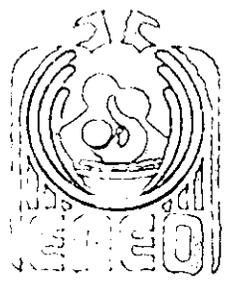




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



"FACTORES QUE INFLUYENTES EN LA NO ACEPTACIÓN DEL  
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PACIENTES POSTPARTO  
OBSTETRICO Y LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE SALAMANCA GUANAJUATO"

2008

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| CRORA CONCEPCIÓN FLORES GARCÍA,       | No. C. 09351933-9 |
| LIDIA MA. EUGENIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, | No. C. 09381987-2 |
| VIRGINIA SEGOVIANO DÍAZ               | No. C. 09382008-5 |

DIRECTOR DEL TRABAJO:

LIC. MARIBALLENA MARTA CORTÉS

2008

MÉXICO, D.F. 2009.



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.

## CONTENIDO.

|   | Páginas |
|---|---------|
| Introducción  | 3       |
| 1. Fundamentación de la Investigación.  |         |
| 1.1 Descripción de la Situación Problema.   | 5       |
| 1.2 Identificación del Problema.  | 6       |
| 1.3 Justificación de la Investigación.  | 6       |
| 1.4 Ubicación del Tema de Estudio.  | 7       |
| 1.5 Objetivos.  | 8       |
| 1.5.1 Objetivo General.   | 8       |
| 1.5.2 Objetivo Específico.  | 8       |
| 2. Marco Teórico.   |         |
| 2.1 Anatomía del Aparato Reproductor Femenino.                                      | 9       |
| 2.1.1 Útero.  | 14      |
| 2.2 Métodos de Planificación Familiar   | 20      |
| 2.2.1 Clasificación.  | 20      |
| 2.2.2 Dispositivo Intrauterino.   | 20      |
| 2.2.2.1 Clasificación.  | 23      |
| 2.2.2.2 Mecanismos de acción del Dispositivo Intrauterino                           | 24      |
| 2.2.2.3 Técnicas de Inserción.  | 26      |
| 2.2.2.4 Indicaciones y Contraindicaciones para el uso del Dispositivo Intrauterino. | 28      |
| 2.2.2.5 Efectos Colaterales.  | 30      |
| 2.2.2.6 Complicaciones.   | 31      |
| 2.2.2.7 Ventajas y Desventajas.   | 32      |
| 2.2.2.8 Seguimiento de la Usuaría.  | 33      |
| 2.3 Programa de Planificación Familiar.   |         |
| 2.3.1 Planificación Familiar.   | 34      |
| 2.3.1.1 Antecedentes de la Planificación Familiar.                                  | 36      |
| 2.3.1.2 Fundamento Jurídico.  | 37      |
| 2.3.1.3 Fundamento Normativo.   | 39      |
| 2.3.1.4 Información, Educación y Comunicación.                                      | 41      |
| 2.3.1.5 La Planificación Familiar y los Derechos Sexuales y Reproductivos.          | 42      |
| 3 Metodología.  |         |
| 3.1 Hipótesis.  | 44      |
| 3.1.1 General.  | 44      |
| 3.1.2 De Trabajo.   | 44      |
| 3.1.3 Nula.   | 44      |
| 3.1.4 Modelo de Relación Causal entre las Variables.                                | 44      |

|  | Páginas. |
|--|----------|
| 3.2 Variables e Indicadores.   |          |
| 3.2.1 Variable Independiente.<br>Indicadores.  | 45       |
| 3.2.2 Variable Dependiente.<br>Indicadores.  | 45       |
| 3.2.3 Definiciones Operacionales   | 45       |
| 3.3 Tipo y Diseño de la Investigación.   |          |
| 3.3.1 Tipo.  | 47       |
| 3.3.2 Diseño.  | 47       |
| 3.3.3 Cronograma del Trabajo.  | 48       |
| 3.3.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.   | 49       |
| 3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación.  |          |
| 3.4.1 Fichas de trabajo.   | 49       |
| 3.4.2 Entrevista.  | 49       |
| 3.4.3 Cuestionario.  | 49       |
| 4 Instrumentación Estadística.   |          |
| 4.1 Universo, Población y Muestra.   | 50       |
| 4.2 Procesamiento de Datos.  | 51       |
| 4.3 Comprobación de Hipótesis.   | 80       |
| 4.4 Análisis e Interpretación de los Resultados.   | 81       |
| 5 Conclusiones y Recomendaciones.  | 86       |
| 6 Participación de Enfermería en: Propuesta de Educación Continua<br>de Planificación Familiar para el Personal de Enfermería. | 88       |
| 7 Anexos.  | 94       |
| 8 Glosario de Términos.  | 102      |
| 9 Bibliografía.  | 104      |

## INTRODUCCIÓN.

Durante los tiempos primitivos, la alta tasa de mortalidad aumentada por el aborto, el infanticidio y con frecuencia por los sacrificios humanos, controlaba el crecimiento de la población. No obstante, el concepto de prevención del embarazo existía aún en las sociedades más primitivas, que desarrollaron medidas para prevenirlo como el coito prepubescente, la lactancia prolongada, el matrimonio tardío, el celibato y el coito interruptus. Así mismo se confiaba en los ritos de los curanderos, en dietas, amuletos y pociones mágicas.<sup>1</sup>

Desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de prevenir el embarazo. Aunque por siglos las personas privilegiadas han empleado medidas anticonceptivas eficaces; lo que caracteriza a la era moderna es la "democratización de la natalidad", es decir el acceso de todos los segmentos de la población a las prácticas anticonceptivas.<sup>2</sup>

Los esfuerzos de ampliación de la Planificación Familiar se han desarrollado tomando en cuenta dos criterios; la salud y el bienestar del individuo y los efectos de las altas tasas de crecimiento de la sociedad. Mucho antes de que el control de la natalidad se convirtiera en tema de preocupación pública y política nacional, las prácticas anticonceptivas, se usaban para beneficio propio de la familia, con el fin de evitar costos y las responsabilidades que acarrea la crianza de los hijos. Ha sido sólo durante los últimos cincuenta años que la sociedad ha tomado conciencia de que la Planificación Familiar es un derecho del individuo y que el número excesivo de hijos es perjudicial para la salud de la madre.<sup>3</sup>

El movimiento moderno de la Planificación Familiar ha enfrentado oposición inicial en todo el mundo; esta oposición se ha basado en varios factores: creencias religiosas, morales y tradiciones. Aunque los contraargumentos basados en la salud, el bienestar del individuo, los derechos humanos y el control de la población, avanzaron con lentitud al principio, han ganado apoyo lentamente. El factor más importante ha sido el reconocimiento de la relación entre la salud y el desarrollo nacional con el crecimiento poblacional, esto ha generado una serie de necesidades que los gobiernos deben satisfacer.<sup>4</sup>

En los últimos veinte años México ha conseguido notables avances en materia de Planificación Familiar y atención Materno-Infantil. Estos logros permitieron en un tiempo relativamente corto reducir la fecundidad y la mortalidad, así como reducir la morbi-mortalidad infantil, materna y perinatal. En los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo de nuestro país y de acuerdo con los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud y los Programas

---

<sup>1</sup> ROSENFELD Allan y Fathalla Mahmoud (Redactores). "Manual de reproducción humana". Federación Internacional de Gineco-Obstetras. Edit. The Partenón Publishing Group. New York-London, 1995 Pág117.

<sup>2</sup> Op. Cit. Pág. 119

<sup>3</sup> Ibidem ROSENFELD Pág121.

<sup>4</sup> Ibidem ROSENFELD Pág121.

Nacionales de Población y de la mujer se constituye el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Uno de los puntos prioritarios dentro del programa de Salud Reproductiva es la Planificación Familiar, que responde a una de las estrategias del Plan Nacional de Salud.<sup>5</sup>

Los métodos anticonceptivos son el instrumento esencial para la Planificación Familiar, la que a su vez influye sobre el crecimiento poblacional; uno de los métodos anticonceptivos temporales más aceptados es el Dispositivo Intrauterino (DIU), el cual ha tenido una mayor demanda post-evento obstétrico.

Por lo anterior y por lo que se ha observado en esta institución ( Hospital General de Salamanca, Gto.), este trabajo de investigación responde a una inquietud ante la problemática que se está presentando en dicha institución; que es la disminución en la aceptación del DIU post-evento obstétrico. Por tal motivo, se pretende identificar los factores que originan la no aceptación del DIU.

Realizándose esta investigación es el servicio de Obstetricia del Hospital General de Salamanca, Gto.

Para realizar tal análisis se ha planeado desarrollar en el primer capítulo de esta investigación que contiene diversos apartados los cuales son:

Descripción de la situación problema, justificación de la investigación, identificación del problema, identificación del tema de estudio y objetivos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico en donde se presentan fundamentos de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, así como métodos de Planificación Familiar, el DIU y el programa de Planificación Familiar.

En el tercer capítulo se presenta la metodología, que presenta los siguientes apartados:

Hipótesis general, de trabajo y nula, las variables independiente y dependiente, con sus respectivos indicadores, tipo y diseño de la investigación y técnicas de investigación utilizadas.

En el cuarto capítulo se desarrollan los aspectos estadísticos como son universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis, análisis e interpretación de los resultados.

En los capítulos 5, 6, 7 y 8 se dan a conocer las conclusiones, recomendaciones, anexos, glosario de términos y la bibliografía respectivamente.

---

<sup>5</sup> RUBIO Severino y cols. (compilaron). "Antología, Obstetricia I". Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal, México, Pág. 69

## **1. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.**

El tema de la anticoncepción es un punto importante dentro del Programa de Salud a nivel nacional para el control de la tasa de natalidad, así como elevar la calidad de vida familiar.

El Dispositivo Intrauterino (DIU), es un método anticonceptivo temporal, la experiencia nos indica que el momento más oportuno para la aplicación es inmediatamente después del parto, aparte de que es un método que ayuda a cumplir con el programa de Lactancia Materna, que es otro de los programas prioritarios de salud.

El DIU se considera uno de los métodos más populares en el post-parto inmediato, sin embargo en el Hospital General de Salamanca, Gto., se ha observado un descenso en la aceptación de éste método.

Las estadísticas muestran los dispositivos que se aplicaron por año:

| <b>Año</b>                         | <b>No. De dispositivos aplicados.</b> |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1993                               | 8                                     |
| 1994                               | 499                                   |
| 1995                               | 507                                   |
| 1996                               | 192                                   |
| 1997                               | 267                                   |
| 1998                               | 293                                   |
| 1999                               | 249                                   |
| En el periodo enero-junio del 2000 | 203                                   |

Fuente: Departamento de estadísticas del Hospital General de Salamanca, Gto.

Esta situación ha llamado la atención a nivel de Oficina Central del Estado de Guanajuato, y le ha recordado al servicio de Obstetricia Del Hospital General de Salamanca, Gto., los compromisos que se adquirieron para elevar las coberturas y se le hace una recomendación para que se empleen las estrategias adecuadas para el cumplimiento de las metas.

## **1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿ Cuáles son los factores que influyen en la no aceptación del DIU, en las pacientes post-evento obstétrico en el Hospital General de Salamanca, Gto.?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

El presente trabajo de investigación se justifica ya que contiene interrogantes que se consideran importantes de investigar, por la observación y detección realizada se ha identificado una disminución en la aceptación del DIU.

Esta investigación pretende conocer los factores que originan la negación hacia la utilización de éste método, en la paciente que acude a recibir atención obstétrica.

Así mismo éste trabajo aportará beneficios a la población estudiada ya que el personal de salud conocerá en base a la investigación, cuáles son los motivos que originan el rechazo, y la población podrá ser mejor orientada e informada por el personal de salud.

Otra ventaja que tiene la investigación es para el personal de salud, ya que al conocer los factores que influyen en el rechazo al DIU se darán cambios de conducta en cuanto a la información proporcionada a la paciente de acuerdo a sus características.

#### 1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.

El presente trabajo de investigación se ubica en el área de obstetricia, enfermería, área psicosocial y salud pública.

Se relaciona con la obstetricia, ya que se ocupa del cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y de la salud reproductiva.

Se ubica con la enfermería ya que este es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos y posibilitan la salud.<sup>6</sup>

Se ubica en el área psicosocial ya que estudia aquellos aspectos de la conducta individual a los que afecta o sobre los que influyen estímulos sociales.<sup>7</sup>

Se ubica en la Salud Pública, ya que es la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas, así como el estudio de los fenómenos de la salud íntegros, con una base bien definida de población.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> WESLEY Ruby L. "Teoría y modelos de enfermería". 2ª Edición. Ed. Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill. México 1997. Pág. 19

<sup>7</sup> WHITTAKER James. "La psicología social en el mundo de hoy". 2ª Edición. Ed. Trillas, México 1990. Pág. 24

<sup>8</sup> LÓPEZ Luna Ma. Concepción. "Salud Pública". Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill. México 1993. Pág 8

## **1.5 OBJETIVOS.**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL.**

Identificar los factores que influyen en la no aceptación del DIU, en las pacientes post-evento obstétrico, que acuden al Hospital General de Salamanca, Guanajuato.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Conocer los factores predominantes que influyen en la no aceptación del Dispositivo Intrauterino.

Promover la participación activa del personal de enfermería en la difusión e información del Dispositivo Intrauterino, implementando un programa de educación continua para la promoción a la salud.

## **2 MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.**

#### **OVARIO**

Los dos ovarios derechos e izquierdos, son glándulas mixtas, cuya secreción externa origina los óvulos, y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios de la mujer.

Los ovarios son dos, situados en las caras laterales de la excavación pélvica por detrás del ligamento ancho y descansan en una foseta peritoneal llamada foseta ovárica. Alcanzan un peso de 8 gramos en la mujer adulta.

El ovario tiene forma ovoidea, aplanado ligeramente de afuera adentro, con su eje mayor dirigido verticalmente. Posee como medios de fijación cuatro ligamentos que son: El ligamento infundibulopélvico de Henle, el uteroovárico, el mesovario, y el tuboovárico.

Se distinguen en él una cara superior y otra inferior; dos bordes, anterior y posterior, y dos extremidades, superior e inferior.

El ovario está constituido por una envoltura, el epitelio ovárico, que encierra un estroma conjuntivo, donde están contenidos los folículos de De Graaf, estos son vesículas más o menos redondeadas que contienen los óvulos. El folículo de De Graaf, tiene su origen en los folículos primordiales, compuestos por un óvulo desprovisto de membrana vitelina y rodeado de células planas (células nutricias)

La irrigación arterial del ovario se hace por las ramas de la uterina y de la ovárica.

Los linfáticos toman su origen en las paredes de los folículos por redes que se anastomosan y emiten conductos que atraviesan el tejido glándula para llegar al hilio.

Los nervios proceden de los ganglios mesentéricos superiores preaórticos y de los troncos que van al riñón.<sup>9</sup>

#### **TROMPA UTERINA**

La trompa de Falopio es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero, recorriendo el borde superior del ligamento ancho. Mide de 10 a 12 centímetros de longitud y su diámetro al salir del útero es de dos a cuatro milímetros.

---

<sup>9</sup> QUIROZ Gutiérrez Fernando."Anatomía Humana" Tomo III , edic. Vigésima séptima edición Ed. Porrúa México 1987.Pp. 307-313.

Se distinguen cuatro porciones que son: la intersticial, el istmo, la ampolla, y el pabellón.

La porción intersticial mide un cm de longitud, se inicia en el óstium uterinum, el cual es un orificio de un milímetro de diámetro, situado en el ángulo superoexterno de la cavidad uterina.

El istmo principia en el vértice del ángulo del útero, en un plano más superior y entre el ligamento redondo por delante y el ligamento uterovárico por atrás.

La ampolla mide de siete a ocho centímetros de longitud y siete a ocho milímetros de diámetro. Sigue por el borde anterior del ovario y presenta en su trayecto flexuosidades más o menos marcadas.

El pabellón es infundibuliforme y posee un vértice, una base, una superficie exterior y otra interior.

La trompa uterina está constituida por una capa externa serosa, una media muscular y una interna mucosa.

La capa serosa depende del peritoneo que la cubre por arriba, por delante y por atrás formando en su borde inferior, por adosamiento de sus hojas, el mesosalpinx o aleta superior del ligamento ancho.

La capa muscular está formada por fibras lisas, cuyo plano profundo es de fibras circulares, que hacia adentro se continúan con las fibras del útero.

