

11226
2ej
161



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Principales Objeciones al uso del Dispositivo Intrauterino Como Método de Planificación Familiar en las Derechohabientes Adscritas al Hospital General Regional con Zona y M. F. No. 1 Morelia, Michoacán.

TESIS RECEPTIONAL

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

DR. JAIME LOPEZ LARREA

ASESOR: DR. ELIGIO LEDESMA CISNEROS

MORELIA, MICH.

ENERO DE 1985.

**TESIS CON
PALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

CAPITULO I:	pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II:	
GENERALIDADES.....	6
CAPITULO III:	
MATERIAL Y METODOS.....	12
CAPITULO IV:	
RESULTADOS.....	18
CAPITULO V:	
DISCUSION.....	29
CAPITULO VI:	
CONCLUSIONES.....	35
CAPITULO VII:	
RESUMEN.....	36
CAPITULO VIII:	
RECOMENDACIONES.....	38
CAPITULO IX:	
BIBLIOGRAFIA.....	39

CAPITULO I

INTRODUCCION:

A nivel nacional, el programa de planificación familiar es considerado en la actualidad de interés prioritario, debido a su trascendencia desde el punto de vista demográfico, económico, social y de salud.

El análisis demográfico de la población mexicana, a través de censos y encuestas, muestra claramente que el gran incremento en las tasas de crecimiento de la población, entre 1940 y 1970, se debe a un -- descenso espectacular en la mortalidad y a una natalidad prácticamente estable a niveles muy elevados (1,2,3 y 4). Y es de esperarse en lo futuro, que las modificaciones en el crecimiento de la población contnuarán dependiendo en lo fundamental de los cambios en la natalidad, puesto que el descenso en la mortalidad, por los niveles alcanzados, será cada vez más estable.

A partir de la década de los sesenta se iniciaron esfuerzos organizados en forma particular por tratar de controlar esta tendencia natural, como una solución razonable para alcanzar un crecimiento ordenado del país, que permitiera el bienestar físico y social de la población, pero realmente se logró una modificación sustancial a partir de la implementación del Plan Nacional de Planificación Familiar, aprobado en Octubre de 1977 por el Presidente de la República, cuya meta demográfica era la de reducir la tasa porcentual anual de crecimiento de

la población de 3.2 estimada en 1976, a 2.5 para el año de 1982. De hecho se consiguió con más de un año de anticipación(5). En el presente, se encuentra vigente la meta demográfica de alcanzar una tasa de crecimiento de 1.9 para 1988, y de 1 para el año 2000. O sea, que de la población femenina en etapa reproductiva participe en el programa de planificación familiar un 80%, en lugar de un 37% que es el que -- actualmente lo hace.

Al contar con métodos que nos permiten idear una familia en cuanto al número y secuencia de sus miembros, podemos esperar un aumento en el bienestar económico, social y de salud de la misma.

Es importante vigilar que exista un equilibrio entre la formación de empleos y satisfactores públicos, y la aportación de nuevos miembros por parte de la comunidad.

Las Actividades de planificación familiar tienen como principal objetivo elevar el nivel de salud materno-infantil, con lo cual incrementan la salud pública. En los últimos años hemos visto un descenso estadístico más acelerado de algunos procesos morbosos como son complicaciones del embarazo, parto y puerperio; lo mismo que de la mortalidad infantil, perinatal y materna. Adicionalmente favorece y promueve la salud y el bienestar psicosocial del individuo, la pareja, la familia y la comunidad.

El programa de planificación familiar recibe el apoyo permanente de estudios de investigación biomédica, pues aunque los métodos modernos con los que se cuentan en la actualidad son bastante seguros, éstos no están exentos de efectos secundarios que pueden repercutir desfavorablemente en la salud de las usuarias. Para la coordinación y --

realización de trabajos de investigación, la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del IMSS, cuenta con el Departamento de Asesoría en Metodología Anticonceptiva, que desde el año de 1978 ha publicado varios trabajos de investigación al respecto.

De la importancia y validez del programa de planificación familiar parece no haber duda; pero para que éste tenga éxito debe reunir por lo menos tres elementos importantes: 1) actividades de promoción; 2) disponer de métodos anticonceptivos efectivos; y 3) un sistema de servicios médicos eficiente y oportuno.

Las actividades de promoción consisten en lograr una propagación generalizada de los conocimientos referentes a la planificación familiar; y posteriormente los cambios de conducta acordes. Una falacia es que la creación de conciencia-conocimiento lleva automáticamente a la persuasión y a la adopción.

En el presente trabajo de investigación hacemos un esfuerzo en el campo de la promoción al intentar lograr una mayor comprensión de la realidad, en nuestra Unidad de trabajo, en relación a cómo perciben nuestras derechohabientes uno de los métodos temporales más útiles por el momento: el dispositivo intrauterino.

Se trata de un estudio de recopilación de hechos; una investigación descriptiva que opera a un nivel inferior en relación a la explicativa, en cuanto que sólo busca aislar información válida y proporciona una narración de lo que existe. Puede considerarse como el primer paso hacia objetivos más altos: explicación de motivos o causas de comportamiento.

Teniendo presente que mientras más completa sea la descripción - hay más probabilidades de inducir a la explicación, en el presente -- trabajo se escogió un grupo "testigo"* que nos sirviera de contraste con el grupo en estudio. Nuestro propósito es facilitar la generación de nuevas hipótesis de tipo explicativo.

Los objetivos del presente estudio son: reconocer cuáles son las principales objeciones que plantean las derechohabientes en edad fértil al uso del dispositivo intrauterino. Valorar su objetividad, a la luz de las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento. Elaborar material de investigación que puedan utilizar con provecho las personas que promueven los programas de planificación familiar en el H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich.

Planteamiento del problema: se ha observado en algunas derechohabientes usuarias del H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., una actitud prejuiciosa de rechazo hacia el uso del dispositivo intrauterino. Se intenta probar que el desconocimiento objetivo del dispositivo intrauterino, es la principal objeción de rechazo en la mayoría de las no aceptantes.

Hipótesis de trabajo: demostrar que las principales objeciones a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino, en la mayoría de las no aceptantes, usuarias del H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., no son objetivas, sino producto de una falta de información adecuada.

* No se trata de un grupo control en el sentido de las investigaciones de tipo explicativo.

Hipótesis nula: demostrar que las principales objeciones a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino, en la mayoría de las no aceptantes, usuarias del H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., son objetivas, y no producto de una falta de información adecuada.

Hipótesis alterna: demostrar que las objeciones a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino, entre las usuarias adscritas al H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., no pueden ser catalogadas como principalmente objetivas, o, como principalmente producto de una falta de información adecuada.

