICHOACÁN.

**Introducción.** En la actualidad el uso de métodos anticonceptivos no solo es utilizado para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, ahora la mayor parte de nuestra población está aprendiendo a utilizar dichos métodos como la manera más acertada para realizar su planificación familiar de manera adecuada. **Objetivo.** Determinar el impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de planificación familiar a su egreso del Hospital General de Zamora Michoacán. **Material Métodos.** Descriptiva, Transversal, Retrospectivo, Observacional. **La muestra:** Tipo no probabilístico por conveniencia del investigador. **Instrumento:** Se evaluó en base a las estrategias educativas establecidas dentro del programa de consejería reproductiva del Hospital General de Zamora Michoacán, utilizando una hoja de recolección de datos. **Resultados.** De acuerdo a lo obtenido se muestra que de 87 puérperas encuestadas 68 que representa el 78% recibieron información por parte del personal de Enfermería y al evaluar los diferentes medios de información observamos que del 40% de la información que se brindó fue de manera oral, dicha información se proyectó en los resultados que generó motivación para que las usuarias adoptaran un método de

planificación familiar el cual el más aceptado fue el uso del dispositivo con un 25% y en total un 71% acepto algún Método de Planificación Familiar, con estos datos podemos darnos cuenta que si se genera un impacto entre la información que se brinda y la elección de algún Método de Planificación Familiar. **Conclusiones.** A pesar del impacto que genera la información que se brinda y de la manera que influye para la elección de algún Método de Planificación Familiar se obtuvo como uno de los resultados que solo el 34% del total de la población en estudio recibió orientación sobre las citas subsecuentes que debe tener, cifra que impacta ya que se puede estar brindando la información y otorgar algún método a las usuarias puérperas, pero es necesario evaluar la continuidad del método que se está brindando. Será acaso que este sea el eslabón que no permite la calidad de servicios de Planificación Familiar. **Palabras clave.** Consejería. Planificación familiar. Métodos anticonceptivos. Orientación. APEO.

### III. ABSTRACT

INFORMATION OF THE IMPACT PLANNED PARENTHOOD HAS ON PUERPERIUM USERS ON BEHALF OF THE INFIRMARY PERSONNEL IN THE GENERAL HOSPITAL OF ZAMORA MICHOACAN.

**Introduction.** In the present, the use of contraceptives is not only utilized to prevent the transmission of sexual diseases, now the majority of our population is learning to use such methods as an assertive and adequate way to plan for parenthood. **Objective.** Determine the impact the information they receive has on the puerperium users about Planned Parenthood upon their exit of the General Hospital of Zamora Michoacán. **Material Methods.** Descriptive, Transversal, Retrospective, Observational. **The Sample.** Not probabilistic type by the convenience of the investigator. **Instrument.** It was evaluated based on the educational strategies established inside the reproductive counseling program of the General Hospital of Zamora Michoacán, using a data collection sheet. **Results.** In accordance of the data received it shows that of 87 puerperium respondents 68 that represent the 78% received information by the infirmary personnel and when assessing the different information media we observed that 40% of the information that was given was orally, such information was projected in the results that generated motivation for the users to adopt a Method of Planned Parenthood in which the most accepted was the use of a



device with a 25% and a total of 71% accepted some other Method of Planned Parenthood, with this data we can understand that there is an impact based on the information that is given and the election of some method of Planned Parenthood. **Conclusions.** In spite of the impact the given information generates and the way it influences the election of some Method of Planned Parenthood, it was obtained through one of the results that only 34% of the total population in the study received orientation on the subsequent appointments that they were supposed to have, a figure that impacts as information could be given and grant some method to the puerperium users, but it is necessary to evaluate the continuity of the method that is being provided. Could it be the case that this is the link that doesn't permit the quality of the Planned Parenthood Methods? **Key Words.** Counseling. Planned Parenthood. Contraceptive Methods. Orientation. APEO.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La historia de la concepción se remonta a miles de años, pues está demostrado que la necesidad de practicarlo ha existido toda la vida. La Planificación Familiar en su inicio se llevó a cabo por lo general con fines personales de evitar un embarazo fuera de la pareja. Posteriormente también surgieron algunas indicaciones médicas, cuando existía peligro para la madre en el parto, o cuando había la posibilidad de transmitir enfermedades orgánicas y mentales.

A principio de los ochenta, los programas institucionales 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; su práctica tiene el objetivo de promover una maternidad sin riesgo y por consiguiente mejora las expectativas de vida de las(los) niñas(os).

A partir de la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre Planificación Familiar en el Posparto y el Posaborto, celebrado en Ecuador en 1993, se formularon numerosas recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo. Y fue en 1994 cuando el Programa de Planificación Familiar se fortaleció al integrarse al

concepto holístico de la salud reproductiva. Así, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, logró implantar el subcomponente de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, en las unidades médicas de segundo nivel de atención y en las unidades de primer nivel que atienden eventos obstétricos en las 32 Entidades Federativas.

En la actualidad en México con el plan nacional de planificación familiar, que tiene como meta demográfica reducir la tasa actual de crecimiento de la población, cuenta con una serie de programas con los que pretende alcanzar objetivos de salud y bienestar, basados en un sentido educativo y con orientación aplicada a los medios sociales y áreas geográficas.

No obstante, más de 220 millones de mujeres en los países en desarrollo que no desean quedar embarazadas carecen de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, así como a información y servicios de planificación familiar voluntaria. Se calcula que, en el 2012, unos 80 millones de mujeres en los países en desarrollo sufrieron un embarazo no planeado y al menos una de cada cuatro recurrió a un aborto en condiciones de riesgo.

La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Los embarazos con un período intergenésicos corto plantean mayores riesgos para la salud de las

madres y sus hijos. 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 para toda persona sexualmente activa, sobre todo en los grupos prioritarios en las áreas: rural, urbano marginadas, comunidades indígenas, personas que presentan alguna discapacidad, las y los adolescentes.