La capa mucosa está formada por un epitelio de células cilíndricas ciliadas que descansan sobre un corion de tejido conjuntivo mezclado con fibras musculares lisas.

La trompa uterina recibe sangre arterial de la tubaria interna, rama de la uterina y de la tubaria externa, rama de la ovárica.

Los linfáticos emanan de redes de sus paredes y van al mesosalpinx. Los más externos se anastomosan con los ovarios y los más internos con los del útero para ir con ellos a los ganglios lumboaórticos.

Los nervios proceden de los nervios uterinos y de los ováricos, acompañan a las arterias y con ellas penetran en las paredes de la trompa.<sup>10</sup>

## VAGINA

La vagina es un conducto musculomembranoso que se extiende del cuello uterino a la vulva. Está situada por delante del recto, por atrás de la vejiga y por abajo del cuello uterino. Posee una porción pélvica y la otra comprendida en el espesor del perineo, que atraviesa de arriba abajo y de atrás adelante para abrirse al exterior. La longitud de la vagina es de ocho cm como promedio, se fija por su cúpula en el cuello uterino, y por su extremidad inferior a los planos del perineo y la vulva; por sus caras anterior y posterior se fija a la vejiga, a la uretra y al recto. La vagina posee dos caras, dos bordes y dos extremidades.

---

<sup>10</sup> Opcit. QUIROZ. Pp. 313-316

La cara anterior, vuelta hacia delante y arriba, está en relación en su parte superior con la vejiga por intermedio de tejido celular laxo, en el cual camina la porción terminal del uréter. En su mitad inferior esta cara se pone en relación con la uretra por intermedio del tabique uretrovaginal.

La cara posterior se relaciona en su parte superior con el peritoneo que la cubre, con el fondo de saco de Douglas y con el recto. En su mitad inferior el recto se desvía hacia atrás, separándose de la vagina por un tabique más grueso que comprende el esfínter anal fibras prerrectales del elevador del ano, el constrictor de la vagina, el transverso del perineo.

La extremidad superior se inserta en el cuello uterino, la inserción se hace por continuidad de la capa muscular de la vagina con la capa muscular del útero, la mucosa de la vagina, al llegar al punto de inserción, se refleja para cubrir el hocico de tenca. La extremidad inferior está representada por el orificio bulbovaginal que tiene forma elíptica, de eje mayor anteroposterior y está rodeado por los músculos constrictores que forman el anillo vulvar.

La vagina está constituida por una capa externa conjuntiva, una capa media muscular y una capa interna mucosa

La capa externa está formada por tejido conjuntivo y fibras elásticas, confundidas con el tejido celular perivaginal.

La capa muscular se halla integrada por fibras musculares lisas, dispuestas en dos planos.

La capa mucosa, se halla formada por un epitelio pavimentoso estratificado que descansa sobre el corion rico en fibras elásticas que se adhiere íntimamente a la capa muscular.

La vagina recibe sangre de la arteria vaginal, rama de la hipogástrica y también de la uterina, la cual remite el ramo cervicovaginal y de la hemorroidal media que irriga su extremidad inferior.

Los linfáticos se originan en una red mucosa y otra muscular.

Los nervios emanan del ganglio hipogástrico a la parte superior de la vagina, y del pudendo para la parte inferior.<sup>11</sup>

## VULVA

La vulva está constituida por el conjunto de los órganos genitales externos que forman un saliente ovoideo, de eje mayor anteroposterior. Se halla situada entre el peritoneo y la parte inferior de la pared anterior del abdomen, y transversalmente está comprendida entre los dos muslos. Presenta en su parte media una depresión, en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina, que recibe el nombre de vestíbulo, limitada lateralmente por las formaciones labiales. Los labios mayores se unen hacia delante y se pierden en un saliente mediano o monte de venus. Los labios menores se unen también hacia delante para envolver al clítoris.

---

<sup>11</sup> Ibidem QUIROZ Pp. 328-331.

**Labios Mayores.** Son dos repliegues cutáneos, alargados en sentido anteroposterior y aplanados transversalmente. Poseen dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la cara interna del muslo, del que está separada por el surco genitocrural, La cara interna corresponde a la cara interna del labio opuesto y al labio menor del mismo lado, del cual está separada por el surco interlabial.

El borde superior corresponde a las ramas isquiopubianas, el borde inferior limita la hendidura vulvar.

La extremidad anterior se une con la del lado opuesto, formando la comisura anterior que se pierde en la parte posterior del monte de venus. La extremidad posterior constituye la horquilla.

Los labios mayores están irrigados por las pudendas externas, ramas de la femoral y por la perineal superficial rama de la pudenda interna.

Los linfáticos se dirigen a los inguinales superficiales y sus nervios proceden del pudendo interno y de los abdominogenitales.

**Labios Menores.** Están situados por dentro de los labios mayores y son dos repliegues cutáneos que poseen, como los mayores dos caras, dos bordes, y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la cara interna del labio mayor, del que está separada por el surco labial. La cara interna corresponde a la interna del labio opuesto.

El borde superior se continúa con las partes blandas de las cercanías. El borde inferior, corresponde a la hendidura vulvar.

La extremidad posterior se pierde insensiblemente en la cara interna del labio mayor. La extremidad anterior se divide en dos pliegues que bordean al clítoris.

## **MONTE DE VENUS**

Es un saliente redondeado, que se halla por delante de la sínfisis del pubis, con un espesor que varía de dos a ocho centímetros. Está constituido por un revestimiento cutáneo que cubre tejido celuloadiposo, donde se encuentran trabéculas elásticas que se fijan a la línea blanca y a la aponeurosis adyacentes. Se halla irrigado por las pudendas, sus linfáticos van a los ganglios superficiales de la ingle. Los nervios proceden de los abdominogenitales.

### **Formaciones Interlabiales.**

Separando los labios mayores y los menores, se encuentra en el fondo el orificio de entrada de las vías genitales, y por delante de él, el vestíbulo, el meato urinario y el clítoris.

**Vestíbulo.** Es de coloración rosada y está limitado a los lados por los labios menores hacia delante por el clítoris y atrás por el meato urinario.

El meato urinario es un orificio situado en la línea media, en la parte posterior del vestíbulo y por arriba del tubérculo vaginal.

Himen. Es un tabique perforado, situado en los límites de los conductos vaginal y vulvar.

#### Formaciones Eréctiles de la Vulva.

Incluyen los bulbos de la vagina y el clítoris.

Los bulbos de la vagina están situados a los lados de la uretra y de la vagina, son dos derecho e izquierdo, ya alcanzan una longitud de tres a cuatro centímetros, con un espesor de diez a quince milímetros.

Clítoris. Es un órgano eréctil, citado en la parte anterior de la vulva y formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

#### Glándulas Anexas al Aparato Genital de la mujer.

Las glándulas uretrales y periuretrales, así como las glándulas vulvovaginales.

Las glándulas uretrales y periuretrales ocupan principalmente la pared inferior de la uretra. Unas son glándulas en racimo y otras se presentan como simples depresiones.

Las glándulas vulvovaginales o de Bartholin están situadas una a cada lado en la parte posterolateral del orificio vulvovaginal, entre la aponeurosis perineal superficial y la aponeurosis perineal media, es una glándula en racimo, compuesta de acinos y lobulillos.<sup>12</sup>

## MUSCULOS DEL PERINEO

Transverso del Perineo. Se inserta en la cara interna del isquion y en el rafe anovulvar.

Bulbocavernoso. Insertado por atrás en el rafe anovulvar, donde se entrecruza sus fibras con las del esfínter del ano, se dirige hacia delante, cubre el bulbo vaginal y a la glándula de Bartholin y alcanza el clítoris, donde se divide en dos haces.

Isquiocavernoso. Se inserta por atrás en la tuberosidad isquiática; se dirige hacia delante, rodea el borde inferior de la rama isquiopúbica y cubre los cuerpos cavernosos. Va a insertarse a las caras superiores y laterales del clítoris.

Transverso Profundo del perineo. Se inserta en la rama isquiopúbica y en el rafe anovaginal.

Esfínter externo de la uretra o esfínter estriado. Envuelve totalmente al conducto uretral por debajo del esfínter liso, tiene una forma circular en su parte superior y semilunar en su parte inferior y se extiende del cuello de la vejiga al meato urinario.

Esfínter externo del ano. Situado en la porción anal del recto.

---

<sup>12</sup> Ibidem QUIROZ. Pp. 331-335

**Músculo rectovaginal.** Se extiende del ángulo del recto a la cara posterior de la vagina y se halla constituido por fibras musculares entrelazadas a laminillas elásticas.

**Elevador del ano.** Músculo ancho que se extiende de la pared lateral de la pelvis al ano. sus haces internos se ponen en contacto con las paredes de la vagina por intermedio de un tejido conjuntivo bastante denso.<sup>13</sup>

### **2.1.1 UTERO**

Está situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales. Tiene la forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello.

El útero de la nulípara mide siete centímetros de longitud por cuatro de ancho en su cuerpo y dos en su cuello, con un espesor medio de dos y medio centímetros. En la múltipara su longitud es de ocho centímetros, de ancho cinco y de espesor tres centímetros.

El eje de la matriz no es recto, pues presenta en la unión del cuello con el cuerpo un ángulo obtuso, abierto hacia abajo y adelante. Su abertura normal varía entre 140 y 170 grados. Cuando es demasiado cerrado, se dice que hay anteflexión; al contrario cuando se halla invertido y, por tanto, abierto hacia atrás, se dice que hay retroflexión. Si el ángulo se presenta en uno de sus lados se dice que hay lateroflexión.

La dirección relativa del útero se define también tomando en cuenta la posición del punto central, que normalmente pasa muy poco por delante de un plano que pase por las espinas ciáticas y en una línea vertical que pase por el centro del perineo. Puede, anormalmente, estar el punto central por delante, por atrás o por un lado de la posición normal constituyendo un verdadero desalojamiento uterino que se denomina, según el caso, anteroposición, retroposición y lateroposición

Cuando, sin cambiar el punto central, el útero dirige su cuerpo hacia delante y su cuello hacia atrás, se dice que hay anteversión. Si la dirección es en sentido contrario se dice que hay retroversión, en caso que se incline hacia uno de sus lados hay lateroversión.

La posición normal es en situación central, con ligera anteflexión y ligera anteversión.

---

<sup>13</sup> Ibidem QUIROZ. Pp. 336-337

**Medios de fijación del útero.** El útero está sostenido por seis ligamentos, constituidos por repliegues peritoneales que contienen en su interior las formaciones ligamentosas. También contribuyen a su fijación la cúpula vaginal y los músculos del perineo. Los ligamentos uterinos, pares y simétricos, son los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los uterosacros.

**Ligamentos anchos.** Se hallan constituidos por el peritoneo uterino, cuyas hojas anterior y posterior se adosan en sus bordes, formando el repliegue que va a las paredes laterales de la pelvis por fuera, y alcanza por abajo el piso pélvico. Son dos tabiques transversales que de los bordes uterinos van a las paredes pélvicas, cuya forma es más o menos cuadrangular y que adoptan una dirección semejante a la del útero. En el sentido vertical se dirigen oblicuamente de arriba abajo y de delante a atrás; poseen dos caras y cuatro bordes.

La cara anterior, vuelta hacia delante y abajo, está en relación con la vejiga y presenta en su parte más alta el levantamiento del ligamento redondo. La cara posterior, vuelta hacia atrás y arriba, se relaciona con el recto y lleva en su parte más alta los repliegues que corresponden a los ligamentos uteroováricos y tuboováricos.

El borde interno corresponde al borde uterino, y contiene en su interior la arteria uterina y el plexo venoso. El borde externo corresponde a la pared lateral de la pelvis, el borde inferior al piso de la pelvis y el borde superior libre a la trompa uterina.

El borde superior, a partir del cuerno uterino, presenta tres repliegues que divergen hacia fuera. Se llama aletas del ligamento ancho la anterior, formada por el ligamento redondo, la media que es la más alta, por la trompa uterina, y la posterior por el ligamento uteroovárico y la inserción del hilio del ovario sobre el ligamento ancho.

Debajo de la serosa peritoneal que cubre los ligamentos anchos, se encuentra un armazón formado por fascículos musculares lisos que en la parte superior se fijan íntimamente al peritoneo. Parten del ligamento infundibulopélvico y van hasta el cuerpo uterino.

**Ligamentos redondos.** Son cordones redondeados, extendidos de los ángulos laterales del útero al conducto inguinal y al pubis. Nacen por delante y por debajo de la trompa uterina, se dirigen hacia fuera en el espesor del ligamento ancho, al cual forman la aleta anterior, hasta llegar al orificio profundo del conducto inguinal, pasando antes sobre el cayado de la epigástrica en el momento preciso que cambia de dirección. Se introducen en el conducto inguinal, al que recorren en toda su extensión y al salir de él se dividen en haces divergentes que van a insertarse a la espina del pubis, a la sínfisis, y muchos de ellos al tejido celular de los grandes labios y del monte de venus.

El ligamento redondo está constituido por tejido conjuntivo elástico que en forma de fascículos entrelazados con haces de fibras musculares lisas y de los vasos y nervios correspondientes, origina el ligamento proplamente dicho.

**Ligamentos uterosacros.** Se extienden de la cara posterior del cuello uterino, en los límites del istmo, a la cara anterior del sacro. Su inserción posterior se hace en la segunda o tercera vértebra sacra, y a veces en la primera. Se

presenta bajo la forma de repliegues, con una cara superior y otra inferior, un borde externo, que se confunde con la hoja peritoneal pélvica, y otro interno falciforme y cóncavo, que abarca el recto

Se hallan constituidos por tejido celular del espacio pelvirrectal superior que se condensa hasta tomar aspecto de una membrana, la cual contiene en su parte superior fibras musculares lisas.

Contribuyen a la fijación del útero a la vagina, que envaina con su cúpula la parte inferior de aquél. Se hallan rodeados ambos a este nivel por el tejido celular subperitoneal que es a la vez fibroso, muscular y elástico, y el cual al mismo tiempo que se fija a estos órganos, se adhiere a las paredes pélvicas laterales constituyendo el parametrio de Virchow o ligamento transverso de Mackenrodt.

En el útero se consideran una porción superior o cuerpo y otra inferior o cuello, unidas por el istmo.

**Cuerpo.** Posee dos caras, tres bordes y tres ángulos. La cara anteroinferior es lisa, ligeramente convexa, y está cubierta en toda su extensión por el peritoneo, que desciende hasta el istmo para reflejarse hacia la vejiga, formando el fondo de saco vesicouterino. Se pone así en relación esta cara con la vejiga por intermedio del fondo de saco peritoneal. La cara posterosuperior, lisa y más convexa que la anterior, se halla revestida por el peritoneo, que desciende más allá del istmo hasta cubrir la parte superior de la pared posterior de la vagina, se refleja luego sobre la cara anterior del recto para constituir el fondo de saco rectovaginal o fondo de saco de Douglas. Se relaciona esta cara con la cara anterior del recto o con las asas intestinales.

**Bordes laterales.** Redondeados de adelante a atrás, corresponden al borde interno de los ligamentos anchos, y están en relación con la arteria uterina y los plexos venosos que la acompañan.

**Borde superior.** fondo uterino, es recto en la nulípara y convexo en la múltipara, se halla cubierto por el peritoneo y en relación con las asas intestinales.

**Ángulos.** Los laterales resultan de la unión de los bordes laterales con el borde superior, y de ellos se desprende la trompa uterina, el ligamento redondo y el uteroovárico. El ángulo inferior se continúa con el istmo.

**Cuello.** Se distinguen tres porciones: supravaginal, vaginal, e intravaginal. La porción supravaginal está en relación por delante con la vejiga, por intermedio de tejido celular laxo; por detrás se halla cubierta por el peritoneo y se pone en relación con el recto por intermedio del fondo de saco de Douglas. A los lados se relaciona con el borde interno del ligamento ancho, con la arteria uterina y el uréter.

La porción vaginal señala la inserción de la vagina en el cuello, que se hace en una extensión de medio centímetro y sigue una línea oblicua hacia abajo y adelante.

La porción intravaginal se llama hocico de tenca. Tiene forma cónica, de vértice redondeado y presenta un orificio llamado orificio externo del cuello, que sirve de comunicación a la cavidad cervical.

El hocico de tenca forma con la cúpula vaginal fondos de saco anterior, posterior y laterales. De éstos, el posterior, el más profundo, corresponde al fondo de saco de Douglas y al recto, el anterior menos profundo, a la vejiga.

