

21
2es

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

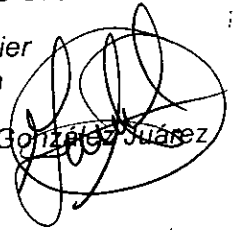
Factores por lo que las mujeres en edad reproductiva con vida sexual, no aceptan el uso de métodos anticonceptivos hormonales de dos comunidades rurales de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 de Zitácuaro Michoacán.

T E S I S

PRESENTAN:

Navarro Ríos Javier
Ortiz Jaén Amelia

Asesora: Lic. Liliana González Juárez



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1999

280548



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme permitido
Llegar hasta este momento.

A MIS PADRES:

Por haberme dado la vida y
Educado con el ejemplo de
Amor y valentía durante mi
Carrera.

A MIS HERMANOS:

Por brindarme todo su apoyo
moral y económico en el
transcurso de mi carrera.

JAVIER NAVARRO RIOS.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme dado la vida
Iluminado y guiado mi camino
En todo momento.

A MIS PADRES:

ANDRES ORTIZ PEÑA.
TELESFORA JAEN DE ORTIZ.

Con todo respeto por brindarme
Apoyo, comprensión, amor y paciencia
durante toda mi carrera

A MIS HERMANOS:

Beto, Pilar, Leo, Noé, Arturo;
por haberme ayudado a alcanzar
esta meta, brindándome su apoyo
y comprensión.

AMELIA ORTIZ JAEN

A NUESTRA ASESORA:

MTRA. Lilitiana González Juárez

Por su valiosa ayuda en la elaboración

Del presente trabajo y por sus conocimientos transmitidos

JAVIER Y AMELIA.

CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	4
1.3 Importancia del estudio	5
1.4 Definición de variables	5
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Adaptación del Modelo de Promoción de la Salud	10
2.3 Antecedentes de la Estrategia de Extensión de Cobertura. (EEC)	19
2.4 Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura	21
2.5 Antecedentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva. (PNSR)	22
2.6 Objetivos del PNSR	23
2.7 Metas del PNSR	25
2.8 Factores Psicosociales Asociados al Uso de Métodos Anticonceptivos Hormonales	26
2.9 Importancia de la Planificación Familiar	28
2.10 Anticonceptivo Hormonal Oral	30
2.11 Anticonceptivo Hormonal Inyectable	35
3. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño de investigación	40
3.2 Sujetos	40
3.3 Muestra	40
3.4 Instrumento	41
3.5 Procedimiento	41

3.6	Análisis estadístico	42
3.7	Ética del estudio	42
4. RESULTADOS		
5. Discusión		
5.1	Estadísticas descriptivas	62
5.2	Conclusiones	79
5.3	Sugerencias	72
APENDICES		
	APENDICE A. Operacionalización de variables	74
	APENDICE B. Instrumento de recolección de datos	78
BIBLIOGRAFIA		81

CAPITULO 1

INTRODUCCION

La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (programa de salud reproductiva 1995 - 2000). Durante el desarrollo del servicio social del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en comunidades rurales de Michoacán se pudo observar que las mujeres no muestran interés en el uso de métodos anticonceptivos hormonales durante el espacio intergenésico por lo que sus embarazos se dan inmediatamente al término del puerperio o en el transcurso de éste, por lo cual se presentan diversas complicaciones durante la gestación, parto y puerperio.

Con la presente investigación se pretende descubrir los factores por los cuales la mujer en edad reproductiva y con vida sexual no acuden a los servicios de planificación familiar con los que cuenta en su comunidad.

Esta investigación está basada en el modelo de enfermería de promoción de la salud de Nola Pender, cuyas variables fueron adaptadas al problema de estudio. La finalidad de este modelo es llegar a una conducta promotora de la salud que en este caso sería promover una buena salud reproductiva, para ello es necesario tomar en cuenta sus variables, las cuales se dividen en características y experiencias individuales que incluye la conducta previa relacionada y los factores personales que a su vez se dividen en biológicos, psicológicos y socioculturales. Dentro de las cogniciones y afecto específicos de la conducta, están las barreras percibidas a la acción y afecto relacionado a la actividad. Estas variables nos conducen a un compromiso con un plan de acción para obtener un resultado conductual que es el objetivo de este modelo.

El proyecto consta del planteamiento del problema, objetivos, importancia del estudio, definición de términos, incluye el cuadro de modelo de promoción de la salud, un resumen de adaptación del modelo al estudio. Dentro del marco de referencia, se describen los temas a desarrollar en la elaboración del mismo.

En la metodología se define el tipo de diseño del estudio, los sujetos, muestra, instrumentos, procedimientos, estadísticas descriptivas, las bases legales y éticas en las que se sustenta la investigación. Para los resultados se tomarán en cuenta las características sociodemográficas, estadísticas inferenciales y la confiabilidad del estudio. Una vez analizados los datos se procederá a realizar conclusiones y sugerencias.

1.1 Planteamiento del Problema

Durante el transcurso del servicio social dentro del convenio de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia - Dirección General de Salud Reproductiva (ENEO-DGSR) se brindó atención a las diferentes comunidades que integran el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) donde una de las principales actividades del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia es la promoción de los diferentes métodos anticonceptivos. Como responsable directa en la comunidad está la Auxiliar de Salud, ella se encarga de la prescripción a los usuarios de los diferentes métodos anticonceptivos, sin embargo aún cuando estos se proporcionan gratuitamente existen muchas mujeres en edad fértil con embarazos frecuentes y no deseados que no aceptan la utilización de ningún método de planificación familiar.

A finales de 1973 los métodos de planificación familiar eran usados por cerca de 900 mil mujeres lo cual equivalía al 12 por ciento del total de mujeres en edad fértil, a partir de esos años el incremento de las mujeres activas aumentó llegando hasta un 47.6 por ciento en 1982 (Figuroa 1990). Sin embargo en las comunidades rurales y a pesar de la constante difusión en los diferentes medios de comunicación existe la falta de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, por lo que se cree, este problema se suscita entre otros factores por la mala información y calidad de atención otorgada por el personal de salud a los usuarios.

Es por ello que se decidió investigar:

¿ Cuáles son los factores por los que las mujeres en edad reproductiva no aceptan el uso de métodos anticonceptivos hormonales de dos comunidades rurales en la Jurisdicción Sanitaria N° 3 de Zitácuaro Michoacán ?

1.2 Objetivos

General.- Conocer los factores por los que las mujeres en edad reproductiva, no aceptan el uso de métodos anticonceptivo hormonales de dos comunidades de la Jurisdicción Sanitaria #3 de Zitácuaro Michoacán bajo el modelo teórico de Promoción a la Salud de Nola J. Pender.

Específicos:

1. Identificar la conducta previa relacionada en las mujeres en edad reproductiva al uso de algún método anticonceptivo hormonal.
2. Conocer los factores socioculturales, biológicos y psicológicos que influyen en el uso de algún método anticonceptivo hormonal en las mujeres en edad reproductiva.
3. Identificar las barreras que las mujeres perciben para el uso de los métodos anticonceptivos hormonales.
4. Descubrir el afecto relacionado al uso de los métodos anticonceptivos hormonales en las mujeres en edad reproductiva.

3.1 Importancia del Estudio

Las principales complicaciones encontradas en pacientes obstétricas de dos comunidades de los módulos 1 y 6 durante el periodo del servicio social, se enfocaron hacia el embarazo, parto y puerperio, debido a que la mayoría de estas pacientes no cuenta con una buena salud reproductiva, esto es consecuencia de los embarazos continuos y además de los niveles de desnutrición en que se encuentran las mujeres gestantes. Para disminuir el riesgo reproductivo, es importante concientizar a las mujeres en edad fértil sobre las ventajas de la planificación familiar. Por lo tanto es primordial conocer los factores que influyen en la no aceptación de los métodos anticonceptivos hormonales para posteriormente poder implementar las acciones debidas en la prevención de las complicaciones.

Además de lo anterior hay que tomar en cuenta que dentro del perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia se encuentra la promoción de la salud. Por lo que se considera necesario realizar la presente investigación.

1.4 Definición de Variables

Conducta Previa: Son efectos tanto directos como indirectos que influyen en la probabilidad de utilizar anticonceptivos hormonales.

Factores Personales: Los factores personales se clasifican en:

- a) Biológicos: edad, sexo y peso.
- b) Psicológicos: autoestima, automotivación, estado de salud.
- c) Socioculturales: Nivel académico, nivel socioeconómico, religión, mitos y mala información sobre los métodos anticonceptivos hormonales.

Barreras Percibidas: Son consideradas como problemas, obstáculos y costos personales percibidos por las mujeres para usar anticonceptivos hormonales.

Afecto Relacionado: Son los estados de sentimiento que ocurren antes, durante y después de utilizar anticonceptivos hormonales, estas respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o fuertes y son clasificadas cognoscitivamente, almacenadas en la memoria y asociadas a pensamientos subsecuentes de la conducta.

Compromiso con un Plan de Acción:

El compromiso con un plan de acción implica:

- 1) Para llevar a cabo una acción específica en la promoción de los métodos anticonceptivos hormonales.
- 2) Identificación de estrategias para despertar el interés de las mujeres en edad reproductiva en el uso de los métodos anticonceptivos hormonales.

Conducta Promotora de la Salud: La conducta promotora de la salud es obtener una buena salud reproductiva al lograr que las mujeres puedan espaciar sus embarazos por lo menos 2 o 3 años y que su primera gestación sea después de los 20 años. (Pender, 1997)

Planificación Familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Edad Reproductiva: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Salud Reproductiva: Es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y saludable y sin riesgos, con absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada en el número y espaciamiento de sus hijos.

Riesgo Reproductivo: Probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Usuario: Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Usuario Potencial: Hombres y mujeres en edad fértil con vida sexual activa que actualmente no usan un método anticonceptivo (Norma Oficial Mexicana de P.F. 1994.)

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

La anticoncepción en las adolescentes.

Es imposible calcular el número de mujeres adolescentes que lleven una vida sexual activa en nuestro país y, por lo tanto determinar la proporción de ese grupo de menores que están expuestas al embarazo. Sin embargo con base en la cifra de adolescentes que ya han tenido uno o varios y hijos es posible dar un valor aproximado de la magnitud del problema de este sector poblacional en cuanto al riesgo reproductivo.

Sorprende saber que en México en 1990 tenía 4,904,000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, de las cuales 511 mil (10.42 %) tenían uno a ocho hijos vivos y de las adolescentes que pertenecían al grupo de 12 a 14 años (3 millones 143 mil) 12 mil (0.38 %) tenían ya 1 a 3 hijos.

Se debe admitir que la mujer mexicana, con mucha frecuencia inicia su vida sexual a edades muy tempranas y que, después de resolver su primer

suceso obstétrico siendo adolescente, continúa practicando su sexualidad sin ninguna protección por muy diversas razones y no obstante la información a su alcance.

En efecto, la adolescente no asimila o no quiere asimilar la información que se le proporciona por diferentes medios sobre métodos anticonceptivos, porque son muchos los factores que favorecen su actitud negativa.

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, al menos intenta modificar parcialmente estos factores.

A pesar de las buenas intenciones que han tenido todos los programas enfocados a la educación sexual de la adolescente no se ha podido disminuir sus tasas de embarazo.

En México se han realizado algunas encuestas sobre prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (1976, 1979,1982,1987), las cuales señalan que las mujeres de 15 a 19 años de edad en unión no acostumbran protegerse contra el embarazo o lo hacen esporádicamente. Así, de 1976 a 1987 el total de adolescentes en unión que usaban métodos anticonceptivos se incremento de 14.2 % a 30.2 % que aparentemente es muy favorable, pero que en realidad sigue siendo muy bajo. La Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud (1987) reveló que del total de mujeres encuestadas, 29.4 % estaban

embarazadas en el momento de la encuesta y el resto, 54.8 % deseaban embarazarse nuevamente. 14.1 % no deseaban tener más hijos y 1.7 % estaban indecisas de tenerlos o no, pero de las que no deseaban volverse a embarazar 58.16 % no se protegían con algún método (Torres 1994).