Es por ello que establecemos la siguiente formulación:

¿Cuál es el impacto de planificación familiar que recibe la usuaria puérpera en relación al tipo de información que recibe al egreso del Hospital General de Zamora durante el periodo noviembre 2014, mayo 2015?

## V. MARCO TEÓRICO

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Evitar el embarazo ha sido preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, chino y japonés, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, ya refieren el uso empírico de algunas pastas y gomas, cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que era espermicida. Sin embargo, con fines más científicos, fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis, que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra (dos siglos después) de los condones, que se elaboraron originalmente con intestinos disecados de animales; y que en 1776 ya eran solicitados en Francia, España, Portugal e Italia, y un siglo después, en 1840, empezaban a popularizarse en todo el mundo, al inventarse en ese año la vulcanización del hule.

Anecdóticamente, vale la pena mencionar el comentario festivo que hizo el famoso italiano Casanova, en el siglo XVIII, con respecto a los condones: “son gorros de seguridad o preservativos que los ingleses han inventado para poner al sexo bello bajo abrigo de todo temor”. (VICTORINO, 2009).

La década de los sesenta marca la etapa en la que México inicia su participación en la Planificación Familiar. En esos años, muchos investigadores, iniciaron la organización de servicios en los que se atendían a gran número de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos y, además, en los que se investigaban nuevos hormonales anticonceptivos, nuevos dispositivos intrauterinos pero, sobre todo, en los que se iban acumulando experiencias de una nueva subespecialidad.

Al iniciarse la década de los setenta, las presiones feministas en México en favor de la anticoncepción son ya evidentes, particularmente a consecuencia de la información proveniente de Estados Unidos, en donde el uso de la anticoncepción hormonal está muy difundido. Por otra parte, el sector gubernamental comienza a escuchar con atención, las corrientes científicas del área de la demografía, representadas, entre otras, por El Colegio de México, que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional de nuestro país, ya que en sólo 20 años el número de sus habitantes se había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos más cortos. Por eso, al tomar

posesión de la Presidencia de la República el Lic. Luis Echeverría (quien paradójicamente usó como uno de sus lemas durante su campaña electoral la frase: Gobernar es poblar), sus más cercanos colaboradores, y en particular el Lic. Mario Moya Palencia y el Dr. Jorge Jiménez Cantú, iniciaron una serie de consultas entre los diferentes sectores sociales de nuestro país, especialmente el Sector Salud, con el fin de conocer sus puntos de vista en relación con la posible oficialización de la planificación familiar, la cual tenía opiniones muy encontradas.

La respuesta mayoritaria de esos sectores fue favorable a la legalización de los servicios de planificación familiar; por lo cual Moya Palencia compareció en la Cámara de Diputados<sup>16</sup> para proponer el texto de la nueva Ley General de Población y luego de una sesión muy debatida, se logró la aceptación de la misma y su promulgación: el 7 de enero de 1974. Sin embargo, el gobierno de la República consideró que esa ley no era suficiente, que era necesario que los ordenamientos de la misma quedaran plasmados a nivel Constitucional, y por esta razón, propuso a todos y cada uno de los Congresos Estatales la inclusión de un nuevo artículo en nuestra Carta Magna, que protegiera los derechos de la mujer y la familia.

Fue así, cuando el 31 de diciembre de 1974, por acuerdo unánime de todos los estados de la República, el Congreso de la Unión promulga el Artículo 4° Constitucional, en dicho artículo se establece: la igualdad de géneros, la obligación del Estado de proteger la organización y el desarrollo de la familia, y el derecho de toda persona a la planificación familiar.

Después de estos cambios legislativos se efectuaron otros obligados, como la creación de la Dirección General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, de la SSA, que con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud empezó a estructurar los servicios correspondientes. Pero además, en el orden académico, los dirigentes de las instituciones clínicas y hospitalarias más importantes de aquél entonces, incluyeron a la planificación familiar como una disciplina fundamental en su estructura docente asistencial. La evolución subsecuente de los programas de planificación familiar ha comprobado que las acciones de éstos no sólo no disminuyeron, sino que por el contrario, se han incrementado. (RAMÍREZ, 2000).

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional. Las actividades de salud, y dentro de ellas los



servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

La Norma Oficial Mexicana 005 de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. Describe las disposiciones generales y técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

El objeto de esta 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 dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, 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.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar. La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (PALACIOS, 1993).

La planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos. De hecho, es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades. El hecho de contar y de acudir a servicios de planificación familiar, le permite a las parejas elegir, de manera informada, el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades para controlar su fecundidad y el espaciamiento de los embarazos. En México han ocurrido importantes cambios en el plano nacional a este respecto, pues el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas pasó de 30.2% en 1976 a 70.8% en 2000.

La falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la

ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos. La inequidad de género en el ámbito de la salud se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado y la atención de salud. La forma de medirlas es una de las mayores dificultades que se presentan al investigar la inequidad de poder basada en el género. Desde la década de 1990 se han desarrollado escalas para cuantificar las relaciones de poder en las parejas; los instrumentos se basan en preguntas acerca de quién toma las decisiones, quién tiene la última palabra en decisiones específicas, en el control sobre los ingresos, y/o la libertad de movimiento. Una aproximación integral para la medición de poder dentro de la pareja es la Escala de Poder en las Relaciones Sexuales (Sexual Relationship Power Scale, SRPS por sus siglas en inglés) que desarrollaron Pulerwitz y colaboradores en 2000 diversas investigaciones han mostrado que el uso de métodos anticonceptivos, el número ideal de hijos, y la negociación de uso del condón están estrechamente ligados a la relación de género en la pareja. Sin embargo, poco se ha escrito sobre la forma en que las relaciones de género en la pareja influyen al acudir a los servicios de planificación familiar.