Interiormente, el útero presenta una cavidad aplanada de adelante atrás que comunica por abajo con la cavidad vaginal, y por arriba, al nivel de sus ángulos, con las trompas uterinas.

En el cuello la cavidad presenta dos paredes, una anterior y la otra posterior, con una cresta longitudinal más o menos media en ambas. De éstas parten pliegues transversales. En la cavidad del cuello bordes laterales son ligeramente cóncavos hacia la línea media y contribuyen con las caras a formar el orificio superior o del istmo uterino que comunica ésta cavidad con la cavidad uterina.

El cuerpo presenta una cavidad constituida por dos paredes y tres bordes. Las paredes son planas, lisas. Los bordes, dos laterales y uno superior, son convexos hacia adentro de la cavidad. Los laterales limitan por abajo el estrechamiento del istmo y con el borde superior por arriba, y a los lados, los orificios de las trompas uterinas.

El útero está constituido por tres capas: una serosa externa, otra muscular media y una mucosa interna.

La capa serosa, cubre su base y su cara anterior hasta el istmo, donde se refleja para cubrir la vejiga, formando el fondo de saco vesicouterino. Cubre también la cara posterior, y desciende hasta revestir parte de la pared posterior de la vagina en una extensión de dos a tres centímetros. Se refleja luego para cubrir las caras anterolaterales del recto, formando el fondo de saco rectovaginal o de Douglas. El mismo peritoneo que ha cubierto las caras, al llegar a los bordes del útero, se adosa para constituir el ligamento ancho. Se adhiere más íntimamente al útero en su fondo y en sus dos tercios superiores, mientras en su tercio inferior el contacto entre la capa muscular y la serosa se hace por medio del tejido celular flojo.

La capa muscular, muy desarrollada, está constituida por fibras musculares lisas, dispuestas en tres capas. La capa externa está formada a la vez por fibras longitudinales y transversales. Las primeras se distribuyen en la parte media de la cara anterior, ascienden al fondo y descienden a la cara posterior en forma de herradura; constituyen el fascículo ansiforme de Hélie.

Las segundas fibras transversales, están situadas por debajo de las anteriores en el cuello uterino. Van de borde a borde, y muchas de ellas al llegar a él, se dirigen hacia la cara opuesta; otras se continúan en el ligamento ancho, y las de la base se prolongan con las fibras longitudinales de la trompa uterina. Su límite por abajo es el istmo, donde se continúan en la capa muscular profunda de la vagina y con los elementos musculares de los ligamentos uterosacros.

La capa media o capa flexiforme se halla formada por haces que se entrecruzan en todos sentidos y albergan entre sus mallas gran cantidad de canales venosos o senos uterinos una vez que los vasos han perdido sus paredes. Las cavidades musculares se encuentran revestidas por endotelio que se les adhiere íntimamente y permiten la circulación sanguínea.

La capa interna está constituida de manera idéntica a la externa, por haces longitudinales que van de cara a cara y haces que nivel de la base se desvían hacia las trompas uterinas. También posee fibras transversales que al nivel del istmo se condensan, constituyendo el esfínter del istmo. Al nivel de los ganglios uterinos forman anillos concéntricos que circunscriben la porción intramural de la trompa uterina.

La capa mucosa reviste la cavidad uterina y presenta una estructura distinta en el cuello y en el cuerpo. En el cuello la mucosa es pálida y presenta los pliegues del árbol de la vida. Está formado por un epitelio cilíndrico ciliado, que en su parte inferior o vaginal disminuye de altura y se transforma en epitelio epidérmico o epitelio pavimentoso estratificado, transformación que se verifica al nivel del orificio vaginal del cuello.

La mucosa del cuerpo es lisa, de color rosado y se adhiere íntimamente a la capa muscular. Está constituido por epitelio ciliado, el epitelio descansa en un corión de tejido conjuntivo joven, y se encuentran en él glándulas en tubo cuyo fondo, simple o bifurcado, alcanzan la capa muscular.

#### Vasos y nervios del útero.

El útero recibe arterias de la uterina, rama de la hipogástrica, la cual al ascender por sus bordes, proporciona múltiples ramos a sus paredes. Al llegar al ángulo, emite la tubaria interna que se anastomosa con la tubaria externa, rama terminal de la ovárica. La arteria uterina, al nivel de su cayado suministra ramos vesicouterinos y el ramo uretral inferior.

Recibe también sangre arterial de la ovárica, rama de la aorta, y de la arteria del ligamento redondo, rama de la epigástrica.

Las venas se originan en las capas del útero, principalmente de la capa muscular, donde nacen de los senos uterinos. Son avalvulares, gruesas y numerosas; se dirigen hacia los bordes, donde forman los plexos uterinos, de los cuales emanan abajo dos gruesas venas uterinas, satélites de la arteria, y arriba constituyen los plexos uteroováricos o pampiniformes, de los cuales el izquierdo se vierte en la arteria renal del mismo lado y el derecho en la vena cava inferior.

Los linfáticos nacen de redes mucosas que se inician en lagunas que existen en el corion y redes musculares, cuyos conductos siguen direcciones longitudinales y transversas. Los conductos eferentes se dirigen a la superficie exterior del útero, donde, con la red serosa, forman una rica red subserosa, de la cual parten numerosos conductos colectores que van a desembocar de diversos modos.

Los linfáticos superiores siguen el trayecto de las venas uteroováricas y ascienden con ellas hasta el riñón. Después de recoger los linfáticos del ovario van a desembocar a los ganglios preaórticos y yuxtaaórticos. Los linfáticos anteriores nacen de los ángulos uterinos, acompañan a los vasos del ligamento redondo y van a terminar en el grupo superointerno de los ganglios inguinales superficiales. Los linfáticos laterales se originan en los bordes uterinos, caminan dentro del ligamento ancho y desembocan en los ganglios ilíacos externos. Los

linfáticos del cuello se dirigen en parte a las paredes laterales de la pelvis para desembocar en los ganglios iliacos internos; otros corren hacia la cara anterior del sacro, bordean el recto y terminan en los ganglios presacros y del promontorio.

El útero está innervado por ramos procedentes del plexo de Frankenhauser, en el cual se encuentra un ganglio grande situado a los lados del cuello uterino, y uno o dos más pequeños situados a los lados del cuerpo uterino. Se hallan constituidos por neuronas multipolares, entre las cuales discurren nervios mielínicos y amielínicos.

El plexo de Frankenhauser recibe ramos procedentes del plexo hipogástrico que, a su vez, se origina en el nervio presacro, el cual se prolonga hacia arriba, sobre los gruesos vasos abdominales, donde forman el plexo aórtico. Recibe también el nervio erector o pélvico que nace por dos o tres raíces del cuarto y quinto nervio sacro que, aislados o unidos, abordan el plexo de Frankenhauser. Está constituido, por fibras mielínicas. Además de estos elementos, recibe fibras del simpático sacro y coccígeo, pues de los últimos ganglios simpáticos parten fibras para el plexo Frankenhause.

Las fibras nerviosas que abordan la pared muscular del útero se prolongan con frecuencia hasta la mucosa, y al nivel de sus cuernos, caminan en las inmediaciones de los vasos. Pueden observarse verdaderos manojos de nervios mielínicos al nivel de la desembocadura de la trompa de Falopio, el cuello uterino tiene igual cantidad de fibras nerviosas que el cuerpo, pero en el hocico de tenca se encuentran escasas fibras amielínicas.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ibidem .QUIROZ. Pp. 316-325.

## **2.2 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

### **2.2.1 CLASIFICACIÓN.**

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos: en métodos temporales o reversibles y métodos permanentes o no reversibles.

El concepto de reversibilidad se refiere al retorno a la fecundidad.

**Los métodos anticonceptivos temporales incluyen:**

- ❖ Hormonales orales combinados.
- ❖ Hormonales orales de progestina sola.
- ❖ Hormonales inyectables combinados.
- ❖ Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.
- ❖ Dispositivos intrauterinos medicados con cobre.
- ❖ Preservativo o condón.
- ❖ Naturales o de abstinencia periódica.

**Los métodos anticonceptivos permanentes incluyen:**

- ❖ Oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia.
- ❖ Vasectomía.<sup>15</sup>

### **2.2.2 ANTECEDENTES**

#### **"DISPOSITIVO INTRAUTERINO"**

Es posible que los primeros DIU's hayan sido guijarros insertados en la cavidad uterina de las camellas por árabes y turcos, quienes deseaban evitar que sus animales estuvieran preñados durante sus recorridos fatigosos por el desierto.

El uso de pesarios anticonceptivos en seres humanos data del siglo XI, según el sabio islámico Avicenna hechos de materiales comunes como el peltre y tan exóticos como diamantes engarzados en platino.

Técnicamente estos no eran dispositivos intrauterinos, debido a que no estaban aplicados totalmente en la cavidad uterina, ya que la mayor parte del dispositivo permanecía en la vagina.

El primer DIU diseñado específicamente como anticonceptivo humano se desarrolló en 1909, por el médico alemán Richard Richter. El dispositivo tuvo la forma de anillo y fue confeccionado de una fibra de seda natural. Filamentos de gusano de seda fueron también incorporados en un dispositivo diseñado en 1923 por K. Pust, quien combinó el anillo de hilos de seda con el tallo del viejo pesario. Él distribuyó su DIU entre otros médicos para que se experimentara pero algunos

---

<sup>15</sup> SECRETARÍA DE SALUD. "Derecho a la libre decisión". Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA 1998, Pp44-45.

se rehusaron a utilizarlo, argumentando que tal dispositivo podría producir infección pélvica.

A finales de la década de los veinte Ernest Grifenberg diseñó un anillo de intestino de gusano de seda rodeado por un alambre de plata, y en 1934 Tenrei Ota, de Japón, introdujo anillos intrauterinos de oro y de oro y plata.

Los primeros DIU's de plástico usados ampliamente fueron la espiral de Margulies y el Asa de Lippes. Ambos podían ser insertados sin necesidad de dilatación cervical. Eran colocados primero en un tubo angosto, enderezados y luego impulsados dentro de la cavidad uterina, donde ellos recobraban su forma original. Jack Lippes, agregó dos importantes características al dispositivo que lleva su nombre, ambas características fueron incorporadas en la mayoría de los diseños que posteriormente se desarrollaron: un hilo de prolongación transcervical que ayuda a detectar o retirar el dispositivo y una pequeña cantidad de sulfato de bario que lo hace opaco a los rayos X.

A mediados de 1970, y después de una década de constantes investigaciones en diseños de DIU's, así como una amplia experiencia en programas de planificación familiar nacionales, se efectuó en octubre de 1973 un taller auspiciado por el Instituto Battelle, en Seattle, y en abril de 1974 una tercera Conferencia Internacional auspiciada por el Consejo de Población en El Cairo. En ambas sesiones el foco de la atención sobre los DIU's se desplazó a la denominada segunda generación de dispositivos. Estos fueron los dispositivos medicados en los cuales el polietileno del DIU se transforma en un vehículo para otras sustancias como metales, hormonas, sustancias antihemorrágicas (originalmente los términos preferidos "inertes" y "bioactivos" se han modificado en "medicados" y "no medicados")

En el primer dispositivo medicado y desarrollado por Jaime Zipper y Haward Tatum, el alambre con cobre fue enrollado alrededor del dispositivo en forma de T o de 7, los cuales presentan una superficie relativamente pequeña para mejorar su eficacia anticonceptiva.

Después de un corto tiempo las hormonas fueron incorporadas en diversos dispositivos, a fin de que pudieran liberar cantidades mínimas de esteroides, los mismos que en las pruebas fueron efectivos como anticonceptivos orales. Un ejemplo es el Progestaset, que libera 65mg de progesterona cada 24hrs durante un año continuo alcanzando, así una eficacia tan alta como los dispositivos que liberan cobre.

Actualmente existe un dispositivo fabricado por laboratorios Leiras de Finlandia que contiene levonorgestrel y se le conoce como dispositivo ING- 20, el cual libera 20mg día de levonorgestred durante 5 años.

Mientras tanto continúan las investigaciones sobre distintos diseños de DIUs que podrían ser mas adecuados para nulíparas, así como proveer de mejor protección anticonceptiva, además de minimizar otras complicaciones en caso de perforación o embarazo accidental.

En la actualidad nuestro país cuenta con la posibilidad de utilizar nuevos diseños de DIU's que en vista de sus características y menores dimensiones, están indicados para mujeres nulíparas.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Secretaría de Salud " Dispositivo Intrauterino " Subsecretaría y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 9-12.

### **2.2.2.1 CLASIFICACION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

Los dispositivos intrauterinos se clasifican en:

- a) DIU's no medicados o inertes.
- b) DIU's medicados.

Dispositivos no medicados o inertes.

Los DIU's no medicados ya no son utilizados en la actualidad, sin embargo, tuvieron diferentes características existían en formas de anillos, habitualmente de acero inoxidable, o abiertos de plástico y los mas empleados fueron el Asa de lippes y la espiral T Safe.

Dispositivos medicados.

Los DIU's medicados son aquellos que liberan cobre o un esteroide con actividad progestacional.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>OPCIT " Secretaria de Salud " Pág. 13.

## **2.2.2.2 MECANISMOS DE ACCION DE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.**

### **Dispositivos medicados con cobre.**

La respuesta bioquímica a la presencia de un cuerpo extraño intrauterino se relaciona, en parte, al tipo de material que contiene.

Así, en portadoras de DIU's que contienen cobre, se ha observado la liberación del catión cobre en la cavidad uterina y la concentración del mismo en el tejido endometrial.

Los DIU's logran su efecto anticonceptivo principal, al interferir la motilidad y la supervivencia de los espermatozoides para prevenir la fertilización.

Producen una reacción endometrial que estimula la liberación de leucocitos y sustancias de acción local (prostaglandinas) que actúan simultáneamente en el cuello uterino, la cavidad uterina y el oviducto, para impedir que el espermatozoide fertilice al óvulo. El cobre presente en los DIU's también tiene efecto espermatocida.

La interrupción de la migración de los espermatozoides ocurre en el moco cervical, en el útero y en el oviducto.

Se puede observar migración de leucocitos polimorfonucleares y macrófagos desde el estroma hacia la cavidad uterina.

Las células que se adhieren a los DIU's de cobre son leucocitos polimorfonucleares, a su vez estas células liberan enzimas lisosomales como son la fosfatasa alcalina, la n-acetil glucosamida y la beta glucoronidasa, las cuales destruyen a los espermatozoides que son fagocitados. El efecto anticonceptivo está relacionado con la leucocitosis.

Existe un antagonismo catiónico específicamente relacionado con el zinc. Una de las más importantes enzimas que contienen zinc en el tracto reproductivo femenino es la anhidrasa carbónica. El cobre compite con el zinc e inhibe la reacción de la anhidrasa carbónica.

Los iones de cobre interfieren con el ADN de las células endometriales y con el metabolismo del glucógeno.

### **Dispositivos hormonales ( Progestasert)**

Los efectos en el Progestasert indican que el grado de supresión endometrial depende de la dosis de progesterona que se libera. Con el DIU liberador de progesterona, solo después de seis meses de tratamiento se encuentra un patrón uniforme de supresión del endometrio funcional en contraste con el endometrio que muestra supresión uniforme después de tan solo 30 días de la inserción del DIU con levonorgestrel.

En el endometrio expuesto al Progestasert se aprecia una disminución en el número de células ciliadas en el epitelio glandular. Existe un grado variable de infiltración leucocítica en el endometrio expuesto al progestasert. Con el uso

prolongado, el endometrio funcional se adelgaza uniformemente y el epitelio superficial adquiere un aspecto cuboide ( endometrio atrófico)

Además, el efecto de la progesterona condiciona cambios en las características del moco cervical impidiendo el paso de los gametos masculinos al interior de útero.

#### Dispositivo con levonorgestrel LNG 20.

El medio bioquímico del endometrio se altera en forma importante debido a la constante liberación intrauterina de levonorgestrel. Los linfocitos y neutrofilos tisulares causan una reacción predecidual difusa en el estroma endometrial.

El levonorgestrel ocasiona que el endometrio no responda al estrógeno, que da lugar al engrosamiento del endometrio que se prepara para el embarazo o la descamación mensual. Sin este crecimiento periódico, el endometrio permanece delgado y produce menos sangrado, regresando a su ciclo normal poco después de que se extrae el dispositivo.

Después de varias semanas de la inserción del dispositivo con la liberación de levonorgestrel, el estroma endometrial tanto el que se encuentra en contacto con el DIU, como el que no lo esta, muestra una morfología que se caracteriza por la pérdida de la actividad cíclica del endometrio.