En un estudio realizado se entrevistaron a 500 jóvenes de ambos sexos de 15 a 19 años, del municipio de Paraiso Tabasco para evaluar los conocimientos de las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y se obtuvo que el 74 % sabía al iniciar su vida sexual que los anticonceptivos evitaban el embarazo, el 7 % ha sido informado por personal calificado, el 22 % desconoce su utilización, más de 70 % que son útiles para evitar el embarazo. El 95 % piensa que se debe evitar el embarazo no deseado y solamente el 10 % los utiliza con frecuencia (Lievano, 1995).

2.2 Adaptación del Modelo al Estudio

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) apareció por primera vez a principios de los 80s, propuesto como un marco para integrar las perspectivas de Enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud. El marco fue ofrecido como una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud. A partir de su aparición el modelo a sufrido algunos cambios hasta llegar al modelo actual.

El MPS es un intento por ilustrar la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan en su medio ambiente en busca de la salud. El modelo integra varios constructos de la teoría de valor de la expectativa y la teoría del aprendizaje social dentro de una perspectiva de enfermería, de funcionamiento humano holístico.

El MPS se basa en los supuestos que reflejan las perspectivas tanto de enfermería como de las ciencias conductuales.

1. La persona busca crear condiciones de vida a través de las cuales puede expresar su potencial de salud humano único.
2. Las personas tienen la capacidad para el auto-conocimiento reflexivo incluyendo la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en direcciones vistas como positivas e intentan alcanzar un balance personalmente aceptable entre cambio y estabilidad.
4. Los individuos buscan regular activamente su propia conducta.
5. Los individuos en toda su complejidad biopsicosocial interactúan con el medio ambiente, transformando progresivamente el medio ambiente y siendo transformados con el tiempo.
6. Los profesionales de la salud constituyen una parte del medio ambiente interpersonal, el cual ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida.

7 La reconfiguración autoiniciada de los patrones de interacción persona - medio ambiente es esencial para el cambio de conducta.

Estos supuestos enfatizan el rol activo del cliente para dar forma y mantener las conductas de salud y modificar el contexto ambiental de las conductas de salud.

Las variables que son utilizadas para la investigación son las siguientes:

Conducta Previa Relacionada

Para algunas mujeres les resulta difícil formarse un hábito en el uso de algún anticonceptivo, particularmente en el hormonal oral, ya que lo deben ingerir diariamente y en caso de que la persona nunca haya utilizado este tipo de método se torna más difícil adaptarse a este hábito. El modelo de Nola Pender dice que el mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado, ahora bien, si la usuaria por algún motivo llegase a embarazarse aún utilizando un método, ya sea por olvido o por la forma incorrecta de utilizarlo, lo más probable es que ya no acepte continuar con el uso de este. Como se menciona en el modelo, si la conducta adoptada tiene los beneficios deseados esta tiende a ser repetida.

La conducta previa es propuesta como una con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta pasada en la conducta promotora de la salud actual, puede deberse a la formación de hábito predisponiéndolo a uno a

realizar la conducta automáticamente, con poca atención a los detalles específicos de su ejecución.

De acuerdo con la teoría cognoscitiva social, se propone que la conducta previa también tiene una influencia indirecta en la conducta promotora de la salud a través de percepciones de beneficios, barreras, y afecto relacionado a la actividad.

Factores Personales

Este apartado se refiere a los factores que influyen a la realización de determinada conducta los cuales pueden ser biológicos, psicológicos y socioculturales.

Los factores personales biológicos incluyen variables tales como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado menopáusico, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio. Los factores personales psicológicos pueden incluir variables tales como la autoestima, la auto - motivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Los factores personales socioculturales incluyen variables tales como la raza, la etnicidad, la aculturación, la educación, el estado socioeconómico, religión, mitos, y mala información sobre métodos anticonceptivos hormonales. Dado que existen numerosos factores personales, los factores a ser incluidos a un estudio dado deben limitarse a los pocos que sean teóricamente relevantes para la explicación o predicción de una conducta objetivo dada.

Se propone que los factores personales influyen directamente en las condiciones específicas de la conducta y el efecto, así como la conducta promotora de la salud.

Barreras Percibidas Para la Acción

Las barreras son consideradas como problemas, obstáculos, costos personales de emprender una acción dada. Consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción particular. En el caso de las mujeres que no usan algún método anticonceptivo hormonal una de las barreras imaginarias pueden ser los mitos que tengan sobre el uso del método. Una barrera real puede ser el que esté contraindicado el anticonceptivo hormonal, el tiempo y costos de traslado a los servicios de salud.

En varias ocasiones se ha demostrado en estudios empíricos que las barreras anticipadas afectan las intenciones para realizar una conducta particular y la ejecución real de la conducta.

Cuando la disposición para actuar es baja y las barreras son altas, la acción no tiene la probabilidad de ocurrir. Cuando la disposición para actuar es alta y las barreras son bajas la probabilidad de acción es mucho mayor.

Afecto Relacionado a la Actividad

Los estados de sentimiento subjetivo ocurren antes, durante y después de una conducta, en base a las propiedades de estímulos a la conducta en sí. Estas respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o fuertes, y son

clasificadas cognoscitivamente, almacenadas en la memoria y asociadas a pensamientos subsecuentes de la conducta. El estado de pensamiento resultante tiene la probabilidad de afectar el hecho de si un individuo repetirá la conducta de nuevo o mantendrá la conducta a largo plazo. El afecto asociado a la conducta refleja una reacción emocional o respuesta visceral al pensamiento de la conducta que puede ser positiva o negativa. Si con el uso de algún método anticonceptivo hormonal, se genera una actitud de satisfacción personal, ya sea tranquilidad en las relaciones sexuales con su pareja sin el temor de embarazarse, es motivo de tomarle afecto al método de planificación con lo cual continuará su uso, si sucede lo contrario existe la probabilidad de rechazo, el modelo de Nola Pender dice que las conductas asociadas al afecto positivo tienen la probabilidad de ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen probabilidad de ser evitadas.

Compromiso con un Plan de Acción

El compromiso con un plan de acción en el MPS revisado implica los procesos cognoscitivos subyacentes.

- 1) Compromiso para llevar a cabo una acción específica en un tiempo y lugar dados.
- 2) Identificación de estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

EL requerimiento de la identificación de estrategias específicas a ser usadas en los diferentes puntos de la secuencia conductual va más allá de la

intencionalidad para fomentar la probabilidad de que sea implementado con éxito el plan de acción desarrollado por la enfermera y el cliente.

De acuerdo con los resultados que se obtengan de la investigación se establecerán estrategias específicas para la promoción de los métodos anticonceptivos hormonales con la finalidad de que las mujeres acepten utilizarlos sin que se sientan presionadas u obligadas.

Conducta Promotora de la Salud

La conducta promotora de la salud es el punto final o resultado de acción en el MPS. Sin embargo, debe notarse que la conducta promotora de la salud está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente, las conductas promotoras de la salud, particularmente cuando están integradas a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

Con la adaptación del modelo al estudio lo que se pretende es que toda mujer en edad fértil utilice algún método anticonceptivo hormonal (Pender, 1997)

FIGURA 1

Modelo Revisado de Promoción de la Salud

J. Nola Pender

CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES **COGNICIONES Y AFECTO ESPECÍFICO DE LA CONDUCTA** **RESULTADO CONDUCTUAL**

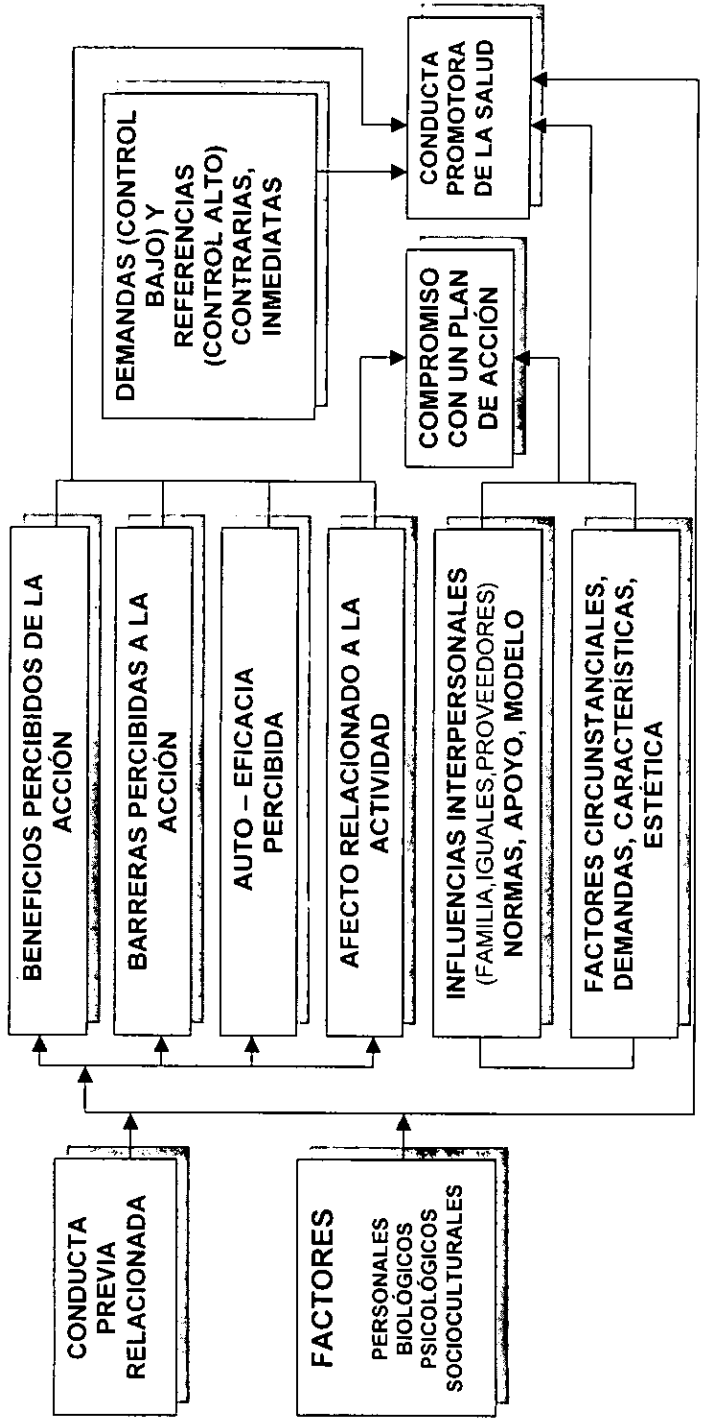
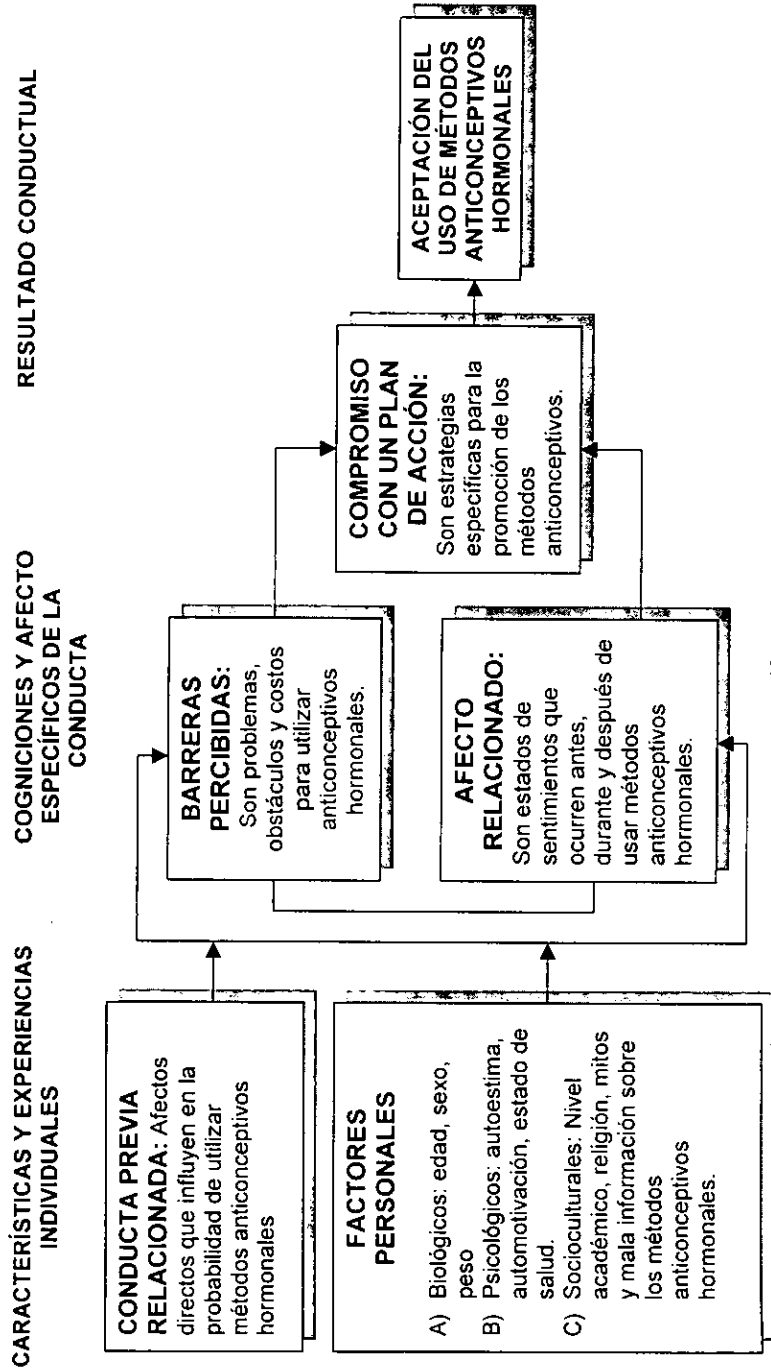