Las barreras al acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar han sido poco investigados en el contexto mexicano. Las grandes encuestas llevadas a cabo en el país para conocer los niveles y tendencias de fecundidad, no han sido suficientes para profundizar en las percepciones y vivencias de los usuarios y prestadores de servicios de salud, dejando abierta la puerta para la exploración en el campo. Asimismo, no hay evidencia de estudios completos (desde la óptica de la salud pública o la demografía) que analicen y verifiquen los procesos inherentes a la prestación de los servicios de salud cuando la población acude a los centros de atención médica para resolver sus necesidades en planificación familiar. Por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, las principales demandas insatisfechas en anticoncepción de las mujeres en edad fértil (15-54 años) de los estratos bajos y muy bajos, fueron: 1) no sabían o no conocían los métodos(1,8%); 2) temían los efectos colaterales o temían sufrirlos (3,4%); 3) no estaban de acuerdo con su uso o su pareja se oponía (5,7%); contrariamente, los estratos medios y altos presentaron porcentajes más bajos para las mismas razones de no uso de métodos anticonceptivos: 0,5, 0,9 y 0,5%, respectivamente.

Lo anterior es una clara muestra de la estrecha relación existente entre el estrato socioeconómico y la demanda insatisfecha, es decir, entre más bajo el estrato, menor la posibilidad del individuo (en este caso la mujer) para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas en función de la información debida, el consentimiento de la pareja y el apoyo dado a través de los servicios de salud para romper con los obstáculos derivados del conocimiento o percepción errónea sobre los métodos anticonceptivos y la sexualidad en general. La identificación de las barreras que obstaculizan la satisfacción de las necesidades relacionadas con la planificación familiar, como la que se acaba de describir, puede ser tan compleja como la resolución del problema. Algunos organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), gobierno, investigadores y académicos en general, se han encargado de identificar y documentar barreras de carácter físicas, temporales, sociales, económicas, culturales y de cualquier otro tipo, inmersas en los propios individuos y/o el entorno en el que éstos se desenvuelven; de la misma manera, se ha hecho hincapié sobre las limitantes que imponen los proveedores de servicios de salud en el ejercicio propio de la profesión, lo que refuerza o crea nuevas necesidades insatisfechas en planificación familiar. Dicha situación se torna mucho más crítica teniendo en cuenta que el médico (o profesional en salud) es visto con “supremacía” y como un “experto”, que se encarga de identificar, describir, asumir y resolver las necesidades de los usuarios, quienes se consideran

elementos vacíos de conocimientos “científicos”. Este último aspecto es crucial para entender el proceso de negociación entre usuarios y proveedores, máximo cuando en un país como México, es el médico quien determina las pautas de atención.

Se ha encontrado que entre los principales obstáculos para el acceso a los servicios de planificación familiar está la desinformación, la cultura y creencias de la población, la inadecuada capacitación de los profesionales de salud en áreas relacionadas, el desabasto de métodos anticonceptivos, la deficiencia en infraestructura y recursos. Las barreras que perciben los proveedores son las que provienen de la población, y pocas veces se hace alusión a los obstáculos del servicio derivados de su propia profesión y/o convicciones personales. (B., 2009).

Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, en el control prenatal. La Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO) se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. La APEO cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de PF insatisfechas. Las púerperas tienen la mayor cantidad de necesidades de PF insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias. La APEO atiende las

necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro (es decir, quienes buscan "espaciamiento") y de quienes hayan alcanzado la composición familiar deseada y quieran evitar embarazos en el futuro (es decir, quienes buscan "limitación").

Otras justificaciones de la APEO son las siguientes:

- Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos (Ross & Winfrey, 2001).
- La PF puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (Cleland, et al. 2006).
- Los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (Da Vanzo, et al. 2007).

- El mayor riesgo de mortalidad infantil se da cuando los intervalos entre el parto y el embarazo siguiente son muy breves (< 12 meses). Si todas las parejas esperaran 24 meses para volver a concebir, la mortalidad de los niños menores de 5 años disminuiría en un 13 %. Si las parejas esperaran 36 meses, la disminución sería del 25 % (Rutstein, 2008).

Muchas mujeres y parejas lograron la composición familiar deseada y desearían evitar embarazos en el futuro. Un paso importante para disminuir la mortalidad materna es asegurar que cada mujer tenga solo la cantidad de hijos que desea. En un estudio reciente de 10 años, realizado en 46 países, se halló que el riesgo de mortalidad materna se incrementa a cuatro o más conforme aumenta la cantidad de hijos por mujer.



En ese mismo estudio, también se observó que la mortalidad materna descendía de un 7 % a un 35 % conforme disminuía la cantidad de hijos por mujer (Stover & Ross, 2010). Por consiguiente, la PFPP, ayuda a las mujeres que tienen la necesidad insatisfecha de espaciar y limitar embarazos en el futuro, al mismo tiempo que contribuye con la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil.

El objetivo de la APEO es ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción. (OMS, 2014).

## **VI. MARCO CONCEPTUAL**

Calidad de servicios de planificación familiar: Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

- **Edad fértil o reproductiva:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
- **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.
- **Consejería:** es una ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral.

- Métodos anticonceptivos: son métodos o dispositivos utilizados para prevenir el embarazo.
- Orientación: Esta acción hace referencia a comunicar a una persona aquello que no sabe y que pretende conocer, o a guiar a un sujeto hacia un sitio.
- Enfermedad transmisible sexualmente: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
- Factor de riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.
- Lactancia materna exclusiva: Alimentación del recién nacido con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones o biberones.
- Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

- **Posparto:** Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.
- **Post-cesárea:** Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 21 semanas o más.
- **Puerperio:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días posparto.
- **Salud reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad. (Palacios, 1993).
- **Muerte materna:** Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier

causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

- Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

## **VII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

### **VII.I. PREGUNTA GENERAL**

En base al programa de consejería reproductiva por parte de enfermería en el hospital general de Zamora: ¿Cuál es el impacto de información que reciben las puérperas sobre métodos de planificación familiar?

