

2 ej
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN LA UTILIZACION DE
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR COMO
ESTRATEGIA PARA EVITAR LOS FACTORES DE RIESGO
REPRODUCTIVO EN 300 PACIENTES DE LA UNIDAD
TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.
IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE S.S. Y O.P.
U.T.N. A. E.

S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

MARIA DEL ROSARIO ROSAS VELAZQUEZ

MARIA ENGRACIA REYES ARROYO

MARIA ELENA CALDERON VIVAS

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



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.

CONTENIDO

	Pág.
<u>INTRODUCCION</u>	1
 CAPITULOS:	
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TAMA DE INVESTIGACION</u>	
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.	3
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.	4
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.	4
1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.	5
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	6
1.5.1 General.	
1.5.2 Específicos.	
 2. <u>MARCO TEORICO</u>	
2.1 EDUCACION	
2.1.1 Concepto.	7
2.1.2 Funciones de la educación.	8
2.1.3 Fines de la educación.	10
2.1.4 Objetivos de la educación.	11
2.1.4.1 Educación para todos.	12
2.1.4.2 Sentido de la realidad.	13
2.1.4.3 Formar la realidad.	15
2.1.4.4 La mentalidad científica.	16
2.1.5 Importancia de la educación.	17
2.1.6 La educación como función social.	22

2.1.7	Tipos principales de educación.	25
2.1.8	Educación intrahospitalaria.	26
2.2	PLANIFICACION FAMILIAR	
2.2.1	Concepto.	30
2.2.2	Métodos anticonceptivos.	31
2.2.2.1	Métodos Hormonales.	32
	- Métodos hormonales por vía bucal.	32
	- Métodos hormonales inyectables.	34
	- Intercepción poscoital.	36
2.2.2.2	El dispositivo intrauterino (D.I.U.).	38
2.2.2.3	De barrera.	45
	- Preservativo.	45
	- Espermatocidas.	47
	- Diafragma vaginal.	49
2.2.2.4	Otros métodos.	51
	- Coito interrumpido.	51
	- Abstinencia periódica.	52
2.2.2.5	Definitivos.	54
	- Oclusión tubaria bilateral.	54
	- Vasectomía.	56
2.3	RIESGO REPRODUCTIVO	
2.3.1	Concepto.	58
2.3.2	Clasificación.	59
2.3.2.1	Riesgo reproductivo bajo.	59

2.3.2.2	Riesgo reproductivo medio.	60
2.3.2.3	Riesgo reproductivo alto.	61
2.3.3	Metas de la perinatología.	62
2.3.4	Necesidades de la perinatología.	63
2.3.4	Enfoque de riesgo reproductivo.	64
2.3.5	Factores de riesgo reproductivo.	65
2.3.6	Mortalidad y morbilidad perinatal.	67
2.3.6.1	Factores de morbimortalidad.	68
2.3.6.2	Secuelas.	70
2.3.7	Recién nacido de bajo peso.	71
2.3.7.1	Concepto.	71
2.3.7.2	Incidencia.	71
2.3.7.3	Mortalidad.	72
2.3.8	Recien nacido normalmente desarrollado.	73
2.3.8.1	Objetivos.	73
2.3.9	Embarazo de alto riesgo.	74
2.3.9.1	Concepto.	74
2.3.9.2	Antecedentes.	74
2.3.9.3	Generalidades.	75
2.3.10	Valoración de la nutrición materna.	77
2.3.10.1	Historia alimentaria.	78
2.3.10.2	Interrogatorio.	79
2.3.10.3	Exploración física.	80
2.3.10.4	Estudios de laboratorio.	81

3. METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1	General.	83
3.1.2	De trabajo.	83
3.1.3	Nula.	83
3.2	VARIABLES E INDICADORES	
3.2.1	Variable independiente.	83
3.2.2	Variable dependiente.	84
3.2.3	Modelo de relación causal.	85
3.3	TIPO Y DISEÑO	
3.3.1	Tipo.	85
3.3.2	Diseño.	86
3.4	METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS	
3.4.1	Fichas de trabajo.	86
3.4.2	Entrevista.	86
3.4.3	Cuestionario.	86
4.	<u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	
4.1	UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.	88
4.2	PROCESAMIENTO DE DATOS.	88
4.3	COMPROBACION DE HIPOTESIS.	159
4.4	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	167
5.	<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</u>	176
6.	<u>APENDICES.</u>	183
7.	<u>GLOSARIO DE TERMINOS.</u>	194

8. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	202
----------------------------------	-----

INDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO No. 1 Edad de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	89
CUADRO No. 2 Ocupación de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	91
CUADRO NO. 3 Estado civil de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	93
CUADRO No. 4 Grado escolar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	95
CUADRO No. 5 Número de hijos de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	97
CUADRO No. 6 Información transmitida en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	99

Pág.

CUADRO No. 7	Orientación sobre métodos de planificación familiar a las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	101
CUADRO No. 8	Orientación adecuada sobre métodos de planificación familiar para modificar la conducta de las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	103
CUADRO No. 9	Utilidad de los métodos de planificación familiar en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	105
CUADRO No. 10	Educación sobre métodos de planificación familiar para cambiar la forma de pensar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	107
CUADRO No. 11	Aprendizaje sobre métodos de planificación familiar que pueden utilizar las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	109

Pág.

CUADRO No. 12	Relaciones interpersonales con el personal de salud de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	111
CUADRO No. 13	Conocimiento de los problemas en familias numerosas en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	113
CUADRO No 14	Decisiones en pareja en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	115
CUADRO NO. 15	Participación en pláticas de planificación familiar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	117
CUADRO No. 16	Decisión del número de hijos en pareja de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	119
CUADRO No. 17	Conocimiento de los métodos de planificación familiar que existen en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica	

	ca del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	121
CUADRO No. 18	Planeación del momento para tener otro hijo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	123
CUADRO No. 19	Utilización de algún método para no embarazarse pronto o la realización de la salpingoclasia como forma definitiva, adoptado por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	125
CUADRO No. 20	Orientación de los métodos de planificación familiar recibida por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	127
CUADRO No. 21	Utilización de pastillas o inyecciones como método de planificación familiar por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	129
CUADRO No. 22	Revisión del método de planificación familiar utiliza-	

Pág.

	do por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	131
CUADRO No. 23	Diferentes métodos de planificación familiar utilizados por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.	133
CUADRO No. 24	Colocación del D.I.U. portparto de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	135
CUADRO No. 25	Aceptación de un método de planificación familiar como forma definitiva para no tener hijos, adoptado por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	137
CUADRO No. 26	Abortos presentados por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.; en el D.F.	139
CUADRO No. 27	Orientación sobre riesgo reproductivo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional	

"Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. . 141

- CUADRO No. 28 Enfermedad que complica el transcurso del embarazo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 143
- CUADRO No. 29 Relación de las pacientes que fuman, toman o consumen alguna droga, detectadas en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 145
- CUADRO No. 30 Control médico para la detección de algún tipo de enfermedad infecto-contagiosa en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 147
- CUADRO No. 31 Conocimiento de su peso antes del embarazo actual por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 149
- CUADRO No. 32 Relación de pacientes que saben cual es la estatura ideal para tener un hijo, de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Za

ragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 151

CUADRO No. 33 Antecedentes de familiares que hayan presentado algún tipo de malformación congénita al nacer de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. . 153

CUADRO No. 34 Conocimiento de la edad ideal para tener un hijo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 155

CUADRO No. 35 Relación de hijos recién nacidos, que hayan nacido pesando menos de 2500 grs., de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. 157

INDICE DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA No. 1 Edad de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	90
GRAFICA No. 2 Ocupación de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	92
GRAFICA No. 3 Estado civil de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	94
GRAFICA No. 4 Grado escolar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	96
GRAFICA No. 5 Número de hijos de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	98
GRAFICA No. 6 Información transmitida en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	100

	Pág.
GRAFICA No. 7 Orientación sobre Métodos de planificación familiar a las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	102
GRAFICA No. 8 Orientación adecuada sobre métodos de planificación familiar para modificar la conducta de las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	104
GRAFICA No. 9 Utilidad de los métodos de planificación familiar en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.	106
GRAFICA No.10 Educación sobre métodos de planificación familiar para cambiar la forma de pensar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	108
GRAFICA No.11 Aprendizaje sobre métodos de planificación familiar que pueden utilizar las pacientes que acuden a la Unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	110

Pág.

GRAFICA No. 12	Relaciones interpersonales con el personal de salud de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	112
GRAFICA No. 13	Conocimiento de los problemas en familias numerosas en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	114
GRAFICA No. 14	Decisiones en pareja en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	116
GRAFICA No. 15	Participación en pláticas de planificación familiar de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	118
GRAFICA No. 16	Decisión del número de hijos en pareja de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	120
GRAFICA No. 17	Conocimiento de los métodos de planificación familiar	

	que existen en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	122
GRAFICA No. 18	Planeación del momento para tener otro hijo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.	124
GRAFICA No. 19	Utilización de algún método para no embarazarse pronto o la realización de la salpingoclasia como forma definitiva, adoptado por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.	126
GRAFICA No. 20	Orientación de los métodos de planificación familiar recibida por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	128
GRAFICA No. 21	Utilización de pastillas o inyecciones como método de planificación familiar por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el	

	Pág.
D.F.	130
GRAFICA No. 22 Revisión del método de planificación familiar utilizado por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	132
GRAFICA No. 23 Diferentes métodos de planificación familiar utilizados por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	134
GRAFICA No. 24 Colocación del D.I.U. portparto en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	136
GRAFICA No. 25 Aceptación de un método de planificación familiar como forma definitiva para no tener hijos, adoptado por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	138
GRAFICA No. 26 Abortos presentados por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio	

	Zragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	140
GRAFICA No. 27	Orientación sobre riesgo reproductivo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	142
GRAFICA No. 28	Enfermedad que complica el transcurso del embarazo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	144
GRAFICA No. 29	Relación de las pacientes que fuman, toman o consumen alguna droga detectadas en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	146
GRAFICA No. 30	Control médico para la detección de algún tipo de enfermedad infecto-cpntagiosa en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	148
GRAFICA No. 31	Conocimiento de su peso antes del embarazo actual por las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.	

	Pág.
en el D.F.	150
GRAFICA No. 32 Relación de pacientes que saben cual es la estatura ideal para tener un hijo, de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	152
GRAFICA No. 33 Antecedentes familiares que hayan presentado algún tipo de malformación congénita al nacer de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	154
GRAFICA No. 34 Conocimiento de la edad ideal para tener un hijo en las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.	156
GRAFICA No. 35 Relación de hijos recién nacidos, que hayan nacido pesando menos de 2500 grs., de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.	158

I N T R O D U C C I O N

La presente tesis fue realizada con el fin de conocer la influencia de la educación y la utilización de métodos de Planificación Familiar como estrategia para evitar los factores de Riesgo Reproductivo en pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.

La importancia del estudio que enmarca este trabajo se considerará con base en la detección del fenómeno por medio de la observación y contacto directo del lugar donde se detectó el problema de investigación.

Para la elección del tema de investigación se tomaron en cuenta los intereses del hospital, así como sus fines y objetivos que se persiguieron; aunado a esto se consideraron los factores de riesgo reproductivo, motivo de estudio, los cuales son: educación, planificación familiar y riesgo reproductivo, en los que el personal de enfermería, como integrante del equipo de salud, participa en forma activa y directa con el paciente, proporcionando información y orientación que permiten ampliar sus conocimientos para proteger su salud y la de su familia a fin de poder llegar a ser responsables de todo ello.

En el primer capítulo se presenta la descripción de la situación problema, la identificación del mismo, la justificación, ubicación y objetivos generales y específicos del problema. En el segundo, se enuncia el marco teórico de la educación, la planificación familiar y el riesgo reproductivo.

El tercero incluye la metodología utilizada en relación con las hipótesis y variables planteadas; en tanto que el cuarto presenta la instrumentación estadística utilizada y el análisis de la misma.

A continuación se presentan las conclusiones a las que se llegó como resultado del análisis de los datos en que se trabajó.

Finalmente, se presentan el apéndice y los anexos, el glosario de términos y la bibliografía consultada.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

Durante la prestación del Servicio Social y el desarrollo del octavo semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se pudo apreciar que gran parte de la población derechohabiente de la zona Oriente acude al Instituto en demanda de atención médica individual y familiar; población en su mayoría de un nivel socioeconómico medio y bajo.

Dentro de la Institución existe una notable carencia de recursos humanos, materiales y económicos, lo cual se aprecia muy notoriamente en la unidad tocoquirúrgica debido a la gran demanda de atención obstétrica de la población, la cual muchas veces no es cubierta en su totalidad o en forma satisfactoria para el paciente, familia y comunidad.

Dicha población cuenta con una educación deficiente o nula, ya que gran parte de ésta corresponde a esposa de trabajador y una minoría a clase trabajadora que desempeña diferentes actividades.

Existe un alto índice de pacientes obstétricas que cursan con un embarazo de alto riesgo, el cual se debe a la presencia de factores de riesgo reproductivo; la influencia de estos factores se debe principalmente a la ausencia del uso de métodos de planificación familiar, los cuales son poco aceptados por las pacientes, por la falta de información y orientación sobre

los mismos por parte del personal de salud.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

¿ Cómo influye la educación en la utilización de métodos de planificación familiar como estrategia para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. ?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

Durante el transcurso del Servicio Social en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se pudo percibir la presencia de diferentes problemas de salud que aquejan a la población en general.

Dentro de la unidad tocoquirúrgica de este hospital se tuvo mayor oportunidad de convivir y detectar directamente problemas de salud propios de la mujer, tanto de los más simples como de los más complicados o graves.

Aquí es no sólo necesaria sino importante la educación a nivel intrahospitalario a las pacientes obstétricas y en edad reproductiva por parte del personal médico, y en especial de enfermería, ya que este tiene un trato más directo con ellas y de mayor convivencia. Cabe mencionar que la educación proporcionada debe centrarse en los factores de riesgo reproductivo, de los cuales es portadora la mujer y los cuales ponen en peligro su vida y la de sus hijos.

Por último, y con base en lo anterior, debe estar informada sobre las medidas para evitar riesgos en el embarazo y en su vida, y conocer los diferentes métodos de planificación familiar que existen, para adoptar uno de ellos según su estado de salud e interés, a fin de disminuir de esta forma los índices de morbilidad materno fetal.

1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se desarrolla en esta tesis se considera de índole biopsicosocial, y está relacionado con las siguientes disciplinas:

Sociología.- Porque el individuo es un ente social que convive en comunidad y del cual recibe recíprocamente ayuda, lo cual le permite sobrevivir en el medio en que se desarrolla.

Educación.- Porque la educación debe ser proporcionada e impartida a la población en general, por medio del personal médico y paramédico, para lograr una enseñanza y un conocimiento adecuado que permitan una comprensión de la problemática de salud.

Enfermería.- Porque el personal de enfermería es uno de los contactos directos y el que proporciona cuidados generales y específicos sobre los padecimientos del individuo, ayudándolo a integrarse a sus actividades.

Salud Pública.- Porque la salud es el estado de bienestar biopsicosocial que persigue cada individuo, el cual se alcanza con base en la medida de

acciones y normas que compete y dicta dicha ciencia.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 General.

Identificar cómo influye la educación en la utilización de métodos de planificación familiar como estrategia para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

1.5.2 Específicos.

Conocer los niveles de educación de las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

Conocer los métodos de planificación familiar que son utilizados por las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

Identificar los factores de riesgo reproductivo de las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

2. MARCO TEORICO

2.1 EDUCACION

2.1.1 Concepto

La educación consiste en un proceso de acción sobre el individuo, a fin de llevarlo a un estado de madurez que lo capacite para enfrentar la realidad de manera conciente, equilibrada y eficiente para actuar dentro de ella como ciudadano participante y responsable.⁽¹⁾

Para Nassit la educación es la formación del hombre por medio de la influencia exterior conciente o inconciente (heteroeducación), o por un estímulo que si bien proviene de algo que no es el individuo mismo, suscita en él una voluntad de desarrollo autónomo conforme a su propia ley (autoeducación).⁽²⁾

Por otra parte, Tomachewski menciona que la educación es la transmisión de las pautas culturales, de los hábitos, de las ideas de un determinado grupo social.⁽³⁾

Este proceso inevitable se lleva a cabo de manera recíproca entre sus inte

(1) Imideo G. Nerici. Metodología de la enseñanza. 4a. ed. Ed. Kapelusz Mexicana, S.A. de C.V., México, 1985, pág. 3.

(2) Ricardo Nassit. Pedagogía general. Ed. Kapelusz, Buenos Aires 1974. pág. 11.

(3) Karlhen Tomachewski. Didáctica general. 8a. ed. Ed. Grijalbo, México 1985, pág. 21.

grantes, los cuales se encuentran vinculados con la convivencia.

Analizando los conceptos anteriores, se puede concluir que la educación es la transmisión de conocimientos, y habilidades efectuada de una generación a otra, la cual tiene como fin modificar la conducta del individuo, adaptándolo al medio que lo rodea.

2.1.2 Funciones de la educación

Para Pilar Gonzalbo las funciones se dividen en dos categorías: las vitales y las espirituales; las primeras consisten en realizar los valores de la vida humana, como salud, crecimiento, bienestar y aprendizaje de una profesión. Las funciones espirituales se refieren a los valores de cultura.

De acuerdo con las dos categorías de educación mencionadas por Pilar Gonzalbo, éstas van relacionadas entre sí y persiguen un fin determinado, que sería el de modificar a las personas, ya que la salud, crecimiento, bienestar y aprendizaje no sólo de una profesión sino de las cosas que reportan cambios positivos en la vida personal, se logran influyendo en las personas por medio de la preparación, instrucción u orientación de las personas a quienes se envían los mensajes; en este caso, a las mujeres obstétricas del hospital Zaragoza del I.S.S.S.T.E., a quienes se les enseñaron los riesgos de embarazo en el medio ambiente, y que se encuentran asociados a la sensibilización personal de cada persona; estas mujeres, habiendo tenido experiencias significativas anteriores respecto a factores de riesgo reproductivo, o habiendo oído mencionar a otras personas experiencias simila

res, dudan en adoptar un método de planificación personal para prevenir o evitar dichos factores.

La misma autora menciona que las funciones de la educación son también los procesos mediante los cuales se actúa en el educando para producir en él los cambios o efectos que se propone alcanzar. Como es natural, dichos procesos varían según los ideales y valores propios de cada tipo y sistema educativo. De allí que hayan cambiado considerablemente a través de la historia las funciones de la educación humana.

Mediante los temas impartidos a las pacientes obstétricas en el Hospital del I.S.S.S.T.E., se propone que éstas se encaminen hacia nuevas perspectivas de conocimiento y, con base en esto, elijan alguno de los diferentes métodos de planificación que existen en el sector salud, contribuyendo así a la disminución de los factores de riesgo reproductivo que amenazan al binomio madre-hijo.

De acuerdo con la concepción integral del hombre, éste se caracteriza por la complejidad de su estructura; por esto, superando la doctrina de las concepciones unilaterales y simplistas de la educación, quieren hacer justicia a las necesidades de la vida. Así también la del espíritu; por ello se considera la función de crecimiento de tanta importancia como lo es la formación de la personalidad y del aprendizaje mediante la experiencia, participación y socialización del educando⁽⁴⁾

(4) Pilar Gonzalbo. La educación de la mujer en la Nueva España. Ed. El Caballito, México, 1985, pp. 145-147.

Durante la estancia en el hospital donde se realizó esta investigación, se logró efectuar la transmisión de conocimientos a las pacientes obstétricas sobre los factores de riesgo reproductivo y los métodos de planificación familiar entre otros temas; éstos fueron los de mayor prioridad, ya que el medio ambiente del hospital lo demandaba con hechos reales, constatados tanto por la observación como por vivencias personales.

2.1.3 Fines de la educación

Para Mattos, el propósito o fin último de la enseñanza es el de desarrollar la personalidad del educando para que se encuentre en situación de colaborar en el trabajo, a través de una actividad variada y un aprendizaje multiforme a fin de desarrollar todos los aspectos, la personalidad de los alumnos en todas sus formas: física, moral e intelectual.

Para los propósitos de esta investigación, el fin de la enseñanza que se impartió no sólo a las pacientes en estado grávido sino a las que acuden a la consulta externa en busca de atención médica, para control prenatal, así como a las que presentaban un problema gineco-obstétrico, que no iba relacionado con el embarazo, fue la concientización de las personas sobre los factores de riesgo de embarazo, porque aunque éste puede ir en un principio marchando bien, a última hora puede cambiar su curso y originar problemas o complicaciones que pueden alterar el estado biopsicosocial de la persona la cual no previó la presencia de ciertos factores que podrían hacerse patentes en cualquier momento.

Un propósito ulterior del proceso de instrucción y educación es enseñar a

pensar a los alumnos independiente y críticamente, en forma lógica, al mismo tiempo hay que desarrollar la agudeza y la capacidad de percepción, una fantasía creadora igual a la memoria; cada alumno debe dominar su lengua materna, es decir expresarse correctamente al hablar y por escrito.

El propósito ulterior de la educación e instrucción es en este caso ayudar a las pacientes a pensar independientemente, para su beneficio individual y familiar, así como en forma crítica, en los momentos decisivos de su vida, ya que en el hospital anteriormente mencionado se observó que con frecuencia las pacientes obstétricas que presentaban factores de riesgo enlazados y que eran candidatas a realizarles la salpingoclasia, se rehusaban a ello, ya que no contaban con la aprobación de su compañero: referían que de permitir ellas que se las realizaran, podrían tener serios problemas con ellos.

2.1.4 Objetivos de la educación

Los objetivos de la educación no son más que los productos del aprendizaje en una fase de previsión anticipadora, es decir, los resultados conscientemente previstos y deseados. (5)

Los objetivos de la educación moderna deben responder a las necesidades del hombre y de la sociedad de nuestros días a fin de que todos los ciudadanos sean individuos participantes y responsables. Es ésta una exigencia inali-

(5) Luis Alves de Mattos. Compendio de didáctica general. 2a. ed., Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1974, p. 47.

neable e impostergable de la educación; si no se quiere llevar al hombre a la autodestrucción, se tiene que formar ciudadanos que tomen conciencia de la realidad pero con el impulso de querer mejorarla con una intención de perfeccionamiento, no de querer destruirla; todo esto, suponiendo que exista un modelo de sociedad que pueda considerarse como el verdadero, el único.

Los objetivos que se persiguieron con esta investigación fueron los de orientar a las pacientes para que en forma directa, o indirectamente, mejoraran el nivel de vida familiar, de salud personal y social, incitándolas a que cooperen en forma responsable y conciente, así como en forma personal, diferenciando los métodos de planificación que existen y conociendo las ventajas y riesgos que presentan cada uno, y en quiénes están indicados y contraindicados. Se procuró hacer hincapié en que la decisión de adoptar un método puede ser siempre en beneficio personal.

Nerici menciona los siguientes objetivos de la educación:

2.1.4.1 Educación para todos

Si la educación se extiende a todos los miembros de una comunidad, habrá mayores probabilidades de desarrollo para tal comunidad, dado que cada uno de sus miembros podrá actuar dentro de ella con una mayor preparación y por consiguiente con mayor eficiencia. Habrá también mayores probabilidades de que los más altos puestos de responsabilidad sean ocupados por los más capaces. Por otra parte, es impresionante el desperdicio de aptitudes

e inteligencia en las comunidades subdesarrolladas, donde una gran parte de la población queda marginada, sin poder prestar el auxilio de sus capacidades al desarrollo de la comunidad.

También se debe pensar en la educación informal que propicia posibilidades de preparación para los individuos en todas sus fases evolutivas y en todas sus ocupaciones, tendiendo a formar o a mejorar la formación de padres, maestros, y profesionales en general, orientando para un mejor aprovechamiento de la vida personal y afrontando el problema de la recuperación de aquellos que por un motivo u otro se atrasaron en su formación.⁽⁶⁾

La educación para la salud que se impartió en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E., se extendió a pacientes de habitación conjunta de hospitalización ginecobstétrica, a personas de la consulta externa y demás pacientes que acudían a otras consultas que no fueran de ginecobstetricia. Se invitó también a los familiares de las pacientes para que escucharan y reflexionaran sobre estos temas. Además, se realizaron también visitas domiciliarias para impartir los mismos temas a fin de concientizar a los compañeros de las pacientes que no aceptaban que éstas adoptaran un método de planificación familiar.

2.1.4.2 Sentido de la realidad

(6) Imideo G. Nérici. Metodología de la enseñanza. 4a. ed. Ed. Kapelusz. Mexicana, S.A. de C.V. México, 1985, p. 3.

Para Imídeo G. Nérici el educando, como futuro ciudadano, debe conocer la realidad física, social y cultural en la que tiene que vivir. De ahí la necesidad de que las actividades educacionales estén articuladas con hechos y motivos de la realidad a fin de que el educando llegue a conocer y a comprender el medio en que tiene que vivir y actuar.⁽⁷⁾

En este estudio, mediante la educación proporcionada a las pacientes obstétricas y demás población, pretendió dar a conocer la realidad que se está viviendo, con todos los problemas que acarrearán los factores de riesgo reproductivo, para llevar a comprender que es mejor tomar medidas preventivas para lograr un mayor bienestar en el binomio madre-hijo.

La confrontación con la realidad tiene por objeto hacer que se conozcan los hechos y se razonen sobre ellos. Debe orientarse al educando hacia la convicción de que puede y debe intervenir en los hechos cuando es necesario, pero en forma positiva, tendiendo a mejorarlos o a superarlos en caso de que representen algo negativo. Es preciso que el educando tome conciencia del mundo en que vive, del cual fundamentalmente depende y en el cual debe actuar en forma responsable.

Es preciso que sepa actuar en el medio en que viva para sacar el máximo provecho, para integrarse mejor en él y para actuar de una forma más adecuada a su desarrollo con miras a atender las necesidades de sus componentes. Que comprendan la atmósfera que respira a fin de que las normas y

(7) Ibidem. p. 4.

los valores no se transformen en prejuicios o en armas de la injusticia, y que haya una constante actualización de conceptos para que el hombre pueda vivir cada vez más libre y más responsable.⁽⁸⁾

Al mostrar a la población la realidad sobre los factores de riesgo reproductivo, se tiene por objeto hacer que se razone sobre ellos y lograr que la población intervenga para que haya una disminución de dichos factores.

2.1.4.3 Formar la realidad

Según Nércici, para que cada educando se desarrolle con sus verdaderas condiciones y posibilidades biopsíquicas, la educación tiene que volverse al educando, verlo, sentirlo y comprenderlo, para ofrecerle las oportunidades de formación que más le convengan o lo realicen.

La educación, debe seguir la diversificación según las cualidades de cada uno y caracterizando vocaciones. Es también una exigencia de la vida actual, que cada día se torna más compleja y especializada y hace precisas actividades cada vez más diversificadas para responder al desarrollo social.

Para que el individuo pueda realizarse más plenamente, es preciso verlo dentro de su realidad humana, a fin de poder orientarlo hacia actividades que respondan hacia sus aspiraciones y actitudes, al mismo tiempo que a las necesidades sociales. De allí que la necesidad de la educación sea lo más individualizante posible. Cuanto más diversificados sean los ciudada-

(8) Ibidem. p. 5

nos en sus aptitudes, mejor y más eficientemente podrán desarrollarse las múltiples y variadas actividades sociales que tienden a aumentar a medida que las sociedades se desarrollan.⁽⁹⁾

Al mostrar a las pacientes y a la comunidad la realidad sobre los factores de riesgo reproductivo, se tiene por objeto orientar a ambas para que intervengan en la disminución de dichos factores.