FIGURA 2

Adaptación del Modelo de Promoción de la salud
 Navarro Ortiz (1998)



2.3 Antecedentes de la Estrategia de Extensión de Cobertura

La Secretaría de Salud (SSA) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área, en localidades menores de 2500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera como población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SSA creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC - SSA) como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social. Desde entonces la Dirección General de Planificación Familiar actualmente Dirección General de Salud Reproductiva es la encargada de la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC - SSA, mediante una coordinación con las autoridades estatales y la organización de la Jurisdicción Sanitaria.

La EEC - SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de estos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad a quién se le denomina " Auxiliar de Salud " y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico.

Las auxiliares de salud son generalmente oriundas de la comunidad y residen en ella. Se les selecciona con base en características tales como liderazgo, facilidad de comunicación y poseer respeto moral.

La EEC se puede considerar como un instrumento para operar los programas prioritarios de la Secretaría de Salud, ante esto, es importante reconocer que las actividades incorporadas a la EEC son aquellas que tienen mayor impacto en la salud de las mujeres y los niños, ambos considerados como grupos prioritarios para su atención de acuerdo a las políticas señaladas en el programa nacional de salud.

Los diferentes servicios que se prestan en la EEC son: Planificación Familiar, Atención al menor de los 5 años, incluyendo la distribución de sobres de hidratación oral y el esquema básico de vacunación, así como aquellas actividades en que sea necesaria su colaboración para atender problemas de salud prevalentes en la localidad o región como puede ser el control de la tuberculosis, paludismo, dengue, y otros, además de la notificación oportuna de enfermedades dentro del marco del sistema de vigilancia epidemiológica simplificada y la referencia de pacientes a las unidades de atención médica. Invariablemente la asignación de responsabilidades la Auxiliar de Salud deberá acompañarse de la capacitación correspondiente para cumplirlas satisfactoriamente.

En lo que se refiere a la planificación familiar los servicios que provee la Auxiliar de Salud comprenden la promoción de las ventajas que para la salud de

la mujer y la familia conlleva el espaciamiento entre los embarazos, Así como el nacimiento del primer hijo después de los veinte años de edad de la madre y el último antes de los 35 años de edad, así como también la distribución de los métodos anticonceptivos hormonales y preservativos de acuerdo al estado de salud de la mujer y sus condiciones familiares atendiendo las disposiciones que señala la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar.

2.4 Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de la EEC

En octubre de 1990 la SSA y la UNAM suscribieron un programa específico de colaboración que tiene como objetivo, entre otros contribuir al mejoramiento en la calidad de servicios que se proporcionan en la EEC; participar en la capacitación de las Auxiliares de Salud, complementando la enseñanza teórico - práctica de los pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM (ENEO - DGSR 1996)

Debido a la responsabilidad que tiene la Auxiliar de Salud, es indispensable que cuente con conocimientos actualizados sobre la atención primaria a la salud, tomando en cuenta que para lograr que las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa logren una buena salud reproductiva es necesario considerar algunos factores que anteriormente se mencionaron, para que ese objetivo se cumpla es necesario hacer una buena promoción y prescripción de los diferentes métodos anticonceptivos hormonales de acuerdo al estado de

salud de la mujer, esta responsabilidad, entre otras que ya han sido mencionadas recaen en la persona que funge como Auxiliar de Salud, por lo cual es importante que se esté continuamente capacitando y logre dar información de calidad a las señoras que no han utilizado métodos anticonceptivos, es aquí donde la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia se convierte en un elemento importante dentro de la EEC, ya que el personal de enfermería que está dentro del programa sólo cuenta con conocimientos básicos, lo que le impide frecuentemente esclarecer las dudas y dar una buena explicación de los efectos adversos y contraindicaciones que pueden tener los anticonceptivos hormonales por lo que se pueden crear confusiones y por lo tanto abandono del método anticonceptivo.

2.5 Antecedentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)

México ha registrado en este siglo cambios importantes en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica, uno de esos cambios es el abatimiento de la fecundidad entre otros.

El descenso de la tasa global de fecundidad ha ocurrido en México esencialmente a expensas de la práctica de métodos anticonceptivos. La prevalencia de uso de estos métodos aumento del 30 % registrado en 1976 a casi el 64 % de las mujeres unidas en edad fértil en 1994, pero este indicador varía significativamente según diversos factores sociales y demográficos, mientras que en 1992 la prevalencia era del 70 % en las localidades urbanas en

el medio rural era de 44 %. A pesar de que esta diferencia ha disminuido en los últimos años, en las áreas rurales se observan patrones de uso de métodos anticonceptivos muy bajos incluso menores a los alcanzados en 1982 en todo el país.

2.6 Objetivos del PNSR

Objetivo gral. Garantizar a toda la población el acceso universal a orientación, información y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de salud reproductiva; con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir, el número y espaciamiento de los / las hijos (as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.

Objetivos específicos. Dentro del marco integral de salud reproductiva, fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y comunicación de las acciones en planificación familiar, así como la prestación de los servicios para cubrir las necesidades y demandas no satisfechas, con particular énfasis en las áreas rurales dispersas y urbano marginadas.

Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, lo cual se logrará a través de una amplia acción intersectorial, que promueva la participación laboral y política de las mujeres y que aumente su escolaridad e información, en especial la relativa a la sexualidad y reproducción.

- ◆ Reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo.
- ◆ Contribuir a ampliar el espacio intergenésico a través del reforzamiento y ampliación de la cobertura de la práctica anticonceptiva posevento obstétrico.
- ◆ Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.
- ◆ Ampliar la cobertura y calidad de los servicios comunitarios de salud reproductiva y planificación familiar.
- ◆ Extender la cobertura de los servicios de planificación familiar en las unidades de 1er y 2do nivel de atención.
- ◆ Diseñar estrategias especiales para proporcionar servicios de anticoncepción a grupos específicos de la población.

- ♦ Mantener un proceso de información que garantice el correcto uso de los métodos anticonceptivos (Programa de Salud Reproductiva y P.F. 1995-2000)

2.7 Metas del PNSR

Metas de Cobertura

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con respecto a las mujeres unidas en edad fértil deberá aumentar a 70.2% para el año 2000. Para alcanzar esta meta se requerirá incrementar la prevalencia en el área rural a 57% y mantener la del área urbana por arriba del 70%.

Metas de Impacto

Para fortalecer el crecimiento armónico de la población y el desarrollo sostenido del país la tasa global de fecundidad deberá disminuir a 2.4 hijos por mujer en el año 2000.

De esta manera el programa de planificación familiar contribuye a incrementar la calidad de vida y el bienestar de los individuos y de las familias mexicanas.

A través de la ampliación de cobertura de los servicios y de la comunicación educativa y social se postergará la edad de la madre al nacimiento del / la primer (a) hijo (a) y se ampliará el espacio intergenésico; con

estos dos comportamientos, se favorecerá la terminación temprana de la fecundidad. Programa de Salud Reproductiva (1995 - 2000).

2.8 Factores Psicosociales Asociados al uso de Métodos Hormonales Anticonceptivos

La fecundidad natural de los humanos está determinada por la capacidad biológica reproductora de la mujer lo cual inicia aproximadamente a los 15 años de edad y termina a los 49, tiempo suficiente para que la mujer pueda tener hasta 20 hijos, sin tomar en cuenta los embarazos no terminados y los partos múltiples posibles. Munné (1999). Lo cual se refleja en un desgaste físico de la madre y un hijo que puede nacer con deficiencias nutricionales o algún tipo de enfermedad.

Hace algunos años los métodos anticonceptivos eran considerados como algo inmoral o indecente por lo que era prohibida su promoción en los diferentes medios de comunicación, incluso en algunos países se imponían severas restricciones o hasta prohibiciones, en la venta de métodos anticonceptivos, era prácticamente imposible hablar sobre temas de planificación familiar, la consecuencia de esto fue que los métodos existentes de planificación familiar eran desconocidos o inaccesibles para la población. Últimamente se ha reconocido que los problemas de la reproducción humana interesan tanto a las unidades familiares como a la sociedad entera y que el número de integrantes de cada familia debe ser decidido por cada una de las parejas. (Barquin, 1994)

Sin embargo a pesar de que en la actualidad el tema de planificación familiar es más aceptado, la mayoría de las mujeres se resisten a utilizar un método hormonal como anticonceptivo debido a que las combinaciones que se usan producen efectos secundarios que son los motivos de la resistencia femenina la cual continuará hasta que se lleguen a elaborar anticonceptivos hormonales que únicamente prevengan la inseminación y que sean absolutamente inocuos.

En el fracaso del uso de métodos anticonceptivos influyen los prejuicios sociales, entre los cuales está la idea que tienen las clases populares de que la familia debe ser numerosa por razones o sin razones económicas y de orgullo.

En la educación de niños, jóvenes y adultos sobre sexualidad es conveniente insistir en los peligros de la sobrepoblación, en la responsabilidad de los padres de numerosa familia, en la necesidad de que cada pareja planeé la familia de acuerdo con sus recursos y posibilidades para evitar consecuencias como la carencia de la educación y capacitación para el trabajo en los integrantes de la familia.

La educación y la propaganda no son suficientes si la población desconoce los métodos y carecen de los recursos necesarios para reducir la fertilidad. En las poblaciones rurales donde sus habitantes viven en extrema pobreza paradójicamente es donde los matrimonios son más frecuentes y a edad temprana(Mendieta, 1978).

2.9 Importancia de la Planificación Familiar

" Todavía no es suficientemente conocido que el espaciamiento de los nacimientos es uno de los medios más eficaces para mejorar el estado de salud de las mujeres y de los niños. Los embarazos demasiado numerosos o demasiado seguidos, así como los embarazos en mujeres demasiado mayores o demasiado jóvenes son la causa de aproximadamente una tercera parte del total de muertes infantiles.

Cerca de 2000 mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto. La mayoría de estas muertes podrían evitarse si se tuvieran en cuenta los conocimientos actuales sobre la importancia del espaciamiento de los embarazos. Aunque solo sea por razones de salud, ninguna joven debería quedar embarazada antes de los 20 años. Una mujer sólo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de esa edad. Los hijos de madres menores de 20 años tienen muchas más posibilidades de nacer antes de tiempo o con un peso demasiado bajo. También tienen más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida. A partir de los 35 años vuelven a aumentar los riesgos asociados al embarazo y el parto. En el caso de mujeres mayores de 35 años, ya sea el primero o embarazos sucesivos, presentan un riesgo grave tanto para su propia salud como para la del hijo futuro, en quién aumentan las posibilidades de defectos congénitos.

Uno de los elementos que pueden afectar la salud y el desarrollo de un niño menor de 2 años es el nacimiento de un nuevo hermano, lo cual dificulta las atenciones a ambos niños. Ello se traduce a menudo en un crecimiento y un desarrollo inadecuado para los niños.