### **VII.II. PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

¿Las usuarias puérperas muestran interés por obtener información acerca de planificación familiar?

¿Qué porcentaje de profesionales de enfermería de las áreas de Tococirugía, Recuperación y Ginecología brindan información a las puérperas sobre planificación familiar?

## **VIII. OBJETIVOS**

### **VIII.I. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar el impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de planificación familiar a su egreso del Hospital General de Zamora Michoacán.

### **VIII.II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el impacto que tiene la información oral por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Evaluar el impacto que tiene la información por medio de trípticos y folletos por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Evaluar el impacto que tiene la información mediante proyección de videos por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Evaluar el impacto que tiene la información por medio de rotafolios, carteles y demostraciones por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Evaluar qué porcentaje de usuarias puérperas reciben información sobre Métodos de Planificación Familiar por parte del personal de enfermería.

## **IX. JUSTIFICACIÓN**

La planificación familiar (PF) es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones relacionadas con la información, educación, consejería y métodos anticonceptivos modernos para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los nacimientos.

La decisión de realizar el protocolo con determinado enfoque es ya que actualmente México vive un estancamiento en cuanto a su práctica asociada a varios hechos como el desabasto sistemático de métodos anticonceptivos en algunos estados que no han prestado atención al Programa por cuestiones ideológicas o de otra índole; y la aparente falta de prioridad que ha tenido la planificación familiar como política pública en por lo menos la última década, en donde se disminuyeron considerablemente las campañas sobre el tema en medios masivos y se descuidó el seguimiento, monitoreo y evaluación de avances comprometidos en el Programa de Acción respectivo. (Herrera, 2012).



El presente proceso de investigación está plenamente justificado desde distintos frentes y enfoques:

- Se fundamenta en los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Los Estados están obligados a garantizar el acceso a servicios de PF asequibles, adecuados y de calidad; libres de todo tipo de coerción, discriminación o violencia.
- Salva vidas y mejora la salud. La prevención de embarazos no planificados contribuye a salvar la vida de las mujeres en tanto contribuye a reducir el número de abortos inseguros y partos practicados en condiciones de riesgo.
- Ayuda a prevenir el VIH. Mediante el uso de preservativos masculinos y femeninos evita la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Empodera a las mujeres en el hogar. Existe una fuerte correlación entre una mayor PF y la creciente participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito familiar. Garantizar el acceso a la PF voluntaria es un paso fundamental hacia una mayor igualdad de género en las comunidades, sociedades y estados.
- Fomenta la participación de la mujer en la escuela y en el mercado laboral. Las mujeres, sobre todo adolescentes y jóvenes, que usan métodos anticonceptivos tienen más probabilidades de continuar sus estudios y de acceder al mercado laboral. Esto se debe en parte a que gracias a la

PF las mujeres pueden decidir el número de hijos y el momento para tenerlos en función de su expectativa escolar y situación laboral y familiar.

- Contribuye a prevenir la pobreza. Por lo general, las mujeres y las parejas que pueden decidir libremente si desean o no tener hijos, el número de éstos y el intervalo entre los nacimientos, están en mejores condiciones para ahorrar, aumentar sus ingresos familiares, invertir en los hijos que ya tienen y planificar mejor sus vidas.
- Desarrollo sostenible. Dar respuesta a las necesidades no satisfechas en PF (proporción de mujeres que no están usando la anticoncepción a pesar de que no desean quedarse embarazadas) contribuye a reducir la tasa de crecimiento de la población a largo plazo, al tiempo que es una estrategia muy rentable que permite alcanzar mayores metas de desarrollo y adaptarse al cambio climático. (Schiavon Ermani, Loggia, 2012).

Por lo que a través del presente estudio se obtuvo conocimiento sobre el impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de Planificación Familiar por parte del personal de Enfermería en el Hospital General de Zamora Michoacán. Se pretende disseminar los resultados por medio de una presentación de resultados en manera de exposición en la misma institución y junto con ellos dejar un informe escrito del estudio completo. La finalidad de los resultados obtenidos es que las enfermeras conozcan de manera externa a su perspectiva de qué manera se está llevando a cabo el quehacer de enfermería en cuanto a la enseñanza sobre métodos de planificación familiar a sus usuarios.

## **X. TRABAJOS RELACIONADOS**

### **1.- COMPORTAMIENTO DE MUJERES Y SUS PAREJAS REFERENTES A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Las mujeres tienen la responsabilidad de la planificación, consideraron que hay dificultades con la planificación familiar debidas especialmente a la información ineficaz sobre métodos anticonceptivos y a la influencia que la familia ejerce sobre este comportamiento adoptado.

**Conclusión.** La planificación familiar está influenciada por los modelos culturales, valores morales, sociales y religiosos, que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad.

### **2.- 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.**

**Conclusiones:** No obstante que a un gran porcentaje de puérperas se les otorga consejería anticonceptiva por el equipo de salud, se apreció un gran desconocimiento o mayor credibilidad a la información no científica; por lo que se deberían analizar las causas de no aceptación y elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población.

### **3.- INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE RECIBIERON LAS ADOLESCENTES DESPUÉS DE UN EVENTO OBSTÉTRICO**

**Conclusión:** la información proporcionada por las enfermeras en los servicios de Tococirugía y Obstetricia influyó en las adolescentes para las decisiones que tomaron.

## **XI. METODOLOGÍA**

### **XI.I. Diseño de la investigación**

- **Según la intervención del investigador**

Observacional de tipo no experimental.

- **Según el alcance del investigador**

Descriptiva.

- **Según el tiempo**

Retrospectivo.