2.1.4.4 La mentalidad científica.

Para Nérici ésta es una exigencia de la vida actual en la que el individuo tiene que enfrentar un momento científico y socioeconómico que tiene a complicarse cada vez más. El hombre debe adoptar una actividad conciente, con conocimiento de causas y efectos, para que estos problemas no se agraven y se tornen más conflictivos.

Por medio de la mentalidad científica, el hombre procurará percibir las causas de los fenómenos, para actuar con la mayor seguridad en lo que a ello se refiere. La mentalidad científica es el hecho de que el hombre considere que la actitud más eficiente ante los fenómenos no es la contemplación, el temor ni la espera de que las cosas se resuelvan por sí solas, sino el estudio objetivo de su problemática, a fin de actuar sobre la misma.

Todo indica que la formación científica se impone por dos razones principa

(9) *ibidem* p. 5.

les, que son: primero, los inmensos problemas que se abren ante el hombre, determinados en gran parte por el vertiginoso aumento de la población; es preciso enfrentar tales problemas objetivamente para superarlos. Segundo, el desarrollo tecnológico que se ha producido últimamente y que está invadiendo todos los sectores, exige un mínimo de formación científica para que el hombre pueda ubicarse dentro de las actividades de la sociedad actual. (10)

La educación para la salud que se impartió a las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. y demás población, se fundamentó científicamente para que estos adopten una actitud conciente, conociendo las causas y efectos de los problemas, determinados en gran parte por el vertiginoso aumento de la población; se buscó prepararlos para superar tales problemas objetivamente por medio de los métodos de planificación familiar, a fin de lograr que se disminuyan los factores de riesgo reproductivo.

2.1.5 Importancia de la educación.

Para Nérci la educación humanística reconoce que el aprendizaje es facilitado cuando se toma en cuenta la importancia de las emociones. Una persona debe sentirse bien para aprender bien. Se interesa por el hombre total, no sólo en su pensamiento creativo sino en todo su proceso de convertirse en persona (inteligencia, conducta y afectividad).

(10) ibidem. p. 7.

Se dice que el individuo posee la capacidad y tendencia de avanzar en la dirección de su propia madurez; que cada persona posee en sí misma la capacidad de autodirigirse, de elegir sus valores, de tomar sus decisiones y ser responsable de sí misma en sus acciones, ideas y sentimientos.⁽¹¹⁾

Para este estudio resultó importante que las pacientes se interesaran en los temas y aún lograr el proceso enseñanza-aprendizaje; para ello fué importante que hubiese un ambiente agradable y lograr buenas relaciones interpersonales, por lo cual estos temas se dieron en el mismo cubículo de las pacientes cuando éstas no podían salir por tener reposo absoluto.

La educación centrada en la persona, al estar comprometida con cada persona se interesa por su desarrollo global como ser humano, por su crecimiento y autorrealización. Está más centrada en el proceso de aprendizaje que en el de enseñanza. Lo que importa es cómo facilitar el aprendizaje significativo del estudiante y no tanto que hay que enseñar. Puesto que cada quien es el sujeto de su propia educación, todos aprenden de todos, nadie educa a nadie; lo más que alguien puede hacer es facilitar el aprendizaje. Cuando el ambiente interpersonal social es el adecuado y la persona puede abrirse a la experiencia de todas sus necesidades personales y sociales, cuanto puede aprender con claridad en su conciencia las múltiples y diversas experiencias internas, cuando puede tomar en cuenta tanto la información interna como la externa, entonces es posible confiar en que las personas irán, en la mayoría de los casos, por caminos y direcciones que promue-

(11) Salvador Moreno. La educación centrada en la persona. 2a. ed. Ed. Manual Moderno, México, 1983, p. 32.

van su propio crecimiento y que sean socialmente constructivas.

No se pretende negar con esto la existencia de impulsos agresivos y racionales en el ser humano. Ellos existen y son parte del hombre. Pero lo que sí se postula es que su motivación básica está dada por una tendencia al crecimiento y a la autorrealización, por una fuerza direccional interna que tiende al desarrollo de las potencialidades.⁽¹²⁾

Desde un punto de vista psicológico la forma sana de vivir, de hacer elecciones, es aquella en que la persona funciona como un organismo total integrado y unificado, cuando el individuo no tiene necesidad de negar aspectos o dimensiones de su experiencia.⁽¹³⁾

Es importante también proporcionar el aprendizaje de la persona en forma sistemática, poniendo a su alcance la oportunidad de vivir el mayor número posible de experiencias significativas que lo lleven a cambios favorables en su conducta, así como capacitarlo para que sepa aprovechar las experiencias que vive en la realidad. Que sea la persona la que busque y seleccione sus propias experiencias significativas.⁽¹⁴⁾

Todo esto es para lograr, refiriéndose a la población en que se trabajó, que haya cambios favorables en la conducta de las pacientes y de ellas mismas, en coordinación con el personal de salud, seleccionen el método de

(12) Ibidem. p.p. 33-34

(13) Ibidem. p.p. 36-37

(14) Má. Guadalupe. Moreno Bayardo, Didáctica. 2a. ed. Ed. Progreso, México, 1977, p. 14.

planificación familiar que más les convenga, y sea adecuado para ellas.

Considerar a todo ser humano como sujeto de su propia educación, con capacidad de dirigir en forma adecuada su conducta y sus acciones, de respetar la dignidad y libertad de las personas, nos ofrece un modelo para el cambio social.

Así, se promueve el crecimiento personal y se facilita el aprendizaje, se aprende a vivir en un continuo cambio, se ayuda a estimular la capacidad de tener iniciativa propia para la acción, y a asumir la responsabilidad de las acciones; a la elección y autodirección inteligente, al conocimiento relevante de los problemas. Se busca que los individuos sean capaces de adaptarse flexible e inteligentemente a situaciones problemáticas nuevas, sepan utilizar todas sus experiencias en forma libre y creadora, sean capaces de cooperar eficazmente con los demás.

También es importante porque favorece en la persona el desarrollo integral de su personalidad, esto es, que aprenda a vivir sus emociones y sentimientos, que sea flexible para adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida, de dirigirse a sí mismo, que sepa hacer, que aprenda a desarrollar sus potencialidades respetando su individualidad.⁽¹⁵⁾

Debido al gran desarrollo, a la creciente explosión demográfica y al continuo cambio social, es importante que existan cambios no sólo a nivel nacional sino también a nivel personal; hay que contribuir a que las perso-

(15) ibidem. P. 15, 16

nas que lo requieren y con quienes se está en contacto directo se eduquen lo más que sea posible.

Para las pacientes obstétricas que se eligieron para la investigación, en las cuales se percibieron problemas y/o necesidades biológicos, económicos, psicológicos y sociales, fué necesario proporcionarles orientación e instrucción educativa, que les permitiera el desarrollo personal, utilizando para ello métodos factibles adaptados al nivel educacional de cada paciente, ya que éstas provenían de todos los niveles educacionales; para lograr al final que cada una respondiera a sus problemas en forma satisfactoria e independiente, cooperando con el personal de salud para lograr tal fin.

Se considera que se debe fomentar el propósito establecido y decidido con las pacientes, ya que es importante que éstas ayuden al educador, cooperando con éste; y, a la vez, que el instructor u orientador muestre confianza hacia ellas a fin de lograr el pleno desarrollo y cambio de conductas en forma positiva para estas pacientes, las cuales deben mostrar interés para querer aprender y conocer las diversas situaciones que ponen en peligro sus vidas y los factores que existen y que los propician, si no en forma total cuando menos sí diferenciar los más relevantes.

Se trata de que en un futuro sean ellas mismas capaces de decidir la utilización habitual de un método anticonceptivo adecuado a sus necesidades y a la aceptación de su organismo, de tal forma que éste ayude a la prevención de los factores de riesgo y sus posibles complicaciones. Es impor

tante hacer hincapié en que ante todo esto, si la paciente no acepta ningún método se debe respetar su individualidad y no actuar en forma arbitraria, como sucede en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.T.E., donde ya es un hecho insertarles el D.I.U. a las pacientes posparto, aún sin su consentimiento. Aunque cabe mencionar que en algunos casos esta medida estaba justificada debido a que la situación personal que presentaba la paciente en que se aplicaba; multiparidad, edad (mayor de 35 años o menor de 18 años), estado socioeconómico bajo, paternidad irresponsable y machismo.

2.1.6 La educación como función social.

Mastaché menciona que el hombre vive en estado social; fuera de esto no puede tener existencia; se percibe, desde ya, la potencia formadora de la sociedad. Esta modela al hombre a su imagen y semejanza. Ciertamente que la sociedad está formada de individuos, pero ambos se implican recíprocamente.

Desde que nace hasta que muere el individuo está sujeto a influencias sociales. La familia, la calle, la escuela, la iglesia, las diversiones proyectan sobre él su acción formadora; se expresa con un lenguaje que es producto de la evolución social. Adquiere pensamientos y creencias que han sido elaborados por generaciones anteriores, práctica una moral que ha tomado del ambiente social, tiene ideas que le ha inculcado la sociedad en que vive. El individuo se realiza incorporándose a la sociedad sin que esto signifique la abdicación de la naturaleza y peculiaridades que

lo distinguen como tal; mediante la educación, la sociedad realiza tanto la homogeneización como la diferenciación de los individuos.

La socialización del individuo no proviene del hecho de que la sociedad preexista, ejerciendo sobre aquel su poder regulador, sino también porque en el individuo existe la tendencia que lo impulsa hacia el grupo donde puede desarrollarse. La educación se realiza a través de numerosas fuerzas e instituciones: familia, calle, iglesia, escuela, cine, teatro; por medio de la palabra, de la imagen, etc. ⁽¹⁶⁾

El ser humano como ente social desde el principio de su existencia hasta el fin de ésta vive y se desarrolla en sociedad; necesita de todos y funge como unidad formadora dentro de la sociedad. Así en el medio hospitalario todos formamos parte de una sociedad, con diferentes principios, leyes morales, religión, estado socioeconómico y profesión.

Cada integrante profesional y no profesional que conforma el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., es una unidad compleja la cual aunada a cada paciente que demanda atención médica, constituye el logro de un propósito de la sociedad: la socialización, que se presenta en cada individuo y en cualquier momento.

Dicha socialización es necesaria, ya que permite la interrelación brindando ayuda en forma recíproca para preservar, en este caso la salud; esto

(16) Jesús Mastaché Román. Didáctica general. 15a. ed. Ed. Herrero, México, 1980, pp. 115 - 118.

no sería posible si no hubiera coordinación de cada departamento del hospital, y el más afectado sería el paciente que demanda atención.

El personal del Hospital donde se trabajó, como individuos, es decir, como unidades complejas, poseen criterios propios y capacidad de comprensión y reflexión hacia sus propios propósitos; y también son capaces de comprender a cada paciente obstétrica que se presenta en la unidad quirúrgica del Hospital en ayuda obstétrica, lo cual se pone de manifiesto al efectuar en ellas la dura tarea de instrucción y orientación educativa sobre los métodos anticonceptivos que existen, de los cuales algunas de las pacientes son candidatas a utilizarlos. Aunque estas pacientes suelen estar renuentes al uso de métodos de planificación familiar, debido a sus principios religiosos arraigados, y a pensar que ir contra la concepción es pecado, por lo que no planifican su familia, aún cuando no cuenten con los métodos necesarios para proporcionarles lo que necesitan.

Por otra parte, algunas pacientes no cooperan, aún cuando se les informe de los riesgos mortales que se pueden presentar si tienen otro embarazo; adoptan el papel de esposa mártir: el esposo es el que manda y hasta reciben golpes por parte de él si deciden por sí mismas, por lo que prefieren no aceptar ningún método de planificación familiar.

Lo anteriormente mencionado son solamente algunos casos de los que existen para la aceptación de algún método de planificación familiar; es aquí donde más se hace énfasis, pero poco o nada se puede hacer ante la falta de cooperación de algunas pacientes y su poca concientización sobre el

problema que afecta a las mujeres.

2.1.7 Tipos principales de educación.

Para Hernán San Martín la mayoría de los métodos de educación pertenecen a dos tipos principales: 1) unilaterales y didácticos, que son aquellos por medio de los cuales la instrucción se imparte directamente a un individuo o grupo de individuos; y 2) bilaterales o socráticos, que son aquellos en que la enseñanza se intercambia entre dos o más personas. Estos métodos pueden hacerse aislada o conjuntamente, la selección del método depende del grado en que se puedan satisfacer ciertos puntos: Que los conocimientos lleguen realmente a cada individuo que mantengan el interés de la gente, que sean fácilmente comprensibles y constituyan un medio para alcanzar lo que la gente desea, que hagan participar a todos los miembros de la comunidad.⁽¹⁷⁾

Los medios concretos para realizar la educación sanitaria son: la enseñanza oral (conferencias, discusiones de grupo, consultas individuales, consejos, etc.); la enseñanza escrita (libros, panfletos, periódicos, cartas, revistas,); las demostraciones visuales, gráficas, maquetas, fotografías, cine, exposición). Competencias y concursos; actividades de grupo. La palabra hablada es todavía el medio más universal de comunicación y el que establece una relación más directa, por lo cual sigue siendo el método de educación sanitaria más utilizado.

(17) Hernán San Martín. Salud y enfermedad. 4a. ed. Ed. La Prensa Médica mexicana. México, 1984. pp. 401-403.

Dentro del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. la educación es impartida tanto a las pacientes obstétricas de la unidad tocoquirúrgica, como a las correspondientes a la consulta externa y hospitalización, que abarca habitación conjunta del 2º. piso y Ginecobstetricia, 6º. piso.

En la práctica realizada para esta investigación los métodos utilizados para la transmisión de conocimientos fueron la enseñanza oral, en la cual se orientaba a las pacientes sobre diversos temas ginecobstétricos, que abarcan planificación familiar, y riesgo reproductivo, así como acerca de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.), cuidados del recién nacido, ablactación y destete, puerperio fisiológico y otros.

Las técnicas utilizadas para apoyar la transmisión de conocimientos fueron: rotafolios, audiovisual, franelógrafos, y demostración. La enseñanza oral se realizó a grupos de pacientes obstétricas, así como en forma individual.

Al efectuar las pláticas o charlas educativas sobre los diferentes temas, éstas se adecuaron al tipo de pacientes que estaban presentes para lograr una mejor captación del mensaje que se les proporcionaba y que se pretendió que generara respuesta.

2.1.8 Educación intrahospitalaria.

Para San Martín una de las contribuciones más importantes del hospital moderno es la inclusión de actividades de educación sanitaria en forma rutinaria en los diferentes niveles de trabajo: pacientes hospitalizados, consultantes y a domicilio.

El médico, la enfermera y la trabajadora social tienen la responsabilidad más importante. Las oportunidades son muchas: larga permanencia de los enfermos en el hospital, examen médico periódico de embarazadas y población en general a través de consultores externos generales o especializados; consultas de enfermos a través de consultores externos o de los servicios domiciliarios; control posthospitalario de enfermos dados de alta.

La finalidad de la educación intrahospitalaria es la de conocer los servicios y programas de apoyo educativo que les es imprescindible para que los efectos sean permanentes. El hospital es un sitio para realizar educación para la salud y presenta muchas oportunidades para hacerlo. Pero hay que considerar dos situaciones que afectan el problema: interacción del hospital con el paciente e interacción entre los diferentes papeles del personal. Es evidente que la influencia positiva o negativa que el hospital tenga sobre el paciente, en sus fines educativos, dependerá en parte de las buenas relaciones que se establezcan entre él y el personal, y de la capacidad y preparación que tenga éste para la acción educativa.

El hospital actúa en un medio social del cual proceden sus clientes y al cual regresan; y este medio tiene también creencias, aptitudes y opiniones sobre los problemas de salud.

La finalidad de la educación intrahospitalaria es ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su propio comportamiento y esfuerzo. Empieza con el interés de la gente por mejorar sus condiciones de vida y aspirar a crear un sentido de responsabilidad hacia su propio mejoramiento individual o familiar.

La adquisición de conocimientos sobre la salud no se limita a la enseñanza dada con esta estricta finalidad, sino que en gran parte es el resultado del proceso de aculturación general del individuo, o sea, las experiencias adquiridas en el hogar, en la escuela y en su vida. La educación de las personas trata del cambio de vida, sentimientos y conducta.

En consecuencia, todo ser humano puede aprender, fuere cual fuere su edad, sexo, raza y cultura. Pero no se garantiza que en una situación educativa dada cualquiera persona aprenda lo que el educador pretenda, ya que esto depende de muchos factores y especialmente de las experiencias que el individuo haya podido tener con anterioridad; puesto que aprender implica un cambio de ideas y costumbres por parte del individuo, este cambio puede llevarse a cabo mediante el propio esfuerzo individual.

La educación intrahospitalaria es efectiva cuando induce al individuo a vivir en una vida sana, practicando técnicas higiénico-personales; si se aspira a introducir cambios de importancia en la conducta de una persona es necesario que sus emociones intervengan en estos cambios. Para aprender es necesario el motivo, se necesita tener incentivos para cambiar de acti

tud. Los motivos tienen que ser reales en el sentido de que hagan vibrar al individuo que ve la ventaja del cambio.⁽¹⁸⁾

La educación que recibe un individuo para lograr un cambio de conducta que le permita responder ante diversas situaciones en la vida en forma airosa, no sólo se limita a la escuela, primaria, secundaria, preparatoria, o profesional, sino que amplía su campo, y puede ser aprendida en la calle, trabajo, hogar, etc.

Por lo anterior el medio hospitalario constituye también un ambiente adecuado para aprender e impartir conocimientos teórico-prácticos, ya que por un lado esto permite elevar el nivel académico del personal profesional, que está en continua preparación, así como el de el personal que se encuentra en formación.

Por otra parte la educación intrahospitalaria no sólo se imparte al personal médico y paramédico de salud sino que también se imparte a los pacientes que acuden al hospital. Lo anteriormente citado se ha observado que se realiza dentro de la institución, y en su mayor parte los responsables de esto son: médicos, trabajadora social, enfermera, así como los estudiantes de enfermería.

En primer lugar la transmisión de conocimientos es efectuada por el médico especializado hacia los residentes, médicos internos y grupos de enfer

[18] Hernán San Martín. op. cit. pp. 677-681

mería; y en una mínima parte a las pacientes y familia de éstos, al hacer mención del padecimiento que presentan.

En segundo lugar es realizada por las enfermeras y estudiantes de enfermería; éstos son los que más participación tienen ya que, debido al programa educativo de la escuela, deben presentar charlas educativas y visitas domiciliarias a las pacientes obstétricas seleccionadas, dando instrucción sobre cuidados haciendo mención de diversos temas, de acuerdo con la situación de la paciente.

En tercer lugar, la orientación de las pacientes obstétricas es proporcionada por la trabajadora social del hospital, la cual apoya al grupo de enfermería proporcionando material didáctico, si lo tiene. La trabajadora social también efectúa pláticas educativas a las pacientes obstétricas apoyándose en audiovisuales, pero trabajando en forma independiente.

Al realizar las pláticas educativas sobre los diversos temas en especial los de planificación familiar y riesgo reproductivo, se propuso mantener el interés y motivación de las pacientes utilizando términos sencillos y libres de complejidad y hacerlo en el menor tiempo posible, para evitar que se hiciera tedioso y cansado.

2.2. PLANIFICACION FAMILIAR

2.2.1 Concepto

Para la Secretaría de Salud la planificación familiar es la decisión responsable y libre de los cónyuges para determinar el número de hijos que se deseen tener, de acuerdo con sus convicciones morales, religiosas y su capacidad para satisfacer los requerimientos materiales y educativos que exige la dignidad humana de los descendientes. (19)

Concluyendo, el término planificación familiar supone la participación de la pareja para decidir el número de hijos deseados por ambos en el momento adecuado para ellos, a fin de cumplir con la paternidad responsable.

2.2.2 Métodos anticonceptivos.

Son todos los medios físicos, químicos, naturales y quirúrgicos que se usan para evitar la concepción en la mujer.

Combinados. Consisten en una píldora que contiene un estrógeno y un progestágeno y que suele tomarse durante veinte días cada mes, empezando el quinto día de iniciada la menstruación.

Secuenciales. Consisten en un estrógeno tomado durante quince días, empezando al quinto día del ciclo, seguido de un progestágeno durante quince días.

(19) S.S.A. Manual de normas de educación para la salud. 4a. ed. Ed. Talleres gráficos de la nación, México, 1983. p. 195.

Continuos. Terapéutica microprogestacional. Con una dosis pequeña progestacional administrada continuamente a partir del primer día del ciclo.

Depósito. Son progestágenos de acción prolongada como la medroxiprogesterona (Depovera, noriterat), de aplicación trimestral, o progestágenos combinados con estrógenos de aplicación mensual por vía intramuscular (perlutal, patector) o por vía oral (unovis, adobucal).⁽²⁰⁾

- Métodos Hormonales por vía bucal

- Concepto:

Son los medicamentos anticonceptivos por vía bucal, para inhibir o prevenir la ovulación en la mujer.

- Mecanismo de acción:

Estos medicamentos funcionan previniendo la ovulación por medio de estrógenos y progestágenos, combinados y secuenciales los cuales parecen inhibir la liberación de gonadotropinas hipofisarias necesarias para la ovulación, tal vez por efecto hormonal en el hipotálamo.

(20) Héctor Mondragón Castro, Obstetricia básica ilustrada. 3a. ed. Ed. trillas, México, 1986, p. 644.

Además, el revestimiento endometrial puede ser estimulado y sufrir cambios predeciduales y glandulares progresivos, desfavorables para la implantación; el moco cervical se hace más viscoso y hostil al esperma; la división del blastocito por la trompa se modifica, y la capacitación de espermatozoos se puede ver inhibida también.

Los diversos productos comerciales actualmente en uso, contienen diferentes tipos y dosis de compuestos estrogénicos y progestacionales.⁽²¹⁾

- Efectos secundarios:

Existe una amplia variabilidad de la manera como cada paciente responde a ello; comúnmente las mujeres se quejan de náuseas, edema, agrandamiento de mamas, mareos, calambres en piernas, leucorrea, cloasma, aumento de peso, sangrado intermenstrual, el cual en algunas ocasiones tiende a disminuir; amenorrea, la cual puede estar asociada con infertilidad; si hay leiomas pueden aumentar de volumen por cambio edematoso y estimulación proliferativa, alopecia, hipertensión y edema de córnea.⁽²²⁾

- Contraindicaciones:

Tromboflebitis, embolia pulmonar, tumor maligno de mama, sangrado vaginal no diagnosticado, infección de hígado, diabetes Mellitus, jaqueca, epilep

(21) Edmund R. Novak. Tratado de ginecología. 3a. ed. Ed. Interamericana, México, 1977, p. 70.

(22) ibidem.

sia, esclerosis múltiple, porfiria. (23)

- Ventajas:

Los anticonceptivos por vía bucal tienen dos ventajas considerables sobre todos los demás métodos de anticoncepción, son notables su eficacia y aceptabilidad, casi tienen una proporción de fracasos nula, incluso si se olvida cuatro días la medicación, la proporción es sólo de 2 % mujer año continuamente. (24)

- Métodos hormonal: inyectables.

- Concepto:

Son todos los medicamentos anticoncepcionales, de depósito, administrados por vía intramuscular, de acción prolongada.

- Mecanismo de acción:

Las dosis de gestágenos que se administran aisladamente es muy eficaz, si milares a los esteroides orales combinados. Inhiben la secreción de gonadotropinas, incluyendo el pico medio de LH e impidiendo así la ovulación.

Los niveles de estradiol medidos diariamente durante el tratamiento con

(23) ibidem.

(24) ibidem. p. 71

la suspensión microcristalina de un gestágeno, administrada en una dosificación de 150 mg. cada 3 meses, sólo muestran ligeras fluctuaciones y habitualmente se aproximan a los que se encuentran en la fase folicular precoz del ciclo menstrual normal, que son significativamente más altos que los niveles que tienen las mujeres postmenopáusicas.

El tamaño uterino fue más pequeño en las pacientes que habían recibido la droga durante largos períodos de tiempo, pero no hubo otros signos o síntomas de falta de estrógenos, ni hubo descenso subjetivo del tamaño de las mamas y la vagina permaneció húmeda y con buen trofismo.

El retraso en la reanudación de las ovulaciones después de la administración de estos anticonceptivos, se debe a la liberación lenta desde el lugar de la inyección y a la presencia duradera de los niveles del mismo en el suero. En los estudios clínicos, el retorno de las ovulaciones y de la fertilidad tienen lugar en la mayor parte de las mujeres dentro del primer año después del tratamiento.

Debido a lo impredecible de la duración de este retraso, en la recuperación de la ovulación en un caso normal, este método de contracepción se habitualmente restringido a las mujeres que han completado su familia. (25)

- Efectos metabólicos:

Se han observado en el uso de estos hormonales, modificaciones en la fun-

(25) ibidem.

ción hepática, en el metabolismo de lípidos o en la presión sanguínea. Existen evidencias de que el uso de éstos a dosis de 150 mg. cada tres meses, pueden causar alguna alteración en la tolerancia a la glucosa y un aumento en los niveles plasmáticos de insulina, ya que poseen una acción glucocorticoide a estas dosis. (26)

- Intercepción poscoital.

- Concepto:

Es la administración de estrógenos en grandes dosis en el período postovulatorio inmediato, para impedir la implantación del huevo.

- Farmacología:

Los preparados estrogénicos utilizados para intercepción incluyen dietil-etilbestrol a 50 mg por día y etil estradiol 1 a 5 mg. por día.

- Tratamiento:

Si el tratamiento se comienza durante las 72 horas después del coito único y aislado a mitad del ciclo, su eficacia es muy buena. Si ha tenido lugar más de un coito o si el tratamiento se inicia después de las 72 horas después del coito, el método es menos eficaz. El tratamiento debe mante-

(26) D.N. Danforth. Tratado de ginecología y obstetricia. 4a. ed. Ed. Interamericana, 1987. p. 263.

nerse durante cinco días.

- Efectos secundarios:

Los efectos secundarios asociados con esta terapéutica son: náuseas, vómito, tensión mamaria, irregularidades menstruales. Debido a la alta dosificación de los estrógenos utilizados y a los efectos colaterales desagradables, la intercepción postcoital sólo debe utilizarse como método de emergencia. Por lo que deben usarse otros métodos si la paciente tiene necesidad de contracepción por más tiempo, ya que debido al potencial teratógeno de estos agentes la mujer debe acordar previamente la interrupción del embarazo si fracasa este método anticonceptivo.⁽²⁷⁾

Durante la estancia en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.T.E., se pudo apreciar que los métodos anticonceptivos antes mencionados son utilizados por una pequeña minoría de pacientes obstétricas, que corresponde a aquellas que cuentan con un nivel educativo medio y en raras ocasiones a profesional, que desempeñan diferentes funciones o actividades, y que tienen conocimientos elementales sobre estos métodos anticonceptivos (hormonales, bucales e inyectables), lo que les permite estar más concientes de la problemática que implica el gran crecimiento demográfico, por lo que cooperan aceptando su uso en forma independiente y crítica conociendo de antemano los beneficios que traen consigo.

(27) D.W. Danforth. op cit., p. 264.