CAPITULO II

GENERALIDADES:

El dispositivo intrauterino es el método anticonceptivo temporal más inocuo y de mayor continuidad en la actualidad. Se cree que su uso se inició hace miles de años a semejanza de lo que hacían las tribus nómadas del Norte de Africa y del Medio Oriente en las camellas.

Se atribuye a un médico polaco, el haber publicado en una revista médica en el año de 1909, el primer artículo sobre anticoncepción intrauterina. En Alemania en 1938 el profesor alemán Ernst Grafenberg de Berlín informó sobre una serie de dos mil inserciones intrauterinas -- con buenos resultados (6). Desde entonces se ha ido incrementando su uso, haciendo variaciones en los modelos, con la finalidad de encontrar una mayor efectividad con los mínimos efectos secundarios. En el presente, se dividen en medicados y en no medicados.

En la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos del año de 1979 encontramos que el 21.9% de las usuarias de todos los métodos anticonceptivos en el país utilizaban el D.I.U. Se encontró que la tasa de continuidad de uso de este método, es mucho mayor que las tasas correspondientes a todos los demás métodos anticonceptivos temporales. La expulsión, el sangrado y el dolor continúan -- siendo los principales problemas relacionados con su uso. Los resultados de varios estudios indican que la frecuencia de eventos indeseables se incrementa cuando el tamaño del D.I.U. no está en relación directa

con el de la cavidad uterina (7). Se ha demostrado la factibilidad de la inserción del D.I.U. postparto (8), postaborto (9), y transcesárea (10), con buena eficacia.

El D.I.U. T Cu 220 C es el que se está aplicando actualmente en el Módulo de Planificación Familiar en el H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia; pertenece a los medicados; y sabemos que su mecanismo de acción es el siguiente (11 y 12):

Al igual que todos los dispositivos, estimula una reacción inflamatoria o de cuerpo extraño en el útero. El cobre incrementa la reacción inflamatoria. Se observa, después de la inserción en el endometrio, leucocitos polimorfonucleares y exudado uterino, seguidos por - células gigantes, plasmáticas y macrofágicas. Estas células literalmente pueden fagocitar los espermatozoides o el óvulo fecundado. Los DIUs medicados, además, tienen efectos locales. El cobre interfiere - con los sistemas enzimáticos, con el contenido del ácido desoxiribonu cleico (DNA) celular en el endometrio; afectan el metabolismo glucóge no y los estrógenos absorbidos por la mucosa uterina. Los iones son - tóxicos a los espermatozoides; pero su efecto es menos importante que la interferencia del sistema enzimático. Otro efecto podría ser la capacidad para producir anticuerpos al encontrar un marcado aumento de los niveles uterinos de inmunoglobulinas G, especialmente a las ocho semanas después de la inserción.

Se reconoce que tiene las siguientes contraindicaciones: a) duda o sospecha de embarazo; b) infección de genitales internos y de la -- pelvis; c) procesos inflamatorios agudos del endometrio o trompas; --

d) anomalías de las cavidades uterina y vaginal, congénitas o adquiridas; e) operaciones uterinas recientes; f) tumores uterinos o cervicales; g) sangrados uterinos de etiología desconocida; h) menstruaciones muy abundantes; i) discrasias sanguíneas; j) citología sospechosa o positiva; k) dismenorrea incapacitante; l) anemia clínica; m) antecedente de embarazos ectópicos; y n) padecimientos cardíacos valvulares o congénitos.

Se aceptan los siguientes efectos colaterales y complicaciones:

a) sangrado menstrual más abundante y persistente; b) dolor no tolerable; c) endometritis infecciosa o irritativa; d) perforación uterina; y e) expulsión del dispositivo.

Se reconoce que tiene una falla de hasta de 6 embarazos por 100 años-mujer de uso.

Cambiando nuestra atención hacia el campo de la promoción vemos que los canales masivos de comunicación son más relevantes en la creación de concientización-conocimiento acerca de las innovaciones; los canales interpersonales, en el proceso de decisión. Estos últimos, --son fundamentales en el reforzamiento de la decisión de aceptación. -- Por eso los programas deben prestar particular atención al comportamiento posterior a la decisión tomada, para que no se presente un índice elevado de deserciones. Muchas de éstas últimas provienen de rumores acerca de los exagerados efectos colaterales de los métodos.

Everett Roger (13), investigador de la comunicación en programas de planificación familiar en múltiples países del orbe, llega, entre otras, a las siguientes conclusiones:

A.- Las ideas sobre planificación familiar son consideradas tabú, especialmente entre los campesinos y la gente pobre de las ciudades, por lo que su comunicación es interpersonal preferentemente, y su difusión se da más frecuentemente por esta vía.

B.- Para persuadir, convencer y motivar al cambio franco del comportamiento, en relación a las prácticas anticoncepcionales, se debe:

- 1) alcanzar los niveles más altos de conocimiento de los métodos anticonceptivos;
- 2) presentar tanto las ventajas como las desventajas en la innovación, en especial, si inicialmente los receptores son opositores o relativamente más sofisticados;
- 3) mostrar que la fuente es digna de confianza; y
- 4) aprovechar estímulos que inducen a la acción, como son, un embarazo no deseado, o un aborto.

C.- La discontinuación se puede generar debido a:

- 1) descontento por la insatisfacción de una innovación;
- 2) sustitución de una mejor idea que reemplace a la innovación primitiva; y
- 3) los rumores negativos que llevan a tasas de interrupción más elevadas. Y para evitar todo lo anterior se debe:

- 1) promover métodos de difícil interrupción;
- 2) aumentar el nivel de conocimientos "prácticos" y de principios relativos a los anticonceptivos;
- 3) reforzar la adopción continua; y
- 4) el cuidado subsecuente de los adoptantes para reducir la disonancia posterior a la decisión, e intensificar la confianza del individuo.

D.- El marido es mucho más importante que la mujer en la decisión de adoptar métodos de planificación de la familia, incluidos métodos tan femeninos como el DIU, las píldoras y la salpingoclasia.

E.- Las encuestas realizadas indican que una mayoría de respon-

dentes consideran un tamaño de familia deseado, inferior al tamaño de familia promedio real; que se interpreta generalmente en el sentido - que la mayor parte de la gente desea la planificación familiar.

F.- Que los programas han tenido múltiples resultados indirectos: 1) una mayor aceptación de la norma de la familia pequeña; 2) una - - apertura de los canales interpersonales, al volverse este tema menos tabú, y más aceptable socialmente; y 3) un descenso de la fecundidad.

