

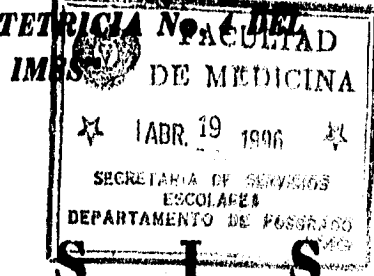
11217 112
27



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"

**"ACTITUD DEL RESIDENTE DE GINECO-
OBSTETRICIA HACIA LA PLANIFICACION
FAMILIAR EN EL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA No. 4 DEL**



T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOOBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DRA. ETHEL ^{Concepcion} PALACIOS ZAVALA



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESORES DE TESIS:

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA

DR. DAVID MANTEROLA ALVAREZ

MEXICO D. F.

ENSEÑANZA
HCO "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	página
INTRODUCCION	3
OBJETIVO	15
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	16
DISCUSION Y CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS	24
RESUMEN	26

DEDICATORIA

**A MIS PADRES: POR TODO EL CARIÑO, EL APOYO
INCONDICIONAL Y SU ETERNA
PACIENCIA**

A MIS ABUELOS: POR TODA LA DULZURA

A GIOVANNI: GRACIAS POR LA AMISTAD

INTRODUCCION:

La planificación familiar, visualizada en el contexto de la vida real, como un conjunto de actitudes, acciones, decisiones y convicciones con el fin común de crear un núcleo familiar sólido, estable y sano, es quizá uno de los elementos más valiosos que la sociedad moderna puede utilizar para mejorar el entorno integral de sus miembros.

El planificar una familia lleva implícita la necesidad de conceptualizar al núcleo familiar como pilar de la sociedad. La familia requiere de cubrir las necesidades básicas inherentes a sus miembros para permitirles crecer, desarrollarse y reproducirse en una forma ordenada, sana y armónica.

En el centro de los recursos con los que la sociedad cuenta para planificar la familia se encuentra, sin lugar a dudas, la anticoncepción en todas en todas sus modalidades y es parte de la conducta integral que se encamina a prevenir el embarazo no deseado, a determinar el número de hijos que una pareja desea tener y el momento del ciclo familiar en que desea tenerlos.

La integración de los métodos anticonceptivos a la vida diaria de la familia requiere de un entendimiento amplio de funcionamiento, sus ventajas y desventajas y de las opciones existentes para cada situación individual. Los distintos niveles de atención médica en nuestro país fomentan el uso de métodos anticonceptivos con el fin de auxiliar en la planificación familiar.

Si bien es cierto que en la prestación de los servicios de salud en general existe una gran variedad de factores físicos, geográficos, económicos administrativos, legales y culturales que dificultan o impiden el uso de un servicio de salud, éstos están limitados a las barreras médicas. ^{1,2,8,9,10}

En relación con la planificación familiar, Shelton y colaboradores definieron a las barreras médicas como "prácticas derivadas al menos de un razonamiento médico que resultan en un impedimento o en una negativa a brindar la anticoncepción que no puede justificarse científicamente".³ Al identificar a las barreras médicas en la planificación familiar como prácticas o procedimientos que obstaculizan la prestación de los servicios y las relacionan con la lógica médica o un razonamiento médico, existen peculiaridades en el origen y en la persistencia de dichas barreras que es necesario considerar.^{3,4}

La prestación de los servicios de planificación familiar iniciada como una necesidad de armonizar el crecimiento de la población con el desarrollo económico y social, evolucionó conforme se producía la transición del concepto de la protección anticonceptiva con fines primordialmente demográficos, a su identificación como una de las actividades fundamentales de la promoción y de la protección de la salud materno-infantil, de tal manera que la planificación familiar se comprende cada vez más claramente como parte inherente del fenómeno biológico, y social de la reproducción humana.^{1,2,8,9,10}

En forma paralela a esta transición en el concepto de la planificación familiar, se han observado cambios en la propia metodología anticonceptiva y un mejor conocimiento en el uso de los métodos anticonceptivos por parte del prestador de los servicios de salud y de la propia población, que ha llevado a la obsolescencia de políticas y normas técnicas establecidas en las primeras etapas de los programas de planificación familiar.^{3,4,8,9,10}

Shelton sugiere la clasificación de las barreras médicas en planificación familiar de la siguiente manera: 1) Requerimientos innecesarios, 2) Contraindicaciones injustificadas, 3) Criterios de elegibilidad, 4) Restricciones en el tipo de los prestadores de servicios, 5) Prejuicios de los prestadores de servicios, 6) Manejo de los efectos secundarios, 7) Obstáculos reglamentarios.^{3,4}

En la génesis y en el mantenimiento de estas barreras, existe como denominador la falta de información o información desactualizada de los prestadores de servicios.