Por otra parte, existe también un alto porcentaje de pacientes que, debido a su bajo nivel educativo y socioeconómico, rehusan el empleo de los métodos anteriormente mencionados, aún cuando se les proporcione orientación acerca de ellos y se hace hincapié sobre los factores de riesgo reproductivo que se pueden evitar con el uso de estos métodos.

2.2.2.2 Dispositivo intrauterino (D.I.U.).

- Concepto:

Son instrumentos elaborados a base de plástico, impregnados con bario, recubiertos con cobre y activados con hormonas; se utilizan para diferir temporalmente un embarazo.

- Aplicación:

El momento ideal para dicha aplicación del dispositivo intrauterino es el segundo día de la menstruación, porque el cérvix permite su fácil introducción. Sin embargo, últimamente ha alcanzado gran popularidad su aplicación en el postparto inmediato, sobre todo en el medio institucional en que existen factores educacionales que influyen para que la paciente no se controle una vez que abandona el hospital.

En el hospital anteriormente mencionado, la aplicación del dispositivo in-

trauterino postparto se realiza a todas las pacientes obstétricas en el puerperio inmediato, debido a que constituye el momento ideal tanto para el médico, como para las pacientes, ya que si no se toma esta medida al ser egresadas éstas no regresan, aún cuando se les cite para otro día.

Cabe mencionar que en algunas de estas pacientes muchas veces el dispositivo es expulsado, debido a la mala aplicación de éste por el personal de salud, así como la gran cantidad de loquios hemáticos que se presentan en este periodo.

- Ventajas:

Los fundamentales beneficios del dispositivo intrauterino incluyen: La escasez de efectos metabólicos asociados y su excelente eficacia. Con el dispositivo intrauterino no hay necesidad de una motivación continua para tomar una píldora todos los días o para seguir un procedimiento que tenga alguna relación con el coito. Por esto para el dispositivo intrauterino los índices de eficacia en relación con el método y con el uso son similares.

- Incidencia:

Aunque en los índices de fallo al año generalmente alcanzan un 2-3 por ciento, la incidencia anual de embarazos accidentales desciende firmemente después del primer año; después de 6 años de utilización de un dispositivo, el índice de fracasos acumulativos es menor del 1%. Con el aumento

de la edad la incidencia de hemorragias uterinas anormal o de dolor des-
ciende firmemente.

- Mecanismo de acción:

La acción contraceptiva del dispositivo intrauterino se debe a una reac-
ción inflamatoria local estéril debido a la presencia de un cuerpo extra-
ño en el útero. Se ha encontrado después de 18 semanas de inserción de un
D.I.U. un incremento cercano a mil por ciento en el aumento de leucocitos
que se encuentran en los lavados uterinos en la cavidad endometrial en
comparación a los lavados que se llevan a cabo antes de la inserción.

Los productos de desintegración tisular de estos leucocitos son tóxicos
para todas las células, incluidos los espermatozoides y el blastocito.

- Reacciones del D.I.U.

Los dispositivos intrauterinos de pequeño tamaño no producen reaccion in-
flamatoria tan grande como los de mayor tamaño, y por ello tienen un índi-
ce de embarazos más alto que los dispositivos de mayor tamaño, con el mis-
mo diseño. La adición del cobre aumenta la reacción inflamatoria.

Aún no se conoce si se impide o no la fertilización en mujeres portadoras
de un D.I.U., aunque la breve fase del transporte espermático desde el
cérvix al oviducto no se encuentra presente en las portadoras de un D.I.U.
Probablemente la liberación local de iones de cobre así como la de progés

terona actúan impidiendo el proceso de implantación normal.

- Reanudación de la fertilidad:

Después de retirar el dispositivo intrauterino, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente, la reanudación de la fertilidad no se encuentra retrasada, y se tiene lugar al mismo tiempo que sigue a los métodos mecánicos de contracepción. (29)

- Tipos de D.I.U.

a) Dispositivos inertes:

Son simples asas de plástico con barío que actúan como cuerpos extraños en la cavidad uterina e impiden la nidación del huevo al producir cambios inflamatorios en el endometrio.

Las asas más simples son: El asa de Lippes, asa doble, D.I.U. Delta, Dalkon Shield, esta última ya no se utiliza porque al extraerla produce lesiones cervicales y endometritis.

Estos dispositivos no necesitan cambiarse a menos que la paciente desarrolle un aumento de hemorragias después de que el dispositivo ha permanecido colocado durante más de un año. Las sales de calcio se depositan sobre el plástico y su dureza puede producir ulceración y hemorragia endometrial; si las hemorragias suceden durante más de un año, se debe retirar el dispositivo viejo y colocar uno nuevo.

(29) Ibidem.

b) Dispositivos activados:

Son dispositivos que tienen cuerpo de plástico (son mucho más pequeños que los otros dispositivos de D.I.U.), recubiertos por espirales cerradas de alambre que ejercen acción ionizante e impide la penetración espermática al crear cambios sobre el endometrio y proliferación de macrófagos que fagocitan a los espermatozoides. Corresponden a estos el 7 de cobre y la T 200 de cobre. Debido a que habitualmente el cobre se disuelve, estos dispositivos deben cambiarse a intervalos periódicos, que originalmente eran de dos a tres años, pero actualmente se cree que puede llegar a cuatro y cinco años.

Los índices de embarazo anual para el dispositivo en 7 de cobre, se ha publicado que permanecen casi constantes durante los cuatro años después de su inserción. Cuando el cobre se ha disuelto la eficacia de estos pequeños dispositivos intrauterinos disminuyen enormemente.

Gracias al pequeño tamaño de estos dispositivos se provoca mucho menos dolor durante y después de su inserción que los de mayor tamaño. Por ello son adecuados para las mujeres nulíparas a las cuales les proporcionan una alternativa eficaz frente a los esteroides contraceptivos orales.

c) Dispositivos de liberación hormonal:

Son dispositivos que tienen cuerpo de plástico especial que funciona como membrana semipermeable que permite la liberación de progestágenos de acción prolongada que producen cambios en el moco cervical y en el proce-

so de fecundación. Alteran además la impermeabilidad tubaria, ésta es la T liberadora de progesterona que libera 65 mg. de progesterona al día, esa cantidad es suficiente para impedir el cambio a través de una acción local en la actividad endometrial, pero no es lo bastante importante como para producir aumentos en los niveles séricos de progesterona periférica. El dispositivo debe ser cambiado anualmente, ya que el reservorio de progesterona se agota después de 18 meses de utilización.

- Generalidades:

De todos los dispositivos intrauterinos que se encuentran actualmente aprobados para su distribución, todos tienen una cola monofilamento. En general, durante el primer año de uso, el dispositivo intrauterino tiene alrededor de un 2% de embarazos, un índice de expulsión del 10%, y un 15% de retiradas debido a razones médicas, fundamentalmente hemorragia y dolor. La incidencia de cada una de estas complicaciones, especialmente la expulsión, disminuye grandemente en los años siguientes.⁽³⁰⁾

- Riesgo:

Los riesgos asociados con la utilización del D.I.U., incluyen infecciones pélvicas, perforación uterina, hemorragias, las complicaciones que tienen relación con el embarazo, calambres. Las hemorragias y calambres tienden a desaparecer tras varios meses de empleo, no obstante, en el 5 a 6% de

(30) D.N. Danforth. op cit., p. 266.

las mujeres son lo suficientemente intensas como para extraer el dispositivo. La infección pélvica, que se diagnostica por el dolor y el engrosamiento parametriales, se dan de 2 a 3% de las pacientes; su frecuencia es mayor durante los primeros meses, después de la inserción que más tarde. Se produce perforación cada 2,500 inserciones según Tietze y colaboradores. Scott ha publicado casos de mujeres por peritonitis tras perforaciones uterinas.

Aunque muy raramente el dispositivo puede perforar el útero y causar la muerte sin un asa intestinal pasa a través del orificio y se estrangula, se calcula que esto ocurre en dos casos por cada cien mil.⁽³¹⁾

Los dispositivos intrauterinos que se utilizan en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.T.E., son los correspondientes a los dispositivos inertes y más específicamente a las asas de Lippes, por ser de fácil adquisición debido a su bajo costo y a que es el método de elección indicado en el puerperio inmediato, debido a que no inhiben la lactancia.

Estos dispositivos son aplicados a las pacientes que han tenido un parto aulócico mediante previa autorización por parte de ellas; sólo que en algunas ocasiones las pacientes no dan su autorización, pero, si su caso lo amerita, el médico valora su situación y aún sin su consentimiento el dispositivo es aplicado, sólo se le indica a la paciente que se le ha aplicado y que posteriormente puede acudir al hospital para que se lo retiren.

(31) Louis M. Hellman. Obstetricia. Ed. Salvat. México, 1973, p. 955.

2.2.2.3 De barrera.

Este grupo comprende todos los métodos que en forma empírica se han utilizado para tratar de impedir la penetración espermática y la fecundación.

- Preservativo.

- Concepto:

Es el método mecánico más antiguo anticoncepcional, que consiste en una cubierta en el pene hecha de caucho, látex o intestino ciego de cordero que se ajusta sobre el pene erecto para recoger el semen eyaculado, e impedir que sea depositado en al vagina.

- Uso:

Para que sea eficaz el condón debe ser aplicado en tiempo para prevenir cualquier depósito intravaginal de semen y ser usado en cada una de las e yaculaciones intravaginales, las únicas preocupaciones necesarias son dejar un espacio libre en el condón, del cual se ha extraído el aire para recibir el producto de eyaculación, utilizar lubricante adecuado si es ne cesario, extraer el pene antes de terminar la erección, y agarrar bien el anillo del condón al tiempo de quitarlo, para evitar deslizarse y derramar su contenido en la vagina o cerca de ella.⁽³²⁾

(32) Edmund R. Novak op cit., p. 709.

- Ventajas:

El condón tiene la ventaja de proteger contra el embarazo y enfermedades venéreas, otras ventajas son comodidad, fácil adquisición, nulidad de efectos secundarios y relativo bajo costo.

- Riesgo:

Los inconvenientes del método son que a veces en ambos sexos interfieren con la sensación que acompañan al coito y algunas mujeres señalan irritación de las paredes vaginales o alergia al material con que son elaborados. El índice de fracasos suele considerarse entre 3 - 6 por ciento mujer-año, empleado habitualmente. (33)

- Recomendaciones:

Este método es especialmente útil como medio temporal, en tanto la mujer interrumpe la ingestión de píldoras anticonceptivas, que le permite reanudar su función fisiológica, o como complemento del método modificado de ritmo en el que se permite el coito sin protección sólo durante la semana previa a la menstruación.

Este método anticonceptivo es poco utilizado por las pacientes que acuden al hospital, ya que se observó que este método sólo es manejado en consul

(33) Edmund R. Novak, op. cit., p. 709.

ta externa de planificación familiar y son proporcionados exclusivamente a los pacientes que lo solicitan, los cuales son pocos. La poca demanda se debe a la falta de información que se ha dado del mismo, por el personal de salud en la institución.

- Espermaticidas.

- Concepto:

Son sustancias de aplicación local que modifican el medio vaginal haciéndolo hostil para el espermatozoide. Están hechos habitualmente de nonoxinol - 9, que inmoviliza y mata a los espermatozoides.

- Aplicación:

Debe colocarse en la vagina de 10 a 15 minutos antes del coito. No existen datos que comparen la eficacia de los diversos tipos de espermaticidas vaginales (óvulos, cremas, espumas) pero su eficacia aumenta enormemente al aumentar la edad de la mujer. (34)

- Mecanismo de acción:

Los espermaticidas se insertan en la vagina antes del coito; depositándose los lo más profundo posible con ayuda del dedo. El espermaticida se di

(34) D.N. Danforth. op. cit., p. 247

suelve con la humedad de la vagina y libera dióxido de carbono que produce espuma densa la cual, se cree, sirve como barrera mecánica y para esparcir el agente espermicida. La tasa de embarazo registrada con el uso de espermaticidas oscila entre 8 y 37 por ciento, de la población que los emplea. (35)

- Recomendaciones:

No debe realizarse ningún lavado vaginal inmediato al acto sexual, debe aplicarse cada vez que se repita la relación sexual, tiene buen campo de aplicación durante el puerperio.

- Efectos secundarios:

Los efectos secundarios de los espermaticidas son vaginitis, cervicitis por reacción química e irritación en el varón.

Durante la estancia en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se aprecia que las pacientes no utilizan los espermaticidas vaginales debido a la falta de información de estos métodos, lo cual requiere mayor orientación y motivación para su uso. Así mismo el método no es utilizado porque implica un gasto extra en los ingresos familiares, ya que no es proporcionado por la institución.

(35) Louis M. Hellman. op. cit., p 955.

- Diafragma vaginal.

- Concepto:

Es una cúpula redonda, de caucho o látex con borde de resorte de metal, se recubre con un agente espermaticida y se introduce en la vagina antes del coito de modo que la cúpula cubra el cuello y evite que el esperma llegue al útero, por la barrera mecánica y química.

- Aplicación:

El diafragma debe ser adaptado a las pacientes por un método para asegurar que esté situado a lo largo de la pared vaginal anterior, entre el fondo del saco posterior y el ángulo véscico-vaginal detrás de la sínfisis cubriendo el agujero cervical. Si es demasiado pequeño puede penetrar incorrectamente en el fondo de saco anterior y queda descubierto el agujero cervical; si es demasiado grande puede resultar incómodo e incluso obstruir la uretra. Los diafragmas son manufacturado en diferentes diámetros y deberán ajustarse individualmente para cada paciente. (36)

- Recomendaciones:

El diafragma se utiliza no más de dos horas antes del coito y se debe dejar en su lugar por lo menos ocho horas después, para asegurar que todos

(36) J. P. Greenhill. op. cit., p. 792.

los espermatozoides estén muertos.

- **Contraindicaciones:**

"Ciertas características anatómicas hacen que el uso del diafragma sea inadecuado o inaceptable: atresia vaginal, prolapso uterino, pérdida de soporte del músculo elevador del ano". (37)

- **Índice de fallo:**

El índice de fallas señaladas es de 5 a 15 embarazos por 100 mujeres al año. (38)

El fracaso del diafragma a menudo se atribuye a usarlo sin agente espermaticida o con cantidad insuficiente del mismo.

"La paciente que desee utilizar este método debe recibir instrucciones médicas previas para el uso adecuado del diafragma". (39)

Este método anticonceptivo no es utilizado no sólo por las pacientes que acuden al hospital, sino por las personas en general debido a que se encuentra fuera de uso, por la gran cantidad de desventajas que presenta así como del especial cuidado que requiere.

(37) Eugene C. Sandberg. Tratado de obstetricia. 10a. ed. Ed. Bolea, de México, 1981, p. 465.

(38) J. P. Greenhill. op. cit., p. 792.

(39) E. Stewart Taylor. Obstetricia. 2a. ed. Ed. Interamericana, México, 1973, p. 602.

El método de este tipo de control de la eyaculación se basa en el control de la eyaculación por parte del hombre, y en la estimulación de la mujer por parte del hombre.

El método de control de la eyaculación

- Ventajas:

El método de control de la eyaculación

Este método consiste en la estimulación del hombre por parte de la mujer, y en el control de la eyaculación por parte del hombre, completando de esta forma el ciclo sexual.

- Desv:

Para utilizar con éxito este método es necesario que el hombre posea una buena capacidad de control de la eyaculación, una buena motivación y un buen control de la sensibilidad para proteger a su compañero sexual.

- Desventajas:

Es completamente insatisfactorio para la pareja (se acumula de efectos secundarios psicológicos), y para el varón que tiene eyaculación prematura. El método sería aplicado aproximadamente al 10 por 100 de los varones por la imposibilidad de controlar la eyaculación.

La proporción de fracasos se calcula entre 6 - 16 por 100 mujeres al año. (40)

El coito interrumpido es el método anticonceptivo utilizado por una gran mayoría de las pacientes que acuden al hospital; esto se pudo captar durante el interrogatorio que se le practicó a cada paciente en la unidad tocoquirúrgica, en la consulta externa de Planificación Familiar y Gineco-Obstetricia. El nivel educativo que presentan las pacientes que utilizan dicho método corresponde al bajo y medio; en este tipo de pacientes se observó que son frecuentes la multiparidad en edad temprana (que abarca desde los 17 años en adelante), así como en edades tardías (arriba de 35 años).

Así mismo se captó la presencia de otros factores de riesgo reproductivo que afecta la salud.

La información que se da por parte de la institución es deficiente respecto a planificación familiar.

- Abstinencia periódica.

- Concepto:

Este método consiste en la abstinencia sexual durante el periodo fértil del día menstrual; este periodo comprende cuando menos 7 u 8 días de cada mes lunar para mujeres con ciclo menstrual absolutamente regular y es directamente proporcional al grado de irregularidad menstrual.

(40) Eugene C. Sandberg. op. cit., p. 498.

- Generalidades;

"Se admite generalmente que la ovulación ocurre de 12 a 16 días antes de la menstruación, que el huevo es susceptible de fertilización por 12 a 22 horas después de liberado y que la capacidad de fertilización consiste en la mayor parte de los espermatozoides unas 48 horas aproximadamente".⁽⁴¹⁾

- Indicaciones:

Para que el sistema del ritmo funcione, es necesario que la pareja evite el coito cuatro días antes del tiempo calculado de la ovulación y dos a tres días después. Se calcula que la ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación.

- Recomendaciones;

Este método no tiene valor para aquellas mujeres que ovulan en intervalos irregulares y que en consecuencia tienen sus ciclos menstruales de duración variable.⁽⁴²⁾

Esta es una situación problemática especialmente en mujeres postparto y premenopáusicas. El método requiere de gran motivación por parte de la pareja, una de sus ventajas más interesantes es que aumenta la libido a consecuencia de los largos periodos de abstinencia. Por otra parte puede acarrear problemas psicológicos por frustración; sólo las mujeres que tienen

⁽⁴¹⁾ ibidem., p. 465.

⁽⁴²⁾ J. P. Greenhill. op. cit., p. 790.

ciclo menstrual bastante regulares y motivaciones fuertes, son candidatas para este método de control.

"El índice de fallas es de 15 - 40 embarazos por 100 mujeres al año".⁽⁴³⁾

En la institución se captó que existe un alto índice en el uso de este método, el cual es adoptado por todo tipo de pacientes; pero, por carecer de información satisfactoria del mismo, lo utilizan en forma errónea, dando como consecuencia un mayor número de embarazos.

2.2.2.5 Definitivos.

- Concepto:

Son los métodos anticonceptivos médico-quirúrgicos que se realizan al hombre o la mujer para evitar la concepción en forma permanente.

- Oclusión tubárica bilateral.

- Concepto:

Danforth menciona que éste es el método quirúrgico anticonceptivo de efecto permanente, generalmente irreversible y de máxima eficacia, que consiste en ligar, cortar y estirpar un segmento de las trompas de falopio.⁽⁴⁴⁾

(43) Eugene C. Sandberg. op.cit., p. 465.

(44) Danforth. D.N. op. cit., p. 272.

- Indicaciones:

La oclusión tubárica bilateral puede tener tres tipos de indicaciones, a saber; electivas, médicas y médico sociales.

a) Indicación electiva.

El procedimiento se realiza a solicitud de la paciente o de la pareja, ante el deseo de no tener más familia.

b) Indicación médica.

El médico practica el procedimiento en los casos de que la fertilidad futura esté contraindicada, porque comprometa gravemente la vida o la salud de la paciente un nuevo embarazo; o que se tenga la certeza de que productos futuros presenten malformaciones congénitas.

c) Indicación médico social.

En este caso de incapacidad de la madre para responsabilizarse del mantenimiento y educación del hijo. Por ejemplo, alteraciones mentales irreversibles.⁽⁴⁵⁾

- Procedimiento:

La oclusión tubárica bilateral postparto se lleva a cabo haciendo una pequeña incisión transperitoneal bajo anestesia general, realizando una liga

(45) Héctor Mondragón Castro, op. cit., p. 636.

dura tubárica bien mediante el método de Pomeroy o el método de Irving. Estos procedimientos simples y rápidos se pueden llevar a cabo en la misma sala de partos inmediatamente después de éste, sin que ello prolonge la estancia de las pacientes en el hospital.

Las mismas técnicas operatorias se pueden utilizar en otras épocas distintas al puerperio, pero también se han utilizado técnicas adicionales, para lo que se ha llamado "intervalo de esterilización". La ligadura de los oviductos, en estos casos se puede llevar a cabo fácil y rápidamente a través de una incisión colpotómica o a través de una incisión abdominal.⁽⁴⁶⁾

En la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., se apreció que se efectúa la oclusión tubaria bilateral bajo indicación electiva médica en gran porcentaje; ésta es realizada en el puerperio fisiológico mediato bajo bloqueo peridural y simultáneo en puerperio quirúrgico bajo anestesia general, en pacientes con nivel educativo medio alto.

Las pacientes con nivel educativo bajo se negaban a aceptar dicho procedimiento a pesar de encontrarseles diversos factores de riesgo reproductivo (multiparidad, edad mayor de 35 años.), debido a la gran influencia del esposo.

- Vasectomía

(46) Danforth D. N., op. cit., p. 273.

- Concepto:

Es el método anticonceptivo médico quirúrgico que se realiza al varón en forma permanente, y consiste en cortar y ligar los conductos deferentes.

- Procedimiento:

Este procedimiento se realiza aproximadamente en veinte minutos, con anestesia local. Los deferentes se aíslan y se cortan. Los extremos de los deferentes se cierran bien mediante ligadura o fulguración y se colocan después dentro del saco escrotal.

- Complicaciones:

Las complicaciones de la vasectomía incluyen el hematoma (que llega hasta un 5 % de casos), en la formación de granulomas espermáticos (respuestas inflamatorias a la filtración del esperma), y reanastomosis espontánea (si ésta tiene lugar es durante un breve periodo de tiempo después de la ligadura).

Se requiere de quince a veinte eyaculaciones después de la operación antes de que el varón sea estéril. (47)

En la sociedad en que vivimos el que un hombre se realice la vasectomía aún no es aceptado debido a las tradiciones culturales y educacionales.

(47) Ibidem., p. 262.

Por tal motivo, durante la estancia en el hospital nunca se detectó la realización de este procedimiento; además que la mayoría de los varones creen que es mejor que la mujer se someta a la oclusión tubaria bilateral. Además, a los varones que llegaron a solicitar este procedimiento se les indicó que en el servicio de ginecología no se atendían varones y eran canalizado a otro servicio.

2.3 RIESGO REPRODUCTIVO

2.3.1 Concepto.

Es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo.

En el hospital, dentro del servicio de la Unidad Tocoquirúrgica, se vio que frecuentemente acuden pacientes que presentan un embarazo que corresponde a riesgo reproductivo medio y en raras ocasiones al alto.

Así mismo existe un alto índice de pacientes que cursan un embarazo de riesgo reproductivo bajo, el cual no requiere de atención especializada.

Entre los factores de riesgo reproductivo que con mayor frecuencia se presentan esta la edad, enfermedad hipertensiva del embarazo, multiparidad, períodos intergenésicos cortos, enfermedades crónico degenerativas.

Por tal motivo, en la institución se ha tomado como medida proporcionar educación con respecto a los métodos de planificación familiar que existen, para que adopten uno de éstos de acuerdo con los intereses y conveniencias del paciente y del criterio médico. (ver los siguientes cuadros).

2.3.2 Clasificación de riesgo reproductivo.

2.3.2.1 Riesgo reproductivo bajo.

Nivel socioeconómico	Medio - Alto
Escolaridad (años aprobados)	6 ó más
Edad	20 - 30 años
Estatura	150 ó más cms.
Estado civil	Casada - Unión Libre
Paridad	1 - 3 productos
Partos	Normales
Período Intergenésico	1 - 2 años
Abortos	Negativo
Nacidos muertos	Negativo
Hijos de bajo peso	Negativo
Hijos con mal formaciones	Negativo
Hijos prematuros	Negativo
Muertes neonatales	Negativo
Diabetes	Negativo
Hipertensión	Negativo
Epilepsia	Negativo
Cardiopatía	Negativo
Enfermedades del tiroides	Negativo
Enfermedades renales	Negativo
Consanguinidad	Negativo
Retraso mental	Negativo
Exposición a radiaciones	Negativo
Carga de trabajo	Normal
Exposición a tóxicos	Normal
Desnutrición	Negativa
Anemia Hb en gramos	10 ó más
Alcoholismo	Negativo
Tabaquismo	Negativo
Farmacodependencia	Negativo
Toxoplasmosis	Negativo
Rubeola	Positivo
Citomegalovirus	Negativo
Herpes	Negativo
Sífilis	Negativo
Sida	Negativo

(48) Gorbhambanson S. Tratamiento del embarazo de alto riesgo y cuidados in tensivos del recién nacido, Ed. Interamericana. Argentina, 1973, p. 12.

2.3.2.2 Riesgo reproductivo medio

Nivel socioeconómico	Bajo
Escolaridad (años aprobados)	1 a 5
Edad	15 - 19
	31 - 35
	145- 149
Estatura	Soltera - Viuda
Estado civil	Nulípara 4 y más
Paridad	Difícil
Partos	Menos de 1 año
Periodo Intergenésico	1 a 2
Abortos	1 a 2
Nacidos muertos	1 a 2
Hijos con bajo peso	1 a 2
Hijos con malformaciones	1 a 2
Hijos prematuros	1 a 2
Muerte neonatales	1 a 2
Diabetes	Controlada
Hipertensión	Controlada
Epilepsia	
Cardiopatía	Controlada
Enfermedades del tiroides	Controlada
Enfermedades renales	Controlada
Consanguinidad	Sí
Retraso mental	Sí
Exposición a radiaciones	Sí
Carga de trabajo	Mediano
Exposición a tóxicos	Sí
Desnutrición	Moderada I
Anemia Hb en gramos	8.0 a 8.9
Alcoholismo	Sí
Tabaquismo	Sí
Farmacodependencia	Positivo
Toxoplasmosis	Positivo
Rubeola	
Citomegalovirus	
Herpes	
Sífilis	Positivo
Sida	Sospecha.

2.3.2.3 Riesgo reproductivo alto

Nivel socioeconómico	Muy bajo
Escolaridad (años aprobados)	Nulo
Edad	14 ó menos
	36 ó más
Estatura	144 ó menos
Estado civil	Soltera
Paridad	5 ó más
Partos	Traumáticas
Intervalos intergenésicos	1 año o menos
Abortos	2 ó más
Nacidos muertos	2 ó más
Hijos nacidos con bajo peso	2 ó más
Hijos con malformaciones	2 ó más
Hijos prematuros	2 ó más
Muertes neonatales	2 ó mas
Diabetes	Activa
Hipertensión	Activa
Epilepsia	Sí
Cardiopatía	Sí
Enfermedades de tiroides	Activa
Enfermedades renales	Activa
Consanguinidad	Positivo
Retaso mental	Positivo
Exposición a radiaciones	Positivo
Carga de trabajo	Exagerado
Exposición a tóxicos	
Desnutrición	Grave II
Anemia Hb en gramos	De 8
Alcoholismo	Positivo
Tabaquismo	Positivo
Farmacodependencia	Actual
Toxoplasmosis	Actual
Rubeola	Actual
Citomegalovirus	Actual
Herpes	Sí
Sífilis	Actual
Sida	Sí

2.3.3 Metas de la perinatología

La meta común de la perinatología es alcanzar el máximo de la calidad de la vida fetal, neonatal e infantil, con el fin de dar a cada individuo que se concibe la mayor oportunidad para el desarrollo físico, mental y emocional óptimo.