La acción hormonal, como se ha señalado provoca el espesamiento del moco cervical e impide que los espermatozoides pasen a través de este.

#### Eficacia Anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva superior al 98 %.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág. 21-24.

### **2.2.2.3 TECNICAS DE INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

#### **Inserción de intervalo**

Para la inserción del DIU de intervalo intergenésico, el puerperio mediano y el post-aborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU. En post-placenta, trans-cesárea, post-aborto de más de 12 semanas de gestación y posparto mediato no debe utilizarse el insertor.

Todo el procedimiento deberá realizarse en las mejores condiciones higiénicas y de asepsia.

La paciente deberá colocarse en una mesa de exploración en decúbito dorsal y en posición ginecológica.

Posteriormente se procede a efectuar exploración ginecológica bimanual para corroborar la forma, el tamaño y la posición uterina.

Se coloca espejo vaginal de Graves.

Se visualiza el cervix y las paredes vaginales para descartar alguna patología existente.

Utilizando gasa o torunda montada en una pinza de anillos se agrega solución antiséptica y se procede a realizar aseo de la región cervical.

Con una pinza de Pozzi se toma el labio cervical anterior, el que se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.

En caso de encontrar retroversión del útero, la pinza de Pozzi se coloca en el labio cervical posterior.

Utilizando un histerómetro maleable, se efectúa la medición del fondo uterino.

Posteriormente se retira el histerómetro y se corrobora la altura del fondo uterino mediante la marca de sangre en el mismo. Si esta es menor de 6 cm no deberá intentarse la inserción del DIU.

Se coloca la punta del dedo índice sobre la marca hemática en el histerómetro.

Con los dedos pulgar e índice se doblan los brazos de la rama horizontal para ser introducidos en la camisa, los brazos no deben permanecer doblados por más de 5 minutos antes de la inserción en la cavidad uterina.

Se ajusta el calibrador de fondo de color azul, de acuerdo a la medida obtenida por la histerometría, observando que su plano horizontal corresponda a los brazos de la rama horizontal del DIU.

Sosteniendo con una mano la pinza de Pozzi se tracciona firme y suavemente y con la otra mano se introduce la camisa a través del canal cervical hasta el fondo uterino. Esto se evidencia cuando el calibrador de fondo se pone en contacto con el cervix.

Se toma con una mano la camisa y con la otra se introduce el embolo o insertor en la camisa.

Con el propósito de liberar los brazos del dispositivo intrauterino, se retira la camisa, sosteniéndola entre los dedos índice y medio, y se mantiene en su posición el embolo o insertor con el dedo en el anillo.

Una vez que se han liberado los brazos del DIU, con mucho cuidado y en forma suave se impulsa la camisa en dirección al fondo uterino nuevamente hasta sentir ligera resistencia.

Al efectuar este paso permite asegurar que el DIU se ubique lo mas alto posible en la cavidad uterina.

Recuerde que el embolo o insertor no debe moverse durante todo el procedimiento.

Se retira el embolo o insertor y posteriormente la camisa.

Se retira la pinza de Pozzi.

Al visualizar los hilos del dispositivo se procede a recortarlos a 2 cm del orificio externo del cervix.

Si existe sangrado se efectúa hemostasia por compresión con una gasa estéril montada en una pinza de anillos.

Se retira el espejo vaginal.

Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cervix y con la mano libre se palpa el fondo del útero.

Se abre la pinza liberando el DIU y se retira cuidando de no jalar los hilos guía.

Se retiran las valvas vaginales.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud ".Pág.. 27-34

#### **2.2.2.4 INDICACIONES PARA EL USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Los DIU's están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa.

- Nulíparas
- Nuligestas
- Multíparas
- Adolescentes
- Debido a que los DIU's no tienen interferencia con la lactancia materna, se pueden insertar en el posparto, en la trans y post-cesárea.
- Antes del primer embarazo.
- En el post-aborto solamente cuando no haya síntomas o signos de infección.
- En el intervalo intergenésico.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág.. 41

## **CONTRAINDICACIONES**

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Útero con histerometría menor a 6 cm
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma de cervix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad pélvica activa.
- Presencia de corioamnioitis.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> IBIDEM " Secretaría de Salud " Pág.. 45

### **2.2.2.5 EFECTOS COLATERALES**

El DIU en general es bien tolerado por la mayoría de las usuarias.

Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente están limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como dolor pélvico, durante el periodo menstrual, hipermenorrea y polimenorrea.

Conducta seguir en caso de presentarse efectos colaterales.

- Las usuarias que refieren efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características del uso del método.

- Los efectos colaterales deben ser manejados. Si las molestias persisten mas allá de 90 días, debe de considerarse la posibilidad de reemplazar el dispositivo intrauterino.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág.. 47

## 2.2.2.6 ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

**Perforación del útero:** En el caso de que la paciente sienta un dolor intenso punzante, el personal de salud que esta insertando el DIU debe interrumpir el procedimiento y extraer el DIU y mantenerla en observación por una hora y si no hay mas complicaciones, se le debe dar a la usuaria otro método anticonceptivo y citarla nuevamente.

**Cólicos :** Si el cólico es leve durante los primeros días posteriores a la inserción se le debe indicar un analgésico, si es severo o continuo deben descartarse otros problemas como puede ser expulsión parcial del dispositivo o la perforación en cuyo caso deberá extraerse inmediatamente.

**Sangrado :** El sangrado profuso durante los periodos menstruales y el sangrado leve entre las menstruaciones pueden ser efectos secundarios comunes al uso del DIU. Si este es irregular o profuso durante mas de tres meses la paciente debe regresar para revisión. Un sangrado importante puede ocasionar anemia, en este caso la usuaria deberá tomar suplementos de hierro valorar si el sangrado constituye un riesgo.

**Ausencia de filamentos:** Cuando se nota la ausencia de las guías se debe determinar el riesgo de embarazos, preguntándole a la mujer cuando fue la ultima vez que toco los hilos y si ha tenido relaciones sexuales sin protección desde entonces. Hay que realizar un examen pélvico para buscar los filamentos en la parte superior del cuello uterino o escondidos en un pliegue de la vagina. Si se sospecha que hay embarazo no se deben tomar radiografías.

**Embarazo:** Realizar una prueba de embarazo para confirmar este embarazo. Si se determina que la prueba es positiva, verifique que sea un embarazo normal y si los hilos son visibles, se retirara el DIU, durante el primer trimestre, pero si no son visibles no se debe intentar el retiro del DIU. Advertirle que corre un riesgo mayor de aborto involuntario, de parto prematuro o de infección uterina. Hay que examinarla frecuentemente para saber si existen de complicación y que notifique inmediatamente cualquier síntoma anormal.

**Enfermedad Pélvica Inflamatoria ( EPI) y Enfermedades de Transmisión Sexual:** Cuando se detecta una EPI no se debe extraer el DIU y deberá prescribirse tratamiento antimicrobiano. Hay que informarle que use otro método anticonceptivo. Cuando la EPI es grave, es posible que requiera hospitalización o de una intervención quirúrgica. En este caso la usuaria debe referirse a un tercer nivel de atención.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág.. 51-52

### **2.2.2.7 VENTAJAS**

- Costo muy bajo si consideramos que ofrece 10 años de protección (TCu 380 A)

- No interfiere con las relaciones sexuales.

- No interfiere con la lactancia

- La efectividad del método es superior al 98 %.

- No requiere de visitas frecuentes ya que solo requiere de revisiones anuales.

- En el sector salud se aplica gratuitamente.

- Se mantiene la privacidad de su uso.

- El retorno a la fertilidad es inmediato.<sup>24</sup>

### **DESVENTAJAS**

- Sangrados intermenstruales.

- Dismenorrea

- No protege contra ETS y VIH SIDA-

- Solo puede ser aplicado por personal capacitado.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág.. 54

<sup>25</sup> IBIDEM " Secretaria de Salud " Pág.. 55

## **2.3 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

### **2.3.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

El Plan Nacional de Desarrollo del Ejecutivo Federal, para el periodo 1995-2000, considera a la salud reproductiva y a la planificación familiar como estrategias de salud y de población que contribuyen, de manera importante, al desarrollo del país.

México ha logrado en las últimas décadas avances importantes en materia de planificación familiar; la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, entre la población en edad fértil, se ha incrementado notablemente, del 30.2% en 1976 a 68.7% en 1998, mientras que la tasa de fecundidad descendió de 5.6 a 2.5 hijos por mujer en el mismo periodo, lo que ha contribuido a que el ritmo de crecimiento sea más armónico.

El Programa de Salud Reproductiva sigue los lineamientos esenciales del Programa de Acción del Cairo (Septiembre 1994), y de la Reforma del Sector Salud de México. En el nuevo contexto de salud reproductiva, la planificación familiar se fortalece al encontrar nuevos espacios y oportunidades; las cuestiones de población y planificación familiar dejan de ser un dilema puramente numérico, y su misión se centra en la salud, desarrollo y bienestar familiar.

Las nuevas acciones de información y prestación de servicios de planificación familiar incorporan la perspectiva de género, la coparticipación responsable del varón y la eliminación de cualesquier forma de coerción, discriminación o violencia. La política indeclinable del Estado Mexicano es la de garantizar en todas y cada una de las acciones de este programa, el respeto absoluto a la dignidad de todos los individuos y de todas las parejas, y a su libre decisión sobre el número y espaciamiento de sus hijos.<sup>26</sup>

En su nuevo contexto la planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo reproductivo; promueve la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar la salud sexual y reproductiva, y propone estrategias que, con pleno respeto a la diversidad

---

<sup>26</sup> SECRETARÍA DE SALUD. "Derecho a la libre decisión". Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA 1998, Pp 8-9

### **2.2.2.8 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA**

Las revisiones subsecuentes a la inserción deben programarse, la primera entre la cuarta y sexta semana posteriores a la inserción.

Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortaran los hilos del DIU a una distancia de 2 cm por fuera del orificio externo del cervix en caso necesario.

La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contando a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita con el médico, debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guías, verificar la presencia de efectos secundarios, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cervicovaginales.

cultural y étnica del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y comunidades indígenas. La vinculación de la planificación familiar con los otros componentes de la salud reproductiva fortalece y amplía su universo de acción.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> SECRETARÍA DE SALUD. "Derecho a la libre decisión". Dirección General de Salud Reproductiva, SSA 1998, Pág. 19

### 2.3.1.1 ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Ante la preocupación por el acelerado ritmo de crecimiento de la población, y su impacto en el desarrollo del país, así como el amplio reconocimiento de los derechos humanos, el Gobierno de la República estableció en 1974 las bases jurídicas y legales para una renovada política de población, como parte de una estrategia nacional.

En primer término la planificación familiar se elevó, ese mismo año, a rango constitucional al enmendarse el Artículo 4º de nuestra Carta Magna, otorgando el derecho a todas las mexicanas y todos los mexicanos a su decisión libre, responsable e informada sobre el tamaño de su familia, estableciendo la equidad de géneros y haciendo explícito el derecho a la salud de toda la población. En 1974 también se crea el Consejo Nacional de Población como un organismo intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y de sus líneas de acción, y se promulga la nueva Ley General de Población.

Debe señalarse que antes de estas acciones y cambios en las políticas de población, durante la década de los sesenta, diversas instituciones académicas, de investigación y de educación superior, así como organismos de la sociedad civil, habían iniciado acciones pioneras en el área de la planificación familiar que indudablemente fueron instrumentales en la sensibilización de toda la sociedad y de diversas estancias gubernamentales acerca de los beneficios que en materia de salud, crecimiento de población y desarrollo social podían derivarse del establecimiento de un programa nacional de planificación familiar.

Las acciones operativas de planificación familiar se consolidaron en todo el territorio nacional en 1977 y, a partir de entonces se inició un proceso de evolución que permitió ampliar la cobertura del programa y la calidad en la prestación de los servicios. El programa que inició en el área urbana, se expandió rápidamente al área rural a través de diversas estrategias operativas. En forma simultánea se amplió la oferta de anticonceptivos de gran efectividad y seguridad para la población usuaria, se fortalecieron las campañas de comunicación educativa y comunicación social. En la década de los ochentas, el Programa de Planificación Familiar incorporó el enfoque de riesgo, se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dándose prioridad a grupos específicos de población que se identificaron como vulnerables y de mayor riesgo. Posteriormente se iniciaron acciones y estrategias encaminadas a brindar información a la población adolescente.

En los años noventa, los programas institucionales, emprendieron actividades tendientes a incorporar en forma activa a los hombres.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Op Cit. Pp 15-16

### 2.3.1.2 FUNDAMENTO JURÍDICO.

#### POLÍTICAS DE POBLACIÓN Y SALUD.

El fundamento jurídico de la planificación familiar, de la equidad entre los géneros y el derecho a la salud está inscrito en el artículo 4º de la Constitución Política.

“El varón y la mujer son iguales ante la ley... Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

**Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4to.**

La Ley General de Población promulgada en 1974, así como el Reglamento, dan sustento jurídico adicional a las acciones en planificación familiar, y contribuyen al incremento de la calidad de vida y bienestar familiar en la población mexicana. Explícitamente, la Ley General de Población garantiza el elemento de gratuidad en la información y servicios de planificación familiar que otorgan las instituciones del sector público.

“Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realizan organismos privados se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias...”<sup>29</sup>

“Influir en la dinámica de población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia...”

**Ley General de población, Capítulo I, Artículo 3º, Fracciones II y IV.**

“La información, y los servicios de salud, educación y los demás relativos a los programas de planificación familiar serán **gratuitos**, cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.”

**Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo II, Sección II, Artículo 17.**

“Los programas de población procurarán vincular la familia con los objetivos nacionales de desarrollo...reevaluar el papel de la mujer y el varón en el seno familiar... evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectivo...”

**Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo II, Sección III, Artículo 25, Fracciones I,**

**III y IV.**

---

<sup>29</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pág. 23

“La planificación familiar tiene carácter prioritario...Se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, así de la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja”.<sup>30</sup>

**Ley General de Salud, Capítulo VI, Artículo 67.**

“Los servicios de planificación familiar comprenden: La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual... apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana y biología de la reproducción humana.”<sup>31</sup>

**Ley General de Salud, Capítulo VI, Artículo 68.**

---

<sup>30</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pág. 25

<sup>31</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pág. 25

### **2.3.1.3 FUNDAMENTO NORMATIVO.**

#### **LA NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

La Norma Oficial Mexicana "De los Servicios de Planificación Familiar" NOM 005-SSA2-1993, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el 30 de mayo de 1994. Debe señalarse que este documento antecedió al consenso universal de salud reproductiva alcanzado en El Cairo en septiembre de ese mismo año. Esta norma, que incorpora los avances de la tecnología anticonceptiva más recientes, es una de las más avanzadas en su tipo.

##### **Disposiciones y principios.**

La Norma Oficial Mexicana establece, entre otros, los siguientes principios fundamentales:

El derecho de toda la población a recibir información veraz y oportuna sobre anticoncepción y planificación familiar.

El acceso universal a los servicios de planificación familiar, en forma gratuita cuando sean otorgados por las instituciones del sector público.

El acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias anticonceptivas, las cuales deben ser proporcionadas con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y de las parejas, y del derecho a su libre decisión.<sup>32</sup>

El acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para satisfacer las necesidades y prioridades de la población usuaria, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.

La provisión de métodos anticonceptivos temporales, reversibles que eviten embarazos no planeados y permitan el espaciamiento intergenésico adecuado.

Asegurar que se brinde información sobre los beneficios, mecanismos de acción, modo de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales, para obtener el consentimiento informado de las y los usuarios.

Asegurar el acceso a métodos permanentes no reversibles, para el hombre y la mujer, cuando hayan completado sus expectativas reproductivas.

Garantizar la información sobre los procedimientos anticonceptivos permanentes, acompañados de un proceso de orientación-consejería a través de comunicación interpersonal que asegure el consentimiento informado, así como la firma o impresión dactilar de las o los usuarios, en los formatos específicos.

---

<sup>32</sup> Ibidem SECRETARÍA DE SALUD. Pág. 27

Garantizar el derecho a toda usuaria o usuario de métodos anticonceptivos a realizar cambios o interrumpir el uso de los mismos, de acuerdo a sus necesidades.