Considerando que la eliminación de las barreras médicas no debe afectar la calidad de la protección anticonceptiva proporcionada a la población, deben tomarse en cuenta los elementos de calidad de los servicios de planificación familiar propuestos por Bruce:

1) Selección de los métodos anticonceptivos, 2) Información proporcionada los usuarios de los servicios, 3) Competencia técnica del prestador de los servicios, 4) Relaciones interpersonales en la prestación de los servicios, 5) Seguimiento y continuidad de la atención, 6) Integración de los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud.^{5,7}

Cuando la protección anticonceptiva se proporciona con fines principalmente demográficos, cualquier medida anticonceptiva parece mejor que ninguna.^{1,5,6,7}

Cuando la protección anticonceptiva se proporciona como indicación médica preventiva en el cuidado de la salud materno infantil, aplicando el enfoque de salud y riesgo reproductivo, la seguridad y eficacia de dicha protección anticonceptiva es fundamental.^{1,5,6,7}

Por lo que se refiere a la información proporcionada a los usuarios de los servicios, ésta ha exigido una comunicación educativa interpersonal más cuidadosa, apoyada en la capacitación del personal sobre las técnicas de Consejería en Salud Reproductiva, Salud Sexual, y específicamente en planificación familiar.^{6,7,8,9}

El fomento y la educación para la salud se entienden como el "conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir en forma habitual la responsabilidad de cuidar su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y solicitar oportunamente atención médica.
7,8,9,10

Debe recordarse lo que al respecto se establece en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos relativo al derecho de la población a la protección de la salud en el cual se indica con respecto a la salud reproductiva que "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".

De conformidad con lo anterior, el consentimiento bien informado de cada persona en la adopción de un método anticonceptivo, ha sido una política invariable del IMSS, que se fortalece en la difusión de las técnicas de Consejería en Salud Reproductiva.^{1,7,8,9}

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar en 1994, define a la consejería en Planificación Familiar como un proceso de análisis, comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.^{9,10}

En cuanto a la capacitación del prestador de servicios, definida como "el proceso educativo cuyo propósito es que el personal se mantenga actualizado y apto para

poder desempeñarse conforme a los requerimientos de un puesto específico, esta debe llevarse a cabo "de manera congruente con las necesidades de salud y demandas de servicios de salud de la población derechohabiente y con las necesidades y demandas de personal para la atención de la salud. Todo lo anterior pone de manifiesto la estrecha interrelación existente entre la información proporcionada a los usuarios y la competencia técnica del prestador de los servicios, dos de los elementos básicos de calidad de los servicios de planificación familiar.^{1,2,9,10}

Por otra parte, en cuanto a las relaciones interpersonales en la prestación de los servicios, el binomio "información al usuario competencia técnica del prestador de los servicios", resulta inoperante sin una adecuada relación interpersonal en el proceso de la presentación de los servicios de planificación familiar.

En este capítulo es indispensable tener presentes algunos de los principios de la bioética, la cual puede considerarse en sus términos más simples como la ética médica en la relación médico y paciente y que tiene que ver con la responsabilidad humana y profesional por todas las formas de vida.^{1,2,7,8,9,10}

Para Diego García, médico español contemporáneo, desde los orígenes de la medicina occidental en la relación médico - enfermos se identifica al primero como sujeto-agente y al segundo como sujeto-paciente, siendo el deber del médico hacer el bien al enfermo y el de éste aceptarlo. La moral de esta relación resulta entonces una típica moral de beneficencia en la que el facultativo no sólo es agente técnico, sino también moral y el doliente un sujeto necesitado de ayuda técnica, pero también ética.^{1,2,9}

En los últimos años, esta relación comenzó a basarse en los principios de libertad moral y el de autonomía de todos los sujetos implicados en ella el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno con su intransferible significación moral

específica. El médico actúa guiado por el principio de beneficencia, el enfermo por el de autonomía, (basado en los derechos humanos de la sociedad en materia de salud). ^{1,2,7,8,9}

La técnica de Consejería en Planificación Familiar que se ha mencionado antes, busca en el ámbito de la planificación familiar, un equilibrio respetuoso y armónico entre el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, los derechos humanos de la sociedad, considerando que la reproducción, tanto desde el punto de vista biológico como social, tiene profundas repercusiones en el individuo, en la familia y en la sociedad y los criterios del médico y del trabajador de la salud en general, guiados por el principio básico de hacer el bien. ^{1,6,7,8}