Una madre necesita mínimo dos años para que su organismo se recupere completamente después de un embarazo y un parto. Los riesgos para la salud de la madre aumentan, si el tiempo que media entre un parto y el embarazo siguiente es demasiado corto.

Cuando una mujer queda embarazada antes haberse recuperado por completo de su embarazo anterior, aumentan las posibilidades de que su nuevo hijo sea prematuro o tenga bajo peso al nacer.

Cuando una mujer ya ha tenido tres hijos el siguiente embarazo se torna riesgoso. La repetición de la secuencia: Embarazo, parto, lactancia y cuidado de los niños de corta edad puede deteriorar fácilmente el estado físico de una mujer, sobre todo si ha habido niños de dos años en el espacio intergenésico. "

La planificación familiar es considerada como un instrumento para proporcionar una salud reproductiva, definida como la forma de regular la fertilidad, asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones, disminuir la mortalidad neonatal, impedir embarazos no deseados y evitar los embarazos de alto riesgo(SSA, 1992).

La planificación familiar es el pilar fundamental de la salud reproductiva y tiene como objetivo general garantizar a toda la población el acceso universal a la información, orientación y servicios de alta calidad con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.

El nuevo concepto de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social de todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. Lo anterior quiere decir que salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos (SSA, 1997).

2.10 Anticonceptivo Hormonal Oral

" Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales orales los cuales se clasifican en Monohormonales y Biohormonales Monofásicos (combinados) del cual se hablará a continuación.

Los Biohormonales orales son los que proporcionan diariamente, por periodos de 21 días un estrógeno (etinilestradiol o mestranol) y un

progestágeno (habitualmente levonorgestrel o noretisterona) en las mismas dosis " (Torres, 1994).

Composición

" El anticonceptivo hormonal oral combinado de que se dispone en las unidades e la secretaría de salud, posee el nombre de LOFEMENAL y se encuentra constituido por 0.3 mg de norgestrel que es un progestágeno sintético, y 30 mcg de etinilestradiol que es un estrógeno " (Norma Oficial Mexicana, 1993).

Mecanismo de Acción

" Se efectúa a través del bloqueo del factor liberador de gonadotropinas hipofisarias (GnRH), que trae como consecuencia la imposibilidad de secreción de estas (FSH y LH) y, por lo tanto la imposibilidad de la ovulación además, actúan modificando la estructura anatómica y la fisiología del endometrio y - así mismo - las características físico - químicas del moco cervical, que en condiciones normales favorecen el tránsito de los espermatozoides a través del cuello durante la ovulación.

Forma de Administración

En el mercado existen dos tipos de presentaciones una con 21 grageas y otra con 28. Una y otra requieren que se efectúe la menstruación para iniciar el método ya que ambas se tienen que empezar a ingerir el 5º día del ciclo. Después de iniciado el método la técnica de empleo varía según la presentación. La de 21 grageas obliga ingerir una gragea diariamente, de

preferencia en la noche, por tres semanas, después de las cuales debe suspenderse la ingestión durante 7 días para iniciar el siguiente paquete; en tanto que la de 28 grageas no requiere interrumpir la toma de las grageas, ya que las últimas 7 de cada paquete contienen solo un placebo y no los compuestos hormonales.

Efectividad

El mecanismo de acción abarca tantas áreas del sistema reproductor femenino que hace de ellos el método anticonceptivo temporal más efectivo (0.5 a 0.9 por 100 mujeres - año) de entre todos los conocidos hasta la fecha " (Torres, 1994).

Indicaciones"

Los anticonceptivos orales, como un método de la regulación de la fertilidad altamente eficaz, se indican preferentemente a mujeres en edad fértil, menores de 35 años con hijos y sin hijos y que desean un método temporal.

Contraindicaciones Absolutas

- ◆ Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, enfermedad cerebro vascular, coronariopatías o antecedentes de estos trastornos.
- ◆ Trastornos de la función hepática, sospecha o certeza de embarazo.
- ◆ Tumores mamarios benignos o malignos, hemorragia genital anormal.
- ◆ Deseo de lactancia.
- ◆ Diabetes.

- ◆ Ne Fropatías.
- ◆ Hiperlipidemias.
- ◆ Tabaquismo.

Contraindicaciones Relativas

- ◆ Mujeres mayores de 35 años. En caso de que la mujer opte por este método deberá recibir vigilancia médica periódica.
- ◆ Depresión.
- ◆ Miomatosis uterina.
- ◆ Hipertensión arterial.
- ◆ Insuficiencia venosa periférica.
- ◆ Síndrome epiléptico.
- ◆ Hemoglobinopatías.
- ◆ Intervención quirúrgica reciente o electiva.
- ◆ Inmovilización de alguna extremidad.

El empleo de este tipo de anticonceptivos en mujeres con contraindicaciones ya sean relativas o absolutas, intensifica el riesgo de que la sufra, y no debe permitirse su uso " (Norma Oficial Mexicana 1993).

Efectos Adversos

" Hemorragia intermenstrual. Cuando ocurre este efecto se deberá cambiar a otro hormonal de dosis mayor que no contenga más de 150 mcg de levonorgestrel ni más de 50 mcg de etinilestradiol. Si el sangrado continúa se deberá suspender el anticonceptivo, investigar la causa y entre tanto utilizar otro método no hormonal.

Amenorrea. El uso prolongado de estos anticonceptivos puede causar primero hipomenorrea y, después, amenorrea debido a la aplasia endometrial que producen algunos progestágenos orales (particularmente el norgestrel y el levonorgestrel). Si la cantidad de flujo menstrual empieza a disminuir es preferible cambiar a un hormonal que contenga noretisterona. Sólo si continuara disminuyendo se debe suspender definitivamente o sustituirla por otra.

Disminución de la composición y cantidad de leche. Los anticonceptivos hormonales están contraindicados durante la lactancia y la protección anticonceptiva de las madres lactantes debe hacerse con otros anticonceptivos. " Sin embargo Aznar (1994) en su artículo la anticoncepción durante la lactancia dice que " Los anticonceptivos orales combinados no deben administrarse al inicio de la lactancia y, si es necesario, sólo se pueden usar después de las 12 semanas del parto. "

Nausea, Vómito, Edema, Cloasma. " Son efectos debidos particularmente al estrógeno. En el caso de cloasma, que no desaparece espontáneamente es obligado suspender el anticonceptivo, los demás efectos generalmente desaparecen espontáneamente después del tercer ciclo de uso del anticonceptivo. Si persisten estos efectos se debe cambiar a otro.

Efectos Benéficos.

Los anticonceptivos orales ejercen favorablemente sobre ciertas patologías, alivian frecuentemente la tensión premenstrual; regularizan

notablemente el ciclo menstrual; suprimen el dolor menstrual en ciclos previamente ovulatorios; y, epidemiológicamente está demostrado que reducen la frecuencia de cancer endometrial y ovárico y protegen contra la aparición de padecimientos neoplásicos mamarios benignos, especialmente la enfermedad fibroquística. Esto debe tomarse sólo como referencia estadística y no considerar que estos anticonceptivos son recomendables para proteger contra esas patologías " (Torres, 1994).

2.11 Anticonceptivo Hormonal Inyectable

" La anticoncepción hormonal inyectable puede aumentar la eficacia anticonceptiva por una mayor facilidad de uso al ser de fácil cumplimiento y aceptabilidad. Por otra parte, pueden disminuir los efectos secundarios debido a que con frecuencia incluyen sólo gestágenos, las concentraciones hormonales plasmáticas son más constantes y se evita el primer paso epático, con lo que se pueden reducir las dosis hormonales administradas y es posible emplear esteroides naturales. Todo ello contribuye teóricamente a reducir los efectos secundarios. "

Composición"

Entre los diferentes preparados se incluyen combinaciones de soluciones acuosas de progesterona y estradiol naturales, pero en forma de macrocristales (partículas de 100 - 250 μ de tamaño) que se liberan más lentamente. Sin embargo, los anticonceptivos inyectables estroprogestagénicos como son

mesigyna contienen 50 mg de enantato de noretisterona más 5 mg de cipionato de estradiol "(Balasch, 1995).

Mecanismo de Acción

" A nivel celular la noretisterona no interactúa con los receptores directamente sino que lo hace a través de sus metabolitos, de ahí que exhiba además de su bien definido efecto progestacional, efectos estrogénicos, androgénicos e incluso antihormonales. En general las progestinas inhiben la ovulación mediante la supresión de la liberación cíclica de gonadotropinas a partir de la hipófisis anterior " (Norma Oficial Mexicana, 1993).

Forma de Administración

" La primera aplicación de cyclofem debe ser dentro de los primeros 5 días de un ciclo menstrual normal, contados a partir del día en que se inició el sangrado independientemente de que dicho sangrado continúe o no durante 10 o 5 días. La vía será intramuscular profunda en la región glútea.

También puede iniciarse si se está razonablemente seguro de que la usuaria no esta embarazada, si el método se inicia después del 5º día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros 7 días a partir de la inyección.

Posteriormente deberá aplicarse cada 30 días contando el día en que se aplicó la inyección anterior como día uno independientemente que la mujer esté menstruando o no. Puede tolerarse un margen de 3 días ya sea antes o

después de los 30 días, pasados estos días no podrá aplicarse la inyección hasta la siguiente menstruación.

Efectividad

Cyclofem posee una alta efectividad anticonceptiva (98.8 %),similar a la de los inyectables que contienen sólo progestina y superior a la de los anticonceptivos orales.

Su efecto se inicia inmediatamente después de su aplicación " (SSA, 1994).

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa; nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable.

- ◆ Mujeres sanas incluyendo adolescentes.
- ◆ Mujeres que aún no hayan tenido hijos.
- ◆ En el intervalo intergenésico.
- ◆ Después de la 3ra semana de un parto o cesárea siempre y cuando la mujer no amamante al bebé (SSA, 1994).

Contraindicaciones Absolutas

- ◆ Lactancia en los primeros seis meses posparto.

- ◆ Embarazo o sospecha de embarazo.
- ◆ Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix.
- ◆ Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- ◆ Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- ◆ Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsiantes.

Contraindicaciones Relativas

Cyclofem debe usarse con valoración y vigilancia médica cuando exista :

- ◆ Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- ◆ Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- ◆ Hipertensión arterial.
- ◆ Diabetes mellitus no controlada.
- ◆ Migraña focal.
- ◆ Leiomiomatosis uterina.
- ◆ Insuficiencia renal.
- ◆ Alteraciones de la coagulación.

Efectos Adversos

Algunas mujeres pueden presentar, por lo general en forma transitoria:

- ◆ Irregularidades menstruales.
- ◆ Cefalea.
- ◆ Náusea.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Investigación

La investigación fue de tipo descriptiva y transversal.

3.2 Sujetos

Población de 798 mujeres de 10 a 45 años con vida sexual activa de dos comunidades de los módulos 1 y 6 de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 de Zitácuaro Michoacán.

3.3 Muestra

La información de la muestra es por conveniencia, ya que se seleccionaron 200 mujeres en edad fértil con vida sexual activa que no utilicen ningún método

anticonceptivo hormonal en las dos comunidades con la ayuda de la Auxiliar de Salud para localizarlas.

3.4 Instrumento

El instrumento se construyó basándose en un concepto teórico tomado textualmente del modelo de enfermería de Nola Pender en un concepto operativo relacionado al tema de investigación de donde se derivaron las preguntas para el cuestionario que se aplicará a la población muestra, cuya escala de medición será dicotómica y de opción múltiple. (VER ÀPENDICE A).

3.5 Procedimientos

Las encuestas se aplicarán con la ayuda de la Auxiliar de Salud para la localización de la unidad de muestreo.

Para aplicar los cuestionarios el encuestador leerá las preguntas a la persona encuestada, se realizarán casa por casa, en donde esté ausente la persona se regresará a realizarla.

3.6 Análisis Estadístico

Una vez recopilados los datos se procederá a la tabulación de los mismos, para posteriormente presentarlos en cuadros y gráficas de frecuencia y porcentajes utilizando el programa de computadora excell.

3.7 Ética del Estudio

En la investigación se aplicarán los siguientes apartados de los derechos humanos y la enfermería publicados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Derecho a la Información

Para poder tomar decisiones es necesario que la persona tenga la información suficiente, explicada por el personal de salud de una manera sencilla, entendible y clara.