La prestación de servicios de planificación familiar deberá realizarse en un ámbito de privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad y comodidad para población usuaria, a través de una interacción adecuada entre prestador de servicios y el o la usuaria, eliminando rumores, mitos y tabúes, así como barreras médicas, a fin de mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

Asegurar el acceso a la información y métodos anticonceptivos post-evento obstétrico, incluyendo el posparto, trans- y post-cesárea, y post-aborto. En este caso la orientación-consejería deberá iniciarse desde la atención prenatal y no deberán usarse métodos anticonceptivos que interfieran con la lactancia materna.

La información y prestación de los servicios de planificación familiar deberá otorgarse considerando la diversidad cultural y étnica de la población.

Garantizar el acceso universal de información sobre salud sexual y reproductiva a la población adolescente, tendiente a prevenir embarazos no planeados o no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

La información de los servicios de planificación familiar se otorgará con una clara perspectiva de género, asegurando la equidad e igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, particularmente de las mujeres, promoviendo la activa participación de los varones.

Acceso a información y servicios para la prevención y manejo de la infertilidad de la pareja.

El aborto inducido no constituye bajo ninguna circunstancia un método de planificación familiar.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pp 27-29

#### **2.3.1.4 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.**

El proceso de información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, deberá utilizar la comunicación por medios masivos como prensa, radio y televisión, así como materiales didácticos, promocionales, audiovisuales y gráficos, con carácter de entretenimiento educativo, que facilite a las diferentes audiencias la comprensión de los mensajes.

**Comunicación social.** Promueve entre toda la población la nueva cultura demográfica y de salud reproductiva, que permita a hombres y mujeres en edad reproductiva y en particular a los jóvenes, comprender los beneficios de posponer la edad de nacimiento del primer hijo o hija, el espaciamiento intergenésico y la terminación temprana de la reproducción. A través de la comunicación social, se promueve la participación activa de la comunidad en materia de planificación familiar, salud de la mujer y salud perinatal. A través de estos medios donde se debe promover la equidad entre los géneros, para fortalecer la condición de la mujer.

**Comunicación educativa.** Sus acciones están encaminadas a propiciar el cambio de actitudes y prácticas de la población, que les permita una adecuada salud sexual y reproductiva, incrementando la calidad de vida y bienestar familiar.

Por otra parte, las acciones en materia de comunicación educativa dirigida al personal operativo de los servicios de salud, tiene como objetivo fundamental mantener un proceso de capacitación y educación permanente sobre el manejo adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos, y actualización periódica sobre diversos aspectos biomédicos, sociales y demográficos de la reproducción humana.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pág. 31

### **2.3.1.5 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.**

Los derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de todos los derechos, incluyen el derecho de la población a disfrutar de los niveles más altos de salud sexual y reproductiva y el derecho a su libre decisión.

A partir de los derechos del Cairo y Beijing, los asuntos de población y planificación familiar se convierten en una parte integral de la agenda del desarrollo humano. En términos de salud y derechos sexuales y reproductivos, el mensaje es muy claro: existen factores claves para sustentar el desarrollo y bienestar de la población; así, la información y prestación de servicios de salud reproductiva con calidad, responden a las necesidades de los seres humanos en términos de salud, bienestar familiar y desarrollo.

La nueva visión del concepto integral de salud reproductiva incorpora una serie de acuerdos y compromisos en torno a la salud y desarrollo del individuo, la pareja y la familia.

#### **Los derechos reproductivos Incluyen:**

- ❖ El derecho básico de todos los individuos y las parejas a decidir de manera responsable y libre sobre el número y espaciamiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios;
- ❖ El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva;
- ❖ El derecho de adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

#### **Derechos de los y las usuarias de salud reproductiva.**

La población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tienen derecho a:

**Información.** Enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.

**Acceso.** Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.

**Elección.** Decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad.

**Seguridad.** Acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.

**Privacidad.** Recibir información, orientación-consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

**Confidencialidad.** Seguridad de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

**Dignidad.** Ser tratado con respeto, consideración y atención.

**Continuidad.** Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso ininterrumpido de un método anticonceptivo.

**Opinión.** Expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos.

### **Garantizando los derechos reproductivos de la población.**

En caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios médicos en general y de salud reproductiva y planificación familiar o violación de los derechos sexuales y reproductivos, los usuarios podrán inconformarse y presentar sus quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, o ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

**La Comisión Nacional de Arbitraje Médico**, establecida por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, tiene entre sus principales atribuciones:

Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios.

"Se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica..."

**Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Artículos 1º y 3º.**

**La Comisión Nacional de Derechos Humanos**, institución que se estableció por Ley el 6 de junio de 1990, es responsable de proteger los derechos humanos que otorga el orden jurídico mexicano, a todos los mexicanos y extranjeros que se encuentren en el territorio nacional. Asimismo, hace lo necesario para la promoción, observancia, estudio y divulgación de los derechos humanos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los establecidos en los Tratados Internacionales suscritos por México.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ibidem SECRETERÍA DE SALUD, Pp 37-41

### 3 METODOLOGÍA.

#### 3.1 HIPÓTESIS.

##### 3.1.1 GENERAL.

La falta de orientación, los factores culturales, sociales y la experiencia previa son elementos que pueden influir para la no aceptación del DIU post-evento obstétrico.

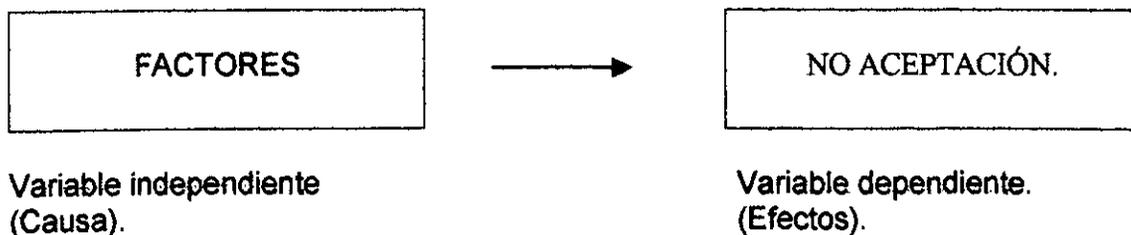
##### 3.1.2 DE TRABAJO.

La falta de orientación que da el personal de salud, los factores culturales, sociales y la experiencia previa son determinantes para la decisión de la no aceptación del DIU post-evento obstétrico en pacientes del Hospital General de Salamanca, Gto.

##### 3.1.3 NULA.

No existe relación entre la falta de orientación que da el personal de salud, los factores culturales, sociales y la experiencia previa para la decisión de no aceptación del DIU post-evento obstétrico en pacientes del Hospital General de Salamanca, Gto.

##### 3.1.4 MODELO DE RELACIÓN CAUSAL DE LAS VARIABLES.



## 3.2 VARIABLES E INDICADORES.

### 3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores.  
**Indicadores:**  
Edad.  
Estado civil.  
Religión.  
Ocupación.  
Escolaridad.  
Procedencia.  
Gestación.  
Información.  
Lugar.

### 3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

No aceptación.  
**Indicadores:**  
Negación.  
Experiencia.  
Efectos secundarios.  
Conocimiento.  
Complicaciones.  
Cuidados.

### 3.2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES.

Dentro de este apartado se trata de exponer aquellos conceptos básicos y su relación entre las variables.

Edad: número de años cumplidos.

Estado civil: relación que guarda la mujer con su pareja, clasificada de la siguiente manera: soltera, casada, divorciada, unión libre y viuda.

Religión: Sí profesa alguna religión y que tipo (católica, protestante, otra o ninguna).

Ocupación: la actividad a la que se dedica actualmente.

Escolaridad: último grado de estudios cursado por la paciente.

Procedencia: área donde vive, ya sea urbana, suburbana y rural.

Gestación: número de embarazos.

Información: conocimiento que se tiene de algo.

Lugar: sitio donde se ha recibido la información.

Negación: en el psicoanálisis, mecanismo psíquico por el cual el sujeto rechaza o no acepta como propios los sentimientos, ideas o deseos que le son puestos de manifiesto y que habían sido reprimidos.

Experiencia: conocimiento que se adquiere al tener contacto con el DIU ya sea directa o indirectamente.

Efectos secundarios: resultado de un fenómeno o situación particular.

Conocimiento: entendimiento, inteligencia, conciencia de propia existencia o noción.

Complicaciones: concurrencia de cosas diversas.

Cuidados: toda conducta a seguir por la paciente para preservar su salud.

### **Relación de las variables.**

Cuando se habla de los factores sociales se refiere a los elementos y procesos que provocan el cambio social. Este se produce constantemente bien a través de la acción de los grupos humanos o bien a lo largo del desarrollo histórico de la sociedad.<sup>36</sup>

Uno de estos factores es la demografía, ya que se encarga de estudiar a la población, valiéndose de la estadística. Se convierte en una auxiliar de la sociología al darnos la distribución de la población de un país de acuerdo con el sexo, edad, ocupación, estado civil, etc.

La población es un hecho dinámico que se encuentra en movimiento constante, este movimiento es de dos tipos principalmente, el movimiento natural dado por los nacimientos y las defunciones y el movimiento social dado por las emigraciones (salir de un lugar) y la inmigración (llegada a un lugar para quedarse)<sup>37</sup>

En cuanto al factor cultural, la cultura es un complejo total que incluye dentro de sí el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad.<sup>38</sup>

La no aceptación depende de la percepción de una persona un objeto o un evento dado, es única para el individuo y depende de una serie de factores: la percepción está influida por la naturaleza de los estímulos, por la naturaleza y por el estado de equilibrio perceptual del individuo, por el estado fisiológico y psicológico del individuo y por sus experiencias pasadas.<sup>39</sup>

<sup>36</sup> GÓMEZ Francisco. "Sociología". Vigésima edición. Ed. Porrúa. México 1991. Pág. 481.

<sup>37</sup> Idem Pág. 215

<sup>38</sup> COBOS González Rubén y cols. "Introducción a las Ciencias Sociales I". Vigésima edición. Ed. Porrúa, México 1989, Pág. 60.

<sup>39</sup> NORMAK Rohweder. "Bases científicas de la enfermería". 2ª Edición. Ed. La prensa mexicana. México, 1979, 712p.

### **3.3 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **3.3.1 TIPO.**

Se realizó una investigación documental analítico-descriptiva, ya que se pretendieron conocer los factores y cual de ellos tiene más influencia en el problema de la no aceptación del DIU en las pacientes de post-evento obstétrico en el Hospital General de Salamanca, Gto.

Fue prospectivo, ya que se registró la información según fueron ocurriendo los fenómenos; considerándolo transversal ya que se estudiaron las variables por única vez.

#### **3.3.2 DISEÑO.**

El diseño de la investigación se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- ❖ Asistiendo al seminario de tesis.
- ❖ Asistiendo a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el marco teórico, que permitiera fundamentar la variable de estudio.
- ❖ Elaboración del instrumento de recolección de datos en base a los indicadores de las variables.
- ❖ Aplicación de la cédula de encuesta a la muestra seleccionada.
- ❖ Captura recuento y clasificación de los datos para la elaboración de tablas, cuadros y gráficas.
- ❖ Comprobación o disprobación de hipótesis, utilizando las técnicas estadísticas pertinentes.
- ❖ Análisis e interpretación de resultados para el planteamiento de alternativas.
- ❖ Elaboración de conclusiones y recomendaciones para solucionar la problemática estudiada.

### 3.3.3 CRONOGRAMA DE TRABAJO.

| ACTIVIDADES   | MAYO     |   |   |   | JUNIO.   |   |   |   | JULIO.   |   |   |   |
|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|
|   | SEMANAS. |   |   |   | SEMANAS. |   |   |   | SEMANAS. |   |   |   |
|   | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 |
| Planteamiento del problema.                           | *        |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |
| Marco teórico.<br>Hipótesis y variables.              |          | * | * |   |          |   |   |   |          |   |   |   |
| Tipo de estudio, universo y muestra.<br>Instrumentos. |          |   |   | * |          |   |   |   |          |   |   |   |
| Ejecución y recolección de datos.                     |          |   |   |   | *        | * | * |   |          |   |   |   |
| Plan de tabulación y análisis.                        |          |   |   |   |          |   |   | * | *        |   |   |   |
| Interpretación de la información.                     |          |   |   |   |          |   |   |   |          | * | * |   |
| Elaboración del informe final.                        |          |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   | * |

### **3.3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

#### **Criterios de inclusión.**

Toda paciente que ingresó al Hospital General de Salamanca, Gto. y requirió atención obstétrica.

#### **Criterios de exclusión.**

Toda paciente que ingresó al Hospital General de Salamanca, Gto. y requirió atención ginecológica.

Toda paciente que se rehusó a contestar el cuestionario.

#### **Criterios de eliminación.**

Todas las pacientes que aceptaron el DIU.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **3.4.1 FICHAS DE TRABAJO.**

Con las fichas de trabajo fue posible ordenar y clasificar el material recopilado para la elaboración del marco teórico. Se elaboraron fichas de trabajo clasificándolas respectivamente en los componentes básicos del marco teórico, conceptual y marco teórico referencial.

#### **3.4.2 ENTREVISTA.**

Con esta técnica el grupo investigador logró reunir los testimonios orales mediante la relación directa entrevistado-entrevistador.

#### **3.4.3 CUESTIONARIO.**

Este fue el principal instrumento de recolección de datos. Los cuestionarios se realizaron en base a preguntas derivadas de los indicadores, antes de aplicarlos se hizo una prueba piloto para visualizar la comprensión que tenían los entrevistados en cuanto a las preguntas.

Esta prueba piloto se hizo con el 10% de la muestra seleccionada.

## **4 INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.**

### **4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### **UNIVERSO.**

Toda paciente que ingrese al Hospital General de Salamanca, Gto.

#### **POBLACIÓN.**

Toda paciente post-evento obstétrico.

#### **MUESTRA.**

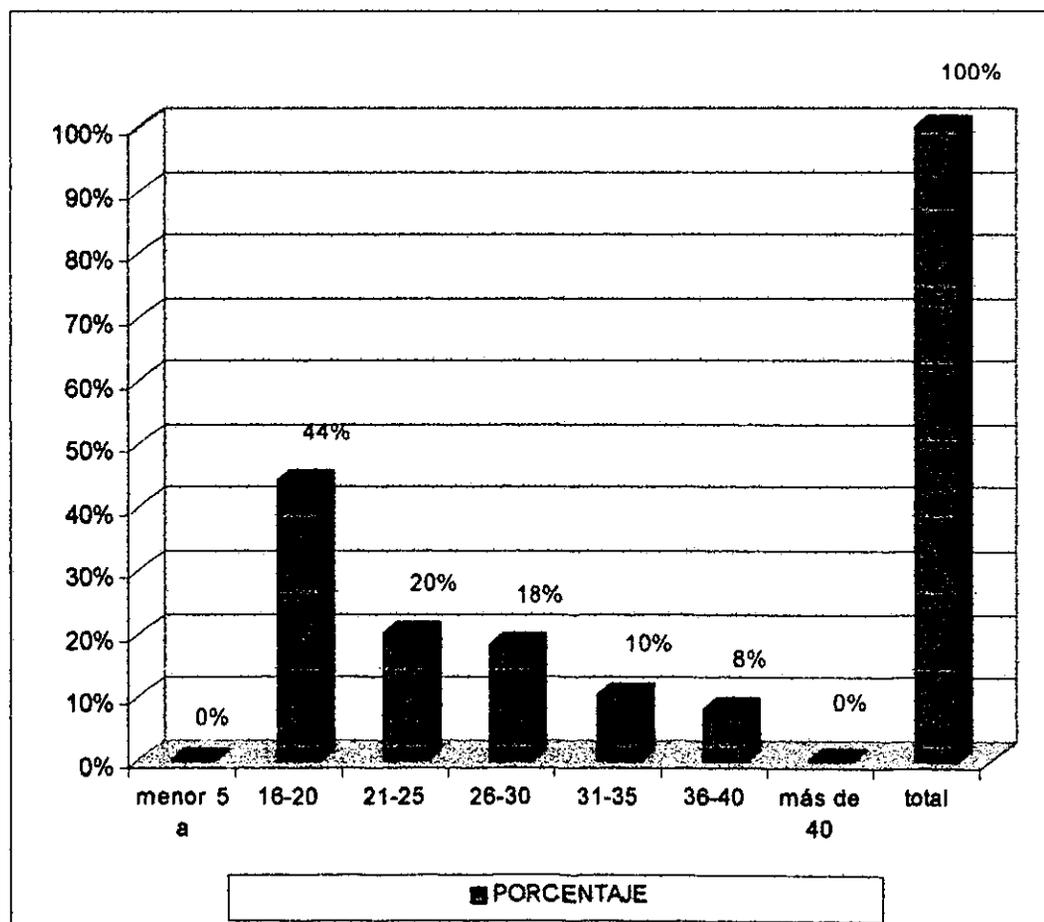
Toda paciente que no aceptó el DIU, de los tres turnos de lunes a domingo.