- **Según la evolución**

Transversal.

## **XII. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**Muestra:** no probabilístico por conveniencia del investigador, contando con 87 encuestas realizadas a las mismas 87 personas.

**Población:** se realizaron 87 encuestas a mujeres puérperas en los servicios de Tococirugía, Gineco-obstetricia y recuperación obstétrica.

**Instrumento:** se evaluó en base a las estrategias educativas establecidas dentro del programa de consejería reproductiva del Hospital General de Zamora Michoacán, utilizando una hoja de recolección de datos.

**Lugar:** Hospital General de Zamora Michoacán.

**Tiempo:** primero de noviembre de 2014 al primero de marzo del 2015.

### **XIII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes puérperas del Hospital General de Zamora Michoacán, que se encuentre recuperadas después de su parto fisiológico o quirúrgico, ubicadas en los servicios de Tococirugía, Puerperio y Ginecología entre la fecha del primero de Noviembre del 2014 al primero de marzo del 2015.

#### **Criterios de exclusión**

Todos los pacientes que no estén pasando por el puerperio en Hospital General de Zamora Michoacán, entre la fecha del primero de Noviembre de 2014 al primero de marzo del 2015.

Estudiantes, pasantes o profesionales de enfermería o de medicina que se encuentren el Hospital de Zamora Michoacán, entre la fecha de primero de Noviembre de 2014 al primero de marzo del 2015.



#### **XIV. VARIABLES**

- Información oral por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Información por medio de trípticos y folletos por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Información mediante proyección de videos por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.
- Información por medio de rotafolios, carteles y demostraciones por parte de enfermería sobre planificación familiar en el usuario externo.

## XV. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
<p><b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b></p> <p>Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones relacionadas con la información, educación, consejería y métodos anticonceptivos modernos para que</p>	<p>Información Oral. Es el acto de brindar información utilizando la lengua mediante el uso de la voz</p> <p>Información con video.</p> <p>Es el acto de brindar información mediante la utilización de medios</p>	<p>Información que realiza la enfermera a las pacientes puérperas en forma grupal sobre los métodos de planificación familiar en el servicio de Tococirugía, ginecología evaluándose si dicha información</p>	Cualitativa	Nominal	<p>1. Orientación sobre planificación familiar.</p> <p>Impacto</p> <p>2. Ausencia de orientación sobre planificación familiar.</p> <p>No impacto</p>

<p>las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los nacimientos.</p>	<p>didácticos</p> <p>Información con trípticos.</p> <p>Es el acto de brindar información mediante la utilización de medios didácticos</p> <p>Información con rotafolios.</p> <p>Es el acto de brindar información mediante la utilización de medios</p>	<p>n permite que el usuario adopte o no un método de planificación.</p>			
--	---	---	--	--	--

	didácticos				
--	------------	--	--	--	--

### **XV.I. INSTRUMENTOS**

Se evaluó en base a las estrategias educativas establecidas dentro del programa de consejería reproductiva del hospital general de Zamora Michoacán, mediante una hoja de recolección de datos.

## **XVI. PROCEDIMIENTO**

1. Mediante el permiso de la institución se acceso a los distintos servicios en que existen pacientes puérperas.
2. Se asistió por 6 meses a los servicios de Tococirugía, Puerperio y Ginecología, para realizar las encuestas a las usuarias puérperas. La aplicación de encuestas a las puérperas se realizara de una manera aleatoria por medio de sus expedientes.
3. Al cumplir con el tiempo determinado para la aplicación de encuestas a las usuarias puérperas, se realizó un vaciado de datos conformando una base de Datos del paquete de Office.
4. Se realizaron gráficas correspondientes y se plantearon en base a los resultados de la investigación.
5. Se realizó una conclusión y discusión escrita basada en los resultados obtenidos.

## **XVII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El siguiente trabajo se rige por la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Se solicitará la participación de los pacientes en el estudio, previo consentimiento informando en relación a las expectativas del mismo, y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apegó a lo que establece el: TÍTULO PRIMERO, Artículo 2°, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Artículo 3°, apartado: VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Porque de alguna manera se está supervisando el ejercicio profesional del personal de salud sobre un estado específico.

Se apega a lo que establece el TÍTULO CUARTO, CAPÍTULO III Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la

participación voluntaria de los usuarios externos que se encuentran cursando algún grado en la escuela de enfermería de Zamora AC.

Se apega a lo establecido en el TÍTULO QUINTO, CAPÍTULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III. A la prevención y control de los problemas de salud. A lo establecido en el TÍTULO QUINTO, CAPÍTULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Apartado II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los sujetos a investigar.

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964), códigos internacionales y nacionales de bioética, la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

## **XVIII. RECURSOS**

**Humanos:** investigadores de la carrera de Licenciatura en Enfermería y obstetricia Alvarez Hernández Paloma Vianey, Lozano Zarate Paulina Iveth, Ruiz Moran Sardis Esmirna y profesor de tesis Med. Esp. Pediatra Aguiñiga Ramírez Juan Manuel.