Derecho a la Verdad

La información proporcionada por el personal de salud siempre deberá ser verdadera, y queda a su discreción la forma y el momento más apropiado para comunicársela al paciente.

Derecho a la Confidencialidad

El paciente tiene derecho a que la información que le proporcione el personal de salud se maneje confidencialmente de acuerdo al secreto profesional.

Derecho a un Trato Digno

El paciente tiene derecho a un trato digno por parte de todo el personal de las instituciones de salud. La dignidad se refiere al valor y al respeto que como seres humanos merecemos.

La investigación estará sustentada en las siguientes bases legales descritas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de la investigación para la salud.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de

expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla por lo menos sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.

- II. Las molestias o los riesgos esperados.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados serán presentados por medio de las tablas, donde se mostrará la frecuencia y el resultado de cada variable, junto con estas aparecerá su figura correspondiente, las cuales serán en forma de barras y de pastel. Posteriormente se realizará un análisis descriptivo de cada una de las tablas para obtener las conclusiones.

La mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran entre 19 y 27 años, pertenecen a una familia numerosa integrada por la pareja y hasta 15 hijos. Casi todas cuentan con nivel académico de primaria, pertenecen a la religión católica se dedican al hogar, y participan en las labores del campo. Algunas familias viven en extrema pobreza y hacinamiento por lo que frecuentemente sufren enfermedades.

Tabla 1

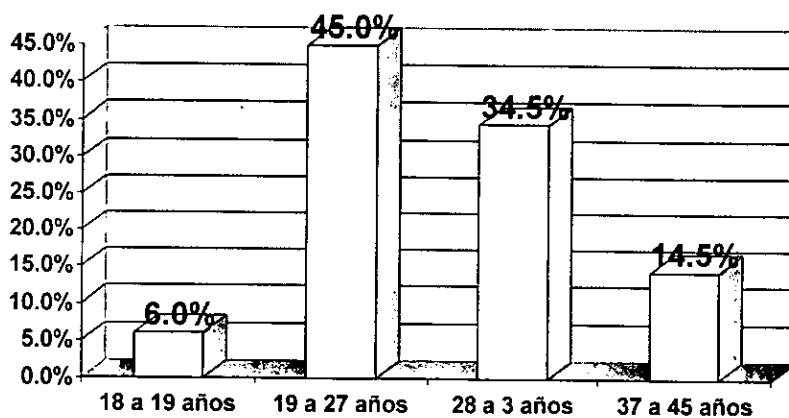
**Edad de las mujeres de la Jurisdicción
Sanitaria N ° 3 Zitácuaro Mich.**

Edad	Fo	%
10 a 18	12	6.0
19 a 27	90	45.0
28 a 36	69	34.5
37 a 45	29	14.5
Total	200	100.0

Fuente: Directa de dos comunidades de la Jurisdicción
Sanitaria N ° 3 Zitácuaro Mich.

Figura 1

Edad de las Mujeres



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

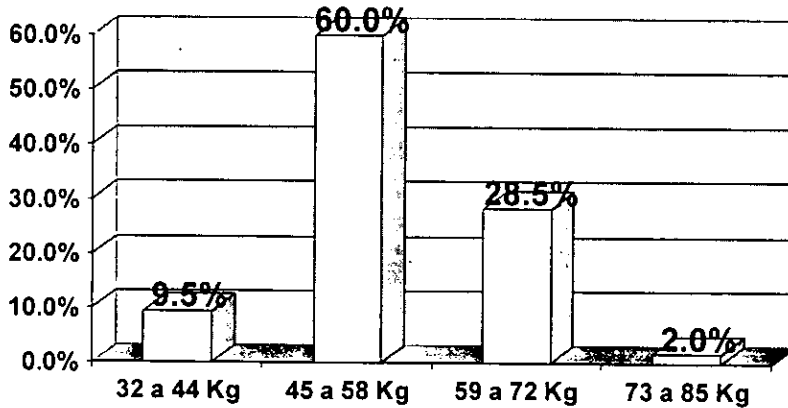
Peso de las Mujeres

Peso	Fo	%
32 a 44	19	9.5
45 a 58	120	60.0
59 a 72	57	28.5
73 a 85	4	2.0
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 2

Peso de las Mujeres



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

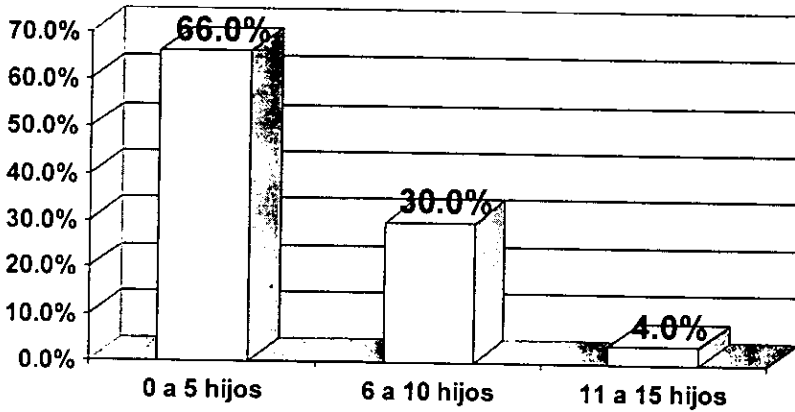
Número de hijos de las mujeres.

N. de hijos	Fo	%
0 a 5	132	66.0
6 a 10	60	30.0
11 a 15	8	4.0
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 3

Número de hijos de las Mujeres



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

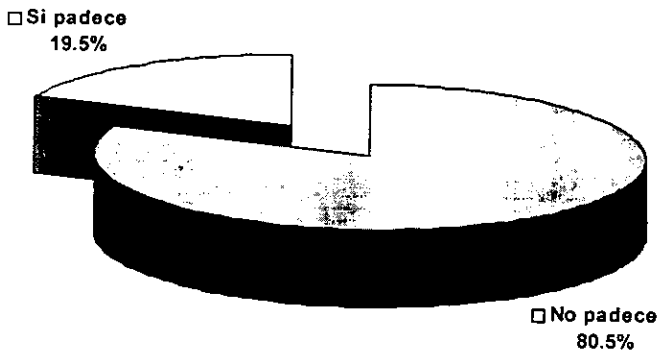
Mujeres que padecen alguna Enfermedad

Enferma	Fo	%
SI	39	19.5
NO	161	80.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 4

**Mujeres que Padecen Alguna
Enfermedad**



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

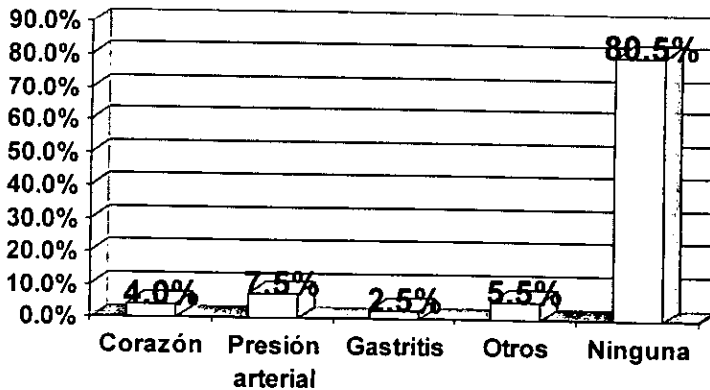
Tipo de enfermedad que padecen algunas Mujeres

Enfermedad	Fo	%
Corazón	8	4.0
Presión Arterial	15	7.5
Gastritis	5	2.5
Otros	11	5.5
Ninguna	161	80.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 5

Tipo de Enfermedad



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

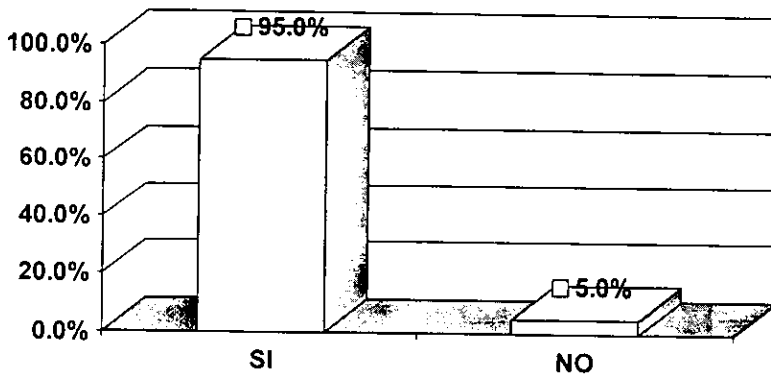
Mujeres con pareja actualmente

Pareja	Fo	%
SI	190	95.0
NO	10	5.0
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 6

Mujeres que Actualmente Cuentan
Con Pareja



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

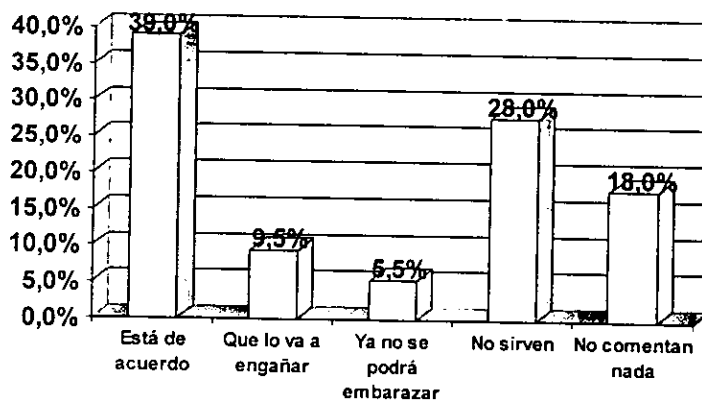
Opinión de la Pareja acerca de los Métodos Anticonceptivos Hormonales

Opinión	Fo	%
Está de acuerdo	78	39.0
Que lo va a engañar ya no se podrá embarazar	19	9.5
No sirven	11	5.5
No comentan nada	56	28.0
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 7

Opinión de la pareja acerca de los Métodos Anticonceptivos



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

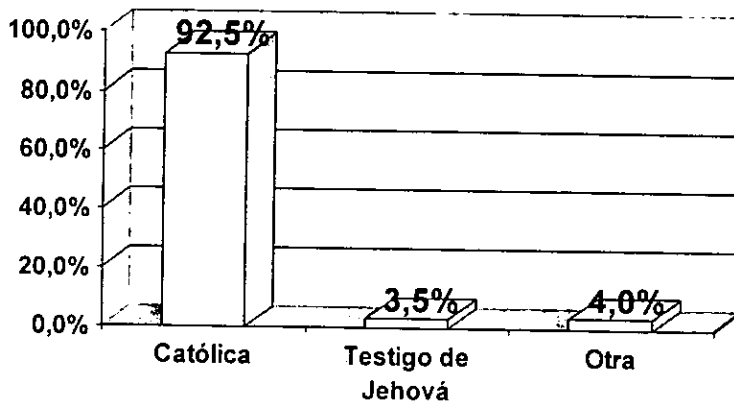
Religión a la que pertenecen las Mujeres

Religión	Fo	%
Católica	185	92.5
Testigo de Jehová	7	3.5
Otra	8	4.0
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 8

Religión a la Que Pertenecen las Mujeres



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

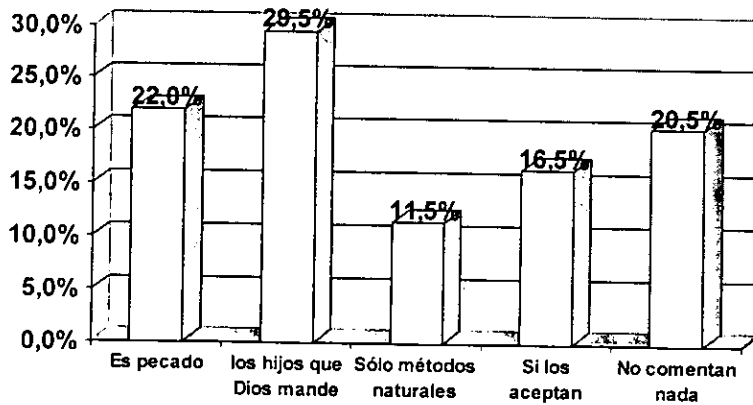
Opinión de la Religión acerca de los Métodos Anticonceptivos Hormonales