## 4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS.

**CUADRO 1**  
**POBLACION CENSADA POR GRUPO DE EDAD**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| EDAD EN AÑOS  | POBLACION | PORCENTAJE |
|---------------|-----------|------------|
| menor de 15 a | 0         | 0%         |
| 16-20         | 66        | 44%        |
| 21-25         | 30        | 20%        |
| 26-30         | 27        | 18%        |
| 31-35         | 15        | 10%        |
| 36-40         | 12        | 8%         |
| más de 40     | 0         | 0%         |
| total         | 150       | 100%       |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H:G.Salamanca, Gto.*

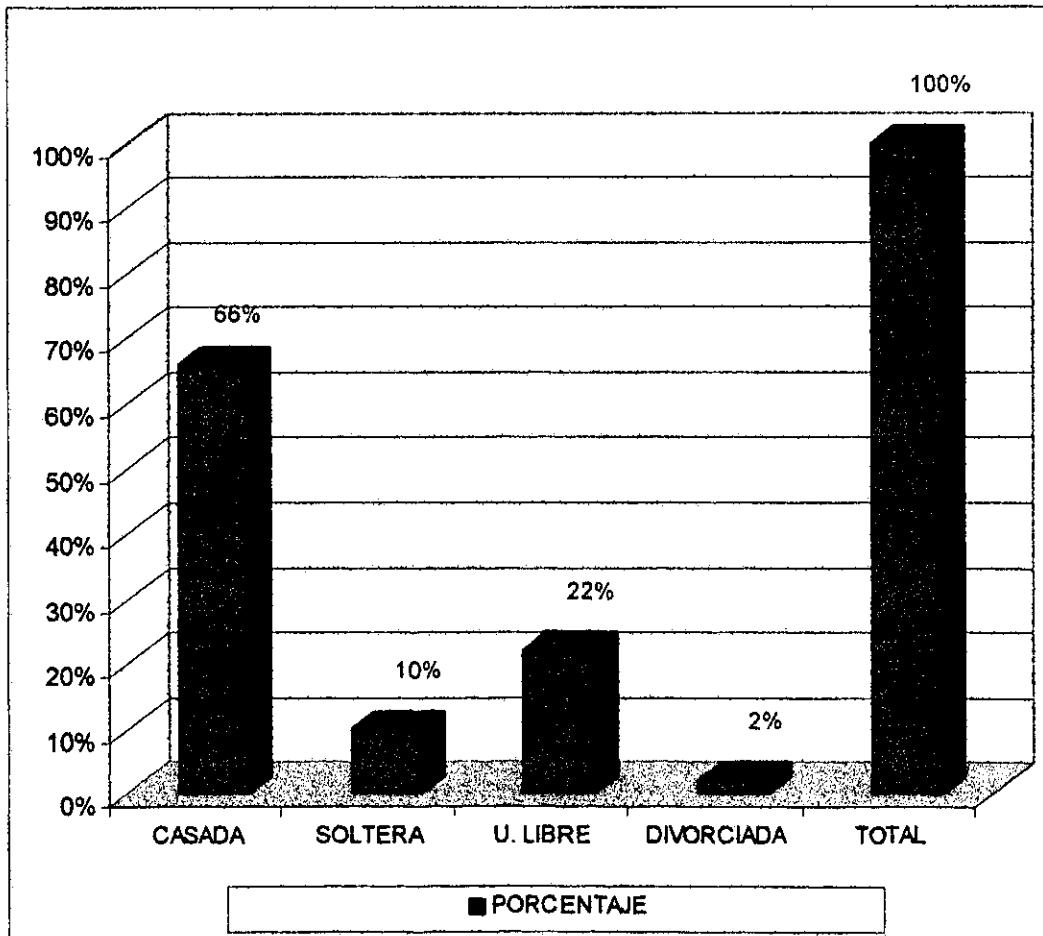


CUADRO 2

CLASIFICACION DE LA POBLACION CENSADA SEGÚN EDO. CIVIL  
H.G. SALAMANCA, GTO.  
MAYO-JULIO DEL 2000.

| EDO. CIVIL | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| CASADA     | 99        | 66%        |
| SOLTERA    | 15        | 10%        |
| U. LIBRE   | 33        | 22%        |
| DIVORCIADA | 3         | 2%         |
| TOTAL      | 150       | 100%       |

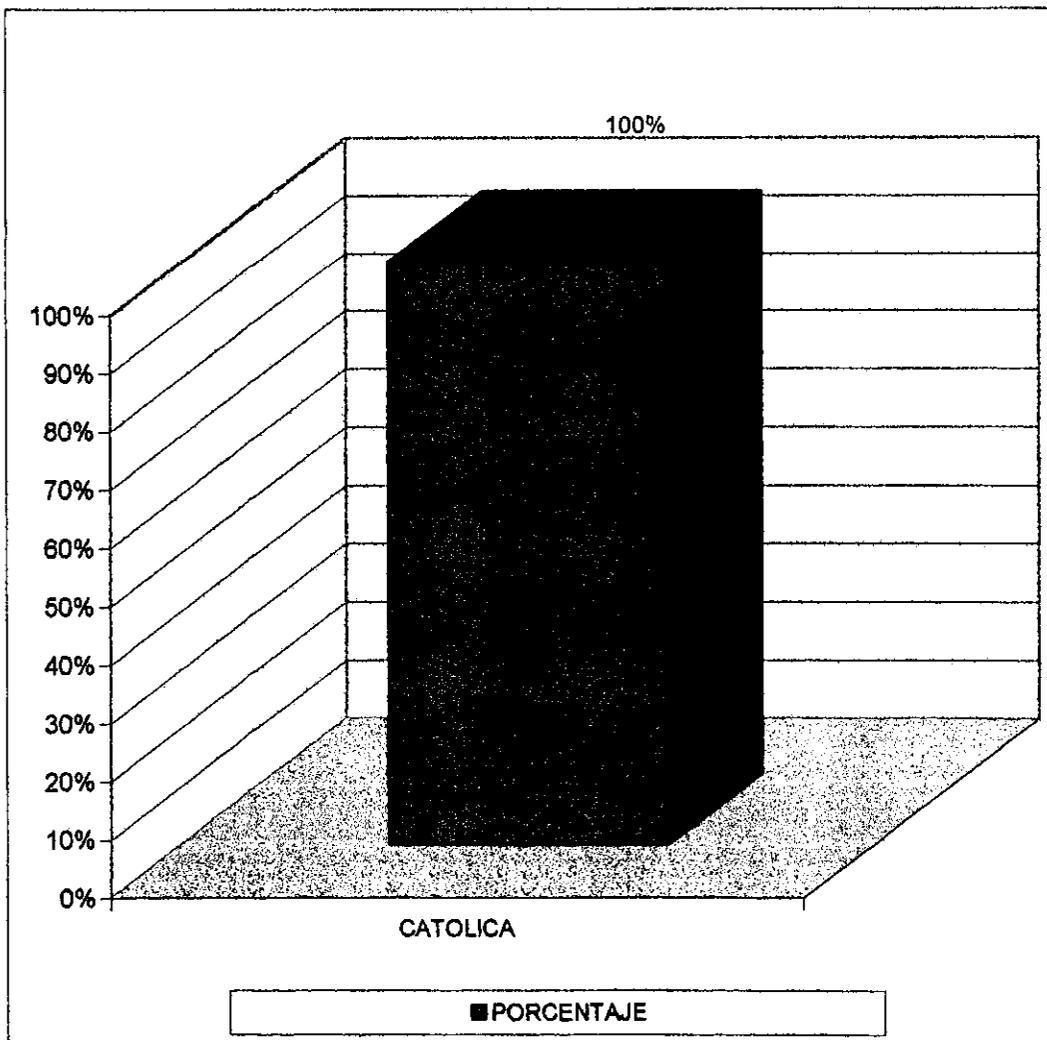
Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G.Salamanca, Gto.



**CUADRO 3**  
**CLASIFICACION DE LA POBLACION CENSADA SEGÚN SU RELIGION**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| RELIGIÓN | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------|-----------|------------|
| CATOLICA | 150       | 100%       |

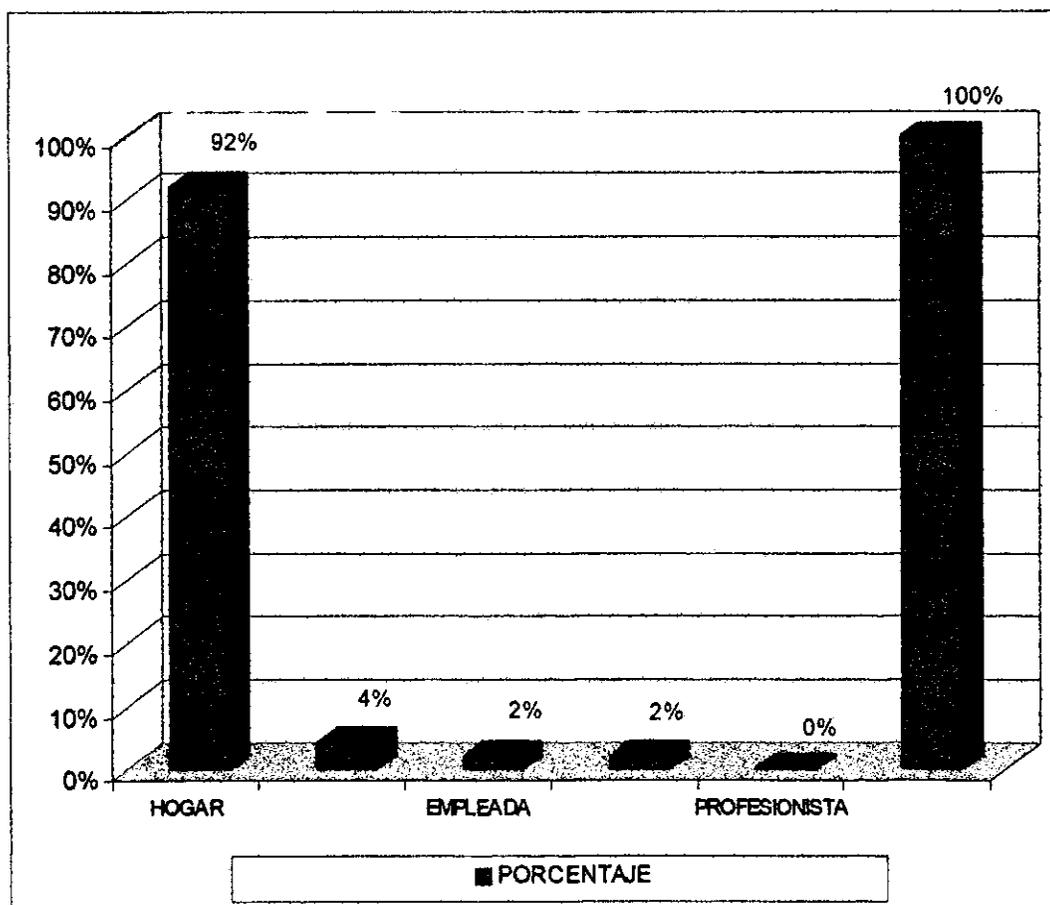
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 4**  
**CLASIFICACION DE LA POBLACION CENSADA SEGÚN SU OCUPACION**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| OCUPACION     | POBLACION | PORCENTAJE |
|---------------|-----------|------------|
| HOGAR         | 138       | 92%        |
| TRAB. INDEP.  | 6         | 4%         |
| EMPLEADA      | 3         | 2%         |
| COMERCIANTE   | 3         | 2%         |
| PROFESIONISTA | 0         | 0%         |
| TOTAL         | 150       | 100%       |

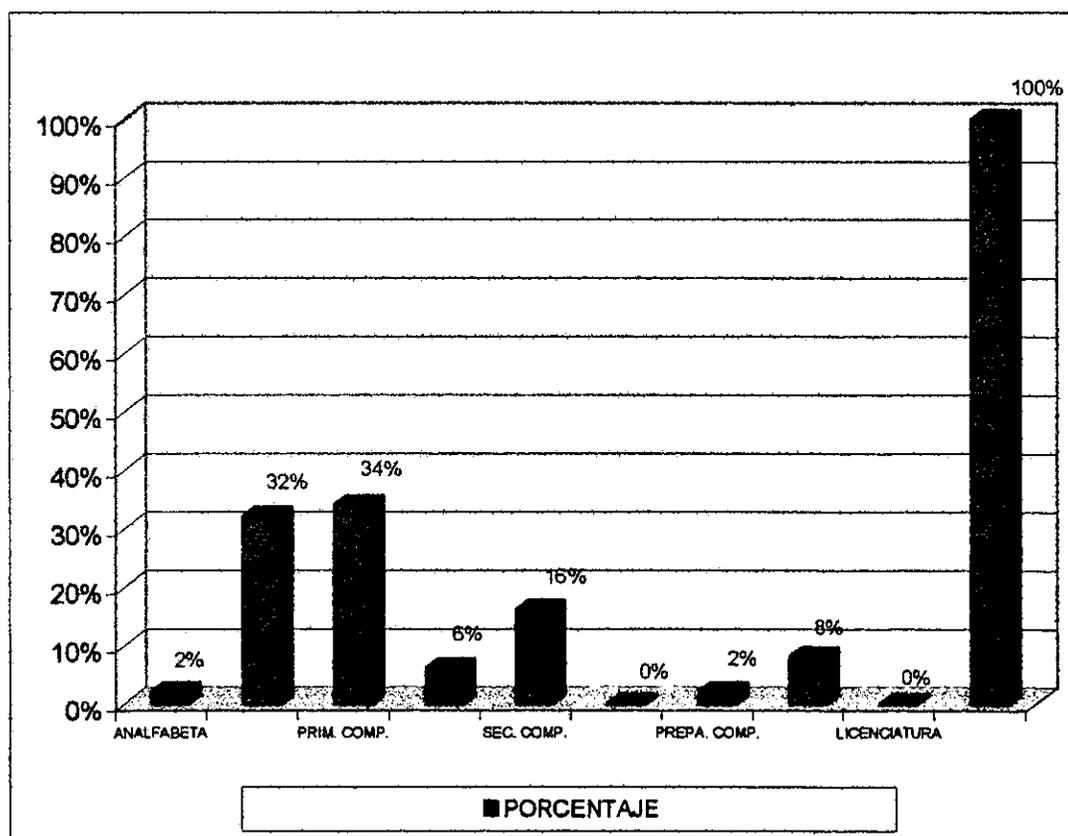
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G.Salamanca, Gto.*



**CUADRO 5**  
**CLASIFICACION DE LA POBLACION CENSADA SEGÚN SU ESCOLARIDAD**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| ESCOLARIDAD    | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------------|-----------|------------|
| ANALFABETA     | 3         | 2%         |
| PRIM. INCOMP.  | 48        | 32%        |
| PRIM. COMP.    | 51        | 34%        |
| SEC. INCOMP.   | 9         | 6%         |
| SEC. COMP.     | 24        | 16%        |
| PREPA. INCOMP. | 0         | 0%         |
| PREPA. COMP.   | 3         | 2%         |
| TECNICA        | 12        | 8%         |
| LICENCIATURA   | 0         | 0%         |
| TOTAL          | 150       | 100%       |