**Físicos:** libretas, lápiz, lapiceros, impresora, computadora y encuestas.

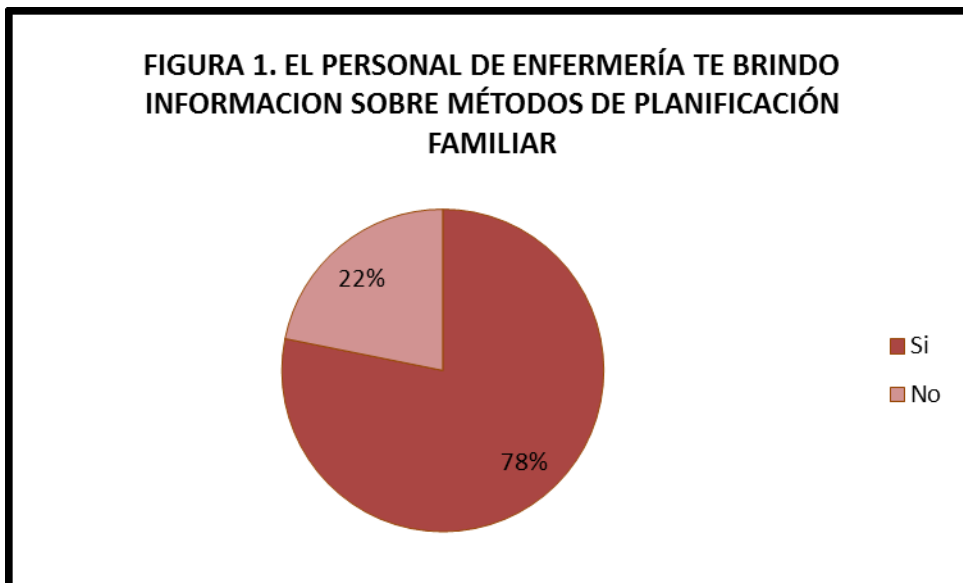
**Económicos:** cubiertos por parte de los investigadores.



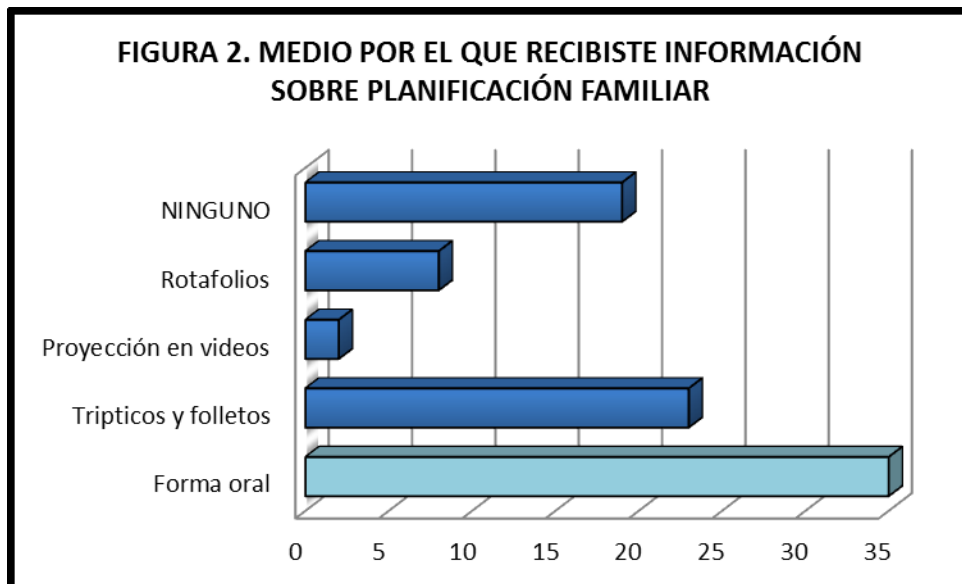
## XIX. RESULTADOS

Se realizaron 87 encuestas en base a las estrategias educativas establecidas dentro del programa de consejería reproductiva para conocer el impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de planificación familiar por parte del personal de Enfermería en el Hospital General de Zamora, Michoacán.

En las cuales se muestra que de 87 puérperas encuestadas 68 que representa el 78% recibieron información por parte del personal de Enfermería.



Al evaluar los diferentes medios de información observamos que del 40% de la información que se brindó fue de manera oral, dicha información se proyectó en los resultados que generó motivación para que las usuarias adoptaran un método de planificación familiar como se observa en las siguientes figuras.

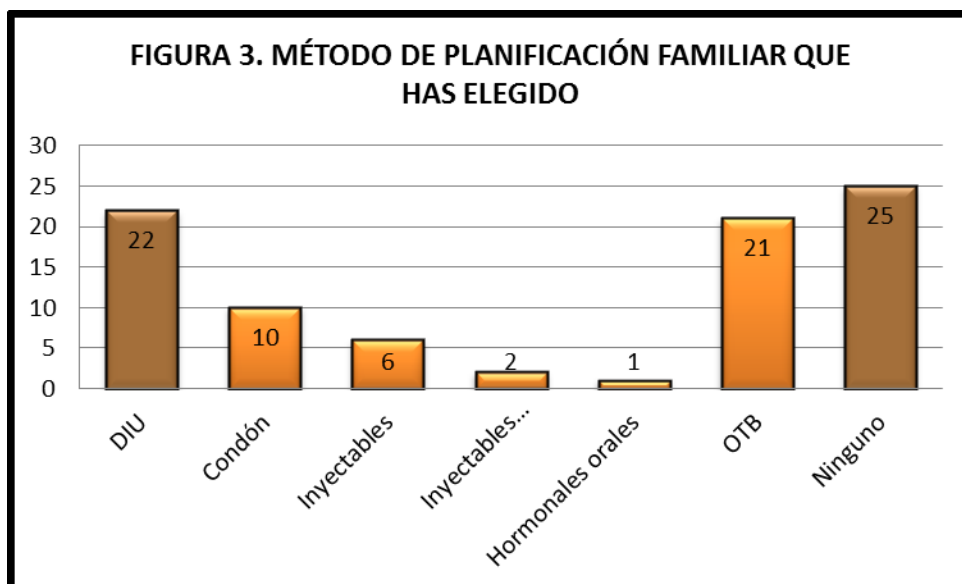


En relación a la adopción de método de planificación familiar el más aceptado fue el uso del dispositivo con un 25% y en total un 71% aceptó algún Método de Planificación Familiar, como se muestra en la figura número 3. De lo cual podemos darnos cuenta que si se genera un impacto entre la información que se brinda y la elección de algún Método de Planificación Familiar.