Opinión	Fo	%
Es pecado	44	22.0
Aceptar los hijos que Dios mande	59	29.5
Sólo métodos naturales	23	11.5
Sí los aceptan	33	16.5
No comentan nada	41	20.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 9

Opinión de la Religión Acerca de los Métodos Anticonceptivos Hormonales



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

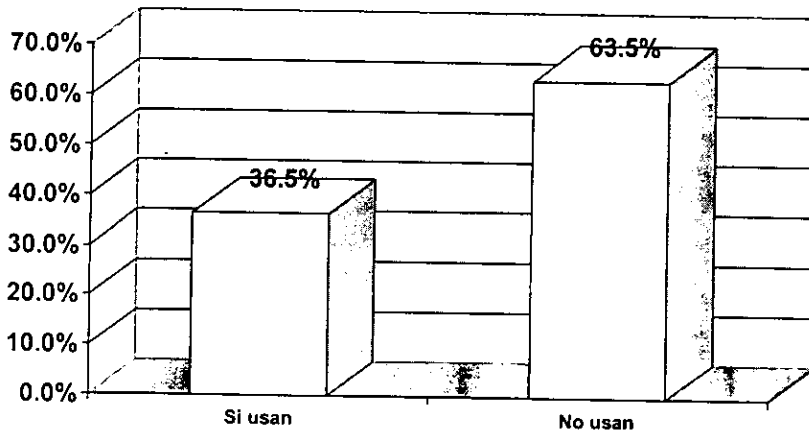
Mujeres que han usado Anticonceptivos Hormonales

Utilizado	Fo	%
SI	73	36.5
NO	127	63.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem. Tabla 1

Figura 10

Uso de Anticonceptivos Hormonales



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

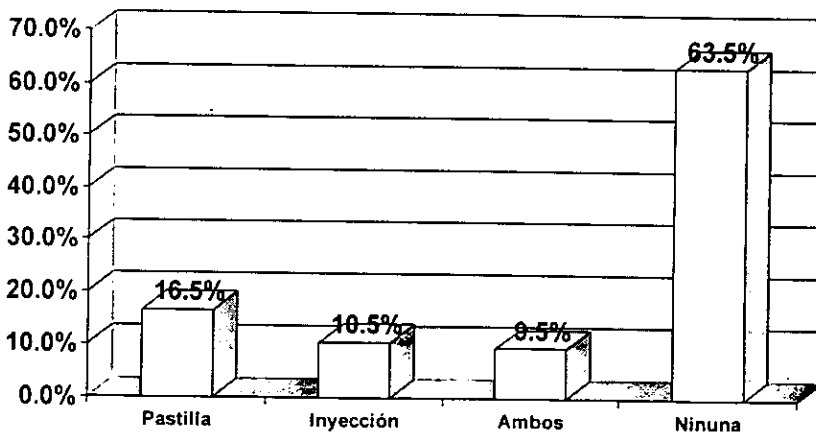
Método Anticonceptivo Utilizado

Método	Fo	%
Pastilla	33	16.5
Inyección	21	10.5
Inyección y Pastilla	19	9.5
Ninguna	127	63.5
Total	200	100

Fuente: Ibidem Tabla 1

Figura 11

Método Anticonceptivo utilizado



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

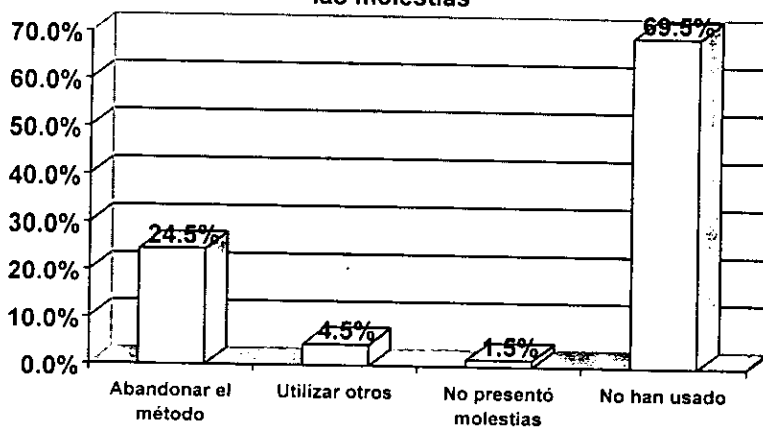
Decisión que tomaron las mujeres para evitar las molestias

Decisión	Fo	%
Abandonar el Método	49	24,5
Utilizar otros métodos (DIU, preservativo)	10	5,0
No presento molestias	14	7,0
No han usado	127	63,5
Total	200	100,0

Fuente: Ibidem Tabla1

Figura 12

Decisión de las mujeres para evitar las molestias



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

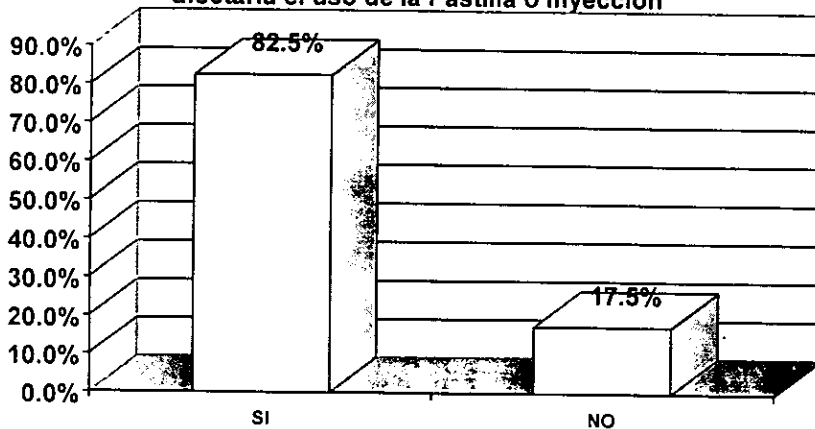
Mujeres que consideran que les afecta o les afectaría el uso de la Pastilla o Inyección anticonceptiva

Afectaría	Fo	%
SI	165	82.5
NO	35	17.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem Tabla 1

Figura 13

Mujeres que consideran que afecta o afectaría el uso de la Pastilla o Inyección



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

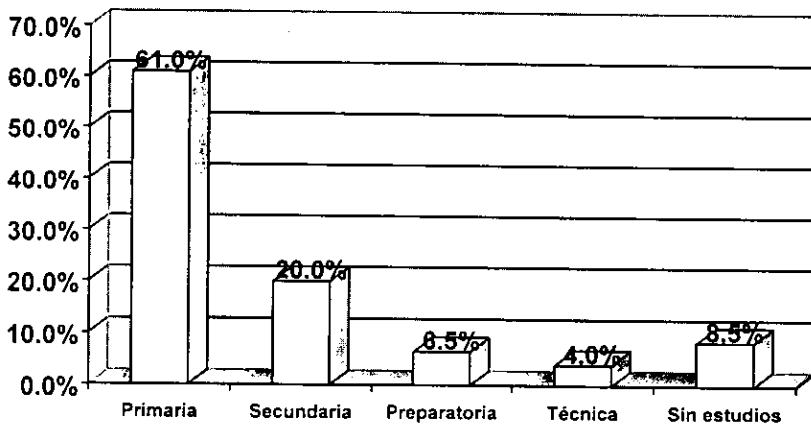
Escolaridad de las Mujeres

Escolaridad	Fo	%
Primaria	122	61.0
Secundaria	40	20.0
Preparatoria	13	6.5
Carrera técnica	8	4.0
Sin estudios	17	8.5
Total	200	100

Fuente: Ibidem Tabla 1

Figura 14

Escolaridad de las Mujeres



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

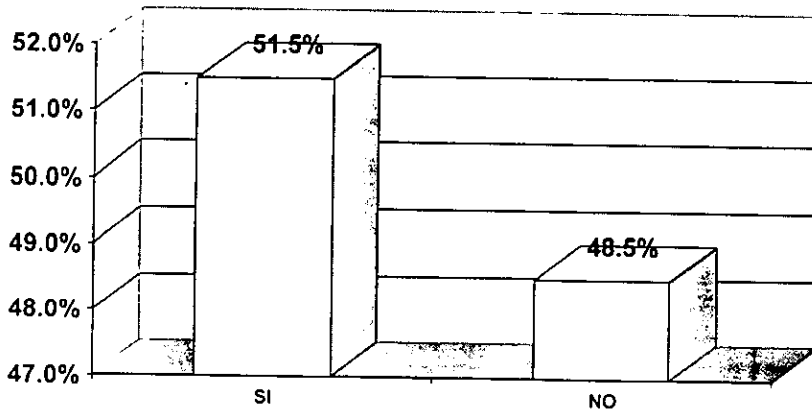
**Mujeres que han recibido información sobre
Métodos Anticonceptivos Hormonales**

Informada	Fo	%
SI	103	51.5
NO	97	48.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem Tabla 1

FIGURA 15

**Mujeres que han recibido información sobre
Métodos Anticonceptivos Hormonales**



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

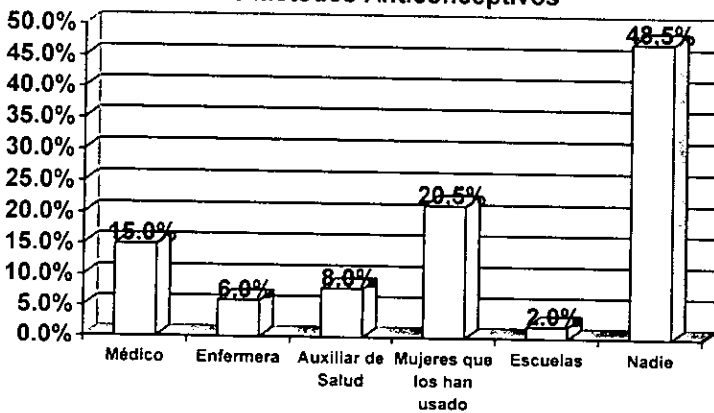
Personal que brindó Información sobre Métodos Anticonceptivos Hormonales

Personal	Fo	%
Médico	30	15.0
Enfermera	12	6.0
Auxiliar de Salud	16	8.0
Mujeres que lo han usado	41	20.5
Escuelas	4	2.0
Nadie	97	48.5
Total	200	100.0

Fuente: Ibidem Tabla 1

Figura 16

Personal que brindó Información sobre Métodos Anticonceptivos



Fuente: Tabla 16

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

5.1 Estadísticas Descriptivas.

En la tabla 1 se observa que de una frecuencia total de 200 mujeres en edad fértil un 45.0 por ciento corresponde a la edad de 19 a 27 años y, el 34.5 por ciento pertenece a mujeres de 28 a 36 años, edades en las cuales se pueden presentar los embarazos más frecuentemente. El 14.5 por ciento corresponde a mujeres de 37 a 45 años de edad de las cuales se esperaría que ya usaran algún método definitivo para el control de la natalidad, ya que en esa edad los embarazos son más riesgosos. El 6.0 por ciento son las mujeres de 10 a 18 años quienes a pesar de no contar con la edad adecuada para embarazarse, no usan ningún método para el control de la natalidad.

La tabla 2 se refiere al peso de las mujeres donde los resultados fueron que el 60.0 por ciento se encuentra entre 45 a 58 kg. , el 28.5 por ciento corresponde a un peso entre 59 a 72 kg. Posiblemente estas mujeres se encuentran en sobrepeso lo cual aumenta el riesgo de que si se embarazan sufran complicaciones. El 9.5 por ciento de las mujeres pesan entre 32 a 44 kg. Esto indica que un considerable porcentaje de las mujeres tienen bajo peso y el

2.0 por ciento son de 73 a 85 kg. , lo que significa que también estas mujeres puedan tener problemas de sobrepeso.