La salud reproductiva es propicia para el ejercicio del principio de autonomía por que el usuario de estos servicios es, en lo general, una persona sana; es decir, la relación no es de médico-enfermo, de tal manera que su deseo y sus posibilidades de decisión autónoma son mayores. Es propicia también para el ejercicio del principio de beneficencia por parte del médico, pero con una concepción más amplia de hacer el bien, por que le obliga a manejar los riesgos para la salud en el corto, mediano y largo plazo y no solamente en lo inmediato. Es propicia así mismo, para el ejercicio del principio de justicia, en la medida en la que la reproducción humana se comprende como un fenómeno biológico y social, con repercusiones tanto en el individuo como en la familia y en la sociedad. ^{1,6,7,8,9}

En cuanto a la integración de los servicios de salud, la oportunidad de los usuarios activos o potenciales de métodos anticonceptivos de acceder a otros servicios de salud es una necesidad muy evidente, sobre todo en los casos de organizaciones e instituciones dedicadas específicamente a la prestación de servicios de planificación familiar ^{1,6,7,8,9} Por ejemplo:

específica. El médico actúa guiado por el principio de beneficencia, el enfermo por el de autonomía, (basado en los derechos humanos de la sociedad en materia de salud). ^{1,2,7,8,9}

La técnica de Consejería en Planificación Familiar que se ha mencionado antes, busca en el ámbito de la planificación familiar, un equilibrio respetuoso y armónico entre el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, los derechos humanos de la sociedad, considerando que la reproducción, tanto desde el punto de vista biológico como social, tiene profundas repercusiones en el individuo, en la familia y en la sociedad y los criterios del médico y del trabajador de la salud en general, guiados por el principio básico de hacer el bien. ^{1,6,7,8}

La salud reproductiva es propicia para el ejercicio del principio de autonomía por que el usuario de estos servicios es, en lo general, una persona sana; es decir, la relación no es de médico-enfermo, de tal manera que su deseo y sus posibilidades de decisión autónoma son mayores. Es propicia también para el ejercicio del principio de beneficencia por parte del médico, pero con una concepción más amplia de hacer el bien, por que le obliga a manejar los riesgos para la salud en el corto, mediano y largo plazo y no solamente en lo inmediato. Es propicia así mismo, para el ejercicio del principio de justicia, en la medida en la que la reproducción humana se comprende como un fenómeno biológico y social, con repercusiones tanto en el individuo como en la familia y en la sociedad. ^{1,6,7,8,9}

En cuanto a la integración de los servicios de salud, la oportunidad de los usuarios activos o potenciales de métodos anticonceptivos de acceder a otros servicios de salud es una necesidad muy evidente, sobre todo en los casos de organizaciones e instituciones dedicadas específicamente a la prestación de servicios de planificación familiar.^{1,6,7,8,9} Por ejemplo:

De acuerdo con todo lo anterior, la salud reproductiva, como campo de acción, puede definirse como el conjunto de actividades para elevar el nivel de salud, disminuir riesgos y prevenir los daños relacionados con la reproducción humana y desde otro punto de vista, la salud reproductiva se puede resumir como "la capacidad de la pareja humana de desarrollar y disfrutar su vida sexual, regulando el número y el espaciamiento de sus hijos, mediante una protección anticonceptiva oportuna y eficaz." ^{1,6,8}

La tarea de planificación familiar se lleva a cabo en el IMSS en los tres niveles de atención médica, en una forma programada y ordenada que pretende alcanzar metas en el mejoramiento del nivel de salud de la población y la disminución de los indicadores demográficos que pueden ser modificables con el control de la natalidad. ^{1,6,7,8}

En la discusión de los puntos anteriores puede verse que el hecho de una decisión informada es quizá la base de una buena tarea de planificación familiar. El proporcionar información para utilizar métodos anticonceptivos lleva implícita la necesidad de una relación interpersonal entre el usuario y el prestador de servicios en la cual influirá sin lugar a dudas, la actitud personal del prestador de servicios hacia lo que informa sobre planificación familiar. ^{1,6,7,8}

El Diccionario de la Real Academia de la lengua Española define "actitud" como "disposición de ánimo de algún modo manifestado". Por actitud generalmente se trata de describir una abstracción, cierta clase de estado o condición general que existe dentro de la persona. Las declaraciones sobre actitudes son, en realidad predicciones; cualquier cosa que se diga sobre la actitud de otra persona resultará en una predicción sobre como es probable que se comporte en el futuro. Sobre la base de lo que se haya visto que otra persona ha hecho o lo que se ha escuchado que otra persona dijera en el pasado, se pronostica como actuará en el futuro. ¹¹