Sin embargo el 28% no adoptó ningún método de planificación. Dejando claro que de ese 28% que representa a 25 púerperas 19 de ellas refirió no haber recibido información sobre

Planificación Familiar (Información mostrada en la figura 1), cifras que llaman la atención, ya que los resultados muestran que se está egresando un porcentaje muy considerable de púerperas sin método de planificación familiar ya sea por no recibir la información o porque no aceptan algún método.

Otro dato que muy importante mencionar es que el 57% del total de púerperas de nuestro estudio refirió no haber recibido información sobre las citas subsecuentes que tendría al adoptar cualquier método de planificación familiar. Información que nos resultó impactante, ya como sabemos que al utilizar cualquier método se requiere de citas subsecuentes para dar seguimiento adecuado y obtener como resultado una efectividad anticonceptiva.



## **XX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

El objetivo de la NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar 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 posterior a la consejería basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos y con ellos acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

Para realizar la labor eficaz, el consejero debe establecer un dialogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. De igual manera debe estar bien informado y saber transmitir la información en forma clara y accesible a las usuarias, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Es importante mencionar que la orientación y consejería sobre Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO) que se brinda en el Hospital General de Zamora Michoacán es en base a las NOM. Y como nuestros resultados ya lo mostraron, no se está llevando a cabo al 100%.

Ya que un porcentaje de 28% de pacientes puérperas que egresan se van sin ningún método de planificación familiar y esto en relación a otros estudios realizados se puede evitar, ya que se muestra que la información proporcionada por el personal de enfermería influye en gran manera para APEO.

## **XXI. CONCLUSIONES**

Del total de población de nuestro estudio que fue de 87 usuarias puérperas que se encontraban en los servicios de Tococirugía, recuperación y ginecología, pudimos obtener como resultado mediante la hoja de recolección de datos que el 78% si está recibiendo información sobre Métodos de Planificación Familiar y debido a esto, se da la aceptación de algún Método en un 71%. A lo cual respondemos a nuestro objetivo general de investigación y comprobamos que si genera un impacto la información que reciben las usuarias puérperas acerca de Métodos de Planificación Familiar.

El medio de información que más se utiliza para brindar información sobre Métodos de Planificación Familiar es de manera oral, seguida por el medio de trípticos y folletos, a lo cual concluimos que si esto se hiciera a la par a pesar del impacto que la información oral genera, los resultados podrían ser aún más favorables ya que la información que proporciona un tríptico, es información que puede sacar de alguna duda que posterior a la adopción del método y ya egresada la usuaria pueda surgirle y puede favorecer a la efectividad anticonceptiva.

Otro de los aspectos que consideramos de mayor relevancia en nuestro estudio es que a pesar que si hay un impacto en la información que se brinda, se obtuvo como uno de los resultados que solo el 34% del total de la población en estudio recibió

orientación sobre las citas subsecuentes que debe tener, cifra que impacta ya que se puede estar brindando la información y otorgar algún método a las usuarias puérperas, pero es necesario evaluar la continuidad del método que se está brindando. Será acaso que este sea el eslabón que no permite la calidad de servicios de Planificación Familiar.

## **XXII. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

Consideramos que la institución debe enfocarse aún más en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos que se están proporcionando así como de las necesidades de seguimiento de cada una de la usuarias de acepten algún Método de Planificación Familiar.

Motivar a los usuarios sobre su participación activa y comprometida para lograr la efectividad del método seleccionado, mediante orientación y consejería acorde a su nivel cultural y mediante material ilustrativo (Dípticos y Trípticos) que cuente con la información necesaria para que puedan resolver posibles dudas que les surjan.

Capacitaciones constantes a todo el personal de enfermería, sobre calidad de servicios de Planificación Familiar. Para que conozcan la importancia de proporcionar la información de manera completa a las usuarias puérperas lo cual incluye darle un seguimiento a su Método de Planificación Familiar que aceptaron. Y sobre todo que el personal de enfermería conozca que la protección a la salud es un derecho de todo ciudadano y que lo estamos cumpliendo proporcionando información sobre Métodos de Planificación Familiar a las usuarias.



## XXIII. ANEXOS

### CRONOGRAMA

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	
Primero de Noviembre del 2014 a primero de Mayo del 2015	Elaboración del Protocolo de Investigación
Noviembre del 2014	Elaboración de Marco Teórico y Búsqueda de Bibliografía
Enero – Febrero del 2015	Realización de Instrumentos
Marzo - Abril del 2015	Aplicación de Encuestas
Abril del 2015	Vaciado de Encuestas
Abril del 2015	Resultado y Análisis Estadísticos
Mayo del 2015	Entrega del Trabajo de Investigación

## **XXIV. ABREVIATURAS**

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PF:** Planificación Familiar.
- **SS:** Seguridad Social.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **EPRS:** Escala de Poder de las Relaciones Sexuales.
- **FINU:** Fondo de Información de las Naciones Unidas.
- **APEO:** Atención Prenatal Postevento Obstétrico.
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **DIU:** Dispositivo Intrauterino
- **SIDA:** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- **FUM:** Fecha de Última Menstruación.

## XXV. INSTRUMENTO

Hoja de recolección de datos para conocer El impacto de la información que reciben las usuarias puérperas acerca de Planificación Familiar por parte del personal de enfermería en el HGZ

1.-NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD\_\_\_\_\_

2.- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA TE BRINDO INFORMACION SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR OCUPACIÓN

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. MEDIO POR EL QUE RECIBISTE INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- a) De forma oral
- b) Por medio de trípticos y folletos
- c) Por medio de proyección de videos
- d) Por medio de rotafolios, carteles y demostración
- e) Ninguno

4.- MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE HAS ELEGIDO

- a) DIU
- b) Condón
- c) Inyectables con progestina
- d) Inyectables con estrógenos y progestina
- e) Hormonales orales
- f) OTB
- g) Ninguno

5.- RECIBISTE INFORMACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE LAS CITAS SUBSECUENTE OCUPACIÓN

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



**Escuela de Enfermería de Zamora A.C**

Incorporada a la U.N.A.M CLAVE 8723



Martínez de Navarrete 611 Tel 51-2-07-60 Zamora, Mich.