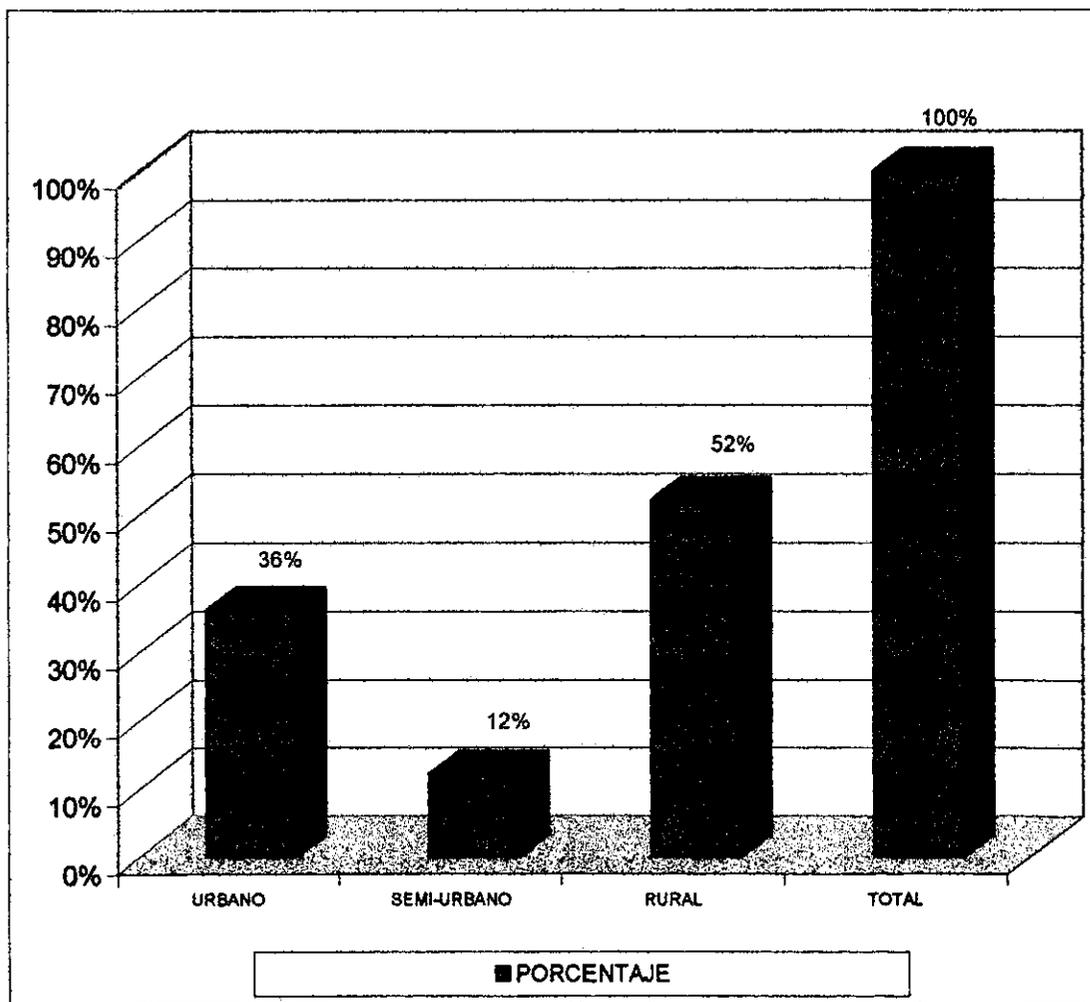
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H:G.Salamanca, Gto.*



**CUADRO 6**  
**CLASIFICACION DE LA POBLACION CENSADA SEGÚN RESIDENCIA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

|             | POBLACION | PORCENTAJE |
|-------------|-----------|------------|
| URBANO      | 54        | 36%        |
| SEMI-URBANO | 18        | 12%        |
| RURAL       | 78        | 52%        |
| TOTAL       | 150       | 100%       |

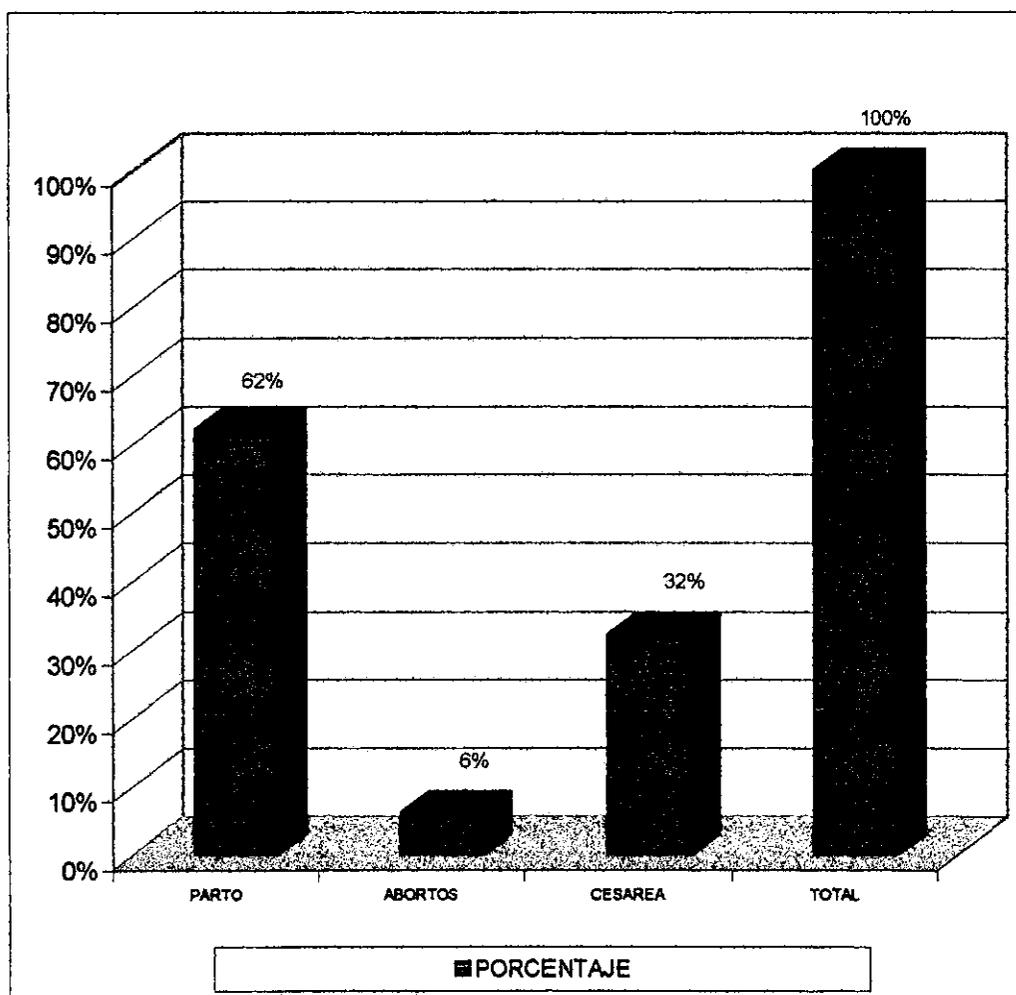
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 7**  
**CAUSAS DE INGRESO DE LA POBLACION CENSADA DEL**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| CAUSAS  | POBLACION | PORCENTAJE |
|---------|-----------|------------|
| PARTO   | 93        | 62%        |
| ABORTOS | 9         | 6%         |
| CESAREA | 48        | 32%        |
| TOTAL   | 150       | 100%       |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H:G.Salamanca, Gto.*

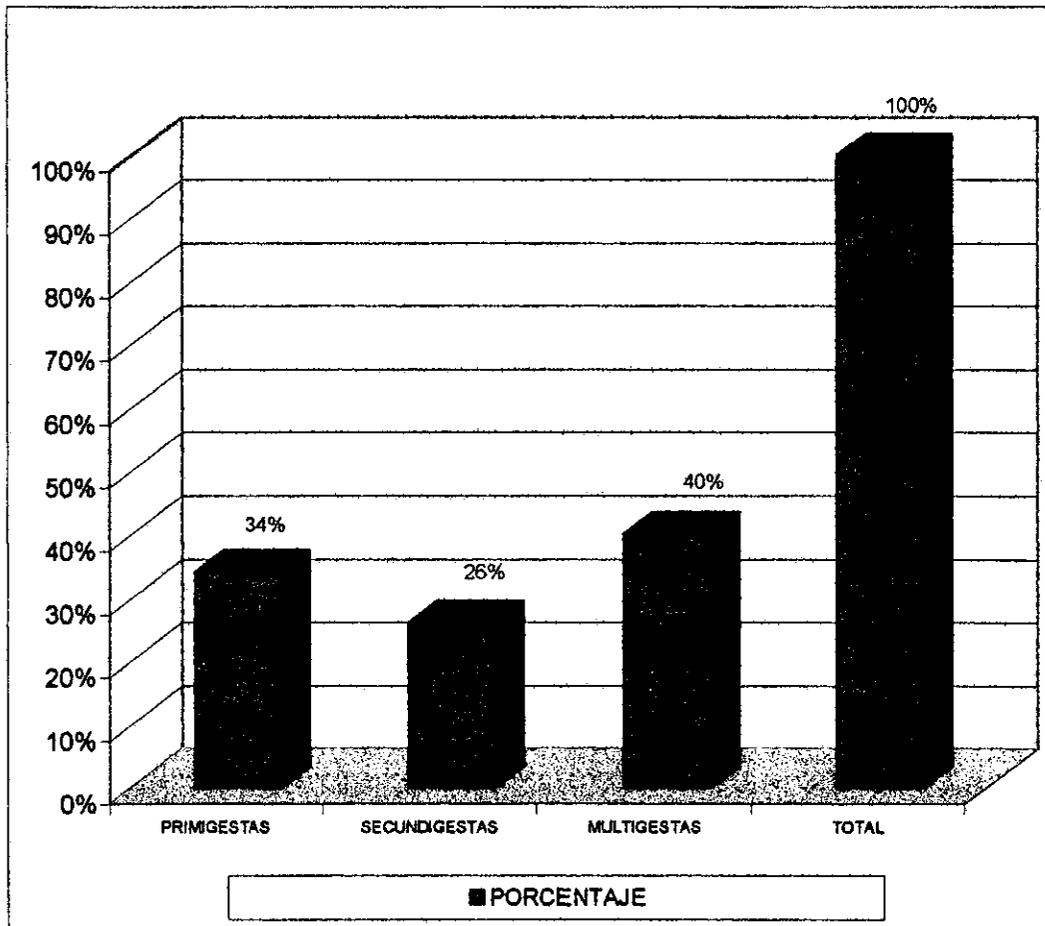


**CUADRO 8**

**CLASIFICACION DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN LAS PTES. ENCUESTADAS EN EL  
H.G. SALAMANCA, GTO.  
MAYO-JULIO DEL 2000.**

| ANTECEDENTES  | POBLACION | PORCENTAJE |
|---------------|-----------|------------|
| PRIMIGESTAS   | 51        | 34%        |
| SECUNDIGESTAS | 39        | 26%        |
| MULTIGESTAS   | 60        | 40%        |
| TOTAL         | 150       | 100%       |

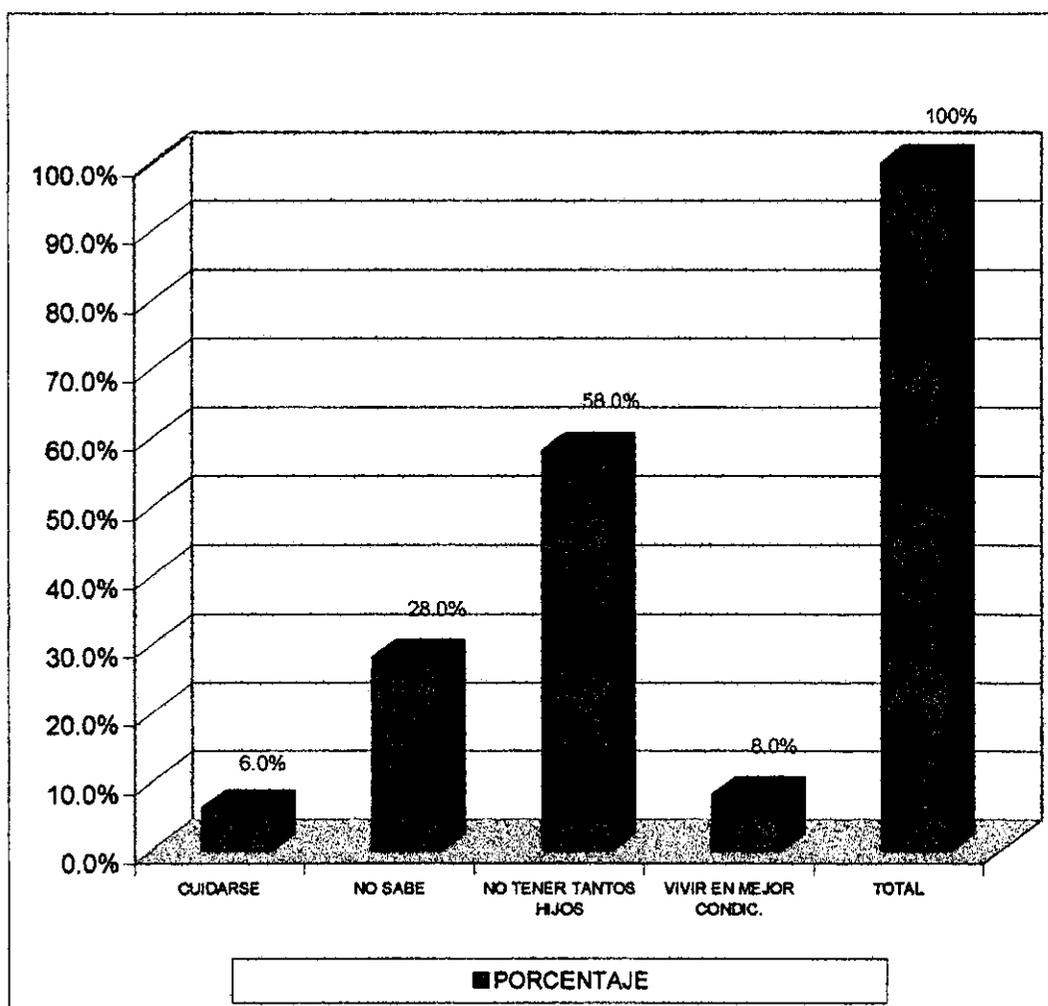
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H:G.Salamanca, Gto.*



**CUADRO 9**  
**OPINIONES DE LA POBLACION CENSADA SOBRE LO QUE ENTIENDE POR PLANIFICACION FAMILIAR**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| OPINION                | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|------------|
| CUIDARSE               | 9         | 6.0%       |
| NO SABE                | 42        | 28.0%      |
| NO TENER TANTOS HIJOS  | 87        | 58.0%      |
| VIVIR EN MEJOR CONDIC. | 12        | 8.0%       |
| TOTAL                  | 150       | 100%       |

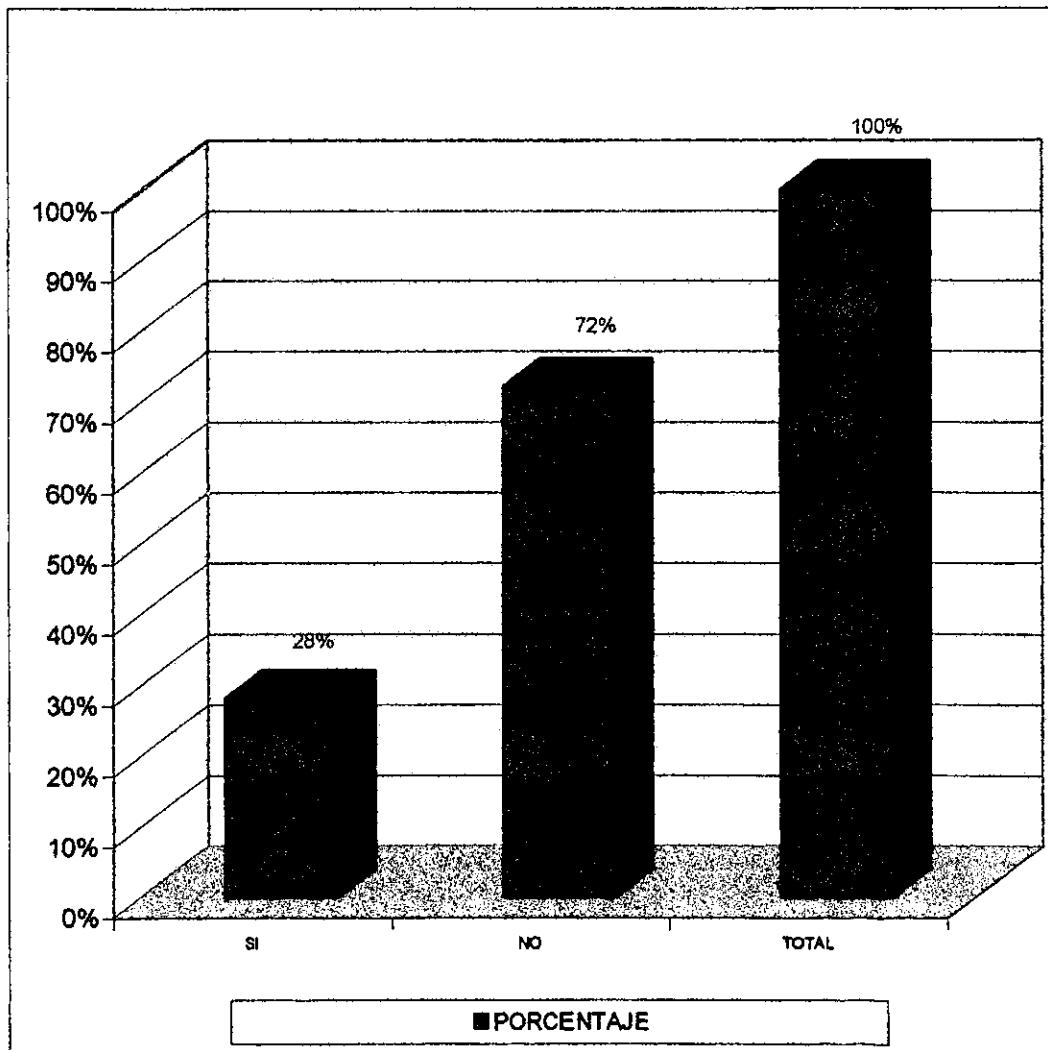
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 10**  
**INFORMACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA POBLACION CENSADA DEL**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| INFORMACION | POBLACION | PORCENTAJE |
|-------------|-----------|------------|
| SI          | 42        | 28%        |
| NO          | 108       | 72%        |
| TOTAL       | 150       | 100%       |