Puesto que las actitudes no son directamente visibles, todos los enunciados que les atañen se basan en evidencias circunstanciales que toman la forma de una conducta visible. Un enunciado sobre actitud es una predicción basada en lo que alguien dice o hace.¹¹

Las conductas en que se basan los enunciados relativos a las actitudes se pueden llamar, adecuadamente, conductas indicadoras, pues se emplean como predicciones de la actitud, y resultan muy comunes en nuestra existencia. Ciertas conductas son mejores indicadoras o predictoras de la actitud que otras, y no siempre resulta fácil decidir cual es la mejor.¹¹ Más aún, cualquier conducta en particular puede ser indicadora de varias actitudes distintas.

Siempre es prudente tratar de encontrar otros indicadores que ayuden en la interpretación de una actitud específica. Si ya se conocen las actuaciones que se aceptan como acordes con el significado que da a una actitud, también se conocerá como evaluar si la actitud (tendencia a actuar en una forma y no es otra), está en la condición adecuada. También se tendrá indicios sobre las conductas a modificar para mejorar la condición. Cuando una persona cambia lo que hace, es muy factible que se cambien las palabras que otros usan para describirlo.¹¹

El valor de la actitud de los prestadores de servicios hacia la planificación familiar es quizá determinante en el logro de metas vinculadas a mejorar el nivel de salud reproductiva y al mismo tiempo obtener mejorías en la familia y en la sociedad. Es muy factible que una actitud positiva o favorable durante el proceso de información personal entre el prestador de servicios y el usuario de métodos anticonceptivos tenga un impacto considerable en modificar la conducta y buscar nuevas alternativas para resolver un problema de planificación familiar de la manera más ventajosa para el usuario.^{7,8,11}

La literatura actual sobre los problemas de planificación familiar, invariablemente hace alusión a la necesidad de informar a la población de una manera sencilla, completa y ética sobre los métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, la necesidad de conservar y mejorar la salud reproductiva. Sin embargo no existen antecedentes de estudios realizados con el fin específico de determinar la influencia de la actitud del prestador de servicios en la toma de decisiones de los usuarios de métodos anticonceptivos.

Oddens, et al en 1994 publicaron un estudio a cerca del uso de métodos anticonceptivos y actitudes en Gran Bretaña, y mencionan que "la fuente principal de información en anticoncepción se encontró en la profesión médica." ¹² Esto sugiere que los profesionales pueden jugar un papel importante en el mejoramiento del uso y la actitud hacia los métodos anticonceptivos en Gran Bretaña". ¹²

Rivera, et al publicaron en 1993 un estudio sobre el presente y pasado del dispositivo intrauterino y mencionan la importancia de la consejería en el uso del DIU: "El papel esencial de la consejería para la utilización segura, continua y efectiva de métodos de control de la fertilidad, se ha venido acentuando. No ha sido sino hasta los últimos años, que la consejería se concentraba en aspectos biológicos y tecnológicos en la planificación familiar. Hoy en día, la consejería también trata de entender las perspectivas del usuario con respecto a su estilo de vida y su cultura. Se hace un esfuerzo especial por ayudar al usuario a seleccionar el método que mejor le convenga según su conducta sexual, ya que éste aspecto tiene un impacto profundo en la utilización del método." ¹³ Además, "las actitudes profesionales, sociales y culturales de los prestadores de servicios son muchas veces, una limitación para una consejería efectiva. Este tipo de situación debe ser corregida de cualquier manera posible" ¹³.

Sobre el aspecto de una información adecuada, Grace Dlano escribe: "Al hablar con la gente, la sencillez es lo mejor. Siempre trato de utilizar palabras que serán entendibles - no solo implicar que el usuario "debe" hacer algo. Si las mujeres entienden como funcionan sus órganos reproductores y las consecuencias de la multiparidad en estos órganos entenderán la necesidad de espaciar los nacimientos".¹⁴ El factor de conocimientos acerca de la función reproductiva en la toma de decisión sobre un método anticonceptivo es esencial. Este proceso de aprendizaje debe iniciar, idealmente en el núcleo familiar desde la primera infancia. Sin embargo es común encontrar grandes grupos de adolescentes carentes de información fidedigna acerca de la vida sexual y las decisiones que deben tomarse. Ortigosa, et al, publicaron en 1991 los resultados de una encuesta sobre sexualidad y reproducción a nivel de Educación Media Básica en México y mencionan que "el objetivo de informar sobre temas sexuales para evitar futuros problemas, fue definido por el 34% de los alumnos, y es una meta factible de alcanzar". Sugieren además como "estrategia educativa un esquema escalonado de complejidad progresiva por grados escolares, cuya finalidad sea ganar conocimientos y que progresivamente se lleve a nivel de lo aplicable socioculturalmente, la finalidad será entonces alcanzar no solo actitudes sino lograr prácticas preventivas sobre sexualidad y reproducción".¹⁵