La tabla 3 muestra los resultados sobre el número de hijos de las mujeres en edad reproductiva en la cual podemos observar que el 66.0 por ciento tienen de 0 a 5 hijos, éstas se encuentran dentro del promedio actual del número de hijos dentro del país, sin embargo, estas mujeres no están utilizando ningún método anticonceptivo, por lo que se podría aumentar el número de hijos y pondrían de esta manera, su salud en riesgo. El 30.0 por ciento cuentan con 6 a 10 hijos, lo cual nos muestra que están fuera del promedio general de hijos en el país, esto puede asociarse a las costumbres de la población, de comunidades rurales de tener familias numerosas. Las mujeres que han tenido de 11 a 15 hijos ocupan un 4.0 por ciento, este dato es importante ya que éstas mujeres deberán utilizar un método anticonceptivo definitivo, ya que ponen en riesgo su salud.

La tabla 4 se refiere al padecimiento de alguna enfermedad, el 80.5 por ciento no presentan ninguna enfermedad que impida el uso de algún anticonceptivo hormonal, sin embargo, no lo utilizan, lo cual debe referirse a alguna barrera imaginaria como lo refiere Nola Pender en el MPS, y una barrera real es que el 19.5 por ciento sí padecen alguna enfermedad lo que les impide el uso de algún anticonceptivo hormonal.

En la tabla 5 se muestra que las mujeres que sí presentan alguna enfermedad el 7.5 por ciento padecen de la presión arterial, el 4.0 por ciento del

corazón, estas se sitúan como barreras reales para la acción que impiden el uso de anticonceptivos hormonales. La mayoría de las mujeres estudiadas que corresponden al 80.5 por ciento no padecen alguna enfermedad.

En la tabla 6 se muestra que el 95.0 por ciento de las mujeres pertenecen a una familia nuclear, por lo tanto, si cuentan con pareja, lo cual aumenta las probabilidades de embarazo por lo que debería otorgarse la promoción de anticonceptivos de la pareja a fin de que participe abiertamente en el control de la natalidad.

La tabla 7 corresponde a la opinión de la pareja de las mujeres sobre el uso de los métodos anticonceptivos hormonales, los resultados fueron que el 39.0 por ciento están de acuerdo, el 28.0 por ciento opinó que no sirven, el 8.0 por ciento no opinó nada, el 9.5 por ciento que lo va engañar con otro y el 5.5 por ciento que ya no se va a embarazar. Estos datos demuestran que el porcentaje de la opinión a favor de algún método anticonceptivo sumado con los que no comenta nada, es mayor en relación a los que tienen una opinión contraria, esto no es un obstáculo, sin embargo, es importante poder ofrecer educación para la salud sobre los métodos anticonceptivos dirigida a las parejas.

La tabla 8 muestra la religión a la que pertenecen las mujeres, en donde el porcentaje mayor lo ocupó la católica con un 92.5 por ciento y el 3.5 por ciento son testigos de Jehová y, el 4.0 por ciento pertenecen a otra religión.

La tabla 9 se refiere a la opinión de la religión acerca de los métodos anticonceptivos hormonales en donde el 29.5 por ciento dice que se deben de

aceptar los hijos que Dios mande, el 22.0 opina que es pecado, el 20.5 por ciento no comenta nada, el 16.5 por ciento si lo acepta, y el 11.5 por ciento comentan que sólo los naturales, por lo tanto la opinión de la religión sobre los métodos anticonceptivos influye en un gran porcentaje sobre la negatividad de las mujeres hacia el uso de los mismos, ya que si se suma el porcentaje de las opiniones que no están a favor del uso de los métodos anticonceptivos hormonales es mucho mayor que aquellas que están a favor, esta variable está incluida en el MPS en el apartado sobre factores personales o socioculturales.

En la tabla 10 se observan los resultados de las mujeres que han usado algún método anticonceptivo hormonal y nos muestra que todavía no tienen una gran aceptación, ya que el 63.5 por ciento no han utilizado ningún método anticonceptivo hormonal y sólo el 36.5 por ciento si han utilizado.

En la tabla 11 se observa que de las mujeres que contestaron que si han utilizado algún método anticonceptivo el 16.5 por ciento ha ingerido la pastilla el 10.5 por ciento se ha aplicado la inyección y el 9.5 por ciento ha utilizado ambas, y el resto que corresponde al 63.5 por ciento son las que no han utilizado ningún método. Lo anterior demuestra que las pastillas son uno de los métodos con mayor aceptación por parte de las mujeres que si usan métodos anticonceptivos.

La tabla 12 se refiere a la decisión que tomaron las mujeres para evitar las molestias que les ocasionó el método anticonceptivo hormonal. La mayoría de las mujeres presentó malestares ya que, como en la tabla se puede ver, sólo el

7.0 por ciento no sufrió ningún malestar y el resto si las tuvo, por lo que el 24.5 por ciento decidió abandonar el método, el 5.0 por ciento optó por utilizar otro, lo cual se relaciona con la variable del MPS sobre afecto relacionado a la actividad, la cual menciona que las conductas asociadas al afecto positivo tienen la probabilidad de ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen la probabilidad de ser evitadas.

En la tabla 13 se observa que el 82.5 por ciento de las mujeres consideran que sí les afecta o les afectaría el uso de la pastilla o la inyección anticonceptiva, porcentaje muy elevado lo que significa que es una barrera imaginaria para la aceptación de los métodos anticonceptivos hormonales según el MPS de Nola Pender. Y sólo un 17.5 por ciento considera que no les afectaría el uso de algún anticonceptivo hormonal.

La tabla 14 corresponde a la escolaridad de las mujeres, la mayoría tienen estudios a nivel primaria que equivale al 51.0 por ciento, el 20.0 por ciento cuenta con nivel secundaria, el 6.5 por ciento preparatoria, sólo el 4.0 por ciento tiene una carrera técnica y el 8.5 por ciento no cuenta con estudios, probablemente por dedicarse desde muy temprana edad al trabajo para el sustento de su familia, lo cual actúa como una barrera para la educación y promoción del uso de anticonceptivos.

La tabla 15 se relaciona con el apartado del MPS sobre factores personales socioculturales, ya que en esta se incluye la información sobre los métodos anticonceptivos hormonales y en esta tabla se muestra que el 51.5 por

ciento de las mujeres si ha recibido información y el 48.5 por ciento, que equivale a casi la mitad de las mujeres encuestadas, no se les ha informado.

De las mujeres que fueron informadas, como se muestra en la tabla 16, el 20.5 por ciento lo fue mediante las mujeres que lo han usado, el 15.0 por ciento por el médico, el 8.0 por ciento por la Auxiliar de Salud, el 6.0 por ciento por la enfermera, - este porcentaje es muy bajo, tomando en cuenta que es una de las actividades principales del personal de enfermería y de la Auxiliar de Salud dentro de la E.E.C.- el 2.0 por ciento en la escuela y al 48.5 por ciento no se les ha brindado información. Es importante resaltar que un mecanismo escasamente fomentado es la información de mujer a mujer, el cual podría ser utilizado como una estrategia de información.

En la pregunta "¿ Consideran que les afectó o les afectaría utilizar la pastilla o la inyección anticonceptiva ?", las mujeres que contestaron que si fue por que:

"Porque presente hemorragia; le estoy dando de comer a mi bebé; me salen manchas; padezco várices; me provocaría cáncer; por las molestias que presenté; me provocarían una enfermedad como los tumores; pienso que me provocarían enfermedades y que las pastillas se hacen bola en el estómago; bajé mucho de peso y presenté muchos mareos; me dolía mucho la cabeza; no me sentía bien utilizando los métodos; me ponía muy nerviosa; me alteraron los nervios; pienso que me dolería la cabeza y porque padezco del corazón; por el dolor que me da fuerte en el estómago; me fastidia controlarme porque no les

tengo confianza; reglaba dos veces al mes y perdí mucho peso; porque la inyección no me sirvió; no me cayeron; porque me dijo el doctor que me afectó el riñón; me dijo el doctor que me había hecho daño; porque nunca los he utilizado; porque no reglo; me fastidia tomar pastillas o estarme inyectando; pienso que no puedo embarazarme; piensa que podría afectar con el tiempo y presentar un embarazo múltiple; sentí muchos cambios en mi cuerpo; por las molestias que causaron en mis pies; inflama las venas; me quitaba el sueño; pienso que los niños nacen enfermos; mucho dolor de cabeza; caída de pelo; infección vaginal; porque me pueden salir quistes en la matriz y una enfermera me dijo que a la larga las mujeres quedan estériles; porque sentía mucho coraje me pasé reglando todo el mes; padezco de la presión; se hacen piedra en el estómago”.

Las que contestaron que no dijeron porque:

Me sentía bien; me sirvieron mientras las usaba; nunca las he utilizado; no presenté ninguna molestia; ayudan a planificar la familia; no sé, no me he sentido mal, las tomé un tiempo y no me afectaron; son cosas naturales”.

Respuestas de las mujeres sobre ¿Cuáles son los obstáculos que le impiden utilizar o continuar con el uso de métodos anticonceptivos hormonales?

“No los conozco; deseo tener otro hijo; desconfianza de que no sirvan; no está mi esposo y no los utilizo actualmente porque deseo embarazarme nuevamente; mi esposo me cuida; mi esposo no me deja; estoy dando pecho; no deseo controlarme; padezco del corazón; porque me separé de mi pareja;

está chiquita mi niña; me pueden provocar enfermedades; porque engordan; porque mis relaciones no son frecuentes; me da asco tomar pastillas; presento dolor de estómago; siento que no los necesito; no está mi esposo; provocan cáncer; me molestan mucho; por miedo a que mis hijos puedan nacer enfermos; porque causan muchas molestias; desconfianza de que no sirvan; me fastidia estarme controlando; adelgazaría; utilizo otros métodos; me ponía muy nerviosa; padezco del corazón; les hace daño a los niños; porque estoy dando pecho; estoy embarazada; miedo a que me hagan daño; no deseo seguir controlándome; me quiero embarazar; por mi edad creí que no me podría embarazar; me cuestan muy caros; pienso operarme; no deseo seguir controlándome porque pensé que se me había retirado mi regla; no me gusta que me inyecten y la pastilla me da asco; deseo ponerme el DIU; porque me controlo con el ritmo; he visto que la gente que los usa está con otra complicación; padezco de la presión.

5.2 Conclusiones

El MPS adaptado al estudio se planteó con la finalidad de tener una guía para la conducción de la investigación y así lograr los objetivos planteados.

En la conducta previa relacionada al uso de algún anticonceptivo hormonal en las mujeres en edad reproductiva, se concluye que la mayoría de ellas no ha tenido la experiencia en el uso de algún anticonceptivo hormonal, por lo tanto se torna difícil formarse un hábito en el uso de los mismos. En el MPS dice que el mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma

conducta o conductas similares en el pasado, si embargo esto no sucede en las mujeres que ya lo han utilizado pero por algún motivo lo abandonaron, lo cual indica que en este caso no se cumple lo que dice el modelo.

Con respecto a los factores personales biológicos se concluye que el más alto porcentaje de las mujeres encuestadas se encuentra en las edades de 19 a 27 años, edad conveniente para que puedan espaciar sus embarazos y utilizar un método anticonceptivo hormonal sin que este afecte su organismo, sin embargo este grupo de mujeres no está utilizando actualmente ningún método de control.

En cuanto a los factores personales psicológicos se concluye que la mayoría de las mujeres encuestadas refirieron no presentar ningún tipo de enfermedad, por lo tanto si son candidatas a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Teniendo en cuenta a las mujeres que refirieron presentar alguna patología específica pueden también utilizar el método siempre y cuando estén bajo periódica vigilancia médica, como se menciona en el marco teórico en el apartado de contraindicaciones relativas de los métodos anticonceptivos hormonales.

En los factores personales socioculturales se encontró que la mayoría de las mujeres encuestadas pertenecen a la religión católica, y la opinión que tiene esta acerca de los métodos anticonceptivos hormonales es de que se deben aceptar los hijos que Dios mande, esto influye en la negatividad de las mujeres hacia el uso de los mismos. Como en el MPS se propone que los factores

personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto.

La mala información incluida en esta misma variable, también es un factor que influye en la no aceptabilidad de los métodos anticonceptivos hormonales, y en esta investigación se encontró que la mayoría de las mujeres han sido informada por personas que ya las han utilizado, por lo que esta información podría ser retomada y ampliada por las supervisoras y la Auxiliar de Salud.