Zamora Michoacán, Octubre 2014

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora, A.C con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723. Se dirige a usted de la manera más atenta, para solicitar su consentimiento y autorización para que las alumnas de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia Alvarez Hernández Paloma Vianey, Lozano Zarate Paulina Iveth y Ruiz Moran Sardis Esmirna accedan a los servicios de Ginecología, Tococirugía y Recuperación a realizan encuestas a las usuarias puérperas, con motivo de recaudar datos para realización de Tesis profesional.

Sin más por el momento me despido, quedando a la orden en espera de una respuesta satisfactoria, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

---

L.E.O. IGNACIA ESCALERA MORA

DIRECTORA

## XXVI. BIBLIOGRAFÍA

Aceves GML, Morales HH, Ojeda MR, Velasco MV. (2002) Salud reproductiva. Programas Integrados de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 53-63.

Banco Mundial. (1994) Planificación familiar: programas eficaces para el desarrollo. Population Reference Bureau. Washington, DC: Banco Mundial. Disponible en: <http://www.worldbank.org/html/extdr/huppopulationfp.sp.htm>.

Barrera, M. A. (2009). Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del distrito federal de la ciudad de México: visión de los proveedores de salud. *Redalyc*, (27) (2), 169-176. Consultado el 19 de febrero 2015, [www.rdaly.com](http://www.rdaly.com).

Bruce J. (1990) Fundamental elements of high-quality care; a simple framework. *Stud Fam Plan*, 2(2):61-69.

Berek Jonathan S. (2008) Ginecología de Novak 13va. ed. México. Edit. McGraw-Hill Interamericana.

Berek S. (2004) Ginecología de Novak (13va. Ed). México: McGrawHill Interamericana.

Bernett B. (1997) La calidad se centra en la necesidad de la clientela. *Family Health International*, 17(4).

Billings D, González D, Ramírez R. (2007) Atención Posaborto en cuatro países de América Latina. México. Ipas.

Blaney LC. (1997) Después del embarazo surgen necesidades. Family Health International, 17(4).

Cassella CA, Gómez VG, Maidana-Roa JD. (2000) Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Catedra Vía Medicina No. 100. 2-6  
Disponible en:  
[http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio\\_normal.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm)

Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. (1996) Guía para la obtención del consentimiento informado. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 9-15.

Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. (1998) Bases generales de las actividades de la educación para la salud reproductiva. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, (2ª Ed). 15-60.

Domínguez, G. S. "2007" Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para los adolescentes. Centro de Salud de la Micro red 3 de Febrero Pachaútec-Ventanilla Callao. Agosto-Oct.

Domínguez OJ, Farfán SG. Salud reproductiva. En: Farfán SG, Anzures CR, Huerta RJL, Hernández VJ, Domínguez OJ, De los Santos RH, et al. (1999) Programa de actualización continua de medicina familiar, 1a. edición, México, D. F. Intersistemas Editores, 1-59.

Echeverría, Y. S. (1993). *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.* 22 de febrero 2015,

Echeverría, D. D. (2011). *Avances de Salud Reproductiva.* 23 de febrero 2015.

Estrada, F. (2008). Uso de servicios de planificación familiar de la secretaria de salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de su pareja. *Dialnet*, 472-481. 24 de febrero 2015, [www.dialnet.com](http://www.dialnet.com).

Finger RF. (1999) Una mejor atención en el posparto salva vidas. *Family Health International*, 17(4).

Gutiérrez ML, (2008) Factor Determinante en el Ejercicio Profesional con Calidad en Enfermería. *Rev. IMSS de México*, 16(3).121-125.

Herrera, E. D. (2012). Salud reproductiva. CONAPO, 10-16.

Herrera GV, Rodríguez DL, Quintero SM, Flebes TL. (2007) Anticonceptivo en la consulta de Planificación Familiar. Medicina General Integral, Cuba.13 (4) 345-351.

Mondragón-Castro, H. Obstetricia Básica e Ilustrada. (5ta. Ed). México. Edit. Trillas. 2008.

Marriner-Tomey A. (2007) Modelos y Teorías en enfermería. (6ta. Ed). España; Elsevier Mosby.

Norma Oficial Mexicana NOM– 005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar. Modificada 2004-México en Red. Recuperado el 14 de Mayo de 2009. Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom//67ssa17.html>.

OMS. (2014). Estrategias para la Programación de la planificación familiar postparto. World Health Organization.

Palacios, G. P. (1993). De los servicios de planificación familiar. Nom 005.

Palacios, G. P. (1993). Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar. Norma oficial.

Rivera RS. (1997) Mejorar la planificación familiar después del embarazo. Family Health International, 17(4).Ramírez, A. T. (2000). La planificación familiar en el ocaso del siglo xx. Redalyc, 108-114.



Secretaría de Salud (2002). Dirección General de salud Reproductiva, Anticoncepción, Posparto, Trancesárea, Poscesárea y Posaborto. México. Victorino, D. M. (2009). 35 años de planificación familiar en México: CONAPO.

Secretaría de salud (2002). Anticoncepción, posparto, transcesarea, postcesarea y postaborto. Fecha de consulta 22 de abril de 2015.  
[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Schiavon, E.N. Loggia, S.P. (2012). *Planificación familiar como derecho humano fundamental*. 19 de febrero 2015,  
[www.conapo.com](http://www.conapo.com).

Victorino, D. M. (2009). 35 años de planificación familiar en México: CONAPO.

William RF. (1998) Mejoras en los servicios y perspectiva del cliente. *Family Health International*, 19(1).