Armando Torres Ramírez escribe en 1994 sobre anticoncepción en las adolescentes y menciona: "Corregir, combatir o evitar todos los factores que favorecen el embarazo en la adolescente, equivaldría a querer cambiar estructuras sociales que son producto de un largo y complicado proceso histórico. Sin embargo, intentando al menos modificar parcialmente esos factores, diversas instituciones privadas, se preocupan en la actualidad por proporcionar información sobre sexualidad a grupos de adolescentes que no han recibido dicha información a nivel familiar, con el fin de orientar su conducta sexual de una manera responsable."¹⁶

En cuanto a la anticoncepción en el puerperio inmediato menciona: "No es suficiente y egoísta, ofrecerle a estas mujeres, particularmente si son adolescentes, sólo los servicios médicos omitiendo por dudosa falta de tiempo o por particulares convicciones personales, la asesoría en planificación familiar, que independientemente de ser una norma legal obligatoria en nuestro país, pretende una atención biopsicosocial integral a la paciente".¹⁶ Menciona además que "la adolescente opta por el método que le recomienda el médico, por lo cual el profesional está obligado a seleccionar el que reúna las mayores ventajas tanto desde el punto de vista de su eficacia como de su uso, considerando las condiciones de salud de la paciente y no sus preferencias particulares sobre algunos de ellos".¹⁶

Refiere por otra parte que "la experiencia demuestra, que el no aprovechar las oportunidades que ofrecen las consultas prenatales, significa dejar sin protección anticonceptiva a más de 50% de las mujeres; y lograr en la última consulta o durante el trabajo de parto que la paciente acepte un método, equivale a perder otra buena proporción de supuestas usuarias, ya que éstas en muy corto tiempo abandonarán dicho método que han aceptado más por presión psicológica que por convencimiento".

Existen otros aspectos que se han mencionado a cerca de la actitud de los consejeros en planificación familiar, a este respecto, la Dra. Basnayake escribe: "Las opiniones que tienen los médicos acerca de los métodos anticonceptivos tienen un efecto fundamental en la aceptación y el uso de la planificación familiar. Los médicos son los principales proveedores en muchas clínicas y en la mayoría de los países son los únicos proveedores de métodos de acción prolongada"; continúa diciendo "los médicos influyen en la elaboración de las políticas y directrices de prestación de servicios nacionales y en los programas de capacitación y educación, así como en las prácticas administrativas". Menciona también que "los médicos tienen conceptos erróneos acerca de los riesgos y

tienen actitudes que limitan la disponibilidad y el uso de algunos métodos, en particular aquéllos de acción prolongada". Las actitudes de los médicos pueden limitar la elección de los métodos por parte del público aunque sus prejuicios estén basados en desearlo que, según los proveedores, es mejor para los clientes".¹⁷

Según un estudio multicéntrico, 375 médicos favorecían los métodos "buenos, científicos y útiles". Esta frase fue uno de los nueve factores que los médicos identificaron como determinantes de sus actitudes hacia los diferentes métodos. Los demás factores eran el costo, los riesgos para la salud, cuestiones religiosas y culturales, la facilidad de su uso correcto y el efecto que tienen en la relación pareja.¹⁷

En un estudio reciente en Ghana, se encontró que la actitud que tienen los proveedores de servicios respecto a los métodos limita su acceso a los clientes. Algunos creen, erróneamente que el Norplant y los inyectables reducen la fecundidad permanente. El prejuicio de los proveedores se manifestaba también con los condones, los espermicidas y la esterilización masculina, y se llegó a la conclusión de que deben equilibrarse las actitudes con la información científica actual con el fin de aumentar el uso de los anticonceptivos.

Por otra parte el cuestionar la autoridad de los proveedores de servicios es sumamente difícil, especialmente si el proveedor es un médico; pocos proveedores reconocen tales cuestiones así como la importancia de escuchar a los usuarios cuando expresan sus temores y puntos de vista.