Con respecto al objetivo sobre identificar las barreras que las mujeres perciben para el uso de métodos anticonceptivos hormonales, se concluye que una de las principales barreras es que las mujeres tienen "desconfianza de que no sirvan" y que "provocan cáncer", lo cual según el MPS sería una barrera imaginaria ya que, como se menciona en el marco teórico, la pastilla tiene una efectividad del 92 al 99 por ciento y la inyección el 98.8 por ciento. Con respecto a que provocan cáncer se dice que epidemiológicamente está demostrado que reducen la frecuencia de cáncer endometrial y ovárico, y protegen contra la aparición de padecimientos neoplásicos mamarios benignos.

Con respecto a descubrir el afecto relacionado al uso de los métodos anticonceptivos se describe que de las mujeres que presentaron molestias, la mayoría decidió abandonar el método para evitarlas, por lo que esta información coincide con lo que dice Nola Pender en el MPS: "Las conductas asociadas al afecto positivo tienen la probabilidad de ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen la probabilidad de ser evitadas."

Finalmente se concluye que el MPS puede adaptarse a estudios relacionados con la salud reproductiva, ya que es un modelo con flexibilidad debido al tipo de variables que presentan.

5.3 Sugerencias

El MPS cuenta con un apartado respecto al compromiso con un plan de acción, el cual se refiere a la identificación de estrategias específicas a ser usadas en los diferentes puntos de la secuencia conductual, con la intención de fomentar la probabilidad de que sea implementado con éxito el plan de acción desarrollado por la enfermera y el cliente, tomando en cuenta este apartado se sugiere:

- El personal de enfermería involucrado en los servicios de salud reproductiva haga más énfasis en la información proporcionada a las mujeres y parejas que no usan ningún método anticonceptivo hormonal.
- El personal de enfermería debe involucrarse más en la orientación de los métodos anticonceptivos hormonales dirigido a toda la población.
- El personal que participa junto a la Auxiliar de Salud debe ser motivado a capacitarse continuamente, para así poder brindar una mejor atención a las posibilidades usuarias.

- Difundir la importancia de la planificación familiar no solamente a las mujeres sino también a su pareja.
- Documentar ampliamente al personal de enfermería involucrado en servicios de planificación familiar sobre los métodos anticonceptivos para poder brindar una información amplia y veraz a la población y de esa manera disminuir los mitos que se tengan acerca del uso de los anticonceptivos hormonales.
- Enfatizar en las usuarias sobre las molestias que causan los métodos anticonceptivos hormonales durante los primeros meses de uso para que no lo abandonen.

Con todo lo anterior se pretende lograr la aceptación del uso de los métodos anticonceptivos hormonales entre la población de comunidades rurales.

APENDICES

APENDICE A

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	PREGUNTAS	OPCION RESPUESTAS	ESCALA DE MEDICION
<p>CONDUCTA PREVIA RELACIONADA El mejor predictor de la conducta es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado</p>	<p>CONDUCTA PREVIA RELACIONADA. Para algunas mujeres les resulta difícil formarse un hábito en el uso de algún anticonceptivo por parte de las mujeres en estudio, más si no lo han utilizado anteriormente.</p>	<p>¿Ha usted usado anticonceptivos hormonales? ¿Cuál?</p>	<p>Si _____ No _____ a) Pastilla b) Inyección</p>	<p>Dicotómica Dicotómica</p>
<p>FACTORES PERSONALES Predicen una conducta dada, son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo, se clasifican en:</p>	<p>FACTORES PERSONALES: Predicen la conducta de la mujer para el uso de anticonceptivos hormonales.</p>	<p>¿Qué edad tiene? ¿Cuál es su peso? ¿Cuántos Hijos tiene?</p>	<p>_____ Años cumplidos _____ Kgs. _____</p>	<p>Continua Continua Abierta</p>
<p>BIOLOGICOS: Aspectos físicos y fisiológicos</p> <p>PSICOLOGICOS : Variables sobre Autoestima, automotivación estado de salud percibida, etc.</p>	<p>BIOLOGICOS. Edad de la mujer, peso, no. de hijos.</p> <p>PSICOLOGICOS. Es el estado de salud percibido por la mujer.</p>	<p>¿Ha padecido o padece alguna enfermedad? ¿cuál?</p>	<p>Si _____ No _____ a) Del Corazón b) Cáncer c) Diabetes d) Presión arterial e) Otros</p>	<p>Dicotómica Nominal</p>

<p>SOCIOCULTURALES: Raza, etnicidad, educación, nivel socioeconómico</p>	<p>SOCIOCULTURALES. Es el nivel académico, religión, mitos, mala orientación sobre los anticonceptivos hormonales.</p>	<p>¿Qué grado de estudios tiene?</p> <p>A que religión pertenece?</p> <p>¿Qué opinan en su religión de los métodos anticonceptivos hormonales?</p> <p>¿Le han informado sobre las molestias que causan las pastillas o la inyección anticonceptiva?</p>	<p>a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Carrera técnica e) Sin estudios</p> <p>a) Católica b) Testigo de Jehová c) Otra</p> <p>a) Qué es pecado b) Aceptar los hijos que Dios mande c) Sólo aceptan métodos naturales d) Si los aceptan e) No comentan nada</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Dicotómica</p>
---	---	---	--	--

<p>BARRERAS PERCIBIDAS: consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido, obstáculos y costos personales al emprender una acción de salud.</p>	<p>BARRERAS PERCIBIDAS: Obstáculos, dificultades y tiempo consumido percibidos por la mujer para utilizar anticonceptivos hormonales.</p>	<p>¿Quién? ¿Considera usted que le afectó o le afectaría utilizar la pastilla o la inyección anticonceptiva? ¿Por qué? ¿Actualmente cuenta con pareja? ¿Qué opina su pareja de los métodos anticonceptivos hormonales? ¿Cuáles son los obstáculos que le impiden utilizar o continuar con el uso de métodos anticonceptivos hormonales?</p>	<p>a) Médico c) Auxiliar de salud d) Mujeres que lo han usado e) Escuela Si _____ No _____ Si _____ No _____ a) Esta de acuerdo b) Que lo va a engañar con otro c) Que después ya no se puede embarazar d) Que no sirven e) Otros _____</p>	<p>Nominal Dicotómica Abierta Dicotómica Nominal Abierta</p>
---	---	---	--	---

<p>AFEECTO RELACIONADO: Son los estados de sentimiento que ocurren antes, durante y después de una conducta</p>	<p>AFEECTO RELACIONADO AL USO DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL: Si con el uso de algún método anticonceptivo hormonal se genera una actitud de satisfacción es motivo de que se le tome afecto al método.</p>	<p>Mencione las molestias más frecuentes que ha usted presentado por el consumo de</p> <p>Pastillas anticonceptivas:</p>	<p>a)Dolor de Cabeza b)Mareos y vómito c)Nerviosismo d)Sangrado Abundante e)Otros</p>	<p>Nominal</p>
		<p>Inyección anticonceptiva</p>	<p>a)Varices b)Dolor de Cabeza c)Nerviosismo d)Hemorragias e)Otros</p>	<p>Nominal</p>
		<p>¿Qué decisión tomó para evitar las molestias?</p>	<p>a)Abandonar el método b)Utilizar otros métodos c)Que su esposo la cuide (Ritmo y coito interrumpido) e)Otros</p>	<p>Nominal</p>

APENDICE B

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO SOBRE BARRERAS PERCIBIDAS, FACTORES PERSONALES, CONDUCTA PREVIA Y AFECTO RELACIONADO CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

X1 NO. DE CUESTIONARIO _____

X2 ¿Qué edad tiene? _____ (Años cumplidos).

X3 ¿Cuál es su peso? _____ Kg. X4 ¿Cuántos hijos tiene? _____

X5 ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad?

Si: ___ No: ___

X6 ¿Cuál?

a) Del corazón b) Cáncer c) Diabetes d) De la presión arterial

e) Otros: _____

X7 ¿Actualmente cuenta con pareja?

Si: ___ No: ___

X8 ¿Qué opina su pareja de los métodos anticonceptivos hormonales?

a) Está de acuerdo b) Que lo va a c) Que después

engañar con otro ya no se puede

embarazar

d) Que no sirven

e) Otros: _____

X16 ¿Considera usted que le afectó o le afectaría utilizar la pastilla o la inyección anticonceptivas?

Si: ____ No: ____

X17 ¿Por qué?

X18 ¿Cuáles son los obstáculos que le impiden utilizar o continuar con el uso de métodos anticonceptivos hormonales?

X19 ¿Qué grado de estudios tiene?

- a)Primaria b)Secundaria c)Preparatoria
d)Carrera Técnica e)Sin estudios

X20 ¿Le han informado sobre las molestias que causan las pastillas o las inyecciones anticonceptivas?

Si: ____ No: ____

X21 ¿Quién?

- a)Médico b)Enfermera c)Auxiliar de Salud
d)Mujeres que lo han usado e)Escuelas f)Nadie

BIBLIOGRAFÍA

- Aznar Ramos Ramón. La anticoncepción durante la lactancia. **Revista de Perintología**, México. No. 2, Vol. 9, Abril – Junio (1994).
- Calderón Barquín Manuel. Sociomedicina. **Salud Pública. Medicina social**. 4ª. ed., Méndez, México, p.p. 826, (1978).
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. **Los derechos Humanos y la Enfermería**. México, p.p 37, (1992).
- Dirección General de Fomento de la Salud. Secretaría de Salud. **Solidaridad para la vida**. México, D.F., p.p., 105 (1990).
- Dirección General de Salud Reproductiva. **Programa Operativo del Convenio Específico de Colaboración ENEO – DGSR**. p.p. 11, Junio (1996).
- Figueroa Guillermo Juan. "Investigación Sociodemográfica sobre Planificación Familiar". **Salud Pública de México**. México, No. 1, Vol. 9, Enero – Marzo (1994).
- J. Balach y J: Calaf. **Avances de la Anticoncepción Hormonal**. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Edit. Doyma publicaciones médicas periódicas. Junio – Julio, Vol. 22, No. 6, p.p. 297, (1995).
- Lievano T.S.A. "El adolescente ante la anticoncepción". **Ginecología y Obstetricia**. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Mensual, México, Octubre, Vol. 63, (1995).
- Mendieta Lucio y Nuñez. **Temas Sociológicos de actualidad**. Universidad Autónoma de México, p.p. 238, (1978).

- Munné Federico. **Grupos, Masas y Sociedades**. 2ª. ed. Hispano – Europea, España, p.p. 621, (1974).
- Pender, N. Health. **Promotion in Nursing Practice**. 3ª. ed., Appleton and Lange, (1996).
- Programa de Reforma del Sector Salud. **Programa de salud Reproductiva y Planificación Familiar**. Poder Ejecutivo Federal, México, p.p. 36, (1995 – 2000).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. **Análisis de las Actividades Desarrolladas en la Estrategia de Extensión de Cobertura**. Secretaría de Salud. México, p.p. 33, (1992).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Boletín de Salud Reproductiva**. Secretaría de Salud, México, Enero – Febrero, p.p. 24, (1997).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. **CYCLOFEM. La Inyección de cada mes, Manual para Auxiliares de Salud de la Comunidad**. México, D.F., Julio. P.p. 15, (1994).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. **CYCLOFEM: La Inyección de cada mes. Manual para Médicos, Enfermeras y Paramédicos**. México, D.F., Septiembre, p.p. 15, (1994).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. **Estrategia de Extensión de Cobertura**. Secretaría de Salud, México, p.p. 31, (1993).
- Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. **Los Métodos Anticonceptivos y los Procedimientos Naturales**. México, p.p. 47, (1992).

- Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. **Manual de Capacitación sobre Comunicación Interpersonal**. Secretaría de Salud. México, p.p. 33, (1992).
- Secretaría de Salud. **Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar**. Secretaría de Salud, México, p.p. 66, (1994).
- Secretaría de Salud. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación de la Salud**. 7ª. ed., Porrúa, México, p.p. 35, (1991).
- Torres Ramírez Armando. "Estado actual de la anticoncepción hormonal". **Revista de Perinatología**, México, No. 1, Vol. 9, Enero – Marzo (1994).
- Torres Ramírez Armando. "La anticoncepción en las adolescentes". **Revista de Perinatología**. México, No. 1, Vol. 9, Enero – Marzo (1994).