G.- Dedicar más esfuerzos a: 1) la determinación de las características diferenciales de los individuos que interrumpen la práctica, y de aquellos que la continúan; 2) la indagación del por qué ocurre - la interrupción; y 3) la identificación de estrategias para evitar, o disminuir la discontinuación.

Aprovechando los estudios anteriores, los realizados a nivel nacional y en esta clínica, debemos conocer nuestro medio, a través de nuestras propias investigaciones, para formular estrategias de trabajo y obtener mejores resultados.

Necesitamos investigar las motivaciones, las percepciones y las interpretaciones subjetivas del receptor, para que nuestros mensajes estén planeados en términos de un conocimiento más real de nuestro -- auditorio.

La investigación en planificación familiar, como en todos los ra mos del quehacer humano, es esencial para encontrar soluciones mejores a los problemas existentes; y es un método que ayuda a controlar la ejecución de un programa. Proporciona a los dirigentes la retroinformación necesaria acerca de los diversos componentes de su programa.

Debemos promover la buena comunicación para lograr buenos resultados programáticos.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio prospectivo; de recopilación de datos; en un muestreo al azar entre las derechohabientes en edad fértil, adscritas al H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich.

La población estudiada fue un total de 1440 mujeres, que representan el 13.6% de las derechohabientes en edad fértil; y aparte, un grupo "testigo" de 360.

La muestra se determinó dividiendo el número de consultas otorgadas en el Servicio de Medicina Familiar en el transcurso de un año, - entre la población adscrita a la Unidad, que está calculada en 130 045 derechohabientes. Por lo cual, concluimos que existe la posibilidad - de que cada uno de los derechohabientes reciba tres consultas al año. Entonces la muestra debería ser tomada en el lapso de cuatro meses; - o sea, ochenta días hábiles de consulta externa. Como la consulta está dividida en cuarenta y cinco consultorios, se designó visitar nueve consultorios diarios para poder recorrerlos todos en una semana, - seleccionando dos casos por consultorio. Para el grupo "testigo" se apartó una encuestada por consultorio, también siguiendo el mismo orden, completando cuatro mujeres por día.

El estudio se realizó por medio de una entrevista-cuestionario, - en los meses de Junio a Septiembre de 1984, llevada a cabo por un médico residente del segundo año de Medicina Familiar (exponente de la presente tesis), en los consultorios de Medicina Familiar, durante el

lapso de espera a que iniciara la consulta externa en los diferentes horarios.

Las entrevistas se hicieron según el orden progresivo en que llegaron a la sala de espera, ya fuera porque acudía a consulta, o porque viniera acompañando a otra persona.

Se tomaron los siguientes datos: fecha; número de consultorio; edad; estado civil; si llevaba vida sexual activa; número de Gestas; número de hijos vivos; si aceptaba el dispositivo intrauterino como anticonceptivo; las razones que presentaba la objetante; las motivaciones de las aceptantes; la opinión de su esposo; si conocía los efectos secundarios del D.I.U.; si conocía alguna persona que lo usara, y cómo le había ido; su nombre y número de afiliación. Se vaciaron en una hoja diseñada a propósito, la cual se anexa al final de este capítulo.

Se tomaron los siguientes criterios de inclusión: cualquier derechohabiente adscrita al H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., -- del sexo femenino, de 15 a 49 años de edad, con vida sexual activa, que no aceptara como metodología anticonceptiva el dispositivo intrauterino. Y para el grupo "testigo", con la variable de aceptarlo, -- siempre y cuando lo estuviera usando o lo hubiera usado.

Como criterios de exclusión: no derechohabientes adscritas al H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., del sexo masculino, que no estuviera en la edad de los 15 a 49 años de edad, que no llevara vida sexual activa, y que aceptara o estuviera dispuesta a usar el dispositivo intrauterino como metodología anticonceptiva. Y para el grupo --

"testigo" con la variable de no aceptarlo.

Para fines del presente estudio, determinamos catalogar como objetivas, todas aquellas objeciones que implicaron: conocimiento de para qué sirve el dispositivo intrauterino, en dónde se coloca, y cuáles son sus efectos secundarios.

Posteriormente se analizaron las objeciones contenidas en los cuestionarios dividiéndolas en doce rubros según el siguiente criterio:

1.- MIEDO A DAÑO INDETERMINADO O RUMORES.

Aquí se incluyeron todas aquellas respuestas en las que se refería que les provocaba miedo, que algunas no sabían especificar; o referido al cáncer; a que perjudique; a que haga mucho daño; a que se pudra la matriz por dentro; a que se encarne a la matriz o al niño; a que de alguna manera perjudique al niño; a que engorde; a que enflaque; a que se manche de la cara; a que se le vaya el hambre.

2.- MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS.

Aquí mencionaron dos efectos secundarios conocidos, cuando menos. Si las respuestas incluían efectos secundarios y otros argumentos considerados como rumores, se les clasificó de acuerdo al orden en que fueron mencionados.

3.- LES PROVOCO EFECTOS SECUNDARIOS.

Las pacientes manifestaron haber usado el dispositivo intrauterino, el cual les provocó algún efecto secundario reconocido; o que le había fallado.

4.- ES POCO SEGURO.

Lo rechazaban por no ser un método seguro, sin haberlo usado.

5.- IGNORANCIA.

Contestaron que no sabían nada acerca del dispositivo intrauterino.

6.- POR PRINCIPIOS RELIGIOSOS.

Respondieron que su religión no se los permitía.

7.- POR DESEAR FAMILIA.

Arguyeron que aún no tenían hijos o que querían tener más.

8.- SU USO LES PROVOCO MOLESTIAS VAGAS, O EFECTOS NO RECONOCIDOS.

Por haber usado el dispositivo intrauterino el cual les había provocado cefalea; desmayos del cuerpo; no podían cenar; habían bajado de peso; se sentían muy cansadas, o muy sofocadas. La mayoría de las objetantes refirieron dos de las anteriores razones; y una - - afirmaba que le había provocado una hernia.

9.- VERGUENZA A REVISIONES.

Dijeron que les daría vergüenza someterse a las exploraciones médicas, tanto para la aplicación, como para las subsecuentes revisiones de control.

10.- CONTRAINDICADO POR ALGUN MEDICO.

Argumentaron que su médico familiar o algún otro, les había dicho que no podían usarlo.

11.- SU ESPOSO NO LA DEJA.

Contestaron que su esposo no las dejaba usarlo.

12.- NO QUISO DECIR.

Manifestaron que no lo aceptaban y que realmente nunca habían pensado el por qué.