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto, se mencionó que "los adolescentes deben recibir información acerca de la planificación familiar y de la salud de la reproducción, así como tener acceso a ellas. Los prestadores de servicios no deben restringir su acceso a los servicios y deben respetar la confidencialidad y privacidad de los jóvenes". Se dijo

además, "que la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad es la piedra angular de los programas de población y desarrollo".¹⁹

JoAnn Lewis Vicepresidenta ejecutiva del Family Health Institute International, mencionó en un taller en 1994 en el Cairo, Egipto dijo: "los usuarios de la planificación familiar no pueden tomar decisiones acertadas si no tienen buena información".¹⁹

Como puede apreciarse la decisión bien informada es una constante en los aspectos de consejería en planificación familiar, y hay evidencia de que la actitud del médico como prestador de servicios influye en la toma de decisiones de las usuarias, es por lo tanto pertinente reconocer la importancia de tener un marco de referencia en cuanto a la actitud que prevalece en un grupo de médicos que se encuentran en constante contacto con pacientes y familias que son candidatos a ser usuarios de los métodos anticonceptivos para planificar la familia.²⁰

OBJETIVO:

El objetivo principal de este estudio es conocer la actitud que prevalece en el médico en formación en un hospital de Gineco-Obstetricia hacia la planificación familiar, siendo que el residente tiene contacto directo y constante con la paciente, su actitud hacia acciones de control de la natalidad tendrá una influencia importante en la toma de decisiones por parte de la paciente a distintos momentos de su vida reproductiva: desde el control prenatal hasta visitas en período de intervalo entre un embarazo y otro. El conocer las características generales de esta actitud puede ser un elemento útil en el diagnóstico situacional en el área de planificación familiar y permitirá reconocer las carencias de conocimiento o fuentes de confusión con respecto a los métodos anticonceptivos y el papel que juegan en la planificación familiar y buscar alternativas de solución para el aspecto educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio: Estudio observacional, tipo encuesta descriptiva.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los residentes de 2o. Y 3o. Año del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia inscritos al ciclo escolar de Marzo 1995 a Febrero 1996 en el HGO "L.C.A." del IMSS en México, D.F.

Criterios de Inclusión:

- Ser residente de 2o. ó 3o. año de Gineco-Obstetricia en el HGO "L.C.A." del IMSS en el ciclo de Marzo de 1995. A Febrero de 1996.
- Contestar completamente el cuestionario diseñado para la encuesta de actitud hacia la planificación familiar.

Criterios de No Inclusión

- Ser médico no residente de Gineco-Obstetricia en el HGO "L.C.A." del IMSS.
- No estar presente en el momento de aplicación del cuestionario diseñado para la encuesta de actitud.

Criterios de Eliminación o Exclusión

- No contestar completamente el cuestionario diseñado para la encuesta de actitud.
- Ser dado de baja de la residencia de Gineco-Obstetricia durante el periodo Marzo de 1995 a Febrero de 1996.

RESULTADOS:

Se realizaron las encuestas sobre actitud del residente de Gineco-Obstetricia, hacia la planificación familiar, en un total de 35 residentes, de los cuales el

51% fueron hombres y el 49% mujeres. El promedio de edad fue de 29 años, con una D. E. de 4 años.

En el 51% (18) pertenecían al segundo año de la residencia y 40% (14) al tercer año, en 3 (9%) no se obtuvo el dato.

Con respecto a la Nacionalidad de los residentes encuestados, se encontró que el 86% son mexicanos, 4 (11%) Colombianos y uno (a) Nicaragüense, no se obtuvo el dato en uno que no contestó.

En relación a la Religión de los Encuestados, el 86% refirió ser católicos, sólo el 11% no refirió ninguna, y uno (3%) refirió ser evangelista.

La escuela de referencia de la Licenciatura, tuvo la siguiente distribución. La mayoría el 37% (13) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), del Instituto Politécnico Nacional (IPN), y la UMSNH, el 9% (3).

La mayor parte 63% de los residentes refirió estar soltero, y 13 (37%) casados. 26 residentes, el 74% no tienen hijos, de los que refirieron tenerlos el 17% tuvo un niño (6), y el dos hijos 3 (9%).

Se preguntó además sobre los idiomas que leían o traducían el 63% (22) refirieron el inglés, el resto no específico.

Además de los anteriores datos, se realizó una serie de preguntas, para conocer la actitud ante la planificación familiar de los médicos entrevistados, a las respuestas se les dio un puntaje que fue el siguiente: la respuesta sí 2 puntos, la respuesta no cero puntos, y la respuesta no se, un punto, para posteriormente establecer los siguientes puntos de corte:

Se consideró una **Mala actitud**, para aquellos que sumaron de 0 a 50 puntos, **Actitud regular (desinterés en el área)**, cuando tuvieron de 51 a 100 puntos, **Buena actitud**, cuando tuvieron de 101 a 140 puntos. Se consideró **Excelente actitud** de 141 puntos a 150.