Esta meta se está tornando cada vez más desafiante, importante y pertinente pero difícil. Es importante porque el sistema de asistencia médica debe tener como meta primaria la prevención de las enfermedades humanas en todas sus formas, y la prevención puede ser más factible que si se comienza cuando se concibe una nueva vida, incluso antes.⁽⁴⁹⁾

En el hospital donde se realizó la investigación, las pacientes obstétricas que cursan con un embarazo de riesgo medio o alto son canalizadas al servicio de perinatología, el cual se encuentra dentro de la unidad tocoquirúrgica, para llevar a cabo una vigilancia estrecha del binomio madre-hijo durante el transcurso del embarazo, a fin de lograr el bienestar biopsicosocial de éstos.

La calidad de la producción humana es inferior a la que debiera ser, particularmente en lo que se refiere a mortalidad y morbilidad fetal y neonatal, ya que está relacionada con el uso óptimo del personal sanitario, la aplicación adecuada del dinero asignado a la asistencia de la salud, y la utiliza

[49] Howard Osofsky J. Clinicas obstétricas y ginecológicas., Ed. Interamericana, México, 1973, p. 209.

ción del avance tecnológico y de conocimientos.

En primer lugar, el potencial humano sanitario no se aplica según el grado de necesidad médica. En segundo lugar, el dinero gastado por la asistencia de salud no se aplica donde está el problema máximo. Por último, la tecnología y los conocimientos de avance rápido están comenzando a aplicar los límites de asistencia obstétrica y neonatal general.⁽⁵⁰⁾

Actualmente la perinatología cobra mayor auge, ya que en relación con otras ramas, ayuda a disminuir los índices de morbimortalidad materno-fetal, así como neonatal, contribuyendo así mismo a lograr un desarrollo óptimo del binomio madre-hijo.

En el hospital se pudo observar que en el servicio de perinatología no se ha alcanzado un desarrollo satisfactorio, no se le ha dado el impulso necesario debido a que la institución no cuenta con recursos tecnológicos y humanos que permitan proporcionar asistencia perinatal adecuada a la población obstétrica que cursa con un embarazo de riesgo medio o alto.

2.3.4 Necesidades

Analizando el problema es patente que la asistencia perinatal necesita de mayor apoyo económico, y de utilizar más la tecnología y los nuevos conocimientos.

Sobre esto se ha hecho algunos progresos, identificándose la población obs-

(50) Ibidem., p. 218.

tétrica y neonatal de alto riesgo, a la cual se le proporciona valoración adecuada y asistencia perinatal. Lo que aún no se ha alcanzado es sólo enmarcar a la población obstétrica y neonatal de riesgo alto, sino a la población obstétrica en general. (51)

En el hospital se apreció que las necesidades que demanda la población obstétrica de mediano y alto riesgo que requieren del servicio de perinatología no son cubiertas en su totalidad, por lo que se canaliza a las pacientes a otras unidades hospitalarias; con esto la paciente se ve afectada debido a las políticas institucionales.

2.3.4 Enfoque de riesgo reproductivo

La asistencia óptima del embarazo de riesgo alto se facilitaría al conocer las causas siempre que sea posible; tratar los efectos e impedir la recurrencia.

Sin embargo, identificar el embarazo con riesgo alto quizá no sea así de sencillo; de manera más especial considerando los conocimientos inadecuados acerca de la causa de morbilidad perinatal.

A pesar de no haberse logrado conocer en su totalidad los agentes o factores etiológicos y ambientales que afectan el desarrollo fetal y que causan problemas perinatales o contribuyen a causarlo, se están llevando a cabo intentos fructíferos hacia el tratamiento adecuado.

(51) ibidem., p. 219.

Las causas de morbilidad y mortalidad perinatales tienen orígenes importantes en los procesos preparativos incluso antes de la gestación.

El mayor reconocimiento de estos factores lograría mucho para poder disminuir el porcentaje creciente de niños con incapacidad congénita o de desarrollo.

Los índices de partos de mortinatos y mortalidad perinatal temprana son bastante mayores; el exceso de mortalidad guarda relación con factores demográficos, socioeconómicos y de quién reciben asistencia perinatal. Las mujeres de estos grupos presentan tendencia a dar a luz niños de bajo peso al nacer, factor que guarda relación importante con la mortalidad fetal y neonatal alta. (52)

De la infinidad de pacientes obstétricas que acuden a la Consulta Externa de obstetricia en el hospital para control prenatal, en algunas son detectados factores de riesgo reproductivo que propician embarazos de mediano y alto riesgo; en estos casos se lleva a cabo una vigilancia más estricta para disminuir los índices de morbimortalidad neonatal, debido a que en la mayoría de los casos se encuentran asociados a factores socioeconómicos y educacionales bajos.

2.3.5 Factores de riesgo reproductivo

Aubry menciona que los factores de riesgo reproductivo que guardan relación

(52) Richard Aubry. Clinicas de perinatología. (nutrición) Ed. Interamericana. México, 1975, p. 209.

con la mortalidad y morbilidad perinatal son: edad, raza, estado civil, paridad, resultados obstétricos, trastornos crónico-degenerativos, anomalías del aparato reproductor, nutrición, estado psicológico, talla y estado socioeconómico.

Los resultados obstétricos previos son un factor de riesgo plenamente comprobado, se sabe que si la paciente ha tenido muerte fetal o hijos de bajo peso al nacer, el peligro de que le ocurra este problema es por lo menos el doble que para una mujer que carece de estos antecedentes.

Las enfermedades médico-obstétricas también se han reconocido de gran importancia. Como es bien sabido, la pérdida perinatal aumenta en pacientes diabéticas, hipertensas, con trastornos endócrinos, isoimmunización, cardiopatías, etc.

Las pacientes muy jóvenes, menores de 18 años, al igual que las de años avanzados (más de 35 años), tienen mayor peligro de mortalidad y morbilidad perinatal.

Sin embargo este factor es difícil de separar de la paridad, en la cual el primer embarazo entraña riesgo alto, mayor que el segundo; después del quinto también aumenta el peligro.

En la primigrávida joven a menudo surge complicación con el estado civil, ya que los embarazos extramaritales se acompañan de mayor pérdida perinatal. (53)

[53] Richard Aubry, ibidem., p. 211.

En la Unidad Tocoquirúrgica del hospital los principales factores de riesgo que se detectaron fueron: nivel socioeconómico bajo (ya que la gran mayoría de las pacientes son amas de casa); y grandes multíparas, con lo cual disminuyen enormemente sus ingresos económicos dando por resultado productos desnutridos, de bajo peso al nacer.

Por otra parte, se encuentran pacientes obstétricas con enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva del embarazo, cardiopatías.), con lo cual aumenta las pérdidas perinatales.

Existe también un alto índice de madres solteras; esto entraña gran pérdida perinatal, debido al rechazo de la sociedad hacia éstas.

Además, existe un alto porcentaje de mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años de edad, lo cual indica un riesgo reproductivo alto.

2.3.6 Mortalidad y morbilidad perinatal

Existen entre cinco y diez millones de concepciones por año, de los cuales tres o cuatro millones terminan en abortos espontáneos precoces; esta pérdida es fortuita, porque casi la mitad de estos productos gestacionales muestran alguna anomalía genética o estructura cromosómica defectuosa o malformación. Otros pueden sufrir de viremia fetal, como la rubéola, o estar afectados por agentes patógenos no identificados.

Por lo menos un millón de embarazos son interrumpidos legal o ilegalmente, de los 3.5 millones de embarazos que cada año alcanzan las 20 semanas de gestación, aproximadamente 50,000 fetos mueren antes del parto; alrededor del primer mes de vida otros 50,000 presentan malformaciones congénitas gra

ves, pero a menudo corregibles. (54)

El alto porcentaje de morbilidad perinatal que existe en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. corresponde a abortos es pontáneos precoces o provocados ilegalmente. Cabe mencionar que una minoría abarca óbitos, muerte neonatal y malformaciones congénitas (anencefalia, microcefalia, síndrome de Down.)

2.3.6.1 Factores de morbilidad

- Historia familiar de serias anomalías hereditarias genéticas y cromosómicas.
- Antecedentes de prematuridad o de niños pequeños para su edad.
- Anomalías congénitas significativas que afecten al sistema nervioso central, cardiopulmonar, esquelético, y discrasias sanguíneas.
- Serio problema social (embarazo en la adolescencia, drogadicción, carencia de padres).
- Falta total o escasos cuidados prenatales.
- Edad menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Estatura menor de 1.50-1.55 mts. o peso pregrávidico de 20 % por debajo o por encima de los valores estándar.
- Cinco embarazos o más, especialmente cuando la paciente sobrepasa de los 35 años de edad.
- Gestación subsiguiente a una anterior dentro de un lapso de tres meses.
- Antecedentes de infertilidad prolongada y/o tratamiento con drogas esenciales o con hormonas.

- Enfermedades virales teratogénicas en el primer trimestre.
- Acontecimientos que pueden provocar estrés (emociones, hiperemesis gravídica, anestesia general, shock, accidentes críticos, y exposición extensa en la radiación).
- Hábito exagerado de fumar.
- Complicaciones obstétricas pasadas o recientes (toxemia, desprendimiento prematuro de placenta, isoimmunización, hidramnios).
- Embarazos múltiples.
- Fetos que no crecen normalmente o cuyo volúmen está en desacuerdo con el espacio.
- Ausencia o aumento mínimo de peso.
- Presentaciones anormales (pelviana, transversa, podálica).
- Feto de más de 42 semanas de gestación.
- Enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías).⁽⁵⁵⁾

La presencia de uno o varios de los factores mencionados anteriormente, contribuyen a que las pacientes obstétricas cursen con un embarazo de alto riesgo, los cuales son detectados y controlados oportunamente propician un mayor bienestar para el binomio madre-hijo, disminuyendo así los índices de morbimortalidad perinatal.

(55) Ernesto Díaz del Castillo, Avances de perinatología. Ed. Francisco Méndez Oteo, México, 1974, p. 19.

2.3.6.2 Secuelas

Entre los problemas más frecuentes de la medicina moderna se encuentran los niños prematuros y de poco desarrollo, la mayor parte de las muertes entre los recién nacidos está vinculada con el bajo peso al nacer.

La tasa de muerte entre los neonatos es de 40 veces mayor que la del niño nacido a término en pleno desarrollo, en los niños prematuros hay una incidencia 10 veces mayor de parálisis cerebral, 5 veces mayor de deficiencia mental y 7 veces mayor de malformaciones letales.

Los trastornos emocionales, la mala adaptación social, los efectos visuales y auditivos están también multiplicados y, por si esto fuera suficiente, los costos de vigilancia y médicos para proteger a estos seres son incalculables.

Considerando estos problemas desde el punto de vista social, el 10 % de estos niños son hijos de padres no casados, y casi el 50 % son de madres adolescentes. La mitad de estas mujeres se embarazan rápidamente aún antes del matrimonio.

El 2 % de los hijos de las madres adolescentes tienen un peso inferior a los 2,500 grs., y en relación con las mujeres entre los 25 y 30 años de edad, doblan el número nacido de niños de peso bajo.

De estas circunstancias, estos niños viven a menudo sin afecto y carentes de protección social. (56)

Dentro de la unidad tocoquirúrgica se detectó que con frecuencia se reali-

(56) Ralph Benson, op. cit., p. 14.

zaban yatrogenias en las pacientes obstétricas durante la atención del parto fisiológico o intervenciones quirúrgicas (cesárea), propiciando con éstas sufrimiento fetal, hipoxia, dejando graves secuelas en el producto.

2.3.7 Recién nacido de bajo peso

2.3.7.1 Concepto.

Es un niño nacido vivo con un peso al nacer de 2,500 grs. o menos, con periodo de gestación inferior a 38 semanas completas. Puede ser pequeño, de corpulencia algo menor a término después de embarazo no complicado, nacido de una mujer de talla pequeña y grupo socioeconómico bajo. (O.M.S.)

2.3.7.2 Incidencia.

La incidencia de recién nacido con peso menor de los 2,500 grs. es una medida práctica para valorar la salud durante la gestación y comprobar la morbi mortalidad neonatal de cualquier población. Sin embargo, tiene escaso significado biológico la separación tradicional de recién nacido de término y prematuro sobre la base de peso mayor o menor de 2,550 grs..

Aún con un peso inferior en ciertos pueblos y razas puede haber más niños maduros que prematuros. En algunos grupos en los que el crecimiento fetal es óptimo pueden nacer mayor número de prematuros con más de 2,500 grs. que con menos.

Finalmente, la tasa de mortalidad fetal se reduce al mínimo cuando el peso del recién nacido alcanza los 3,000 grs.

El mejor cuidado de la madre y del recién nacido ha modificado las tasas de mortalidad; pero los factores sociales, económicos y educativos que afectan a la salud de la comunidad en general y la incidencia de recién nacidos no se ha modificado. (57)

En la institución se considera como recién nacido con bajo peso al nacer a productos nacidos vivos de término con peso inferior a los 2,500 grs. La incidencia de estos productos fué mínima, generalmente tenían un peso mayor al mencionado anteriormente.

2.3.7.3 Mortalidad.

La mortalidad es inversamente proporcional al peso del recién nacido. Las diferencias socioeconómicas pueden ser un factor de prematuridad y de niños con bajo peso al nacer, por lo tanto las tasas de mortalidad están aumentadas en las clases no privilegiadas.

La ocupación de los padres está relacionada con profundas diferencias en la incidencia de prematuridad y mortalidad neonatal; habiendo mayores ventajas en las clases profesionales sobre los peones de campo o madres solteras. (58)

En la sociedad en que vivimos se puede detectar que existe un mayor porcentaje de individuos dentro del nivel socioeconómico bajo. Debido a la creciente explosión demográfica, no existen suficientes fuentes de empleo, por

(57) Ralph C. Benson, ibidem., p. 15.

(58) ibidem.

lo que los ingresos económicos son bajos, propiciando madres desnutridas y, en consecuencia hijos de bajo peso al nacer, aumentándose con esto los índices de mortalidad en este nivel.

2.3.8 Recién nacido normalmente desarrollado

A menudo se pasa por alto el hecho de que, en términos numéricos, aproximadamente el 40 % de todas las muertes perinatales ocurren después de que se ha alcanzado 37 semanas de gestación y el término de peso. Luego de haber pasado los 2500 grs., estas muertes ocurren en el periodo inmediato al nacimiento. (59)

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., no se observaron muertes neonatales en productos de término con peso normal durante la estancia en el mismo.

2.3.8.1 Objetivos.

Reducir la inmadurez por el avance en la edad fetal; cuando esto sea posible, debe ser la inquietud inicial en el tratamiento.

Reducir la mortalidad perinatal y mejorar la calidad de los sobrevivientes, con el uso óptimo de la pericia de médicos y enfermeras.

(59) Idem., p. 15

Reducir el número de recién nacidos de bajo peso, ya sea por prematuridad o hipodesarrollo.

El servicio de perinatología tiene como objetivos detectar oportunamente casos de pacientes con productos de bajo peso al nacer, dándoles el tratamiento adecuado para aumentar la calidad de sobrevivencia del neonato.

2.3.9 Embarazo de alto riesgo

2.3.9.1 Concepto.

Se considera como embarazo de alto riesgo a aquél en el que el feto tiene un aumento significativo de las posibilidades de muerte, sea antes o después de nacer. La madre puede tener un serio problema de salud, trastorno obstétrico, un ambiente social pobre o ser biológicamente susceptible a factores que predispongan a la muerte.

2.3.9.2 Antecedentes.

Desde hace mucho tiempo se sabe que la frecuencia de abortos, malformaciones congénitas así como secuelas de diversa magnitud son frecuentes en las mencionadas patologías maternas. Tampoco es ignorado el que tanto los índices de mortalidad y morbilidad son más elevados en los países de bajos recursos económicos que en los considerados desarrollados, y que en unos y otros existen grandes diferencias en dichos índices en grupos de población que cuentan con condiciones socioeconómicas distintas.

Realmente lo nuevo es exclusivamente el englobar aquellas condiciones socioeconómicas, e incluso psicológicas, que tienen efectos desfavorables, sobre todo el feto y la madre o, lo que generalmente sucede, sobre el binomio madre-hijo. La cuantificación de dichos factores adversos permite entonces tener una idea clara y práctica del citado binomio. Los peligros son de bajo, mediano y alto riesgo. (60)

2.3.9.3 Generalidades.

Las mujeres que son propensas a una mayor incidencia de morbimortalidad perinatal deberán ser detectadas durante el embarazo.

En realidad las complicaciones totalmente imprevistas no son frecuentes cuando se ha sometido a estas pacientes a un cuidado y completa observación, y en cuyo transcurso se habrá podido reconocer cualquier modificación significativa y se podrá tratar los problemas con anterioridad al parto.

Tanto el feto como la propia madre corren mayor peligro que cuando la gestación se encuentra sana.

Los índices de morbimortalidad perinatal tienen su máxima expresión en gestaciones de alto riesgo, siendo éste del 20 % aproximadamente, pero se debe tener en cuenta que es variable en diversos sectores de la población. Así mismo, en la ciudad de México, en algunas zonas residenciales es tal vez menor al 10 %, mientras en otras, las correspondientes al denominado

(60) Ernesto Díaz del Castillo, op. cit., p. 18.

cinturón de miseria, son superiores al 30 %.

En nuestro medio no contamos con estudios prospectivos que nos permitan precisar la magnitud de morbilidad perinatal, particularmente la remota o tardía, pero debemos tener presente que nuestro panorama es mucho peor que lo que respecta a abortos provocados, muerte fetal y neonatal, ya que encontramos entre otros los siguientes problemas serios:

- Elevado índice de natalidad
- Elevado índice de alto riesgo fetal
- Limitación de recursos.⁽⁶¹⁾

En nuestra sociedad el índice de crecimiento demográfico es de los más elevados del mundo, y la mayor parte de la natalidad ocurre justamente en sectores de la población de bajos recursos socioeconómicos y educacionales.

Así mismo en estos sectores son frecuentes las familias numerosas, que empiezan a constituirse en edades muy tempranas de la vida. En estas familias un embarazo sucede a otro y ello aunado a diferencias de atención médica, carencias nutricionales y condiciones de insalubridad. A causa de esto una gran cantidad de pacientes obstétricas caen dentro del rubro de embarazo de alto riesgo.

Por ello, nuestro problema no se limita al hecho de crecer con mayor rapidez que la mayor parte de los pueblos del mundo, sino incluye el que buena parte de este crecimiento está representado por seres en condiciones que distan mucho de ser las más adecuadas para un crecimiento y desarrollo óp-

(61) Ibidem., p. 20.

timo.

2.3.10 Valoración de la nutrición materna

Valorar el estado de nutrición en general, y especialmente en el embarazo es un proceso difícil. En toda mujer embarazada debe hacerse valoración normal de la adecuada nutrición. Por lo general basta sencillamente el interrogatorio y la exploración física cabales y bien hechos, además de los análisis de laboratorio que se obtienen sistemáticamente de la índole de a nálisis de orina, hematometría completa y estimación de la glucemia dos h oras después de un alimento.

A menudo es suficiente la observación cuidadosa de aumento de peso, análisis de orina y hematometría completa periodica. (62)

En el hospital, a toda paciente obstétrica que acude a control prenatal se le realizan exámenes de rutina que incluyen biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, grupo y Rh (en pacientes que no conocen su grupo sanguíneo), conociendo de esta manera el estado nutricional de la madre; éste, si es adecuado o inadecuado influye directamente en el producto propiciando un desarrollo óptimo o deficiente, en el último caso se proporciona un tratamiento oportuno que modifique los factores de riesgo nutricional.

(62) Richard Aubry, op. cit., p. 213.

2.3.10.1 Historia alimentaria.

La historia de la dieta es parte indispensable en la valoración nutricional. Se interroga sobre la importancia de factores culturales y económicos, sobre la elección, almacenamiento, preparación y distribución de la alimentación en el hogar. Es importante destacar las dietas especiales recientes o actuales, ya que éstas a menudo agotan gravemente las reservas nutricionales.

Deberá anotarse el ingreso de todos los medicamentos, porque pueden afectar de manera importante no sólo el análisis cuantitativo de ingresos, sino las pruebas de adecuación nutricional.

En toda la historia alimentaria son importantes la colaboración y la memoria de la paciente. Los sistemas de autoevaluación deben utilizarse con gran prudencia en grupos de educación baja o de pocos ingresos.

La meta de la historia alimentaria es la precisión de la cantidad y calidad del ingreso de nutrientes. Cada mujer tiene sus necesidades específicas, las cuales se pueden modificar en la medida de alarma de enfermedad o embarazo mismo. (63)

La historia alimentaria forma parte importante en la valoración obstétrica, ya que permite conocer el estado nutricional del binomio madre-hijo. Esta se realiza en el hospital en forma rutinaria en aquellas pacientes que asis

(63) ibidem., p. 214.

ten al servicio de admisión para atención obstétrica. Así mismo también se efectúan en el servicio de obstetricia de consulta externa en aquellas pacientes que acuden por primera vez.

2.3.10.2 Interrogatorio.

El interrogatorio es un buen principio para la valoración nutricional, ayuda a tener en mente los grupos de riesgo nutricional. En consecuencia, adquiere importancia en cuanto a la nutrición: la edad, la raza, estado civil, paridad, menarquía (la cual puede ser retardada por una mala nutrición en la infancia). La catamenia escasa y los ataques de amenorrea en la adolescencia a veces manifiestan mala nutrición en este grupo de edad; de manera análoga, son datos sugerentes de obesidad y anemia durante la adolescencia.

El aumento escaso de peso, la anemia, la retención excesiva de líquidos, la toxemia, los mortinatos, el nacimiento de niños de bajo peso, el parto prematuro y la infección perinatal son más frecuentes cuando existe una nutrición materna mala, por lo que se debe indicar la necesidad de valorar la nutrición más a fondo de lo acostumbrado.

Es menester comprobar debidamente el tabaquismo, uso de fármacos, la ingestión de alcohol, considerado su efecto probable sobre su ingreso nutricional y su efecto directo sobre el crecimiento y desarrollo del feto.⁽⁶⁴⁾

(64) ibidem., p. 215.

El interrogatorio constituye un medio que permite entablar relación entre la paciente obstétrica y el personal de salud para conocer los hábitos higiénico-dietéticos que mantiene la paciente.

Lo que se apreció en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.T.E., fue que mediante el interrogatorio y la observación se conocía el nivel nutricional de las pacientes obstétricas que generalmente correspondía al medio.

2.3.10.3 Exploración física.

La exploración física general es parte estándar de la asistencia prenatal. Los signos de nutrición inadecuada suelen aparecer en etapa relativamente tardía, e incluso cuando se presentan a menudo sutiles e inespecíficos. Debe tenerse cuidado para diferenciar entre los datos de importancia y las alteraciones peculiares del embarazo.

El signo de exploración más importante que guarda relación con la educación nutricional es el peso, éste es el que se observa antes de la gestación y el aumento de éste durante el embarazo, en especial en mujeres que tenían un peso bajo antes del embarazo o peso bajo para la talla; esto es indicación grave de nutrición inadecuada y se acompaña de aumento notable de número de niños de bajo peso al nacer.

Descubrir obesidad merece comentario especial; la obesa del grupo económico pobre tiene probabilidad de presentar bajo ingreso de hierro y proteínas en

comparación con la paciente normal. (65)

La exploración física es realizada a través de la inspección, palpación, auscultación y somatometría en las pacientes obstétricas que acuden al hospital, lo que permite conocer el estado de salud materno-fetal.

2.3.10.4 Estudios de laboratorio.

Los análisis de laboratorio de adecuación nutricional materna son muy valiosos pero a veces complejos. Son valiosos por que por lo regular las pruebas de laboratorio manifiestan mala nutrición antes de que se torne clínicamente patente. Son complejos porque las concentraciones de sangre u orina amenudo se modifican en el embarazo normal.

Los valores absolutos de las sustancias en el plasma y la orina deben de interpretarse con cuidado bajo dos aspectos:

- En primer lugar, cada resultado de laboratorio puede variar de acuerdo con la metodología y la técnica.
- En segundo lugar, los límites de valores normales y su diferenciación de un valor critico para precisar un estado carencial, probablemente siempre siempre sea tema de discusión.

Hasta fecha reciente los análisis de laboratorio de la nutrición de proteínas se han limitado a las séricas totales y a las seroalbúminas. La utili-

(65) ibidem., p. 215.

dad de estos exámenes se ha visto disminuida, ya que las concentraciones disminuyen en el embarazo normal, al parecer por causa del efecto de dilución por la dilatación del aumento plasmático. Además, puede ocurrir carencia de proteínas séricas sin modificación notable en la concepción. (66)

Los estudios de laboratorio que se efectúan a las pacientes obstétricas que acuden al hospital no incluyen los de adecuación nutricional, ya que éstos sólo los limitan a los de rutina, mencionados anteriormente.

(66) Ibidem., p. 216.

3. METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

H_1 La educación en la utilización de métodos de Planificación Familiar influyen para evitar los factores de riesgo reproductivo en los pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

3.1.2 De Trabajo

H_2 La mayor educación y mayor utilización de métodos de Planificación Familiar, trae como consecuencia menor factor de riesgo reproductivo en las pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E, en el D.F.

3.1.3 Nula

H_0 La educación y los métodos de Planificación Familiar no influyen en los factores de riesgo reproductivo en los pacientes que acuden a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.

3.2 Variables e indicadores

3.2.1 Variable independiente

EDUCACION.

- Transmisión de habilidades y pautas culturales.
- Reciprocidad de conocimientos.
- Modificación de conductas.
- Preparación, instrucción y orientación en la persona.
- Ideales y valores de cada persona.
- Formación del individuo mediante el aprendizaje.
- Probabilidad de desarrollo mediante la orientación.
- Conocimiento de la realidad.
- Participación del individuo en la sociedad.
- Toma de decisiones y responsabilidades.

3.2.2 Variable dependiente

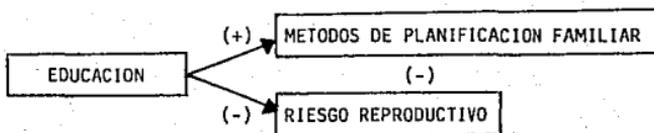
Planificación familiar

- Decisión del número de hijos.
- Conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar.
- Regulación del momento del embarazo.
- Impedir temporalmente o de forma permanente el embarazo.
- Orientación sobre los diferentes Métodos de Planificación Familiar.
- Revisión médica continua del Método Anticonceptivo.
- Ingestión de píldoras Anticonceptivas.
- Abstinencia sexual durante el periodo fecundo.
- Método anticonceptivo definitivo.
- Aplicación del D.I.U. postparto.

Riesgo reproductivo

- Abortos habituales espontáneos.
- Probabilidad de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar embarazo.
- Presencia de enfermedades crónico degenerativas.
- Antecedentes de Toxicomanías.
- Antecedentes de enfermedades infecto contagiosas.
- Peso previo del embarazo menor de 40 Kg. o mayor de 80 Kg.
- Talla menor de 1.45 cm.
- Antecedentes de malformaciones congénitas.
- Edad menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Recién nacido con peso inferior a los 2,500 gr.