El análisis de las motivaciones que animaron a las aceptantes -- del dispositivo intrauterino se clasificaron en siete rubros según el siguiente criterio:

1.- PERSONAL DEL IMSS.

Deseaba usar un método y vino a informarse con su médico familiar quien le indicó el uso del D.I.U.; la animó su médico familiar, personal de trabajo social, de enfermería, o asistentes de consultorio.

2.- ESPOSO O CUÑADAS.

Porque así lo decidió con su esposo; porque la animó su esposo, su cuñada o ambos.

3.- VECINAS.

Porque muchas de sus vecinas lo usan; la animaron sus vecinas.

4.- POSTPARTO.

La animaron cuando vino a "aliviarse" al hospital.

5.- SUS HERMANAS.

La animaron sus hermanas.

6.- MOTIVO ECONOMICO.

Ya no pueden mantener más hijos; por problemas económicos; - porque trabaja y no los puede atender; porque cuestan mucho.

7.- PERSONAL EXTRA IMSS.

Por pláticas en el D.I.F., en la S.E.P., en el trabajo en -- donde labora.

ENCUESTA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR
EN LAS DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL
GENERAL CON Z. Y M.F. MORELIA, MICH.

=====

Fecha _____ No. de consultorio _____ Edad _____

Estado civil _____ Vida sexual activa _____ Gestas _____

No. de hijos vivos _____ Acepta el DIU como método anticonceptivo _____

No lo acepta por alguna de las siguientes razones _____

Para las que aceptan el DIU, y que actualmente lo están usando y lo -
hayan usado: por qué se animó a usarlo: _____

Qué opina su esposo al respecto _____

Conoce Ud. cuáles son los efectos secundarios que puede causar el uso
del DIU _____

Conoce alguna persona que usa o haya usado el DIU _____

Cómo le ha ido _____

Nombre _____ No. de afiliación _____

CAPITULO IV

RESULTADOS:

Dividiendo al grupo estudiado como el grupo testigo por edades -
tenemos:

	GRUPO ESTUDIADO		GRUPO TESTIGO	
15 a 19 años	87	6.04 %	61	16.94 %
20 a 24 años	343	23.82 %	89	24.72 %
25 a 29 años	265	18.40 %	98	27.22 %
30 a 34 años	256	17.78 %	42	11.67 %
35 a 39 años	217	15.07 %	23	6.39 %
40 a 44 años	125	8.68 %	47	13.06 %
45 a 49 años	147	10.21 %	0	00.00 %
TOTALES:	1440	100.00 %	360	100.00 %

Tomando en cuenta su estado civil:

casadas	1400	97.22 %	343	95.28 %
viudas.	32	2.22 %	13	3.61 %
madres solteras	8	0.56 %	0	0.00 %
separadas o divorc.	0	0.00 %	4	1.11 %
TOTALES:	1440	100.00 %	360	100.00 %

El promedio de gestaciones:

Grupo en estudio: 4.32

Grupo testigo: 3.61

El promedio de hijos vivos:

Grupo en estudio: 3.74

Grupo testigo: 3.16

Las razones que arguyeron las señoras que rechazaron el uso del dispositivo intrauterino fueron las siguientes:

1.- Miedo a daño indeterminado o rumores	436	30.28%
2.- Miedo a efectos secundarios	405	28.13%
3.- Les provocó efectos secundarios	257	17.84%
4.- Es poco seguro	125	8.68%
5.- Ignorancia	54	3.75%
6.- Por principios religiosos	39	2.71%
7.- Por desear familia	31	2.15%
8.- Su uso les provocó molestias vagas	25	1.74%
9.- Vergüenza a revisiones	23	1.60%
10.- Contraindicado por un médico	21	1.46%
11.- Su esposo no la deja	16	1.11%
12.- No quiso decir	8	0.55%
TOTALES:	1440	100.00%

Los motivos que animaron a las usuarias del D.I.U. fueron:

1.- Personal del IMSS	104	28.89%
2.- Esposo o cuñadas	67	18.61%
3.- Vecinas	55	15.28%
4.- Postparto	54	15.00%
5.- Sus hermanas	39	10.83%
6.- Motivo económico	32	8.89%
7.- Personal extra IMSS	9	2.50%
TOTALES:	360	100.00%

De las 1440 mujeres del grupo estudiado, 1073 manifestaron en --

forma espontánea que:

Usaban otro método	909	84.72 %
No usaban ninguno	164	15.28 %
TOTALES:	1073	100.00 %

En relación a lo que opinaban sus esposos:

	GRUPO ESTUDIADO		GRUPO TESTIGO	
De acuerdo con ellas	1373	98.07 %	282	82.22 %
En desacuerdo	27	1.93 %	47	13.70 %
Ignoraban su decisión	0	0.00 %	14	4.08 %
TOTALES:	1400	100.00 %	343	100.00 %

Conocían los efectos secundarios del D.I.U.:

Sí	801	55.63 %	104	28.89 %
No	639	44.37 %	256	71.11 %
TOTALES:	1440	100.00 %	360	100.00 %

Conocían a otras personas que usaban el D.I.U.:

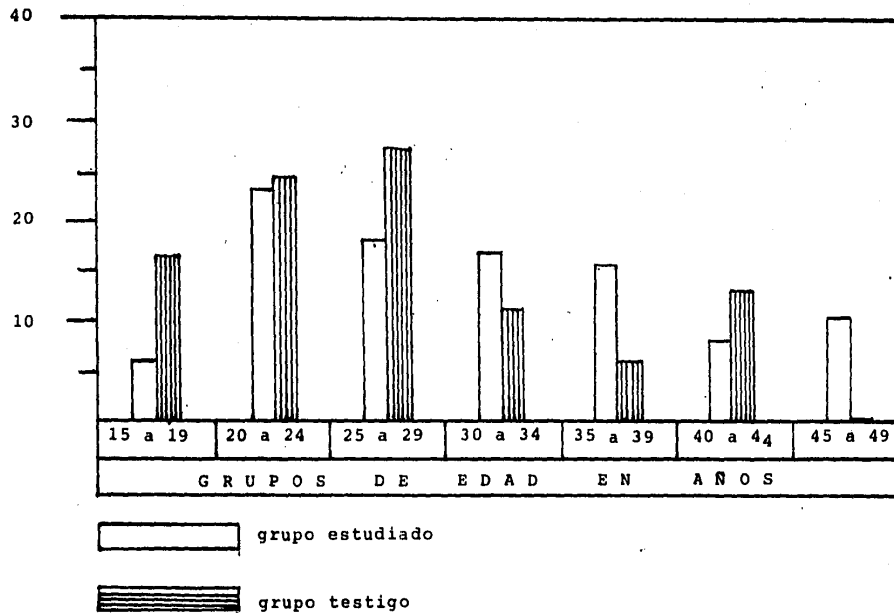
Sí	828	57.50 %	314	87.22 %
No	612	42.50 %	46	12.78 %
TOTALES:	1440	100.00 %	360	100.00 %