En relación a lo anterior se mostró que los residentes no tuvieron una mala actitud ante la planificación familiar, el 11% tuvo una actitud regular, es decir un desinterés en el área, y el 86% (30), una buena actitud, y solo el 3% (1 residente), refirió una excelente actitud. (Cuadro 1)

Al analizar la distribución de la actitud ante la planificación familiar se encontró que los residentes hombres tuvieron en el 72% una actitud buena, y además el 22% una actitud regular, y el 6% (1) una excelente actitud. Sin embargo, en las mujeres las 17 mujeres fueron consistentes al presentar todas una buena actitud. (Cuadro 2)

En relación al año de residencia que cursan los del segundo año presentaron una buena actitud 15 (83%), una actitud regular en el 11% (2), y una excelente actitud uno (6%).

Los del tercer año de residencia el 86 % (12) tuvieron una buena actitud, y el 14% (2) una actitud regular. Los tres residentes que no refirieron el año que cursaban (3) tuvieron una buena actitud ante la planificación familiar. (Cuadro 3)

El único residente que tuvo una actitud excelente ante la planificación familiar refirió ser mexicano, católico, y egresado de la UMSNH, casado, además que refirió leer y traducir el inglés.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA INSTITUCIÓN

Los mexicanos, tuvieron en el 87% (26) una buena actitud, y el 10% (3) una regular actitud. Los colombianos el 75% (3) fue una buena actitud, y uno (25%) una regular actitud, el(a) Nicaragüense, tuvo una buena actitud ante la planificación familiar.

En relación a la religión el 90% (27) de los que se dicen católicos, tiene una buena actitud, y el 7% una regular, los que son ateos, el 50% refirieron una regular y buena actitud con dos casos cada uno. El que refirió una religión evangelista tuvo una buena actitud.

El 77% (10) que vienen de la UNAM, tuvo una calificación de buena actitud ante la planificación familiar y solo el 23% (3) de una regular. De los egresados del Politécnico, el 100% (3), refirió una buena actitud. La distribución de las otras escuelas o universidades de procedencia tuvieron una buena actitud, solo uno de la CES- de Colombia tuvo una regular actitud.

De los médicos casados el 85% (11) refirieron una buena actitud, seguido de uno con regular actitud (8%). De los solteros el 86% (19) tienen una buena actitud, y el 14% (3) una regular. (Cuadro 4)

En 17 (77%), de los que leen o traducen inglés tuvieron una buena actitud, y el 18% (4), una regular actitud, de los que no refirieron traducir o leer otro idioma, tuvieron una buena actitud ante la planificación familiar (13 individuos).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A pesar de que la actitud de los residentes de gineco-obstetricia que se describe en este trabajo es en general buena, por las características de la

especialidad, ésta debería ser excelente y no tendría porque existir falta de interés en el área por parte de ningún residente.

Las situaciones que contribuyen a este tipo de actitud son múltiples. La principal radica en el hecho de que existe una deficiencia en el conocimiento de la planificación familiar, sus fundamentos y las ventajas trascendentales que ofrece a los seres humanos.

Es de vital importancia revisar los programas académicos de la especialidad en el rubro de la planificación familiar, para reevaluar el enfoque con que se transmite el conocimiento, y buscar formas prácticas de crear un impacto más significativo en la mente del médico en formación que lo motive a realizar acciones de planificación familiar con el mismo entusiasmo y seriedad con que realiza otras acciones médicas.

No existen estudios que hayan investigado la actitud hacia la planificación familiar en otras poblaciones de residentes. Sin embargo, se han estudiado actitudes de los prestadores de servicios médicos hacia los métodos de planificación familiar, y en general, se concluye que la actitud del médico hacia estos métodos influye de manera contundente en la decisión final del paciente, e indirectamente en la efectividad de dichos métodos.

Es importante puntualizar que, un aspecto clave en la planificación familiar, radica en la comunicación efectiva entre el médico y el paciente, que permite tomar una decisión bien informada.