3.2.3 Modelo de relación causal.



3.3 Tipo y diseño

3.3.1 Tipo

La investigación realizada para la elaboración de esta tesis es de tipo descriptivo, ya que se enmarca el problema con base en experiencias personales y de contacto directo, así como en referencias bibliográficas.

3.3.2 Diseño

La relación de datos para la formación del marco teórico se realizó por medio de la investigación bibliográfica; para la tesis se siguen los pasos y elementos de la investigación científica proporcionados durante el transcurso del Seminario de Tesis; cursado en el octavo semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Refiriéndonos a la recopilación de datos, esto se efectuó a través de la aplicación de cuestionarios.

3.4 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE TRABAJO.

3.4.1 Fichas de trabajo.

Por medio de este instrumento de trabajo se ordenaron y clasificaron los datos consultados de la lectura realizada, incluyendo observaciones que se hicieron acerca de las citas de los autores.

3.4.2 Entrevista.

Esta técnica nos permitió obtener las opiniones de las pacientes en forma directa por medio del entrevistador.

3.4.3 Cuestionario

Este instrumento de trabajo permitió obtener datos claros y precisos del

fenómeno en estudio al aplicarse a cierta cantidad de personas involucradas en ello.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

4.1.1 Universo.

Son los 1485 pacientes que acuden mensualmente al Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

4.1.2 Poblacion.

Son las 675 pacientes que acuden cada mes a la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

4.1.3 Muestra.

Son las 300 pacientes de puerperio fisiológico y quirúrgico, egresadas del 2º piso (habitación conjunta), 6º piso y consulta externa (obstetricia) del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Con los datos obtenidos de la entrevista y de la aplicación de cuestionarios, se realizó en procesamiento de datos, por medio de tabulación y tarjetas simples, que a continuación se presenta:

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

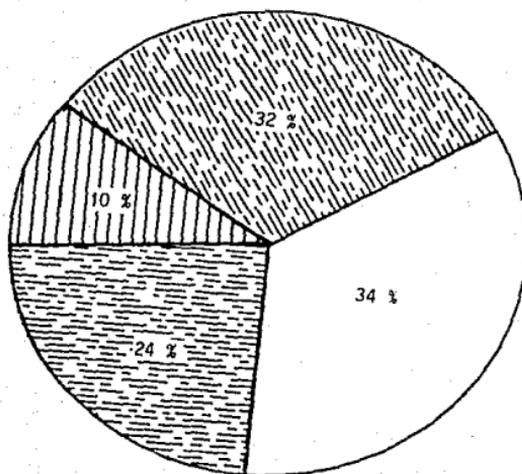
1989

O P C I O N E S	FC	%
15 - 20	10	10
21 - 25	32	32
26 - 30	34	34
Más de 31	24	24
T O T A L E S	100	100

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS DE LA INVESTIGACION: INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN LA UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR COMO ESTRATEGIA PARA EVITAR LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

GRAFICA No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 34 % DE LA EDAD DE LAS PACIENTES SE ENCUENTRAN ENTRE
26 - 30 AÑOS, SOLO EL 10 % CORRESPONDE A EDADES DE 15 - 20
AÑOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

Ocupación de las pacientes de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

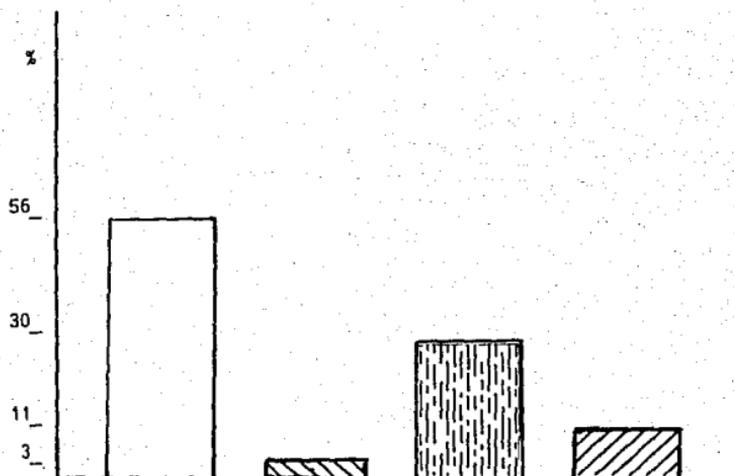
1989

O P C I O N E S	FC	%
Ama de casa	56	56
Comerciante	3	3
Empleada	30	30
Otro	11	11
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 2

OCUPACION DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 56 % DE OCUPACION DE LAS PACIENTES CORRESPONDE A AMA DE CASA Y SOLO EL 3 % SE DEDICA AL COMERCIO.

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

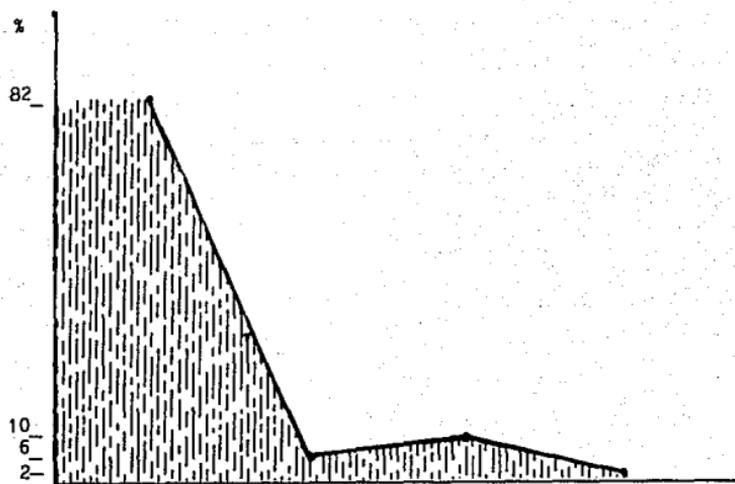
1989

O P C I O N E S	FC	%
Casada	82	82
Soltera	6	6
Unión libre	10	10
Divorciada	2	2
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 82 % DEL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CORRESPONDE A CASADAS Y EL 2 % DE ESTAS ES DIVORCIADA.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 4

GRADO ESCOLAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

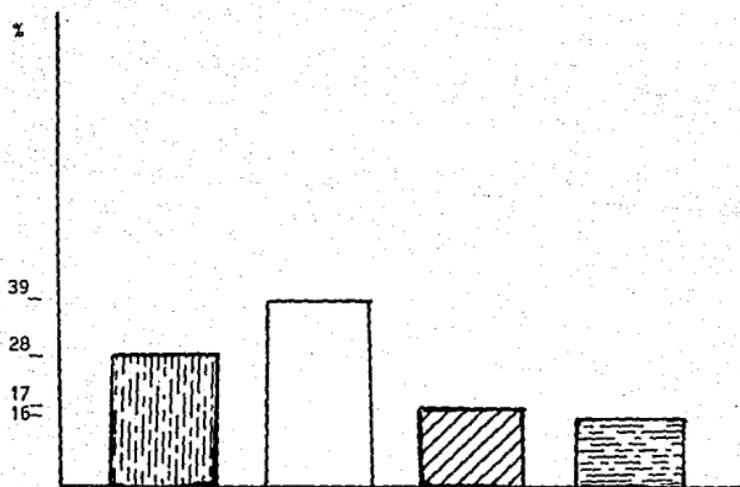
1989

O P C I O N E S	FC	%
Primaria	28	28
Secundaria	39	39
Preparatoria o equivalente	17	17
Profesional	16	16
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 4

GRADO ESCOLAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 39 % DE LAS PACIENTES CUENTAN CON UN GRADO ESCOLAR CORRESPONDIENTE AL NIVEL MEDIO BASICO Y UNICAMENTE UN 16 % A PROFESIONAL.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 5

No. DE HIJOS DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

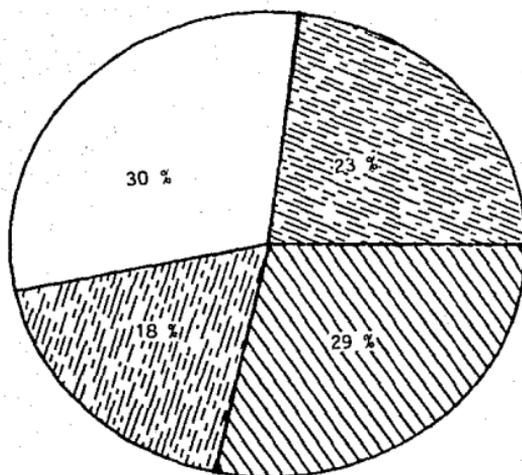
1989

O P C I O N E S	FC	%
1	29	29
2	30	30
3	23	23
4 o más	18	18
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 5

NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 30 % DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL TIENEN 2 HIJOS Y EL 18 % TIENE DE 4 A MAS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 6

INFORMACION TRANSMITIDA A LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

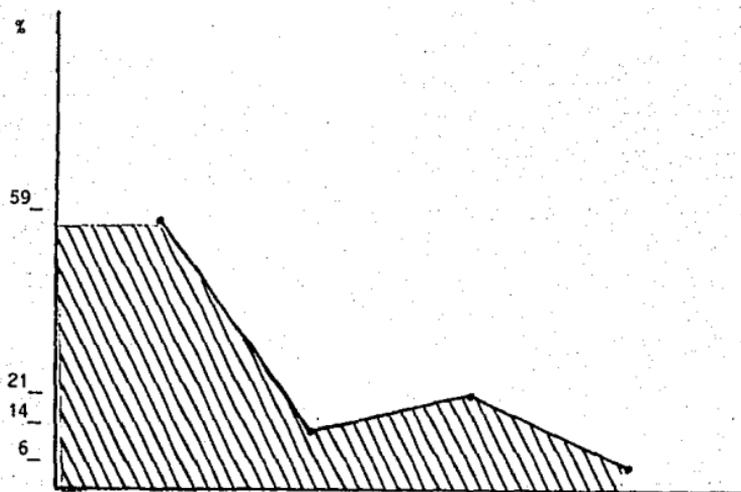
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, nunca me informaron nada, porque no pregunte	59	59
Si, pero no fué muy clara	14	14
Si, me dieron buena información	21	21
No me interesó porque me sentia mal	6	6
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 6

INFORMACION TRANSMITIDA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 59 % DE LAS PACIENTES NUNCA FUERON INFORMADAS SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO, DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL; POR FALTA DE PARTICIPACION DE EL PERSONAL DE SALUD, ASI COMO FALTA DE INTERES DE LA PACIENTE. EL 6 % NO LES INTERESO LA INFORMACION PORQUE SE SENTIA MAL EN ESE MOMENTO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 7

ORIENTACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

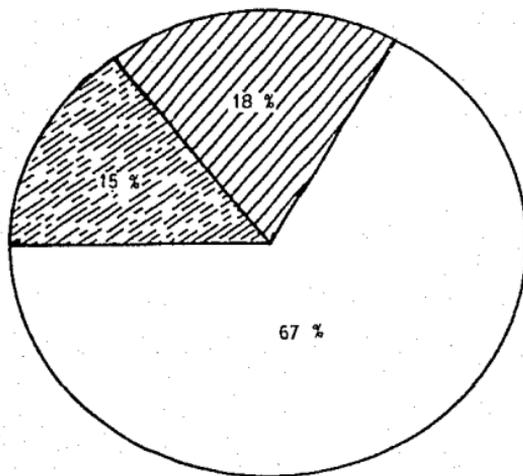
1889

O P C I O N E S	FC	%
No recibí información, pero he oído hablar de ello	67	67
Si, pero no fué muy clara	15	15
Si fué bastante completa, porque preste atención	18	18
No, porque mi religión no me lo permite	0	0
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 7

ORIENTACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 67 % DE LAS PACIENTES NO RECIBIERON INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR, PERO HAN OIDO HABLAR DE ELLOS. EL 0 % NO SE LE DIO ORIENTACION DEBIDO A SU RELIGION.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 8

ORIENTACION ADECUADA SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

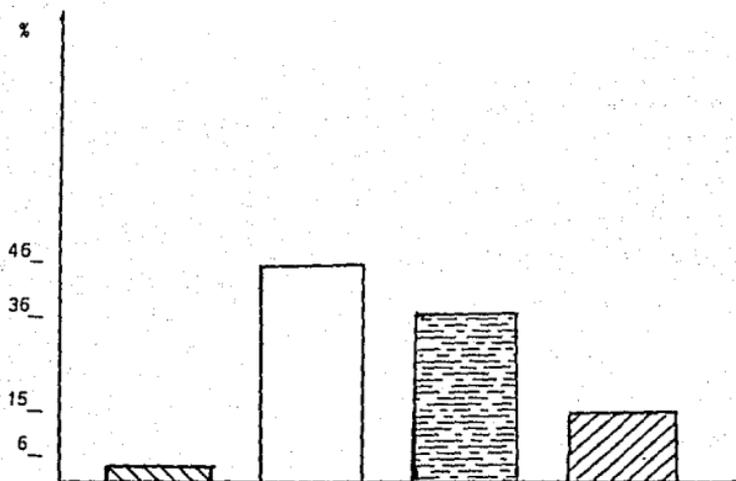
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque una persona adulta es difícil que cambie su conducta	3	3
Si, pero la orientación debe ser muy clara para que pueda influir en las personas	46	46
Depende de las ideas de cada persona, porque cada uno valora si es en su beneficio o no	36	36
No, pero seria conveniente que las personas cambiaran su conducta para lograr un beneficio individual y colectivo	15	15
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 8

ORIENTACION ADECUADA SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 46 % DE LAS PACIENTES CREEN QUE UNA PERSONA ADULTA PUEDE MODIFICAR SU CONDUCTA SI RECIBE ORIENTACION ADECUADA SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. EL 3 % NO CREE QUE SE PUEDA MODIFICAR LA CONDUCTA, PORQUE ES DIFICIL.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 9

UTILIDAD DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

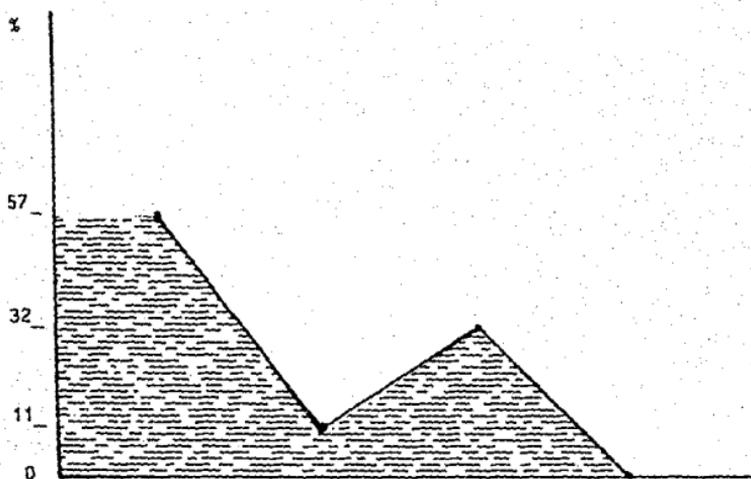
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, llevo a cabo un método	57	57
No, porque a veces fallan	11	11
Si, pero no los utilizo	32	32
No, ya que es pecado porque Dios manda a los hijos	0	0
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 9

UTILIDAD DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 57 % DE LAS PACIENTES CONSIDERA UTILES LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y LLEVA ACABO UN METODO. EL 0 % NO LOS CONSIDERA UTILES PORQUE ES PECADO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 10

EDUCACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA CAMBIAR LA FORMA DE PENSAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

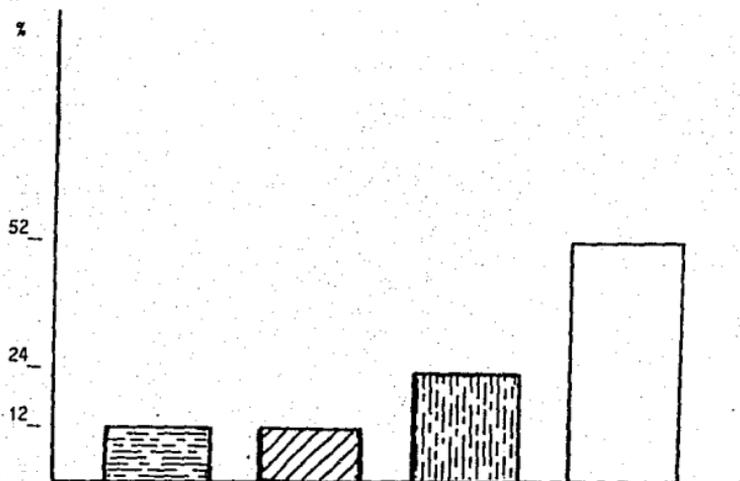
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, nada hara cambiar mis ideales, porque son arraigados	12	12
Si, porque la información dada ha despertado mi interés	12	12
Si, porque ya planifico mi familia	24	24
Si, porque es en mi beneficio	52	52
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 10

EDUCACION SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA CAMBIAR LA FORMA DE PENSAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 52 % DE LAS PACIENTES HA CAMBIADO SU FORMA DE PENSAR AL RECIBIR EDUCACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PORQUE ES EN SU BENEFICIO. EL 12 % NO HA CAMBIADO SU PENSAMIENTO PORQUE TIENEN IDEALES MUY ARRAIGADAS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 11

APRENDIZAJE SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE PUEDEN UTILIZAR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

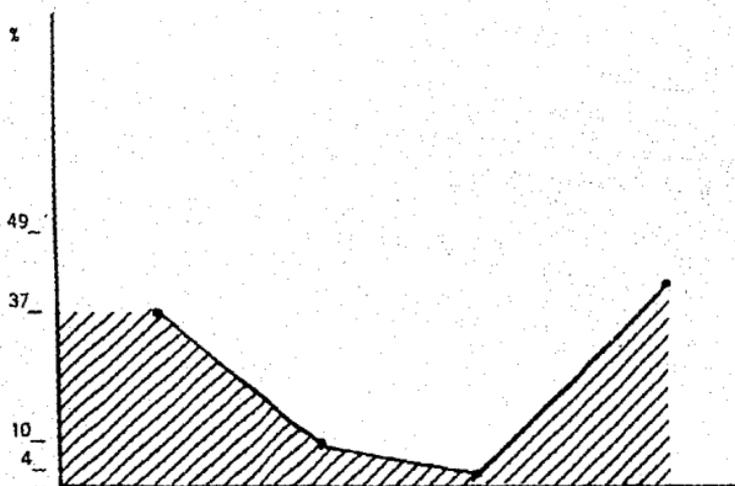
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, porque me enseñaron mucho y resolvieron mis dudas	37	37
No aprendí nada, porque estaban muy ocupados	10	10
No tengo interés en ello, porque considero que son malos	4	4
Más o menos, pero me quedaron dudas	49	49
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 11

APRENDIZAJE SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE PUEDEN UTILIZAR LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 49 % DE LAS PACIENTES APRENDIO QUE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR PUEDE UTILIZAR PERO AUN LES QUEDARON DUDAS. EL 4 % NO TUVO INTERES EN APRENDER PORQUE CONSIDERA QUE SON MALOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 12

RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL DE SALUD DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

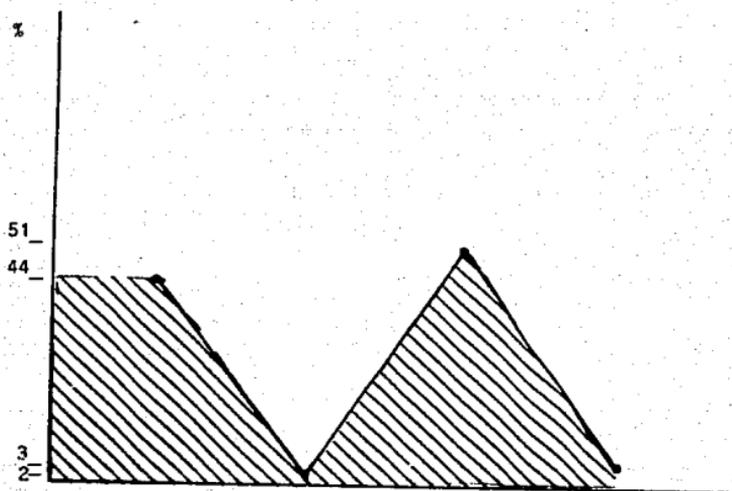
1989

O P C I O N E S	FC	%
Buenas, porque aprendí cosas que no sabía	44	44
Malas, porque no escucharon mis experiencias	2	2
Regulares, porque conviví poco con el personal	51	51
No quise interrelacionarme con el personal porque se portaban mal	3	3
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 12

RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL DE SALUD DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 51 % DE LAS PACIENTES TUVO REGULARES RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL DE SALUD , YA QUE CONVIVIO POCO CON EL. EL 2 % FUERON MALAS LAS RELACIONES PORQUE NO ESCUCHARON SUS EX PERIENCIAS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO Nc. 1

CUADRO No. 13

CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS EN FAMILIAS NUMEROSAS DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

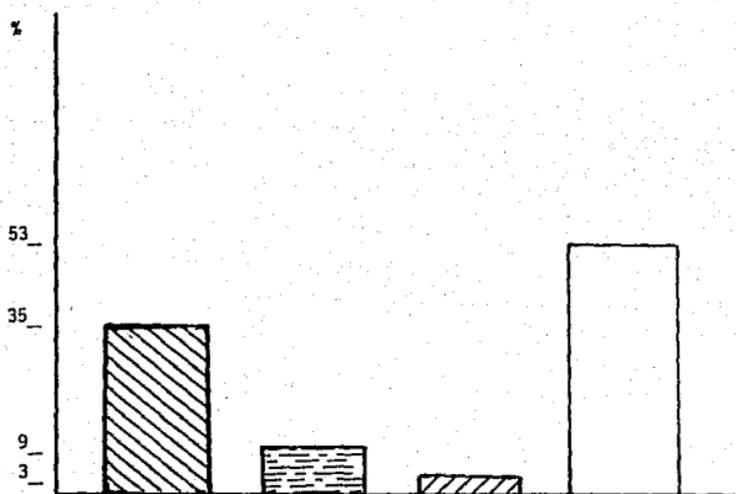
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si es muy problematico, porque luego no alcanza el dinero	35	35
No, porque mi familia es pequeña	9	9
No, porque mi esposo y yo trabajamos	3	3
Si conozco los problemas, por eso pienso adoptar un método	53	53
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 13

CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS EN FAMILIAS NUMEROSAS EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 53 % DE LAS PACIENTES CONOCEN LOS PROBLEMAS QUE ACARREA UNA FAMILIA NUMEROSA, POR LO QUE PIENSAN ADOPTAR UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR. EL 3 % NO CONOCE DICHOS PROBLEMAS PORQUE TRABAJAN AMBOS CONYUGES.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 14

DECISIONES EN PAREJA DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL O.F.

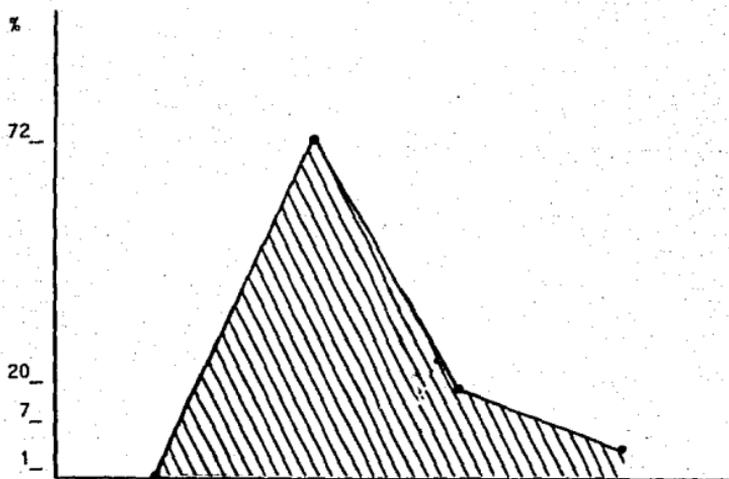
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque mi esposo toma las decisiones	1	1
Si, porque nos llevamos muy bien	72	72
A veces, pero luego no estamos de acuerdo	20	20
No, yo soy libre de decidir, porque él nunca esta	7	7
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA NO. 14

DECISIONES EN PAREJA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 72 % DE LAS PACIENTES TOMAN DECISIONES EN PAREJA PORQUE SE LLEVAN BIEN Y EL 1 % DE ELLAS NO TOMA DECISIONES, DEBIDO A QUE LAS TOMA EL ESPOSO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 15

PARTICIPACION EN PLATICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

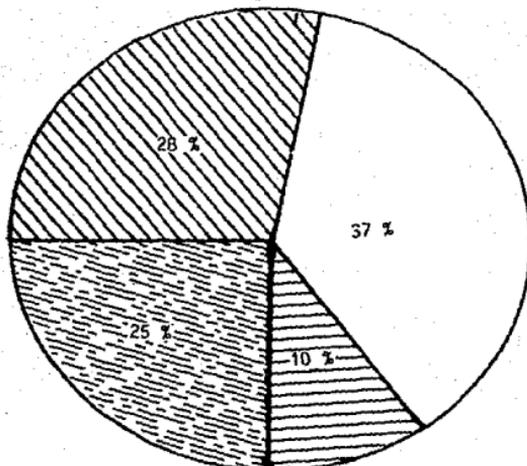
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, he dado orientación a mis vecinas, porque he asistido a pláticas	28	28
No, porque no he tenido oportunidad	37	37
No, porque mi esposo no me deja	10	10
Solo con mis familiares, porque no tengo confianza en los demás	25	25
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 15

PARTICIPACION EN PLATICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 37 % DE LAS PACIENTES, NO HA PARTICIPADO EN PLATICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, PORQUE NO HAN TENIDO OPORTUNIDAD. OTRO 10% TAMPOCO HAN PARTICIPADO PORQUE NO LAS DEJAN SUS ESPOSOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 16

DECISION DEL No. DE HIJOS EN PAREJA DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

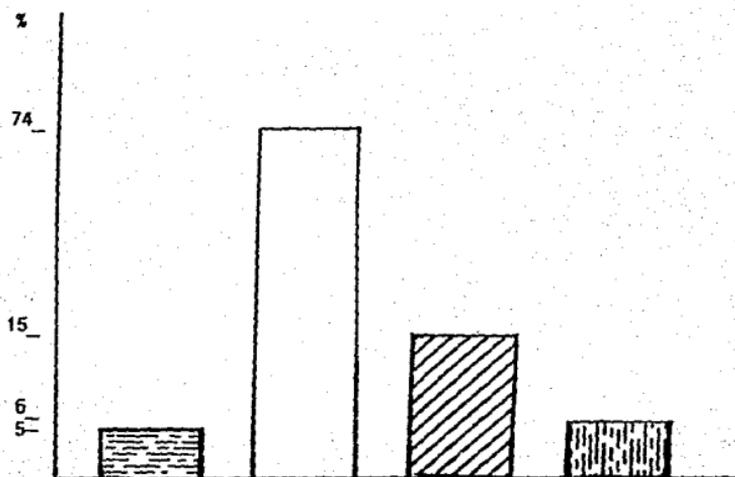
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque él quiere tener los hijos que Dios nos mande	5	5
Si, porque estamos de acuerdo en tener pocos hijos	74	74
No, sabemos cuantos hijos tener todavía aún	15	15
No, porque yo soy sola	6	6
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 16

DECISION DEL NUMERO DE HIJOS EN PAREJA DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 74 % DE LAS PACIENTES HAN DECIDIDO CON SUS ESPOSOS EL NUMERO DE HIJOS QUE DECEAN TENER, PARA TENER POCOS HIJOS. EL 5 % NO HA DECIDIDO AUN, DEBIDO A QUE LOS ESPOSOS QUIEREN LOS QUE DIOS LES MANDE.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 17

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE EXISTEN DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

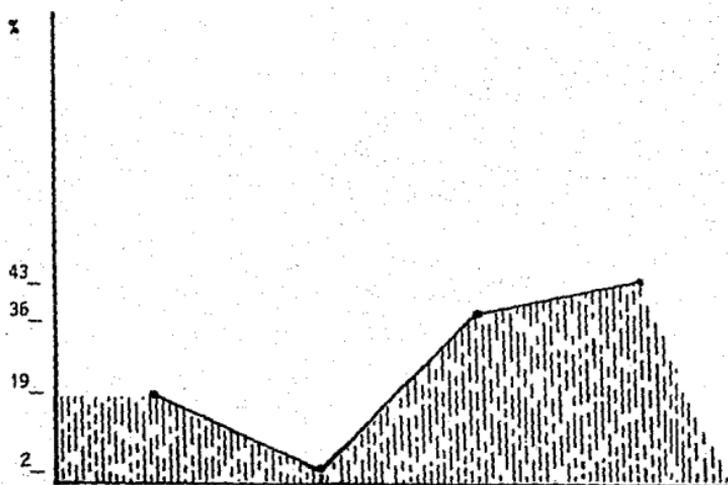
1989

T O T A L E S	FC	%
Si conozco algunos, pero no confio en ellos	19	19
No nunca he oído hablar de ellos, porque nadie me ha <u>in</u> formado	2	2
Si conozco pero no utilizo ninguno	36	36
Si, porque utilizo _____	43	43
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 17

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE EXISTEN, DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 43 % DE LAS PACIENTES CONOCEN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE EXISTEN Y UTILIZAN ALGUNO DE ESTOS. EL 2 % NUNCA HA OIDO HABLAR DE ELLOS PORQUE NADIE LES HA INFORMADO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 18

PLANEACION DEL MOMENTO PARA TENER OTRO HIJO DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S T.E., EN EL D.F.