Considerando las anteriores respuestas afirmativas, contestaron que a las personas que ellas conocían:

Les iba bien	38	4.59 %	181	57.64 %
Les iba mal	497	60.02 %	28	8.92 %
Bien y otras mal	293	35.39 %	105	33.44 %
TOTALES:	828	100.00 %	314	100.00 %

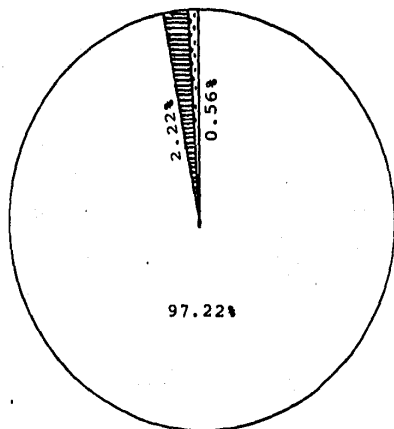
ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Comparación porcentual en edades, entre el grupo
estudiado y el grupo testigo.

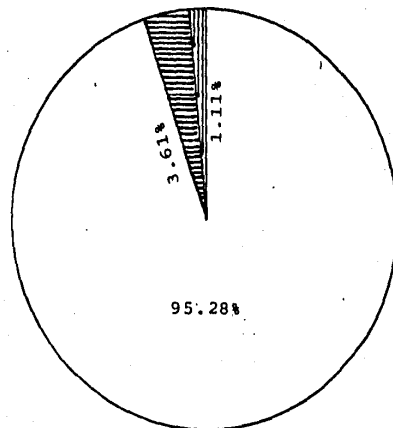


ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Comparación porcentual entre el grupo estudiado y
el grupo testigo, según su estado civil.



GRUPO ESTUDIADO



GRUPO TESTIGO



casadas



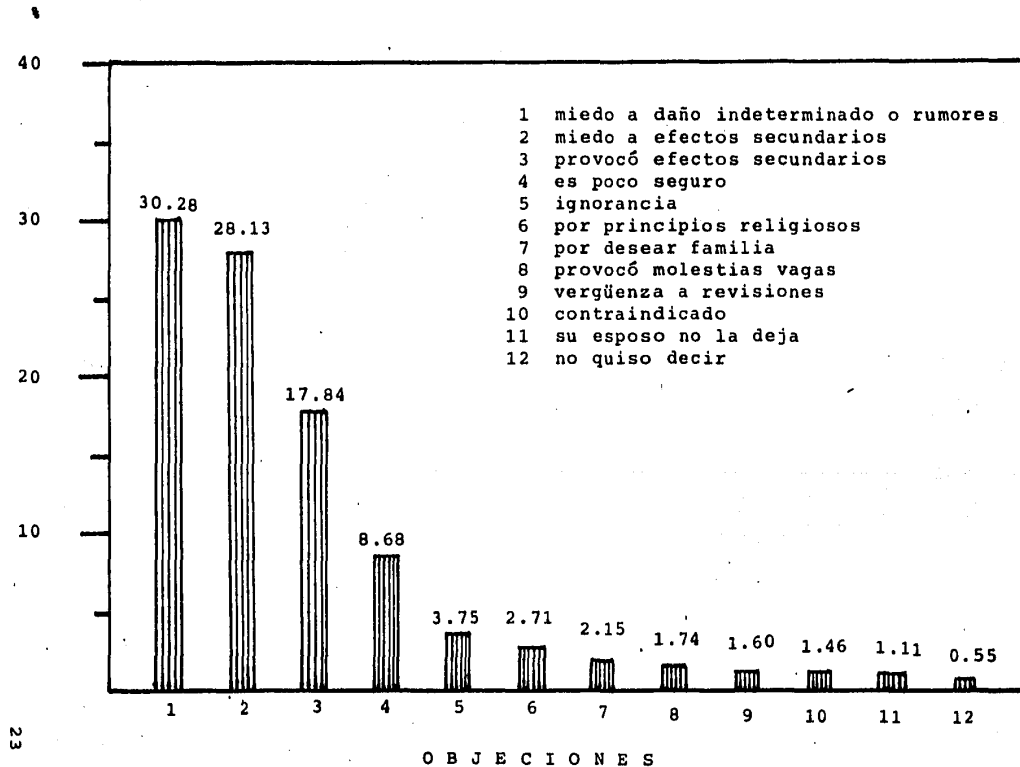
viudas



madres sol.

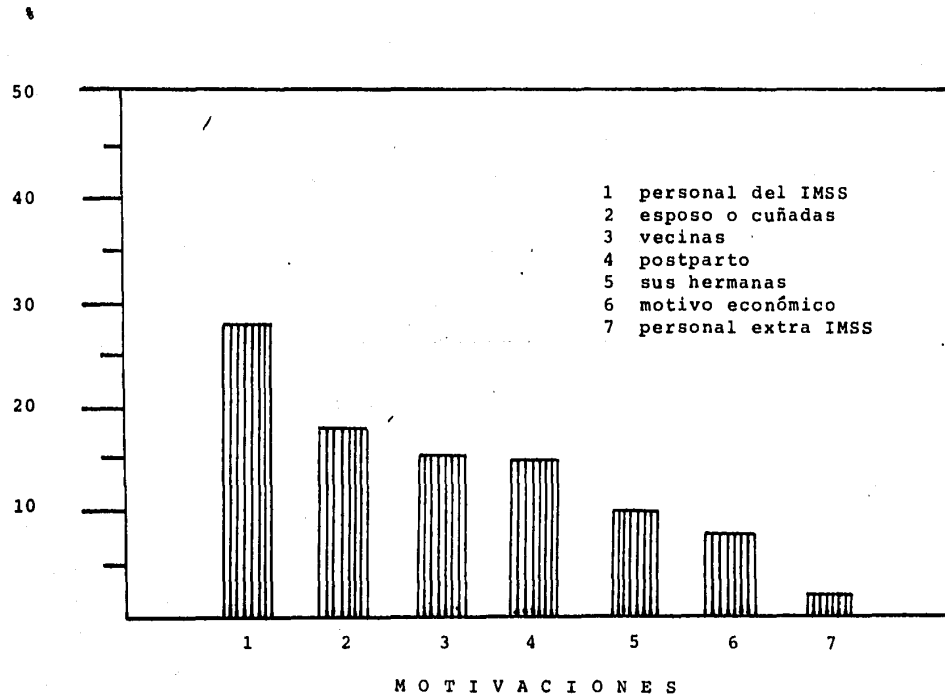


divorc. o sep.

ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHAHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

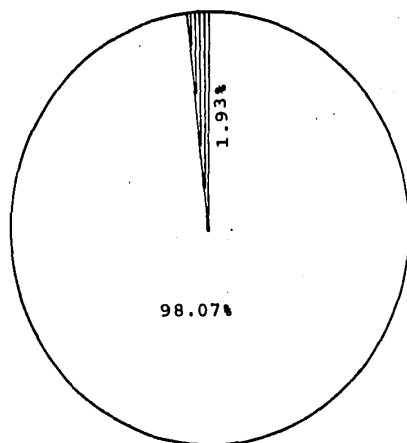
ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Principales motivaciones para la aceptación del
DIU en el grupo testigo.

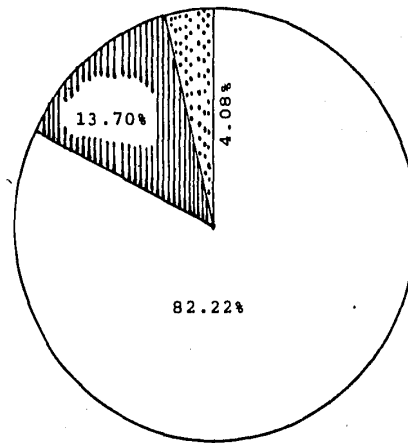


ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Comparación entre el grupo estudiado y el grupo
testigo, en relación al porcentaje de conformidad en
tre la encuestada y su esposo.



GRUPO ESTUDIADO



GRUPO TESTIGO



acuerdo



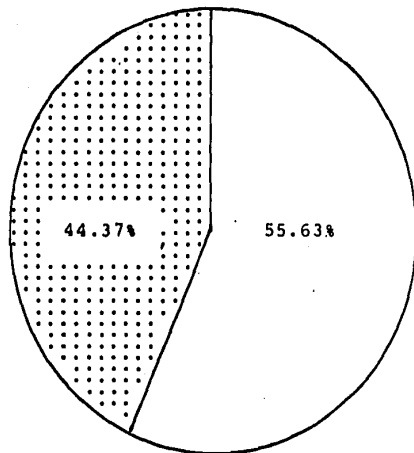
desacuerdo



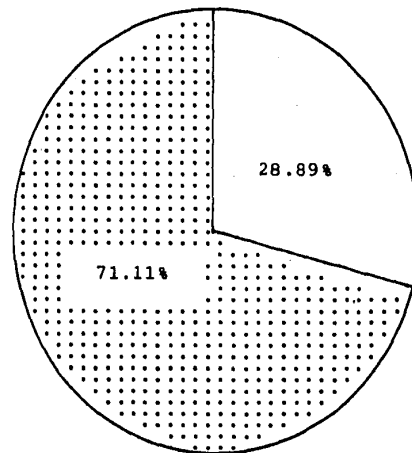
ignoranban

ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Comparación entre el grupo estudiado y el grupo -
testigo, en relación al porcentaje de las que conocían
y las que desconocían los efectos secundarios del DIU.



GRUPO ESTUDIADO



GRUPO TESTIGO



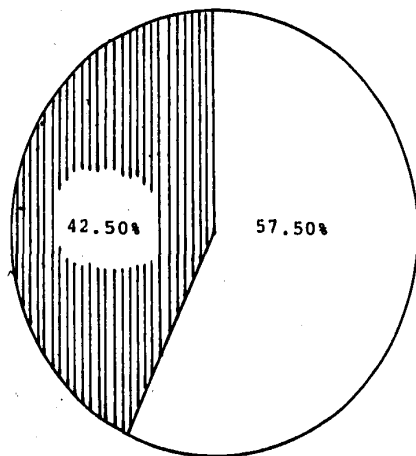
conocían



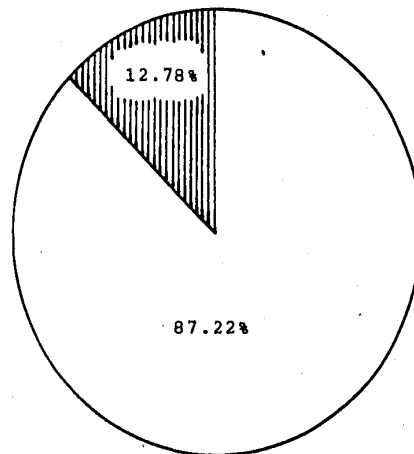
desconocían

ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Relación entre el porcentaje de señoras que cono-
cían a usuarias del DIU, y las que no conocían.



GRUPO ESTUDIADO



GRUPO TESTIGO



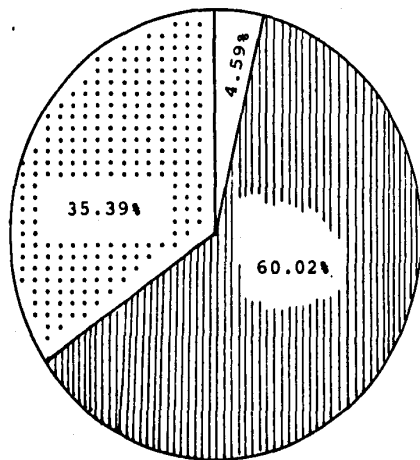
conocían



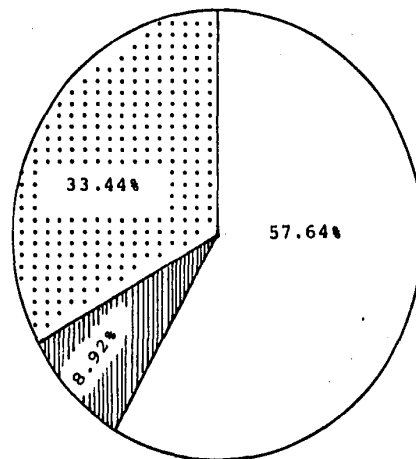
no conocían

ESTUDIO SOBRE OBJECIONES AL DIU EN LAS DERECHOHABIENTES
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL, MORELIA, 1984.

Comparación porcentual de mujeres que conocían a
usuarias del DIU, según expresaban sentirse éstas.