El residente carece, la mayoría de las ocasiones, del tiempo necesario para desarrollar dicha comunicación adecuadamente, por lo que es prioritario, designar al médico en formación, un tiempo específico dentro de sus

actividades diarias, exclusivo para acciones de planificación familiar con la debida supervisión y asesoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón F. Barreras Médicas en la Salud Reproductiva, I. Taller Regional para la difusión de las normas en materia de Planificación Familiar y Materno Infantil, México, D. F. 1994.
2. Glosario. Modelo de Atención a la Salud, de la Subdirección General Médica. IMSS.
3. Shelton J., Angle M., Jacobstein R. Medical Access to Family Planning. *Lancet*, 1991, 340:133.
4. Options for population policy. Policy approaches to the removal of medical barriers. The future Group. Noviembre 1993.
5. Bruce J. Fundamental elementos of the quality care: A simple Framework *Stud Fam Plan.* 1990, 21:61.
6. Modelo de Atención a la Salud, de la Sudirección General Médica, IMSS. Enero 1994.
7. Treviño, G. N. Bioética y Salud Reproductiva. Conferencia Magistral XV Reunión Nacional Anual de Salud Reproductiva, Materno Infantil y Planificación Familiar. Acapulco, Gro., México, Octubre 1993.
8. Norma oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.

9. Norma oficial Mexicana de Atención a la muerte en el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
10. Norma oficial Mexicana de Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño menor de 5 años, del Escolar y del Adolescente.
11. Mager R.F. "¿En dónde está su actitud?" en Análisis de metas. Editorial Trillas, México, D. F. 1973.
12. Oddens B. J., Visser A., Vemer H. M., W.M. Everaerd, Lehertz P. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception* 1994; 49: 73-84.
13. Rivera R., Chi I., Farr G. The intrauterine device in the presente and future. *Curr Op Obstet Gynecol* 1993; 5:829-832.
14. Delano G. In talking to people, simplicity is best. *Family Health International*; 9 (2):18.
15. Oritgosa E., Carrasco Y. Educación perinatal en adolescentes. *Rev Perinatología* 1994; 9(4):2-5.
16. Torres A. La anticoncepción en las adolescentes. *Rev Perinatología* 1994; 9 (4): 6-10.
17. Finger W. R. La elección del método implica muchos factores. *Network en Español* 1995; 10 (1): 16-19.

18. Barnett B. Directrices mejoran la atención a los clientes. *Network en Español* 1995; 10 (1): 10-15.
19. Barnett B. El papel de Family Health International en la Conferencia de El Cairo. *Network en Español* 1995; 10 (1): 20-28.
20. Lynn C. Informed Consent plays key role. *Network* 1994; 15 (1): 22-28.
21. Miles-Doan R. "Empowering" women. *Network* 1994; 15 (1): 14-17
22. Ortigosa E., et al. Sexualidad y reproducción. Una encuesta en el nivel de educación media básica. *Ginecol Obst Mex* 1991; 59: 293-298.
23. Swar- Eldahab A. M. Constraints on effective family planning in urban Sudan. *Stud Fam Plan* 1993; 24 (6): 366-373.

ANEXOS

**CUADRO 1. DISTRIBUCION DE LA ACTITUD ANTE LA PLANIFICACION
FAMILIAR DE LOS MEDICOS RESIDENTES DEL H.G.O. No. 4 IMSS**

ACTITUD	Número	Porcentaje
MALA	0	0
REGULAR (DESINTERES EN EL AREA)	4	11
BUENA	30	86
EXCELENTE	1	3
TOTAL	35	100

**CUADRO 2. DISTRIBUCION DE LA ACTITUD ANTE LA PLANIFICACION
FAMILIAR DE LOS MEDICOS RESIDENTES POR SEXO
DEL H.G.O. No. 4 IMSS**

ACTITUD	MUJERES	HOMBRES
	No. (%)	No. (%)
REGULAR (DESINTERES EN EL AREA)	0 (0)	4 (22)
BUENA	17 (100)	13 (72)
EXCELENTE	0 (0)	1 (6)
TOTAL	0 (0)	100

**CUADRO 3. DISTRIBUCION DE LA ACTITUD ANTE LA PLANIFICACION
FAMILIAR DE LOS MEDICOS RESIDENTES POR AÑO DE ESTUDIO
DEL H.G.O. No. 4 IMSS**

ACTITUD	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
	No. (%)	No. (%)
REGULAR (DESINTERES EN EL AREA)	2 (11)	2 (14)
BUENA	15 (83)	12 (86)
EXCELENTE	1 (6)	0 (0)
TOTAL	0 (0)	14 (100)

**CUADRO 4. DISTRIBUCION DE LA ACTITUD ANTE LA PLANIFICACION
FAMILIAR DE LOS MEDICOS RESIDENTES POR AÑO DE ESTUDIO
DEL H.G.O. No. 4 IMSS**

ACTITUD	CASADOS	SOLTEROS
	No. (%)	No. (%)
REGULAR (DESINTERES EN EL AREA)	1 (8)	3 (14)
BUENA	11 (84)	19 (86)
EXCELENTE	1 (8)	0 (0)
TOTAL	13 (100)	22 (100)