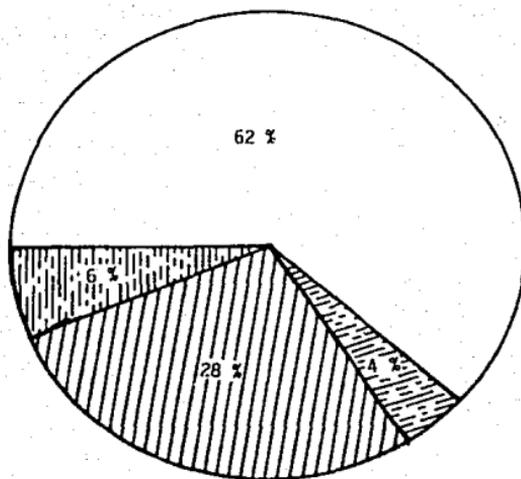
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, para no tenerlos tan seguido	62	62
No, porque deecemos tener los hijos que Dios nos mande	4	4
Si, pero me fallo el método que utilizaba	28	28
A veces si nos ponemos de acuerdo, pero luego discutimos	6	6
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 18

PLANEACION DEL MOMENTO PARA TENER OTRO HIJO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S. T.F., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 62 % DE LAS PACIENTES PLANEAN EL MOMENTO PARA TENER UN HIJO, PARA NO TENERLOS TAN SEGUIDOS. EL 4 % NO EFECTUA DICHA PLANEACION, PORQUE DESEAN TENER LOS HIJOS QUE DIOS LES MANDE.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 19

UTILIZACION DE ALGUN METODO PARA NO EMBARAZARSE PRONTO O LA REALIZACION DE LA SALPINGOCLASIA COMO FORMA DEFINITIVA, ADOPTADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

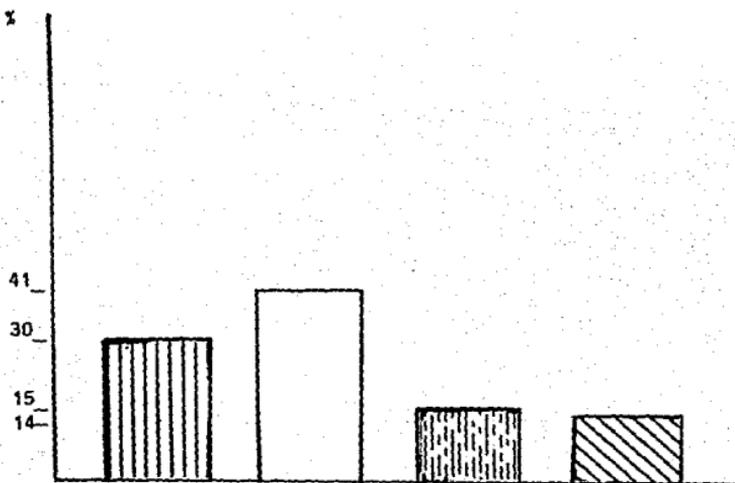
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si deceso operarme	30	30
No, aún no me he decidido, porque no se que método utilizar	41	41
Si, me pusieron el D.I.U., porque con el me controlo	15	15
No uso nada para controlarme, porque me da miedo	14	14
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 19

UTILIZACION DE ALGUN METODO PARA NO EMBARAZARSE PRONTO O LA REALIZACION DE LA SALPINGOCLACIA COMO FORMA DEFINITIVA, ADOPTADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 41 % DE LAS PACIENTES NO HAN ADOPTADO NINGUN METODO POR LA FALTA DE ORIENTACION, ASI COMO UN 14 % NO UTILIZA NADA POR MIEDO QUE LES PROVOQUE ALGUNA ALTERACION.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 20

ORIENTACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR RECIBIDA POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

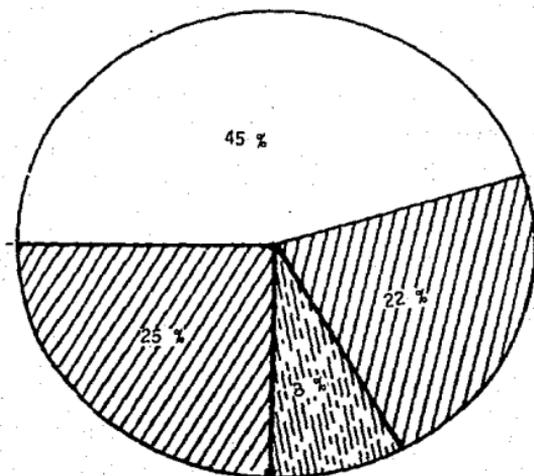
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, he tenido mucha información porque me interesa	45	45
Poco, aún tengo dudas pero no se a quien recurrir	22	22
Nunca me han informado porque no he preguntado	8	8
Si, pero no se que método utilizar	25	25
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 20

ORIENTACION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR RECIBIDA POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: LAS PACIENTES QUE HAN TENIDO ORIENTACION ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ES DEL 45 %, EN CAMBIO UN 8 % NO HA TENIDO INFORMACION DE ELLOS POR FALTA DE INTERES.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 21

UTILIZACION DE PASTILLAS O INYECCIONES COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

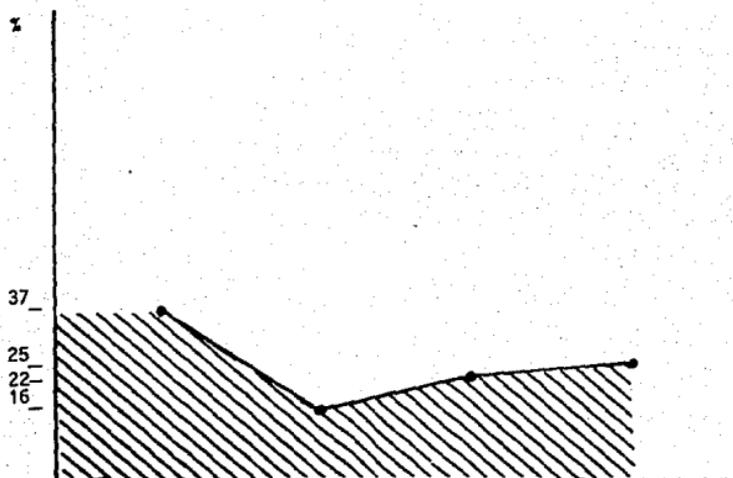
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque no me gusta tomar pastillas o que me inyecten	37	37
Si pero me embarace porque me descuide	16	16
Nunca me he controlado porque apenas me case	22	22
Si, me ha dado buen resultado porque siempre tomo pastillas o me inyecto	25	25
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 21

UTILIZACION DE PASTILLAS O INYECCIONES COMO METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 37 % DE LAS PACIENTES NO INGIERE PASTILLAS NI SE INYECTAN POR NO GUSTARLES, EN CAMBIO EL 16 % SI UTILIZAN ESTOS METODOS PERO NO LES DIERON RESULTADOS POR MAL USO DE LOS MISMOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

CUADRO No. 22

REVISION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

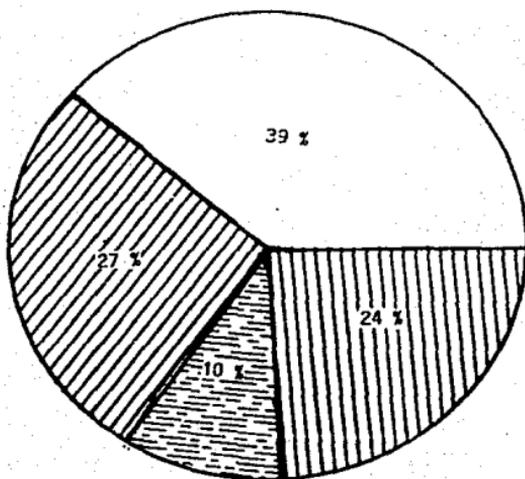
1989

O P C I O N E S	FC	%
Sí, voy cada que me citan, porque no quiero que me cause problemas	24	24
Nunca voy, porque me hacen perder el tiempo	10	10
A veces voy a que me chequen, porque es necesario	27	27
No, porque no uso ningún método	39	39
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 22

REVISION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 39 % DE LAS PACIENTES NO ACUDEN A REVISION DEL METODO PORQUE NO UTILIZAN NINGUNO PARA SU CONTROL Y EL 10 % NO ACUDE POR LA PERDIDA DE TIEMPO EN LA INSTITUCION.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 23

DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

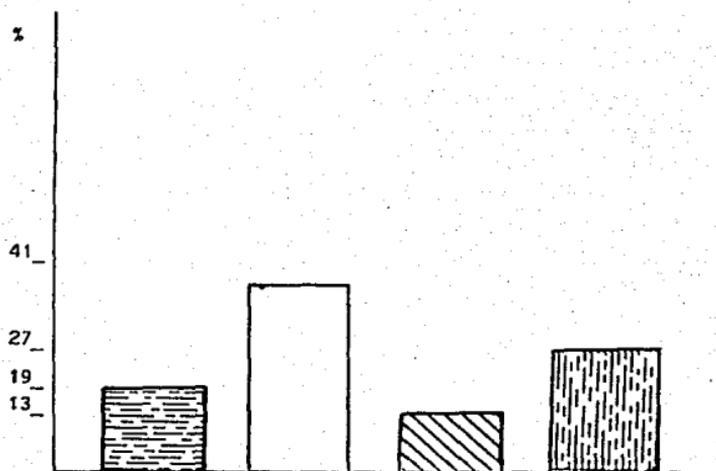
1989

O P C I O N E S	FC	%
Ritmo o cito interrumpido	19	19
Pastillas, ovulos, D.I.U., inyecciones o condón	41	41
Me operé, porque no queria tener más hijos	13	13
Ninguno	27	27
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 23

DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: LOS METODOS MAS USUALES SON LAS PASTILLAS, INYECCIONES, CONDO-
NES, OVULOS Y D.I.U. TENIENDO UN PORCENTAJE DEL 41 Y UN 13 %
DE LAS PACIENTES SE OPERAN PARA YA NO TENER HIJOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 24

COLOCACION DEL D.I.U. POSTPARTO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGI
CA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL
D.F.

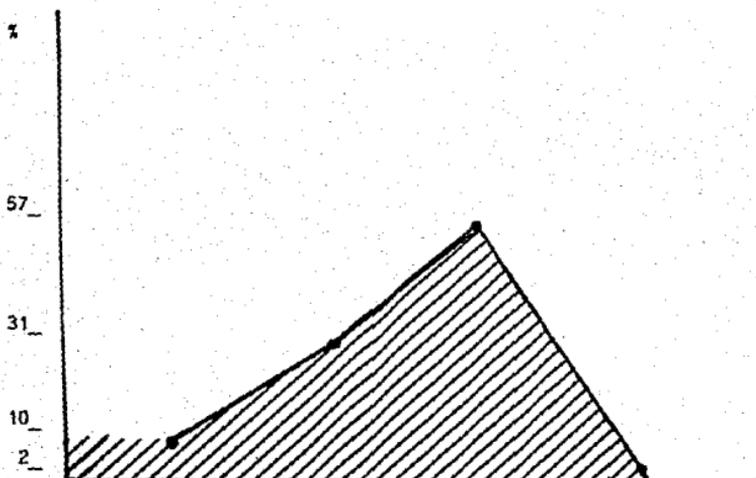
1989

O P C I O N E S	FC	%
Sí, porque lo solicite previamente	10	10
No deje que me lo pusieran, porque me embarace con el	31	31
No, porque no había en ese momento	57	57
Sí, pero yo no lo quería	2	2
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 24

COLOCACION DEL D.I.U. POSTPARTO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: LA COLOCACION DEL D.I.U. POSTPARTO FUE MINIMA YA QUE AL 57 % DE LAS PACIENTES NO SE LE PUSO POR NO HABER EN ESE MOMENTO, Y UNICAMENTE AL 2 % SE LE COLOCO SIN SU CONSENTIMIENTO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO NO. 25

ACEPTACION DE UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR COMO FORMA DEFINITIVA PARA NO TENER HIJOS, ADOPTADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

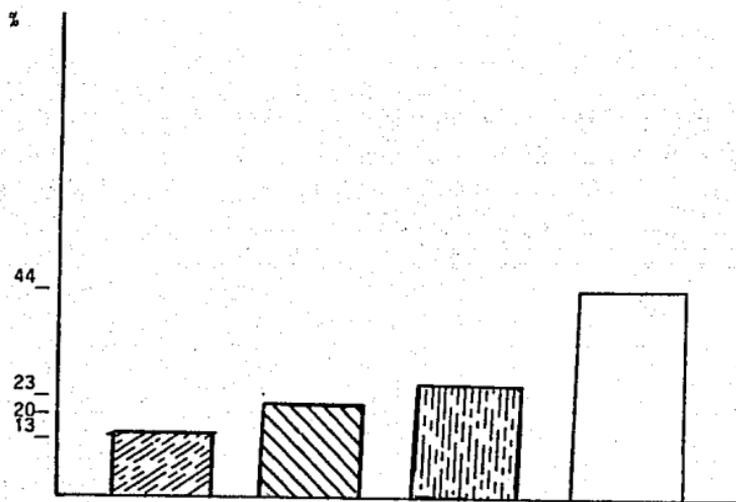
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, ya me opere porque yo lo solicite	13	13
Si, deceo operarme porque es necesario	20	20
No, porque mi esposo se va ha operar	23	23
No, mi esposo no me deja, porque quiere tener más hijos	44	44
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 25

ACEPTACION DE UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR COMO FORMA DEFINITIVA PARA NO TENER HIJOS, ADOPTADO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 44 % DE LAS PACIENTES NO SE SOMETEN A OPERACION DEBIDO A QUE SUS ESPOSOS NO ESTAN DE ACUERDO, UNICAMENTE EL 13 % ES OPERADA PORQUE LO SOLICITAN CON ANTICIPACION.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 26

ABORTOS PRESENTADOS POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURUGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

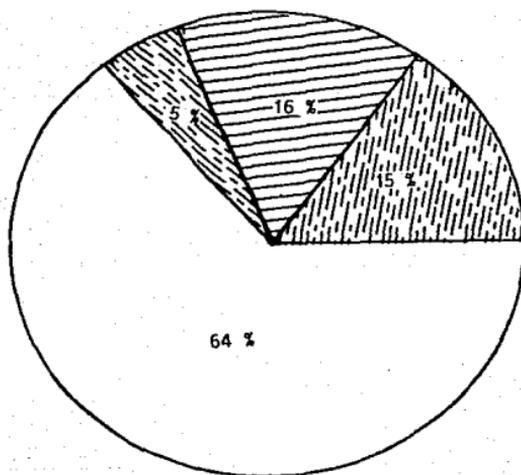
1989

D O P C I O N E S	FC	%
No, nunca he abortado, porque he llevado un control perinatal	64	64
Solo tuve amenaza de aborto, pero estuve bajo control	15	15
SI, he abortado una o varias veces, pero no se la causa	16	16
SI, aborte porque no deceaba tener un hijo	5	5
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO NO. 1

GRAFICA .No. 26

ABORTOS PRESENTADOS POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 64 % DE LAS PACIENTES CURSAN UN EMBARAZO NORMAL POR LLEVAR CONTROL ,PRENATAL. UNICAMENTE EL 5 % ABORTAN POR SER PRODUCTOS NO DESEADOS.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 27

ORIENTACION SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

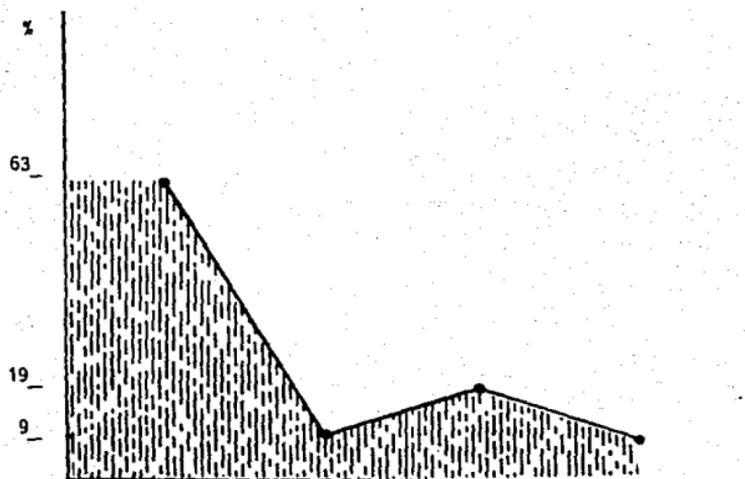
1989

O P C I O N E S	FC	%
No se lo que me pregunta, pero me gustaría saberlo	63	63
Si, me informaron en el hospital porque estuve muy delicada durante mi embarazo	9	9
He oido hablar poco de ello, pero no he prestado atención	19	19
Si, he tenido mucha información, porque me interesa	9	9
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO NO. 1

GRAFICA No. 27

ORIENTACION SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: LA ORIENTACION SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO ES CASI NULO, YA QUE EL 63 % NO SABE DE LO QUE SE TRATA, Y SOLAMENTE EL 9 % SI SABE DE EL, POR HABER ESTADO HOSPITALIZADO POR ALGUNO DE SUS FACTORES

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 28

ENFERMEDAD QUE COMPLICA EL TRANCURSO DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

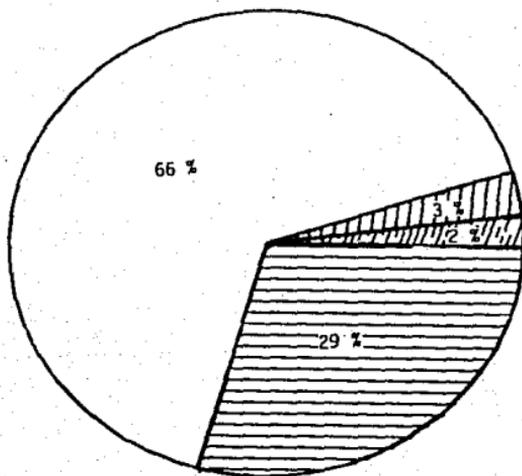
1989

O P C I O N E S	FC	%
Sí, pero estuve bajo control médico	29	29
No, porque mis embarazos han sido normales	66	66
Sí, pero no tuve atención médica	3	3
No me acuerdo, porque mi último embarazo fué hace mucho tiempo	2	2
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 28

ENFERMEDAD QUE COMPLICA EL TRANCURSO DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I. S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 66 % DE LAS PACIENTES CURSAN EMBARAZOS NORMALES Y UN 2 % NO RECUERDA HABER TENIDO ALGUNA ALTERACION DURANTE SU EMBARAZO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 29

RELACION DE PACIENTES QUE FUMAN, TOMAN O CONSUMEN ALGUNA DROGA: DETECTADAS DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

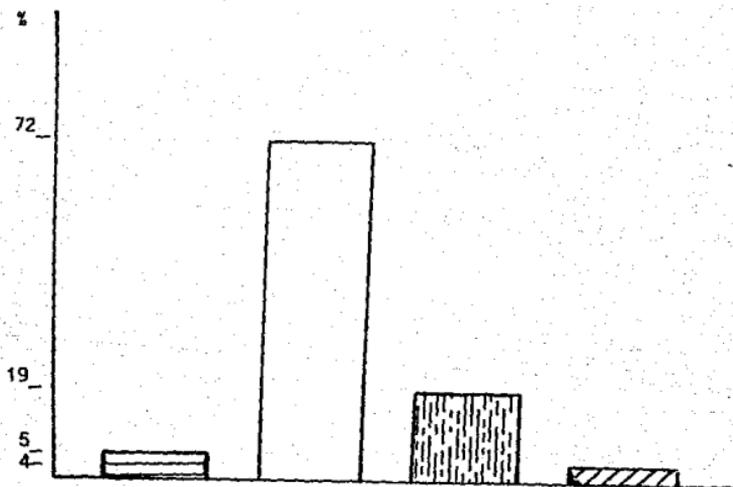
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, pero lo suspendi durante el embarazo	5	5
Nunca he tenido alguno de estos vicios, porque son malos	72	72
Si, pero solo en raras ocasiones	19	19
Si, tomo o fumo aún estando embarazada, pero en poca cantidad	4	4
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 29

RELACION DE PACIENTES QUE FUMAN, TOMAN O CONSUMEN ALGUNA DROGA, DETECTADAS DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: LAS PACIENTES QUE NO TIENEN NINGUN VICIO ESTANDO O NO EMBARAZADAS ES DEL 72 %, ENCAMBIO EXISTE UN 4 % QUE FUMAN O TOMAN AUN ESTANDO EN ESTADO GRAVIDICO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 30

CONTROL MEDICO PARA LA DETECCION DE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

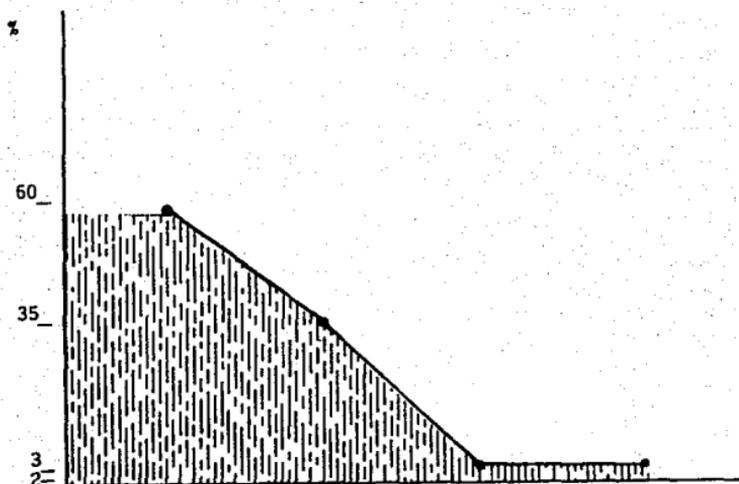
1989

O P C I O N E S	FC.	%
Nunca se me ha ocurrido, porque no me he sentido mal	60	60
Sí, porque aunque estoy sana, llevo control médico	35	35
Sí, me detectaron una enfermedad, pero tuve atención oportuna	3	3
Me realizaron estudios, pero no me dieron resultados	2	2
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 30

CONTROL MEDICO PARA LA DETECCION DE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 60 % DE LAS PACIENTES NO SE SOMETEN A NINGUN ESTUDIO MEDICO DEBIDO A QUE NO SIENTEN MALESTARES. EL 2 % SE REALIZO ESTUDIOS PERO NO SABEN CUAL FUE EL RESULTADO DEL MISMO.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 31

CONOCIMIENTO DEL PESO ANTES DEL EMBARAZO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN EL D.F.

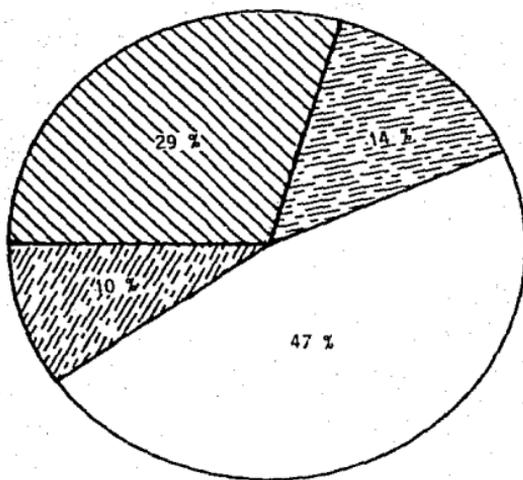
1989

O P C I O N E S	FC	%
No se, pero me dijeron que tenia el peso ideal	29	29
Nunca me he pesado, porque no he tenido tiempo	14	14
Sí, conozco mi peso, porque siempre me he pesado	47	47
No se cuanto peso, pero creo que estoy desnutrida	10	10
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 31

CONOCIMIENTO DE SU PESO ANTES DEL EMBARAZO POR LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TO
COQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.
EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 47 % DE LAS PACIENTES SI TIENEN CONOCIMIENTO DEL PESO QUE TE-
NIAN ANTES DEL EMBARAZO. EL 10 % DE ESTAS PACIENTES SE CONSIDE-
RAN QUE TIENEN UN GRADO DE DESNUTRICION.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO NO. 32

RELACION DE PACIENTES QUE SABEN CUAL ES LA ESTATURA IDEAL PARA TENER UN HIJO, DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

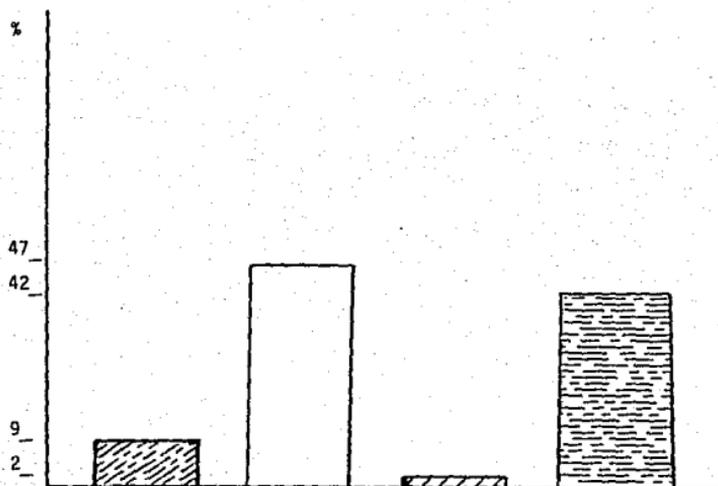
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si, la estatura minima es de 1.50 mts.	9	9
No, nunca me han dicho, porque no he preguntado	47	47
Me dijeron, pero lo olvide	2	2
No, pero no creo que haya estatura ideal para tener un hijo	42	42
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 32

RELACION DE PACIENTES QUE SABEN CUAL ES LA ESTATURA IDEAL PARA TENER UN HIJO; DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EXISTE UN 47 % DE PACIENTES QUE NO CONOCE CUAL ES LA ESTATURA IDEAL PARA TENER UN HIJO, ASI COMO EL 2 % SABIA PERO LO OLVIDARON POR FALTA DE ATENCION O INTERES.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 33

ANTECEDENTES DE FAMILIARES QUE HAYAN PRESENTADO ALGUN TIPO DE MALFORMACION CONGENITA AL NACER, DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.