GRUPO ESTUDIADO



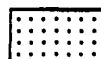
GRUPO TESTIGO



bien



mal



bien y otras mal

CAPITULO V

DISCUSION:

En relación a la edad encontramos que el grupo estudiado quedó - más homogéneamente distribuido, en comparación con el grupo "testigo" (que predomina en los tres primeros grupos), lo que explicamos por el hecho de que la edad más propicia para el uso del dispositivo intrauterino, se encuentra en la primera mitad de la época reproductiva de la mujer.

La mayoría de las encuestadas en los dos grupos eran casadas, lo que creemos debido a que en la consulta externa de Medicina Familiar, se atiende en mayor proporción a esposas de trabajadores asegurados.

Encontramos un promedio de gestaciones menor en el grupo "testigo", lo que podría interpretarse como correlacionado a un promedio menor de edad y/o la influencia de una mayor participación en programas de planificación familiar.

En el grupo "testigo", una menor diferencia entre el promedio de gestaciones y el promedio de hijos vivos, lo que nos podría sugerir algunas implicaciones como son: menos abortos, menos hijos muertos, o simplemente por tener un menor promedio de edad, han estado menos expuestas al embarazo.

Haciendo un análisis de las principales objeciones al uso del -- dispositivo intrauterino, vemos que la primera: "miedo a daño indeterminado o rumores", carece de objetividad y se sustenta en una fuente informativa inadecuada.

En la segunda objeción: "miedo a efectos secundarios", encontramos un conocimiento objetivo del problema, pero todavía quedaría por investigar hasta dónde se trata de un miedo razonable y con las debidas proporciones; porque el término objetivo se puede manejar con una acepción más completa que la aceptada en este estudio. Es viable medir el grado de miedo, en proporción a las consecuencias posibles. Médicamente parece que no se justifica un miedo que llegue a rechazar este método antes de probarlo. También se debe indagar si el rechazo incluye la elección de otra alternativa válida.

La tercera objeción: "les provocó efectos secundarios", parecería más válida aún que la anterior; sin embargo, aquí también cabría preguntarnos si habían sido bien manejadas desde el punto de vista médico, o se trata simplemente de una decisión sin orientación adecuada.

La cuarta objeción: "es poco seguro", es una respuesta no bien definida; puesto que, si es cierto que no es un método ciento por ciento "seguro", sí tiene un alto porcentaje de efectividad; por otro lado, se podría traducir como un miedo a un embarazo, que induce a las usuarias a buscar otro método más efectivo.

La quinta objeción: "ignorancia", implica una falta de conocimiento objetivo del dispositivo intrauterino, o también podría traducirse como una negativa a responder a la pregunta planteada.

La sexta objeción: "Por principios religiosos", no nos permite determinar el grado de conocimiento que se tiene al respecto.

En la séptima objeción: "por desear familia", encontramos a todas aquellas personas que por no haber tenido hijos, o por no haber

completado un número de familia deseado, procuraban concebir un nuevo producto.

La octava objeción: "su uso les provocó molestias vagas", la consideramos condicionada por una mala predisposición de la usuaria hacia el método anticonceptivo.

La novena objeción: "por vergüenza a revisiones", la interpretamos como una información o educación impropia, que limita su desenvolvimiento personal.

La décima objeción: "contraindicado por un médico", la consideramos completamente válida en cuanto supone la valoración de una persona competente en la materia.

La decimoprimer objeción: "su esposo no la deja" se puede traducir como una excusa para no manifestar una razón, o realmente como -- una decisión unilateral por parte de su esposo.

La Decimosegunda objeción: "no quiso decir", la percibimos como una manifestación de desconfianza hacia el entrevistador, o como una vergüenza para exponer los motivos que la inducen al rechazo.

Se puede considerar que las principales objeciones que arguyeron las derechohabientes, presuponen un conocimiento de qué es, en dónde se coloca, y cuáles son los efectos secundarios del dispositivo intrauterino. Por lo anterior, reúnen el concepto de objetividad definido en el presente trabajo. Se puede rebatir el que sea un planteamiento incompleto en cuanto que no determina el grado de miedo en relación a los efectos secundarios esperados.

El 74.5% de las encuestadas manifestaron en forma espontánea y -

explícita, el que usaban o no otro método anticonceptivo. De todas -- las anteriores el 84.72% sí lo usaban; lo que refleja que una gran mayoría de ellas está de acuerdo con la planificación familiar.

Haciendo un análisis de las motivaciones que decidieron a las señoras del grupo "testigo" a usar el dispositivo intrauterino, encontramos que en primer lugar se mencionó al personal que labora en el Instituto, que junto con las del postparto inmediato, representan el 43.8% del total. Lo que se comprende por tratarse de un estudio entre derechohabientes que asisten a la clínica; por otro lado se recalca el valor que representa todo este personal para el programa de planificación familiar. El propósito de haber graficado por separado las motivaciones del postparto inmediato de las restantes, es con la intención de proyectar lo que parecería ser labor que se realiza en dicha área. Aunque reconocemos que las motivaciones no son producto de una causa aislada, sino de la conjunción de varias.

En segundo lugar resalta la importancia que tienen las personas más allegadas a las usuarias, que a través de sus relaciones interpersonales, influyen en su decisión final.

El factor económico, que en nuestros tiempos empieza a ser cada vez más considerado, se manifiesta en forma más conciente y socialmente aceptado.

Por último, el personal médico extrainstitucional, que se explica por la razón anteriormente mencionada; tratarse de un estudio entre derechohabientes al IMSS.

El grupo estudiado expresó casi en su totalidad estar de acuerdo con su esposo en relación a planificación familiar, lo que implica -- que sí hay comunicación entre las parejas en esta materia. Sería interesante determinar el grado de influencia del esposo en la aceptación de este método, que parecería a primera vista que incumbe únicamente al sexo femenino. Sugiere que las campañas de promoción de este método, deben hacerse también entre los hombres y no subestimarlos. El hecho de que en el grupo "testigo" disminuyera ese porcentaje de consonancia entre las parejas, parecería insinuar que los hombres son los que más se oponen al método.

El 55.63% de las objetantes del dispositivo intrauterino tenían una información objetiva acerca de él, por lo que concluimos que se puede generalizar la hipótesis nula de nuestro estudio: las principales objeciones a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino -- en la mayoría de las no aceptantes, usuarias del H.G.R. con Z. y M.F. No. 1 Morelia, Mich., son objetivas y no producto de una falta de información adecuada.

Por otro lado, el hecho de que el 71.11% de las señoras que usaban o habían usado el dispositivo intrauterino, desconocieran los efectos secundarios del mismo, parece indicar que hay una deficiencia en la información que se les brinda a nuestras usuarias, con todos -- los riesgos que esto presupone.

En relación a si conocían a otras personas que usaran el dispositivo intrauterino, es notoria la diferencia entre los dos grupos. Insinúa que las usuarias del método son un factor importante para la mo

tivación final de nuevos prospectos. De aquí también se desprende la importancia que tiene la buena atención subsecuente que se brinda a las usuarias, que automáticamente se convierten en difusoras (a favor o en contra) del método anticonceptivo.

En apoyo a la afirmación anterior, tenemos el siguiente resultado: de las usuarias, conocidas por el grupo en estudio, al 60.02% les iba mal; contra el sólo 8.92% de las conocidas por el grupo "testigo". Lo mismo que les iba bien, a sólo el 8.59% de las conocidas por las objetantes, contra el 57.64% de las conocidas por las aceptantes.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES:

- 1.- Las principales objeciones al uso del dispositivo intrauterino, entre nuestras derechohabientes, no se deben a un desconocimiento objetivo del mismo.
- 2.- La mayoría de nuestras derechohabientes que objetan el uso del dispositivo intrauterino aceptan la planificación familiar.
- 3.- Entre nuestras derechohabientes, existe diálogo con su pareja sobre planificación familiar.
- 4.- Las personas, con quienes mantienen relaciones interpersonales - las usuarias, tienen una particular influencia en la determinación final de éstas.
- 5.- Se insinúa, que una usuaria del dispositivo intrauterino a quien le va bien (que está conforme o satisfecha con su método), es un difusor positivo del mismo; y que a quien le va mal, se convierte en un propagador negativo.
- 6.- Existe un deficiente conocimiento objetivo del dispositivo intrauterino entre las usuarias de nuestra clínica.

CAPITULO VII

RESUMEN:

Se trata de una investigación descriptiva, de recopilación de hechos; acerca de cuáles son las principales objeciones que plantean las derechohabientes en edad fértil al uso del dispositivo intrauterino - en nuestra Unidad; valora su objetividad; ayuda a la comprensión de - nuestra problemática en planificación familiar, y facilita las estrategias de trabajo que se podrán elaborar de acuerdo a un mejor conocimiento de nuestro auditorio.

Partimos de la hipótesis de que las principales objeciones a la aceptación del uso del dispositivo intrauterino no eran objetivas, si no producto de una falta de información adecuada.

El estudio se hizo por medio de un muestreo al azar, habiéndose encuestado a 1440 mujeres que rechazaban el uso del dispositivo intrauterino. Aparte se tomó otro grupo de 360 que sirvieron como punto de comparación, seleccionándolas según la variable de que sí aceptaban - el uso del dispositivo intrauterino.

Encontramos que las principales objeciones al uso del dispositivo intrauterino fueron:

1.- Miedo a daño indeterminado o rumores	436	30.28%
2.- Miedo a efectos secundarios	405	28.13%
3.- Les provocó efectos secundarios	257	17.84%
4.- Es poco seguro	125	8.68%
5.- Ignorancia	54	3.75%

Se consideraron como objetivas, a todas aquellas objeciones que implicaron conocimiento de qué es, en dónde se coloca y cuáles son -- los efectos secundarios del dispositivo intrauterino.

El 55.63% conocían objetivamente el uso del dispositivo por lo - que se concluyó que las principales objeciones al mismo no eran pro- ducto de una falta de información objetiva. Además, que existe una a- ceptación general del programa de planificación familiar; que se da - el diálogo entre las parejas sobre metodología anticonceptiva; que -- las portadoras del DIU y las personas más allegadas tienen una parti- cular influencia sobre los nuevos prospectos; y por último, que las - usuarias del DIU en nuestra clínica tienen un deficiente conocimiento objetivo del mismo.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES:

1. Promover el conocimiento objetivo entre nuestras derechohabientes.
2. Realizar una investigación más completa sobre los factores decisivos en la aceptación del DIU.
3. Tener en consideración en los programas de planificación familiar a los hombres, aún en los de promoción del DIU que parecería muy femenino.
4. Atender y vigilar subsecuentemente a las usuarias del DIU de nuestra Unidad, para que estén bien orientadas y sean nuestras mejores aliadas en la promoción del DIU.
5. Promover que en forma continua se elaboren investigaciones en este campo, que sirvan de retroinformación, para el mayor éxito del programa.
6. Investigar sobre el cumplimiento del objetivo de la planificación familiar, analizando si existe diferencia significativa entre las usuarias y sus detractoras.
7. Investigar cuál es el manejo médico que se les brinda a las usuarias del DIU en nuestra Unidad.
8. Repetir esta misma investigación tomando el concepto de objetividad en un sentido más completo, que tome en cuenta el grado de miedo a los efectos secundarios, en relación a la decisión final tomada por la objetante.

CAPITULO IX

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

1. Censos Generales de Población.
2. Consejo Nacional de Población. México Demográfico. Breviario - - 1979 México 1980.
3. Consejo Nacional de Población. México Demográfico. Breviario - - 1978 México 1979.
4. Laboratories for Population Statistics. The 1979 Mexico national fertility and mortality survey. Asumary of results. The University of North Carolina, Chapel Hill. Summary Series No. 2 December 1980.
5. Martín, G.V.: Métras Demográficas. En: La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Editor Jorge Martínez Manautou. IMSS, - - México, D.F., 1982, pág. 15.
6. Ruiz, V.V.: Referencias Históricas. En: Aspectos Prácticos de -- los Métodos de Planificación Familiar. Editor y Distribuidor --- Francisco Méndez Oteo, Méx., D.F., 1979, pág. 19.
7. Reynoso, L.; Zamora, G.; Giner, J.; González, M. y Aznar, R.: -- "Medidas de la cavidad uterina en la mujer mejicana". Ginec. Obs tet. Méx. 45:349, 1979.
8. Aznar, R.; Reynoso, L.; Montemayor, G y Giner, J.: "Postplacental insertion of IUDs". Contracept. Deliv. Syst. 1:143, 1980.
9. Reynoso, L.; Alvarado, A.; Milton, T. y Aznar, R.: "El uso del - dispositivo intrauterino insertado en el periodo postaborto inme diato". Ginec. Obstet. Méx. 47:311. 1980.
10. Ruiz-Velasco, V.; García, C y Castro, H.: "cesarean section IUD insertion". Contracept. Deliv. Syst. 3:21, 1982.
11. Correu, A.; López, L.; Vitelio, V. y Cervantes, B.: "Mecanismos de acción de los dispositivos intrauterinos". Ginec. Obstet. - - Méx. 45:271, 1979.
12. Mecanismos de acción de los dispositivos intrauterinos. Boletín de Planificación Familiar. IMSS 1981.