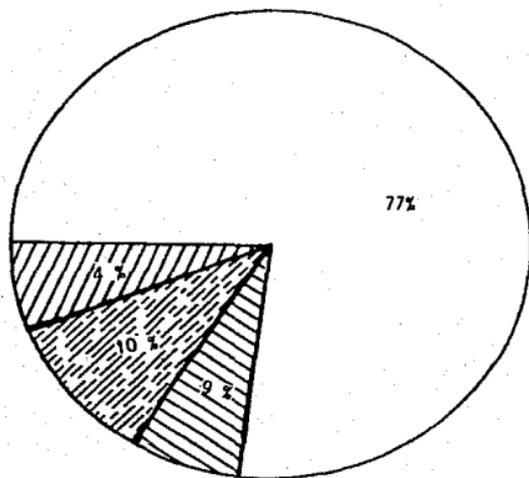
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque todos somos sanos	77	77
No, pero mi hermano tiene uno	4	4
Sí he tenido un familiar con malformaciones pero fué tratado	10	10
No, porque nunca me han dicho	9	9
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 33

ANTECEDENTES DE FAMILIARES QUE HAYAN PRESENTADO ALGUN TIPO DE MALFORMACION CONGENITA AL NACER; DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: SE OBSERVA QUE EL 77 % DE LAS PACIENTES AFIRMAN NO TENER FAMILIARES CON DEFECTOS AL NACER, ENCAMBIO EL 4 % SI TIENEN FAMILIARES CON ESTE PROBLEMA.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 34

RELACION DE PACIENTES QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE LA EDAD IDEAL PARA TENER UN HIJO, EN LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E., EN EL D.F

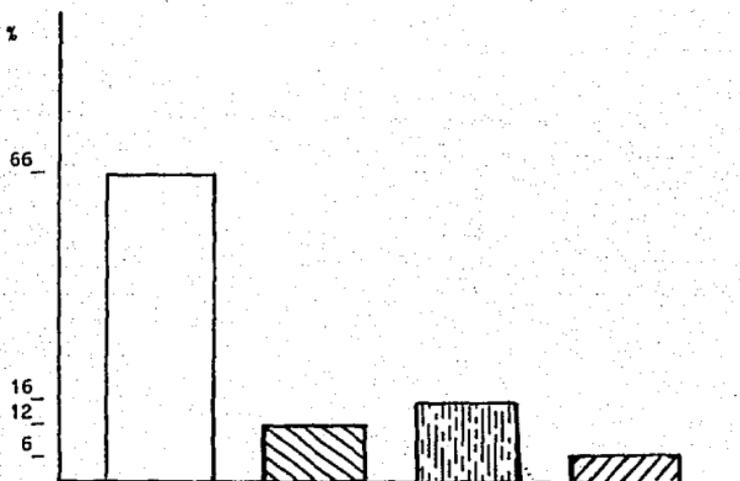
1989

O P C I O N E S	FC	%
Si desde los 20 - 29 para no tener problemas	66	66
No, nunca me han informado pero me gustaria saberlo	12	12
Si, pero la mayoría de las mujeres no lo respetan	16	16
No sabia que existiera una edad ideal para tener un hijo	6	6
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No.1

GRAFICA No. 34

CONOCIMIENTO DE LA EDAD IDEAL PARA TENER UN HIJO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S. S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 66 % DE LAS PACIENTES CONOCE CUAL ES LA EDAD IDEAL PARA TENER UN HIJO. EN CAMBIO SE DETECTO QUE EL 6 % NO SABIA QUE EXISTIERA UN LIMITE DE EDAD PARA EMBARAZARSE.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

CUADRO No. 35

RELACION DE PESOS DEL RECIEN NACIDO DE HIJOS DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL, IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S. T.E., EN EL D.F.

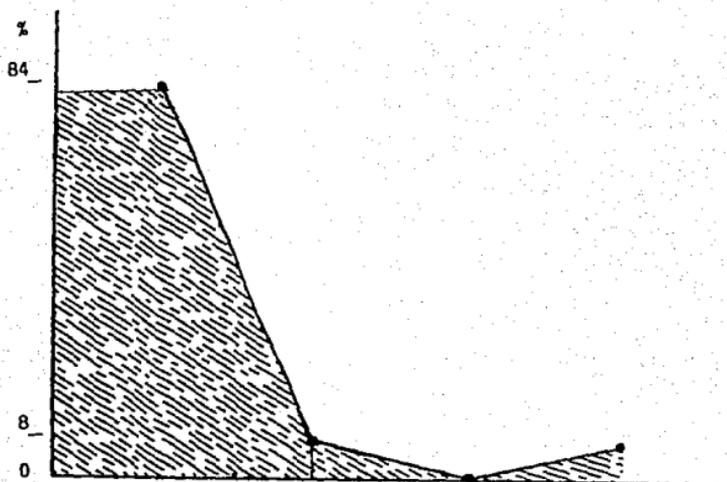
1989

O P C I O N E S	FC	%
No, porque mis hijos han pesado más de 2500 grs.	84	84
Si, mis hijos han pesado menos de 2500 grs.	8	8
No se cuanto pesarán porque nacieron en casa	0	0
No, porque es el primero	8	8
T O T A L E S	100	100

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

GRAFICA No. 35

RELACION DE PESOS DEL RECIEN NACIDO, DE LOS HIJOS DE LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S. S.T.E., EN EL D.F.



DESCRIPCION: EL 84 % DE LOS HIJOS DE LAS PACIENTES HAN PESADO AL NACER MAS DE 2500 grs. SE OBSERVA QUE UNA MINORIA, EL 8 % HAN TENIDO UN PESO POR DEBAJO DEL NORMAL.

FUENTE: MISMA QUE LA DEL CUADRO No. 1

4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia que existe en las variables estudiadas.

De ésta manera y con una muestra de 300 pacientes encuestadas en la unidad Tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.-T.E., se concentrarán los datos en la tabla No. 1, que a continuación se presenta y que contiene para "X": Educación y para "Y" Planificación Familiar.

TABLA No. 1

CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE "X" EDUCACION Y "Y" PLANIFICACION FAMILIAR

1989

ITEMS	VARIABLE		ITEMS	VARIABLE		
	x	x ²		y	y ²	x y
1	59	3481	1	74	5476	4366
2	67	4489	2	43	1849	2881
3	46	2116	3	62	3844	2652
4	57	3249	4	41	1681	2337
5	52	2704	5	45	2025	2340
6	49	2401	6	37	1369	1813

7	51	2601	7	39	1521	1989
8	53	2809	8	41	1681	2173
9	72	5184	9	57	3249	4104
10	37	1369	10	44	1936	1628
Σ	543	28403		483	24631	26483

Con los resultados anteriores, se desarrolla la fórmula siguiente:

$$r = \frac{n \sum x \cdot y - (\sum x) (\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2] [n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

que al sustituir resulta:

$$r = \frac{(300) (26483) - (543) (483)}{\sqrt{[(300) (28403) - (543)^2] [(300) (24631) - (483)^2]}}$$

de donde:

$$r = \frac{7944900 - 262269}{\sqrt{[9520900 - 294849][7389300 - 233289]}}$$

$$r = \frac{7682631}{\sqrt{(8226051)(7156011)}}$$

$$r = \frac{7682631}{\sqrt{58865711}}$$

$$r = \frac{7682631}{76723992}$$

$r = .100$

Por tanto, al resultar un coeficiente de $r = .100$ con correlación positiva perfecta, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

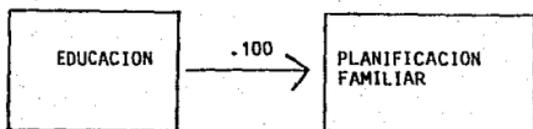
H_2 : A, mayor educación, menores serán los riesgos reproductivos en las pa-

cientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

Así mismo, al localizar la tabla "F" con valores de "r" a los niveles de confianza de 0.5, da un $r_t = .2050$, que para un "n" mayor de 90 permite que se compruebe la hipótesis de trabajo H_2 y la hipótesis general que dice: H_1 : La educación en los métodos de planificación familiar influye para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

LO ANTERIOR, DA COMO RESULTADO QUE LA EDUCACION ES CAUSA DIRECTA Y PRINCIPAL PARA EVITAR LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E.

Por lo anterior resulta que:



Y se rechaza definitivamente la hipótesis nula que dice:

H_0 : La educación y los métodos de planificación familiar, no influyen en los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

De la misma manera se aplica la fórmula de Pearson, a fin de conocer la influencia entre "X" educación y "Y" riesgo reproductivo.

TABLA No. 2

CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE "X" EDUCACION Y "Y¹" RIESGO REPRODUCTIVO.

1989

ITEMS	VARIABLE X	x^2	ITEMS	VARIABLE Y ¹	$(Y^1)^2$	$x \cdot Y^1$
1	59	3481	1	64	4096	3776
2	67	4489	2	63	3969	4221
3	46	2116	3	66	4356	3036
4	57	3249	4	72	5184	4104
5	52	2704	5	60	3600	3120
6	49	2401	6	47	2209	2303
7	51	2601	7	47	2209	2397
8	53	2809	8	77	5929	4081
9	72	5184	9	66	4356	4752
10	37	1369	10	84	7056	3108
Σ	543	28403		646	42964	34898

Con los resultados anteriores, se puede desarrollar la siguiente fórmula:

$$r = \frac{n \sum x \cdot y - (\sum x) (\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2] [n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

que al sustituir resulta:

$$r = \frac{(300) (34898) - (543) (646)}{\sqrt{[(300) (28403) - (543)^2] [(300) (42964) - (646)^2]}}$$

de donde:

$$r = \frac{10469400 - 350778}{\sqrt{[8520900 - 294849] [12889200 - 417316]}}$$

$$r = \frac{10118622}{\sqrt{(8226051) (12471884)}}$$

$$r = \frac{10118622}{\sqrt{10259935}}$$

$$r = \frac{10118622}{1012.8886}$$

$r = .9989$

Por tanto, al resultar un coeficiente de $r = .9989$, con correlación fuertemente positiva y casi perfecta, se comprueba una vez más, la hipótesis de trabajo que dice:

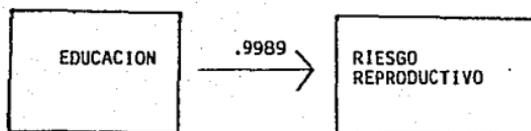
H_2 : A mayor educación y menor utilización de los métodos de planificación familiar, trae como consecuencia menores factores de riesgo reproductivo en las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

Así mismo, se comprueba la hipótesis general que dice:

H_1 : La educación y la utilización de los métodos de planificación familiar influyen para evitar los factores de riesgo reproductivo, en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

De igual forma, al buscar la tabla "F", con valores de "r" a los niveles de confianza de .05, da un $r_t = .2050$, que para un "n" de más de 90, permi-

te comprobar la hipótesis de trabajo H_2 y la hipótesis general H_1 .
Lo anterior da como resultado que EXISTE UNA INFLUENCIA POSITIVA FUERTE DE $r = .9989$ (CASI PERFECTA) ENTRE LA EDUCACION Y EL RIESGO REPRODUCTIVO, DE ESTA FORMA:



Por lo tanto, una vez más se rechaza la hipótesis nula que dice:

H_0 : La educación y la utilización de los métodos de planificación familiar, no influyen en los factores de riesgo reproductivo, en las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el cuadro No. 1 Relativo a edad de las pacientes, se observa que la mayor frecuencia se encuentra entre 26 - 30 años, lo que indica que existe un alto índice de pacientes que se encuentran dentro de la edad reproductiva, y mayormente expuestas a los factores de riesgo reproductivo si no adoptan un método de planificación familiar.

En el cuadro No. 2 Relativo a ocupación de las pacientes, se aprecia que la mayor frecuencia de ocupación corresponde a ama de casa, lo que indica que su nivel educativo es bajo; por lo que no tienen información acerca de los diferentes métodos de planificación familiar existentes, así como de los factores de riesgo reproductivo.

En el cuadro No. 3 Relativo al estado civil de las pacientes, estas son casadas abarcando el mayor porcentaje, esto se debe a que en nuestra sociedad la mujer encuentra en el matrimonio una base de sustentación a su economía y a los problemas de cultura real, sin embargo esto no sucede en la mujer profesionalista.

En el cuadro No. 4 Relativo al grado escolar de las pacientes, la más alta frecuencia de éste se presenta en pacientes que cuentan con nivel educativo medio básico, y de escasos recursos económicos, las cuales están mayormente expuestas a los factores de riesgo reproductivo.

En el cuadro No. 5 Relativo al número de hijos de las pacientes, se puede

apreciar que el más alto porcentaje corresponde a pacientes que tienen 2 hijos, pero éstos datos resultan dudosos ya que el nivel educativo de éstas pacientes es bajo, y generalmente tienen más de 3 hijos, sin tomar en cuenta el riesgo que implica tener muchos.

En el cuadro No. 6 Relativo a información transmitida a las pacientes, se observa que el mayor porcentaje corresponde al que durante la estancia en el hospital no se les transmitió ninguna información, debido a que la paciente no preguntó. Esto se presenta por la falta de comunicación e interés de la misma; que no sabe que existen factores de riesgo reproductivo que pueden atender contra su vida. Esto también se presenta por la escasa orientación proporcionada por el personal de salud.

En el cuadro No. 7 Relativo a orientación sobre métodos de planificación familiar a las pacientes, el más alto porcentaje de las pacientes no reciben orientación durante su estancia en el hospital debido a la poca participación y motivación del personal de salud, por lo cual no contribuyen para que las pacientes adopten un método de planificación familiar que ayude a disminuir los factores de riesgo reproductivo.

En el cuadro No. 8 Relativo a orientación adecuada sobre métodos de planificación familiar para modificar la conducta de las pacientes, la mayoría de éstas piensan que la orientación influye en las personas para modificar su conducta, pero esto no es llevado a cabo debido a los patrones culturales de las mismas que no permiten que adopten métodos de planificación familiar.

En el cuadro No. 9 Relativo a utilidad de los métodos de planificación fami

liar para las pacientes, el mayor porcentaje que se observa es el de que sí llevan a cabo la utilización de un método de planificación familiar, pero és tos resultados resultan dudosos, ya que son pacientes que tienen poca información acerca de los diferentes métodos existentes.

En el cuadro No. 10 Relativo a educación sobre métodos de planificación familiar para cambiar la forma de pensar de las pacientes, en la mayoría de és tas la educación sobre métodos de planificación familiar, ha hecho cambiar su forma de pensar, porque es en su beneficio, pero se detecta que gran parte de éstas no adopta un método anticonceptivo.

En el cuadro No. 11 Relativo a aprendizaje sobre métodos de planificación familiar, la mayoría de las pacientes quedaron con dudas, debido al poco interés que muestran cuando se les proporciona la información, porque no le dan la importancia debida, por las múltiples ocupaciones que tienen que realizar.

En el cuadro No. 12 Relativo a relaciones interpersonales con el personal de salud y paciente, el mayor porcentaje se observa en el que existen reguía res relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud, esto es debido al poco tiempo de estancia de la paciente en el hospital y también a que el personal unicamente se limita a realizar sus actividades de rutina.

En el cuadro No. 13 Relativo a conocimiento de los problemas en familias ny merosas en las pacientes, gran parte de éstas conocen este tipo de problemas debido a que tienen escasos recursos económicos y que tienen muchos hijos

por su bajo nivel educativo, que no les permite adoptar métodos de planificación familiar, habiendo con estos altos índices de riesgo reproductivo en estas pacientes.

En el cuadro No. 14 Relativo a decisiones en pareja en las pacientes, se observa que el más alto porcentaje de decisiones en pareja indica que ambos conyuges participan en ello, pero los datos resultan dudosos, ya que en nuestra sociedad generalmente el que toma las decisiones en familia es el esposo.

En el cuadro No. 15 Relativo a participación en platicas de planificación familiar de las pacientes, se observa que la mayoría de éstas no han participado en este tipo de platicas, porque cuentan con un nivel educativo bajo, y por falta de tiempo, además que no le dan la debida importancia a estos temas.

En el cuadro No. 16 Relativo a decisión del número de hijos en pareja de las pacientes, se detecta que la mayoría de las parejas estan de acuerdo en cuantos hijos desean tener, pero se observa que los datos obtenidos son dudosos, ya que su nivel educacional es tan bajo que no les permite prever y decidir responsablemente el número de hijos que desean.

En el cuadro No. 17 Relativo a conocimiento de los métodos de planificación familiar que existen, la mayor frecuencia corresponde a aquellas pacientes que sí tienen conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar y utilizan alguno de ellos, pero éstos datos resultan dudosos, porque la mayor parte de las pacientes carece de información y no utilizan ninguno

de los métodos.

En el cuadro No. 18 Relativo a planeación del momento para tener otro hijo en las pacientes, la mayoría de las parejas planean cuando tener otro hijo, para no tenerlos tan seguidos, pero se detecta que esta información es dudosa, ya que el bajo nivel educacional del cual provienen no les permite decidir responsablemente el número de hijos que desean tener.

En el cuadro No. 19 Relativo a utilización de algún método para no embarazarse pronto o la realización de la salpingoclasia como forma definitiva, adoptado por las pacientes, el mayor porcentaje aún no ha decidido adoptar un método de planificación familiar, ya que debido a su bajo nivel educacional no tienen la suficiente información para decidir cual es el método más apropiado que les conviene utilizar, además de que por tal motivo no consideran importantes dichos métodos.

En el cuadro No. 20 Relativo a orientación de los métodos de planificación familiar recibida por las pacientes, el más alto porcentaje, corresponde a las pacientes que sí han recibido orientación acerca de los métodos aunque frecuentemente no adoptan ninguno de ellos, ya que no le dan la importancia necesaria para prevenir los factores de riesgo reproductivo.

En el cuadro No. 21 Relativo a utilización de pastillas o inyecciones como método de planificación familiar en las pacientes, se detecta que la mayor frecuencia corresponde a pacientes que no utilizan hormonales pero no solo no llevan a cabo estos métodos, sino generalmente ninguno debido a la escasa

información que tienen acerca de estos.

En el cuadro No. 22 Relativo a revisión del método de planificación familiar utilizados por las pacientes, la mayoría de éstas no acuden a revisión, porque no utilizan ningún método de planificación familiar, esto es debido a las pautas culturales que poseen, por tal motivo no muestran interés en la adopción de un método como estrategia para prevenir los factores de riesgo reproductivo.

En el cuadro No. 23 Relativo a diferentes métodos de planificación familiar utilizados por las pacientes, se observa que el más alto porcentaje se presenta en el que las pacientes llevan a cabo un método de planificación familiar en forma temporal, éstos datos son dudosos, ya que anteriormente se observó que la mayoría no utiliza ninguno.

En el cuadro No. 24 Relativo a colocación del D.I.U. postparto en las pacientes, se detectó que el más alto índice fué, que el dispositivo no fué colocado debido a que no había en ese momento, por la falta de recursos en el hospital y por la gran demanda obstétrica.

En el cuadro No. 25 Relativo a aceptación del método de planificación familiar como forma definitiva para no tener hijos, adoptado por las pacientes, el más alto porcentaje se presenta en las pacientes que no aceptan los métodos definitivos de planificación familiar porque el esposo no las deja, ya que desean tener más hijos, debido al machismo arraigado que aún persiste en nuestra sociedad y al bajo nivel educacional de las pacientes que no les per

mite tomar decisiones en su propio beneficio.

En el cuadro No. 26 Relativo a abortos presentados por las pacientes, se puede apreciar que un alto porcentaje de éstas nunca han abortado, pero éstos datos son dudosos, ya que se ve con gran frecuencia pacientes que presentan abortos debido a diferentes causas.

En el cuadro No. 27 Relativo a orientación sobre riesgo reproductivo en las pacientes, gran parte de éstas nunca han recibido orientación de riesgo reproductivo, ésto se debe a que no hay gran participación del personal de salud en estas actividades.

En el cuadro No. 28 Relativo a enfermedad que complica el transcurso del embarazo en las pacientes, se observa que el mayor porcentaje de las pacientes presentan embarazos normales ya que no tienen ningun antecedente de cursar algún tipo de enfermedad que lo complique, ésto se debe a que llevan un control prenatal.

En el cuadro No. 29 Relativo a la relación de las pacientes que toman, fuman o consumen alguna droga, se observa que el más alto índice de frecuencia se encuentra en pacientes que nunca han tenido alguno de éstos vicios, debido a que no es bien visto en nuestra sociedad.

En el cuadro No. 30 Relativo a control médico para la detección de algún tipo de enfermedad infectocontagiosa en las pacientes, el mayor índice corresponde ha pacientes que nunca se les ha ocurrido llevar un control médico,

porque nunca se han sentido mal, ya que aunque cuentan con servicio médico, no acuden periódicamente a realizarse exámenes de rutina, ya que su nivel educativo no les permite dar la debida importancia a éstos.

En el cuadro No. 31 Relativo a conocimiento del peso antes del embarazo por las pacientes, se puede apreciar que un alto porcentaje de éstas conocen su peso ya que llevan un control de este debido a las pautas culturales.

En el cuadro No. 32 Relativo a relación de las pacientes que saben cuál es la estatura ideal para tener un hijo, se observa que el porcentaje mayor se presenta en las pacientes que no conocen cuál es la estatura ideal para tener un hijo, debido a la falta de promoción por parte del equipo de salud sobre este punto.

En el cuadro No. 33 Relativo a antecedentes familiares que hayan presentado algún tipo de malformación congénita al nacer de las pacientes, gran parte de éstas no tienen familiares con defectos al nacer, porque en la actualidad este problema ha ido disminuyendo.

En el cuadro No. 34 Relativo a relación de pacientes que tienen conocimiento de la edad para tener un hijo, el mayor porcentaje es dado por las pacientes que sí tienen conocimiento sobre la edad ideal para tener un hijo para no tener problemas o complicaciones, pero aún sabiendo los riesgos que implica, muchas pacientes no respetan esta edad.

En el cuadro No. 35 Relativo a relación de peso del recién nacido de hijos

de las pacientes, la más alta frecuencia de recién nacidos con un peso mayor al de 2500 grs., se debe a que la gran mayoría de estos han sido productos de embarazos normales y de término.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En cuanto al objetivo general se pudo identificar que la educación influye directamente en la utilización de métodos de planificación familiar, como estrategia para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.
Así mismo la educación brindada a las pacientes, sobre métodos de planificación familiar, influye positivamente en la conducta de éstas, ayudando a evitar los factores de riesgo reproductivo.
- En cuanto a los objetivos específicos, se pudo conocer que los niveles de educación de las pacientes son del básico y medio básico, además de una mínima proporción de pacientes de nivel profesional.
- En cuanto al conocimiento de los métodos de planificación familiar que utilizan las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. son:
41 % Pastillas, óvulos, D.I.U. y preservativos, el 27 % no utiliza ningún método, el 19 % ritmo y coito interrumpido y el 13 % ya se ha realizado la salpingoclasia bilateral.
- En cuanto a la identificación de los factores de riesgo reproductivo que predominan en las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F. corresponde a nivel socioeconómico medio bajo, nivel educativo bá-

sico, multiparidad, abortos y edad avanzada.

- En cuanto al problema se pudo demostrar con un coeficiente de relación positiva perfecta, que la educación es la causa directa y principal para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

- En cuanto al marco teórico, conformó la base principal de la tesis ya que por medio de éste se obtuvo conocimiento sobre las variables que se manejaron en la investigación.

Así mismo, permitió elegir los indicadores adecuados con los cuales se realizó el cuestionario, mismo que se aplicó a la muestra elegida para la realización de la investigación.

- En cuanto a las hipótesis se pudo comprobar que a mayor educación y mayor utilización de los métodos de planificación familiar, trae como consecuencia menores factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

Así mismo, se rechaza definitivamente la hipótesis que dice:

La educación y los métodos de planificación familiar, no influyen en los factores de riesgo reproductivo en las pacientes que acuden a la unidad tocoquirúrgica del Hospital.

De las conclusiones anteriores, se pueden desprender las siguientes recomendaciones:

- Procrear un hijo sano implica respetar la edad ideal, que oscila entre 20 - 29 años de edad, por lo que debe proporcionarse información, para mantener dichos parámetros en forma normal.
- Efectuar labores del hogar, no solo debe ser tarea de la mujer casada, sino también puede emplearse, o realizar otro tipo de actividad, de esta manera podrá superarse y ser útil a la sociedad.
- Brindar educación sobre los métodos de planificación familiar y riesgo reproductivo, de manera clara y sencilla, de acuerdo a los niveles educativos de las pacientes, para que éstas puedan aprender y modificar sus conductas para beneficio propio.
- Dar mayor información a las pacientes que tienen dos hijos o más, para que adopten métodos de planificación familiar temporales o definitivos, para lograr un mejor ritmo de vida proporcionando lo adecuado y necesario a cada uno de sus integrantes.
- Dar orientación en forma general, dando pláticas sobre diferentes temas a las pacientes durante su estancia hospitalaria.
- Orientar sobre métodos de planificación familiar a las pacientes, en forma conciente por el personal de salud, para que éstas estén informadas.

- Hacer notar la importancia a las pacientes que no basta con solo aprender cuales son los métodos de planificación familiar que pueden utilizar, sino que también que los deben emplear.
- Mantener mayor comunicación y confianza con las pacientes, tomando en cuenta que el individuo es un ente biopsicosocial.
- Hacer incapié en la importancia y necesidad de adoptar un método de planificación familiar, para disminuir los problemas no solo económicos sino también biopsicosociales.
- Tomar decisiones en pareja en forma conjunta, Así mismo, debe existir con confianza y comunicación entre ambos para que puedan decidir el número de hijos que desean tener y planear el momento de concebirlo.
- Ampliar los conocimientos de las pacientes acerca de los métodos de planificación familiar que existen, recibiendo orientación oportuna y adecuada para ellas.
- Orientar a las pacientes en forma más profunda sobre los métodos de planificación familiar, específicamente en los hormonales para que adopten alguno de estos, ya que juegan un papel importante en la regulación de la natalidad por ser métodos que proporcionan mayor eficacia que los naturales y de barrera.
- Informar sobre cada uno de los métodos de planificación familiar, toman-

do en cuenta sus ventajas así como sus desventajas e intereses y codición de cada paciente para que pueda utilizar el método más apropiado.

- Disponer siempre de D.I.U., para que las pacientes que desean que se les aplique, ya que después de ser egresadas no acuden al hospital a que se les coloque ni adoptan ningún otro método.
- Dar pláticas a todas las parejas sobre riesgo reproductivo enfocándose la orientación a las parejas que tienen más de 3 hijos, para que conociendo la problemática, se concientizen y decidan un método de planificación familiar en forma definitiva.
- Dar mayor orientación sobre métodos de planificación familiar a las pacientes en edad reproductiva y sugerirles que adopten alguno de éstos para evitar embarazos no deseados que puedan provocar abortos y algún otro tipo de complicación.
- Proporcionar mayor información sobre riesgo reproductivo de acuerdo a los niveles educativos de las pacientes, para que éstas puedan captar la importancia de dichos factores y poderlos disminuir.
- Dar orientación a las pacientes para que éstas acudan a control prenatal detectando con esto posibles enfermedades para brindar atención oportuna y evitar complicaciones durante el embarazo.
- Hacer énfasis en las consecuencias que traen consigo el fumar, ingerir

bebidas alcohólicas o ingerir alguna droga, para que las pacientes que tienen alguno de éstos vicios lo suspendan en forma definitiva durante el embarazo, evitando con ésto un daño al binomio madre - hijo.

- Efectuar campañas o pláticas sobre los diferentes tipos de enfermedades infecto contagiosas, para que las pacientes en estado gravídico se sometan a realizarse estudios médicos de control o prevención y así puedan cursar un embarazo normal.
- Orientar a las pacientes obstétricas sobre la alimentación durante el embarazo, lo cual es vital para el crecimiento y desarrollo de un producto sano y normal.
- Proporcionar información a las pacientes sobre el parámetro de estatura ideal para concebir un hijo, tomando medidas necesarias en pacientes de talla baja.
- Proporcionar información sobre los factores de riesgo reproductivo a la población en general, para disminuir los índices de malformaciones congénitas.
- Hacer énfasis en el parámetro de la edad ideal, para que la mayoría de las mujeres conozcan los límites que existen para procrear un hijo sano y las consecuencias que trae el no respetar este parámetro.
- Realizar pláticas de planificación familiar en donde participen las pacien

tes, para que éstas amplien sus conocimientos y aporten sus experiencias y conozcan las vivencias de otras.

6. APENDICES

APENDICE No. 1 Cuestionario para la investigación: Influencia de la educación en la utilización de métodos de planificación familiar como estrategia para evitar los factores de riesgo reproductivo, en las pacientes de la unidad toco quirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E., en el D.F.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO PARA LA INVESTIGACION:

INFLUENCIA DE LA EDUCACION EN LA UTILIZACION DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, COMO ESTRATEGIA PARA EVITAR LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN EL D.F.

No. DE CUESTIONARIO _____

FECHA DE APLICACION _____

FECHA DE ELABORACION _____

TIEMPO DE APLICACION _____

ELABORACION DEL APENDICE:

MARIA DEL ROSARIO ROSAS VELAZQUEZ

MARIA ENGRACIA REYES ARROYO

MARIA ELENA CALDERON VIVAS

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA:

CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

Identificar como influye la educación en la utilización de métodos de planificación familiar como estrategia para evitar los factores de riesgo reproductivo en las pacientes de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragaza" del I.S.S.S.T.E. en el D.F.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO:

Recabar información necesaria de las pacientes obstétricas seleccionadas, que han egresado del hospital para la realización de esta investigación.

INDICACIONES GENERALES DEL CUESTIONARIO:

Este cuestionario debe ser contestado con la mayor veracidad posible, la información que usted proporcione sefa de carácter confidencial y de gran utilidad para esta investigación. Al contestar las preguntas subraye únicamente una respuesta, la que usted crea conveniente. Si marca más de dos respuestas la pregunta se anula.

1.- ¿ SU EDAD ESTA ENTRE ?

- a) 15 - 20 años
- b) 21 - 25 años
- c) 26 - 30 años
- d) 31 o más

2.- ¿ CUAL ES SU OCUPACION ?

- a) Ama de casa
- b) Comerciante

- c) Empleada
- d) Otro, especifique _____

3.- ¿ CUAL ES SU ESTADO CIVIL ?

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Unión libre
- d) Divorciada

4.- ¿ CUAL ES SU ULTIMO GRADO ESCOLAR ?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria o equivalente
- d) Profesional

5.- ¿ CUANTOS HIJOS TIENE ?

- a) 0 - 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 o más

6.- SE LE TRANSMITIO INFORMACION DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO ?

- a) No, nunca me informaron nada, porque no pregunte
- b) Sí, pero no fué muy clara
- c) Sí, me dieron muy buena información
- d) No me intereso porque me sentía mal

7.- ¿ LE ORIENTARON SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL HOS PITAL ?

- a) No recibí información, pero he oído hablar de ello
- b) Sí, pero no fué clara
- c) Sí, fué bastante completa, porque preste atención
- d) No, porque mi religión no me lo permite

8.- ¿ CREE USTED QUE UNA ORIENTACION ADECUADA, SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, MODIFIQUE LA CONDUCTA DE LAS PERSONAS ?

- a) No, porque una persona adulta es difícil que cambie su conducta
- b) Sí, pero la orientación debe ser muy clara para que pueda influir en las personas
- c) Depende de las ideas de cada persona, porque cada uno valora si es en beneficio o no
- d) No, pero sería conveniente que las personas cambiaran su conducta, para lograr un beneficio individual y colectivo

9.- ¿ CONSIDERA USTED UTILES LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ?

- a) Sí, llevo a cabo un método
- b) No, porque a veces fallan
- c) Sí, pero no los utilizo
- d) No ya que es pecado, porque Dios manda los hijos

10.- ¿ LA EDUCACION SOBRE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR HA HECHO CAMBIAR SU FORMA DE PENSAR ?

- a) No nada para cambiar mis ideales, porque son arraigados
- b) Sí, porque la información dada ha despertado mi interés

15.- ¿ HA USTED PARTICIPADO EN PLATICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR ?

- a) Sí, he dado orientación a mis vecinas, porque he asistido a pláticas
- b) No, porque no he tenido oportunidad
- c) No, porque mi esposo no me deja
- d) Solo con mis familiares, porque no tengo confianza en los demás

16.- ¿ USTED Y SU ESPOSO HAN DECIDIDO CUANTOS HIJOS DESEAN TENER ?

- a) No, porque él quiere tener los hijos que Dios nos mande
- b) Sí, porque estamos de acuerdo en tener pocos hijos
- c) No sabemos cuantos hijos tener todavía aún
- d) No, porque soy sola

17.- ¿ CONOCE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE EXISTEN ?

- a) Sí, conozco algunos pero no confío en ellos
- b) No, nunca he oído hablar de ellos porque nadie me ha informado
- c) Sí, pero no utilizo ninguno
- d) Sí, porque utilizo _____

18.- ¿ PLANEAN EN QUE MOMENTO TENER OTRO HIJO ?

- a) Sí, para no tenerlos tan seguido
- b) No, porque deseamos tener los hijos que Dios nos mande
- c) Sí, pero me fallo el método que yo utilizaba
- d) A veces si nos ponemos de acuerdo, pero luego discutimos

19.- ¿ HA PENSADO OPERARSE O UTILIZAR ALGUN METODO. PARA NO EMBARAZARSE PRONTO ?

- a) Sí, porque deceo operarme

- c) Sí, pero ya planifico mi familia
- d) Sí, porque es en mi beneficio

11.- ¿ APRENDIO QUE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR PUEDE USTED UTILIZAR?

- a) Sí, porque me enseñaron mucho y resolvieron mis dudas
- b) No aprendí nada, porque estaban muy ocupados
- c) No tengo interes en ello, porque considero que son malos
- d) Más o menos, pero me quedaron dudas

12.- ¿ COMO FUERON SUS RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PERSONAL DE SALUD?

- a) Buenas, porque aprendí cosas que no sabía
- b) Malas, porque no escucharon mis experiencias
- c) Regulares, porque convivi poco con el personal
- d) No quise interrelacionarme con el personal, porque se portaban mal

13.- ¿ CONOCE USTED LOS PROBLEMAS QUE ACARREA UNA FAMILIA NUMEROSA ?

- a) Sí es muy propletatico, porque luego no alcanza el dinero
- b) No, porque mi familia es pequeña
- c) No, porque mi esposo y yo trabajamos
- d) Sí conozco los problemas, por eso pienso adoptar un método anti conceptivo

14.- ¿ TOMA DECISIONES USTED Y SU ESPOSO ?

- a) No, porque mi esposo toma las decisiones
- b) Sí, porque nos llevamos muy bien
- c) A veces, porque luego no estamos de acuerdo
- d) No, yo soy libre de decidir, porque vivo sola

- b) No, aún no he decidido, porque no se que método utilizar
- c) Sí, me pusieron el D.I.U. porque con el me controlo
- d) No uso nada para controlarme, porque me da miedo

20.- ¿ HA RECIBIDO ALGUNA VEZ ORIENTACION ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR ?

- a) Sí, he tenido mucha información porque me interesa
- b) Poco, aún tengo dudas pero no se a quien recurrir
- c) Nunca me han informado, porque no he preguntado
- d) Sí, pero no se que método utilizar

21.- ¿ SE HA CONTROLADO ALGUNA VEZ, CON PASTILLAS O INYECCIONES PARA NO EMBARAZARSE ?

- a) No, porque no me gusta tomar pastillas o que me inyecten
- b) Sí, pero me embaracé porque me descuide
- c) Nunca me he controlado, porque apenas me case
- d) Sí, me ha dado buen resultado, porque siempre tomo pastillas o me inyecto.

22.- ¿ ACUDE USTED A REVISION DEL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE USA?

- a) Sí voy cada que me citan, porque no quiero que me cause problemas
- b) Nunca voy, porque me hacen perder el tiempo
- c) A veces voy a que me chequen, porque es necesario
- d) No, porque no uso ningún metodo

23.- ¿ QUE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZA ?

- a) Ritmo o coito interrumpido

- b) Pastillas, D.I.U., condon, ovulos o inyecciones
- c) Me operaron, porque no querfa tener más hijos
- d) Ninguno

24.- ¿ LE FUE COLOCADO EL D.I.U. DESPUES DEL PARTO ?

- a) Sí, porque lo solicite previamente
- b) No deje que me lo pusieran, porque me embaracé con el
- c) No, porque no había en ese momento
- d) Sí, pero yo no lo querfa

25.- ¿ A PENSADO EN OPERARSE PARA NO TENER HIJOS ?

- a) Sí, ya me operaron porque yo lo solicite
- b) Sí, ya estoy programada, porque es necesario
- c) No, porque mi esposo se va a operar
- d) No, mi esposo no me deja, porque quiere tener más hijos

26.- ¿ HA USTED ABORTADO ESPONTANEAMENTE ?

- a) No, nunca he abortado, porque he llevado un control perinatal
- b) Solo tuve amenaza de aborto pero estuve bajo control
- c) Sí, he abortado varias veces, pero no se la causa
- d) Sí, aborte porque no deseaba tener un hijo

27.- ¿ LE HAN INFORMADO LO QUE ES EL RIESGO REPRODUCTIVO ?

- a) No se lo que me pregunta, pero me gustarfa saberlo
- b) Sí, me informaron en el Hospital porque estuve muy delicada durante mi embarazo
- c) He oído hablar poco de ello, pero no he prestado atención
- d) Sí, he tenido mucha información, porque me interesa

28.- ¿ HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE COMPLIQUE SU EMBARAZO ?

- a) Sí, pero estuve bajo control médico
- b) No, porque mis embarazos han sido normales
- c) Sí, pero no tuve atención médica
- d) No me acuerdo, porque mi último embarazo fué hace mucho tiempo

29.- ¿ USTED FUMA, TOMA O CONSUME ALGUNA DROGA ?

- a) Sí, pero la suspendí durante el embarazo
- b) Nunca he tenido alguno de estos vicios, porque son malos
- c) Sí, pero solo en raras ocasiones
- d) Sí, tomo o fumo aún estando embarazada, pero en poca cantidad

30.- ¿ SE HA HECHO EXAMENES PARA SABER SI TIENE ALGUNA ENFERMEDAD*INFECTO-
CONTAGIOSA ? •

- a) Nunca se me ha ocurrido, porque no me he sentido mal
- b) Sí porque aunque estoy sana, llevo control médico
- c) Sí, me detectaron una enfermedad, pero tuve atención médica oportuna
- d) Me realizaron estudios, pero no me dieron resultados

31.- ¿ SABE CUANTO PESABA ANTES DEL EMBARAZO ACTUAL ?

- a) No sé, pero me dijeron que tenía el peso ideal
- b) Nunca me he pesado, porque no he tenido tiempo
- c) Sí, porque siempre me he pesado
- d) No se cuanto peso, pero creo que estoy desnutrida

32.- ¿ SABE USTED QUE ESTATURA ES LA IDEAL PARA TENER UN HIJO ?

- a) Sí, la estatura mínima es de 1.50 mts
- b) No, nunca me han dicho, porque no he preguntado
- c) Me dijeron, pero lo olvide
- d) No, pero no creo que haya estatura ideal para tener un hijo

33.- ¿ HA TENIDO FAMILIARES CON MALFORMACIONES ?

- a) No, porque todos somos sanos
- b) No, pero mi hermano tiene uno
- c) Sí, he tenido un familiar con malformación, pero fue tratado
- d) No, porque nunca me han dicho

34.- ¿ CONOCE LA EDAD IDEAL PARA TENER UN HIJO ?

- a) Sí, desde los 20 - 29 años, para no tener problemas
- b) No, nunca me han informado, pero me gustaría saberlo
- c) Sí, pero la mayoría de las mujeres no la respetan
- d) No, pero no sabía que existiera una edad ideal para tener hijos

35.- ¿ HA TENIDO HIJOS QUE HAYAN NACIDO PESANDO MENOS DE 2500 GRs. ?

- a) No, porque mis hijos han pesado más de 2500 grs.
- b) Sí, mis hijos han pesado menos de 2500 grs.
- c) No se cuanto han pesado, porque nacieron en casa
- d) No, porque es el primero.

7. GLOSARIO DE TERMINOS

A

ABORTO. Interrupción, espontánea o provocada de la gravidez, seguida o no de la expulsión del embrión, antes de que el nuevo ser haya adquirido en el útero materno la viabilidad.

AMENORREA. Ausencia de la menstruación, la cual puede ser fisiológica, antes de la pubertad (infancia), después de la menopausia (40-50 años), en la gravidez y en el período de la lactancia; es patológica en todos los demás casos.

ANTICONCEPTIVO. Se denomina así a los medios que impiden la fecundación en la mujer, es decir la concepción de un nuevo ser en sus entrañas por la conjunción de un espermatozoide, con el óvulo mensualmente producido por los ovarios femeninos.

APRENDIZAJE. Proceso mediante el cual un sujeto adquiere destrezas o habilidades prácticas, incorpora contenidos informativos o adopta nuevas estrategias de conocimiento y/o acción.

ATRESIA VAGINAL. Recibe este nombre la falta congénita de la apertura normal al exterior de los conductos internos de la vagina por un defecto en el desarrollo embrionario.

AUTONOMO. Actividad del alumno que realiza tanto dentro como fuera del aula que posee las notas de libertad e independencia.

AZOOSPERMIA. Falta en el esperma de los elementos fecundantes masculinos - llamados zoospermos o más corrientemente denominados espermatozoides. Este déficit es causa de infertilidad de origen masculino.

C

CLOASMA. Se denomina así al conjunto de manchas de color amarillo claro, o amarillo obscuro, de tamaño variable y de contornos irregulares y esfumados que aparecen en la cara y cuello de la mujer embarazada, o en trastornos de la secreción ovarica.

COLPOTOMICA. Insición de la vagina con entrada en el fondo de saco de Douglas.

CONCEPCION. Encuentro y unión del óvulo con el espermatozoide en el interior de los conductos, que unen cada uno de los dos ovarios de la mujer.

CULTURA. Conjunto de maneras de vivir y de pensar, tradiciones de un grupo particular. Es decir el modo de vida global de una sociedad y no solamente el modo de vida particular.

D

DESARROLLO. Es la evolución progresiva de las estructuras de un organismo de las funciones por ellas realizadas hacia conductas de mayor calidad o - consideradas superiores.

E

EDEMATOSO. Infiltración de líquido seroalbuminoso en los espacios interce-

lulares de los tejidos orgánicos.

EDUCACION. Es el proceso de aprendizaje que se justifica en la indeterminación biológica del hombre, al parecer de respuestas adecuadas a las situaciones vitales con que se encuentra.

EDUCAR. (lat. educare). Dirigir, enseñar. sinónimo de instruir iniciar, documentar, perfeccionar. Desarrollar las facultades intelectuales, morales y físicas de un individuo.

ESTEROIDE. Nombre de los compuestos que se asemejan al colesterol y cuya estructura corresponde a la del ciclo pentano perhidrofenantreno. Bajo esta agrupación se enmarca a las hormonas sexuales, las corticosteroides, los glucocorticoides y los ácidos biliares.

ESTIMULO. Evento que tiene lugar en el interior de un organismo o fuera de él, y que contribuye a desencadenar una respuesta.

ESTROGENOS. Dice que cada uno de los esteroides producidos por el folículo ovarico que induce el estrógeno, como la estrona, estradiol y estríol.

F

FETO. Es el producto de la concepción que aún sin haber alcanzado la plena madurez para abandonar el claustro materno (Mediante el parto), se ha desarrollado de tal forma como para presentar una semejanza humana. Este período abarca de la semana 12 - 37 de gestación.

FORMACION. Es la adquisición de hábitos, destrezas y técnicas de actuación que, unidas a los conocimientos aportados por la institución, conducen a la educación intelectual.

FULGURACION. Destrucción de tejido vivo mediante chispas eléctricas generadas por una corriente de alta frecuencia, que puede ser directa o indirecta.

G

GRANULOMA. Masa o nódulo (de tipo tumoral), de tejido de granulación, con fibroblastos de crecimiento activo y focos de crecimiento capilar. La causa es un proceso inflamatorio crónico que acompaña a una enfermedad infecciosa o invasión de un cuerpo extraño.

GRAVIDEZ. (Gestacional). Estado fisiológico o especial de la mujer, cuyo seno se constituye en sangrado y augusto templo de uno o más gérmenes de nueva vida, que se mantiene protegida y nutrida desde el momento de la concepción hasta su venida a la luz.

H

HEMATOMA. Acumulación localizada de sangre, generalmente coagulada, en un órgano, espacio o tejido, dependiente de la solución de continuidad en la pared de un vaso sanguíneo.

HOMOGENIZACION. Similitud de perspectivas y fines de los miembros del grupo que contribuye a su buen funcionamiento.

HORMONA. Sustancia química secretada por una glándula endócrina que, transportada por el plasma sanguíneo, ejerce una acción específica sobre las -- funciones de otros órganos.

I

INTELLECTUAL. Disposición estable o hábito adquirido por el sujeto que le -- capacita para realizar sus operaciones de tipo congénito con el máximo de perfección compatible con sus actitudes naturales.

L

LENGUAJE. Instrumento o medio de comunicación entre dos organismos o miembros de una especie.

M

MENARQUIA. Proceso fisiológico natural que se presenta por vez primera en -- la mujer púber, el cual marca el inicio de la menstruación.

MÉTODOS DE BARRERA. Son aquellos que se han usado en forma empírica para -- tratar de impedir la penetración espermática y la fecundación.

MORTINATO. Producto de una concepción que nace vivo y muere inmediatamente

MUERTE FETAL. Es aquella que ocurre desde la semana 20 hasta antes del nacimiento.

MUERTE NEONATAL. Es aquella que ocurre después del nacimiento.

MUERTE PERINATAL. Es aquella que ocurre a partir de la semana 20 de gestación, a los 28 días después del nacimiento.

MULTIPARIDAD. Mujer embarazada que ha tenido dos o más gestaciones anteriores, de las que nacieron niños viables, hayan estado vivos, en el momento de nacer.

N

NEONATAL. Período que va desde el nacimiento del producto viable hasta el 28 día de vida.

O

OTOESCLEROSIS. Afección crónica que se transmite por la transformación de la cápsula del laberinto o tejido óseo y esponjoso y la osificación del ligamento anular con la consiguiente fijación del estribo; constituye la causa más común de sordera de conducción en adultos jóvenes.

P

PENSAMIENTO. Es el resultado de la forma peculiar de acción. Conducta en la que se combinan contenidos de tipo simbólico y es resultado de aprendizajes previos.

PERCEPCION. Es el análisis interpretativo, de un conjunto de datos a partir del cual el sujeto obtiene información.

PRENATAL. Lo que ocurre o acontece alrededor del nacimiento (estudios que se realizan alrededor del nacimiento).

PERSONALIDAD. Conjunto de rasgos que caracterizan a un sujeto, estos pueden ser: intelectuales, motivacionales, temperamentales, etc.

PLACEBO. Sustancia o preparado inactivo que se administra, para satisfacer la necesidad simbólica del paciente de farmacoterapia; se emplea en estudios controlados para determinar la eficacia de sustancias medicinales.

PORFIRIA. Estado constitucional que se caracteriza por aumento de la cantidad de porfinas, existentes en los tejidos y segregados en la orina, se observa además pigmentación de la cara fotosensibilidad cutánea, vómitos y trastornos intestinales.

PREMATUREZ. Que se presenta antes, o sucede antes de tiempo apropiado. Nacimiento de un niño antes de la 37 semana de gestación.

PRODUCTO A TERMINO. Es aquel producto de la concepción que tiene de 37 a 41 semanas de gestación.

PRODUCTO DE BAJO PESO AL NACER, Es un niño nacido vivo con peso al nacer de 2500 gr. o menos, con período de gestación inferior a 38 semanas completas. Puede ser pequeño de corpulencia algo menor a término después de embarazo no complicado, nacido de una mujer de talla pequeña y grupo socioeconómico bajo.

PROLIFERATIVA. Multiplicación muy activa de elementos orgánicos similares, especialmente de células o tejidos.

R

RECIENTE NACIDO. Es aquel producto de la concepción que abarca de 28 a 30 -- días después de su nacimiento.

RIESGO REPRODUCTIVO. Es la probabilidad o grado de peligro que tiene la mujer en edad fértil, como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo .

S

SOCIALIZACION. Proceso que transforma al individuo biológico, en individuo social por medio de la transmisión y aprendizaje de la cultura de su so--- ciedad.

SOCIEDAD. Conjunto de individuos entre quienes existen relaciones organiza das, ya sea jurídicamente o afectivamente a causa de tradiciones estableci das.

B. BIBLIOGRAFIA.

AGUERO, Oscar. Revista de ginecología y obstetricia de Venezuela, Vol. 41, No. 4, 1981, p.p. 197.

ALVES, De Mattos L. Compendio de didáctica general, Ed. Kapelusz, Buenos - Aires, 1972, p.p. 240.

AUBRY, Richard. Clinica de perinatología (Nutrición), Ed. Interamericana, 1a. ed. México, 1975, p.p. 1425.

BEISCHER, Norman A. Obstetricia práctica: con cuidados del recién nacido, Ed. Interamericana, México, 1980, p.p. 253.

BENSON, Ralh Criswell. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, Ed. El Manual Moderno, 3a. ed. México, 1982, p.p. 1027.

CARNOY, Martín. La educación como imperialismo cultural, Ed. Siglo XXI, México, 1980, p.p. 349.

CARRERO, H. Fernando. Administración bibliográfica (Breve guía para confección de trabajos escritos), Ed. Grijalbo, México, 1980, p.p. 540.

CASTELAZO, Ayala Luis. Obstetricia, Ed. Francisco Mendez Oteo, 6a. ed. México, 1980, p.p. 630.

CONTIN, Agustín. Planificación de sistemas educativos, Ed. Trillas, México

1980, p.p. 189.

DANFORTH, D. N. Tratado de ginecología y obstetricia, Ed. Interamericana, 4a. ed. México, 1987, p.p. 840.

DIAZ, Del Castillo. Perinatología, Ed. Francisco Mendez Oteo, México, 1975 p.p. 548.

DURKHEIM, Emilio. Educación y sociología, Ed. Sharpire, Buenos Aires, 1980 p.p. 350.

FACULTAD Nacional de Medicina (UNAM). Guía de estudio para la prevención - de los defectos al nacer, Dirección de enseñanza en salud, México, - 1988, p.p. 82.

FAINETE, Pedro. Revista de ginecología y obstetricia de Venezuela, Vol. 43 No. 3, 1983, p.p. 123.

GONZALEZ, Del Riego Manuel. Revista Latinoamericana de perinatología, Vol. 7, No. 1, 1987, p.p. 10.

GONZALBO, Pilar. La educación de la mujer en La Nueva España, Ed. Caballito, 1a. ed. México, 1985, p.p. 155.

GREENHIL, J. P. Obstetricia, Ed. Interamericana, 1a. ed. México, 1977, -- p.p. 818.

HERNANDEZ, José. Revista de ginecología y obstetricia de México, Vol. 53, Abril, 1985, p.p. 65.

KARLHEN, Tomachewski. Didáctica general, Ed. Grijalbo, 8a. ed. México, -- 1985, p.p. 295.

LOPEZ, Ortiz. Ginecología y obstetricia, Ed. Franciso Méndez Oteo. I.M.S.S 2a. ed. México, 1982, p.p. 1001.

MARTINEZ, Sánchez. Perinatología y reproducción humana, Vol. 1, No. 1, México, 1987, p.p. 32.

MASTACHE, Ronián J. Didáctica general, Ed. Herrero, 15a. ed. México, 1980, p.p. 430.

MIRANDA, Pacheco. La educación como proceso conectivo de la sociedad, la ciencia, la tecnología y la política, Ed. Trillas, México, 1980, p.p.192.

MOHAMMAD, Naghi. Administración de programas de planificación familiar, - Ed. Limusa, México, 1984, p.p. 127.

MORENO, Bayardo G. Didáctica, Fundamentación y práctica, Ed. Progreso, -- Vol. 2 2a. ed. México, 1985, p.p. 127.

MORENO, L. Salvador. La educación centrada en la persona, Ed. El Manual - Moderno, 2a. ed. México, 1983, p.p. 153.

NASSIT, Ricardo. Pedagogía general, Ed. Kapelusz, 1a. ed. Buenos Aires, - 1974, p.p. 457.

NERICI, G. Imideo. Hacia una didáctica general dinámica, Ed. Kapelusz, - Argentina, 1972, p.p. 525.

NERICI, G. Imideo. Metodología de la enseñanza, Ed. Kapelusz, 4a. ed. México, 1985, p.p. 415.

NOVAK, R. Edmund. Tratado de ginecología, Ed. Interamericana, 3a. ed. México, 1977, p.p. 744.

OLDS, Sally. Enfermería materno infantil, Ed. Interamericana, 2a. ed. México, 1987, p.p. 1283.

OLIVELLA, Ramirez. Ginecología y obstetricia de México, Vol. 46, No. 277, 1980, p.p. 345.

PEEL, John. Técnicas de control de natalidad, Ed. Diana, 1a. ed. México, 1977, p.p. 317.

QUEENAN, T. John. Normas para la atención de embarazo de alto riesgo, Ed. El Manual Moderno, 1a. ed. México, 1982, p.p. 321.

SANDBERG, C. Eugene. Tratado de obstetricia, Ed. Bolea, 10a. ed. México, 1981, p.p. 498.

S.S.A. Manual de normas de educación para la salud, Ed. Talleres gráficos de la nación, 4a. ed. México, 1980, p.p. 335.

WILLIAMS, L. H. Obstetricia, Ed. Salvat, 6a. ed. México, 1978, p.p. 1066.