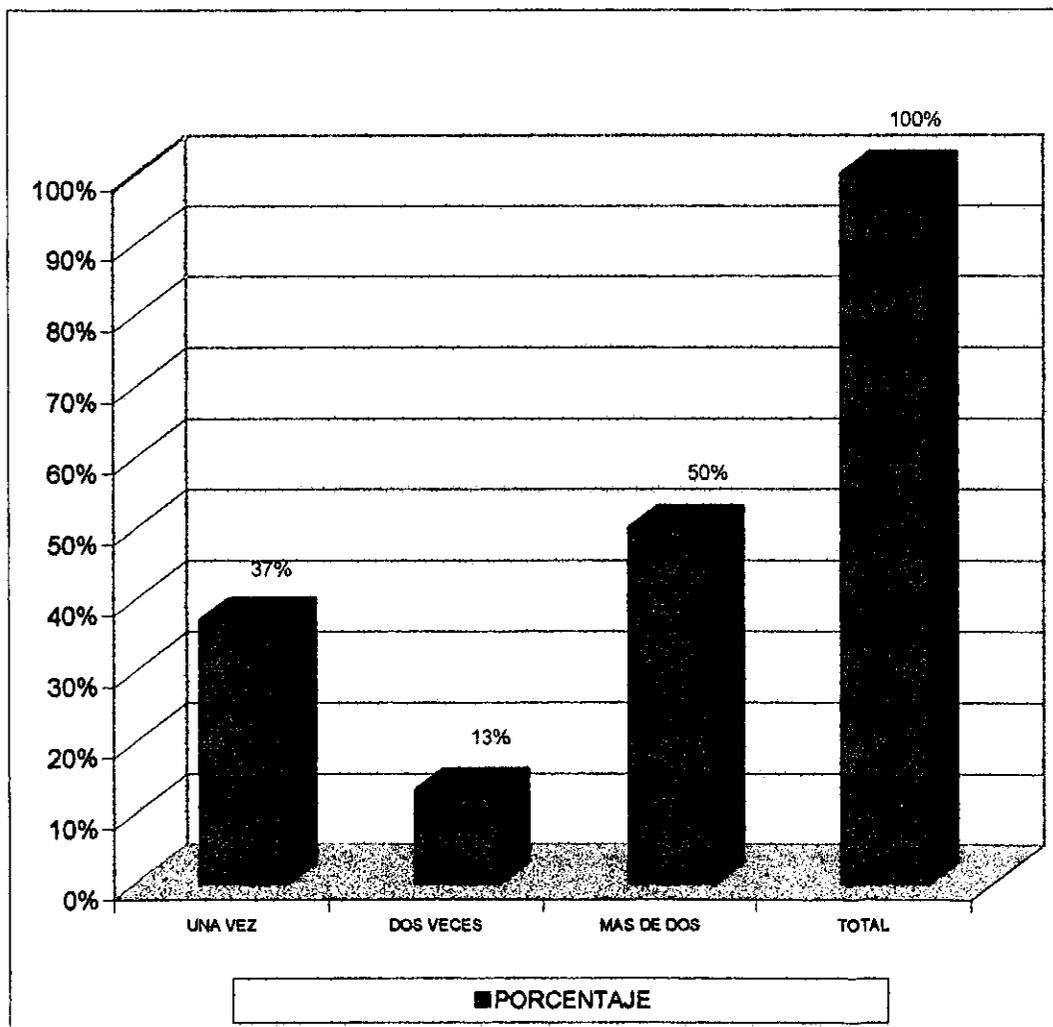
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 11**  
**PLATICAS RECIBIDAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| NUMERO     | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| UNA VEZ    | 15        | 37%        |
| DOS VECES  | 6         | 13%        |
| MAS DE DOS | 21        | 50%        |
| TOTAL      | 42        | 100%       |

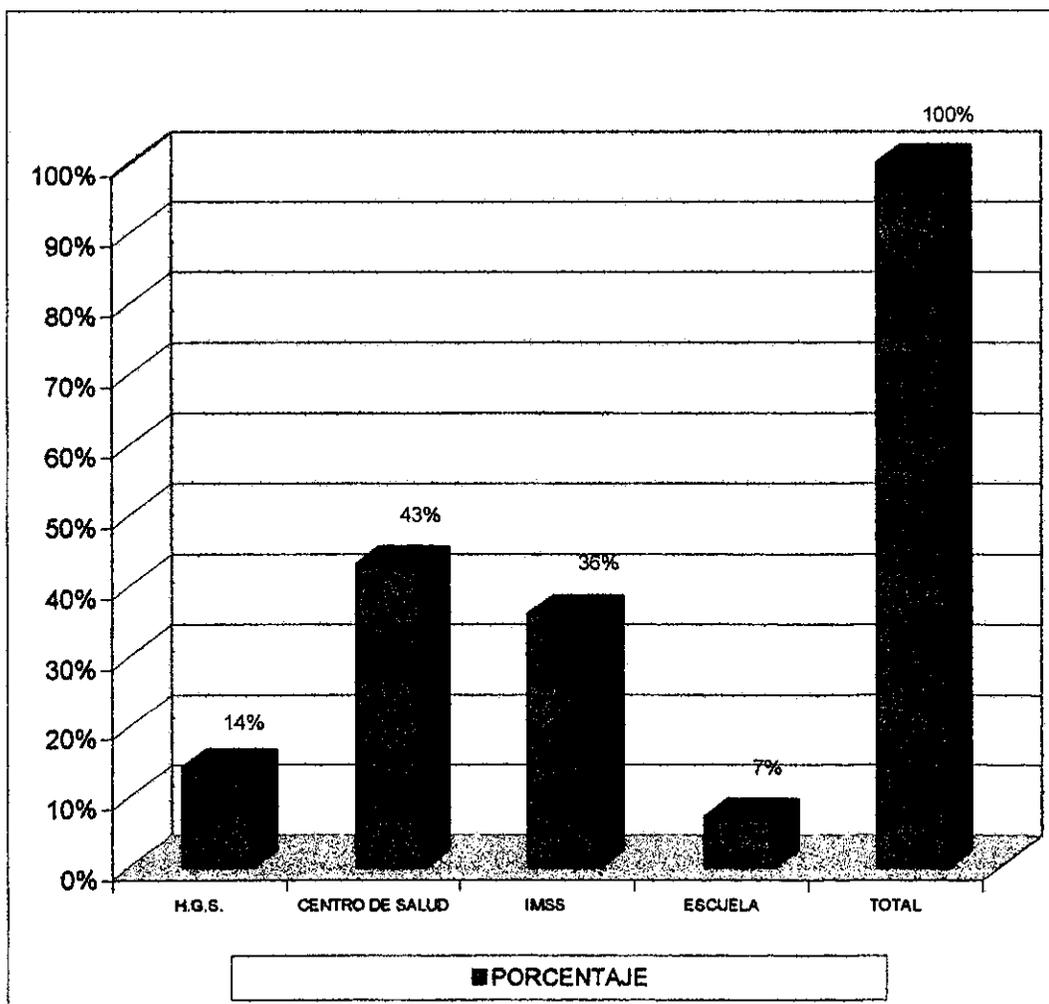
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 12**  
**INSTITUCION DONDE HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE P.F. LA POBLACION ENCUESTADA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| INSTITUCION     | POBLACION | PORCENTAJE |
|-----------------|-----------|------------|
| H.G.S.          | 6         | 14%        |
| CENTRO DE SALUD | 18        | 43%        |
| IMSS            | 15        | 36%        |
| ESCUELA         | 3         | 7%         |
| TOTAL           | 42        | 100%       |

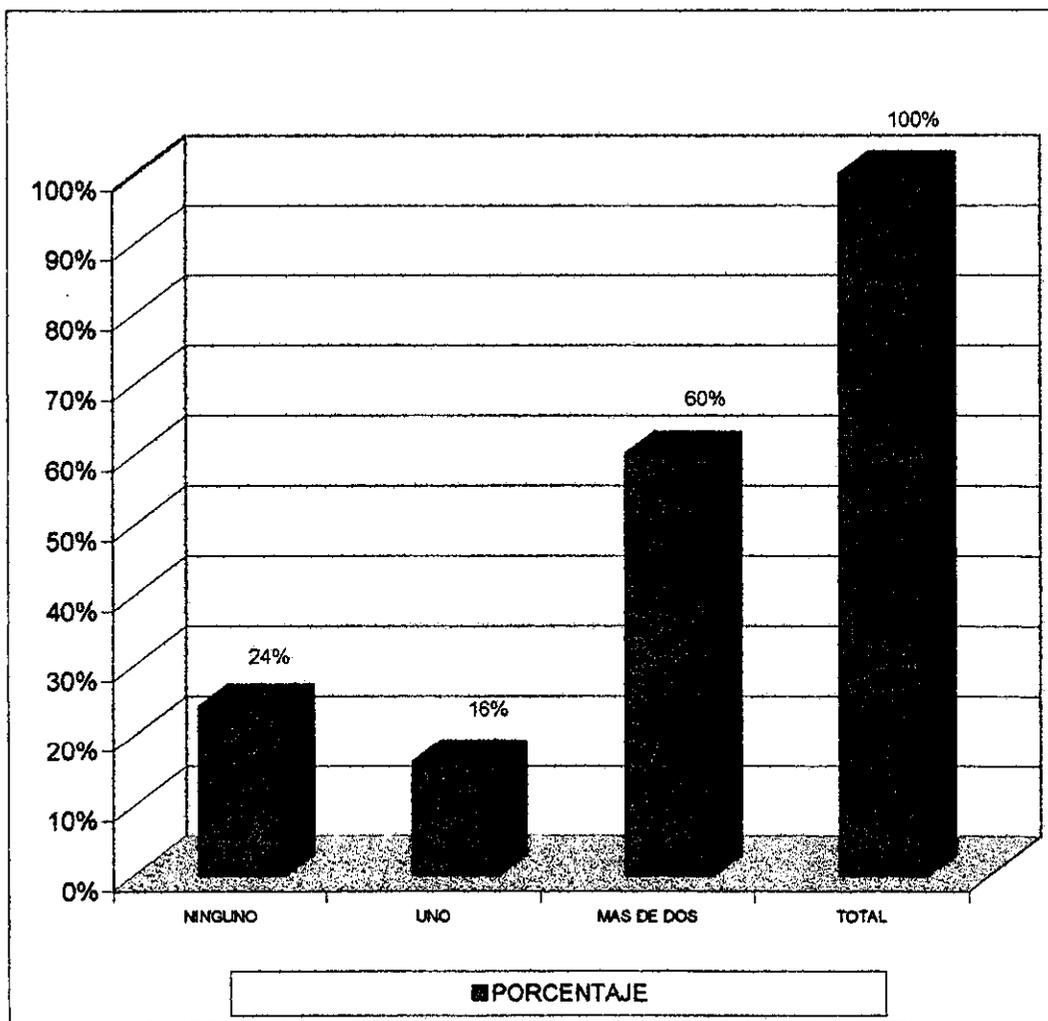
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 13**  
**NUMERO DE METODOS DE P. F. CONOCIDOS POR LA POBLACION ENCUESTADA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| NUMERO     | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| NINGUNO    | 36        | 24%        |
| UNO        | 24        | 16%        |
| MAS DE DOS | 90        | 60%        |
| TOTAL      | 150       | 100%       |

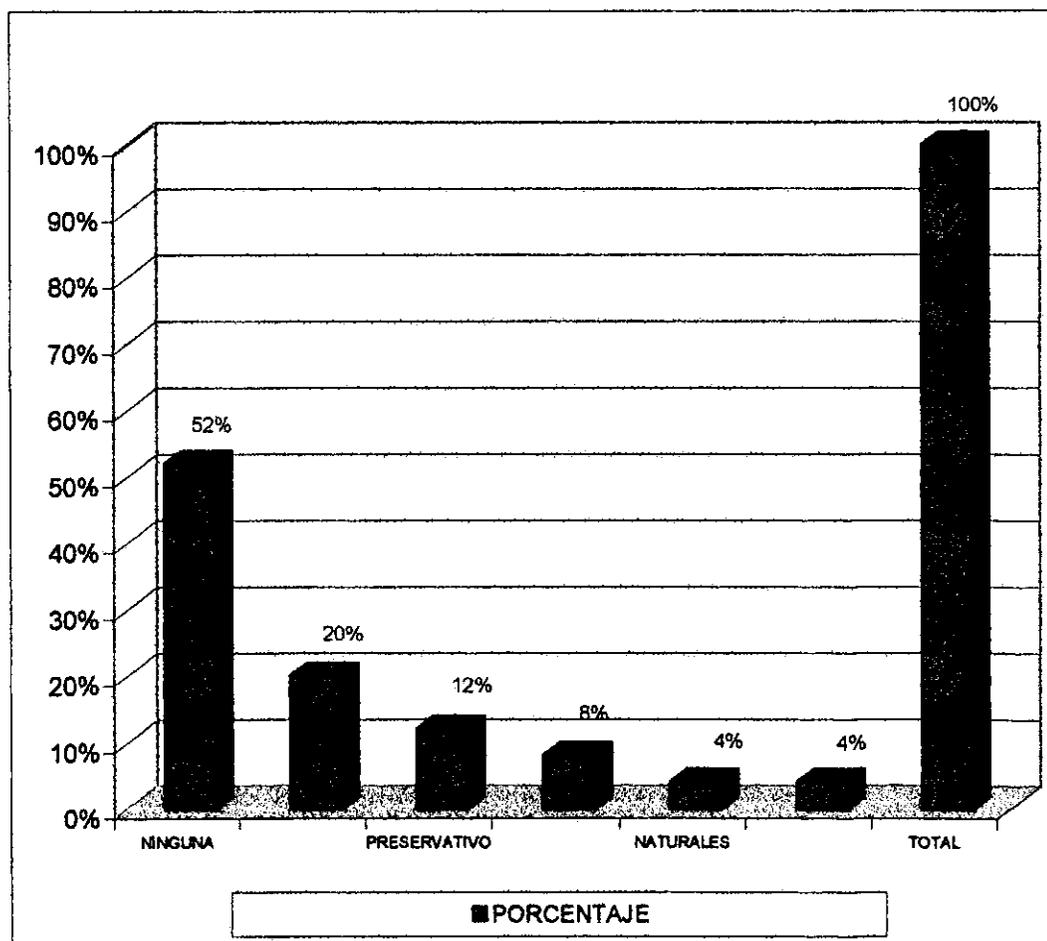
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 14**  
**MÉTODOS MÁS UTILIZADOS POR LA POBLACION ENCUESTADA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| METODO       | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| NINGUNA      | 78        | 52%        |
| DIU          | 30        | 20%        |
| PRESERVATIVO | 18        | 12%        |
| PASTILLAS    | 12        | 8%         |
| NATURALES    | 6         | 4%         |
| INYECCIONES  | 6         | 4%         |
| TOTAL        | 150       | 100%       |

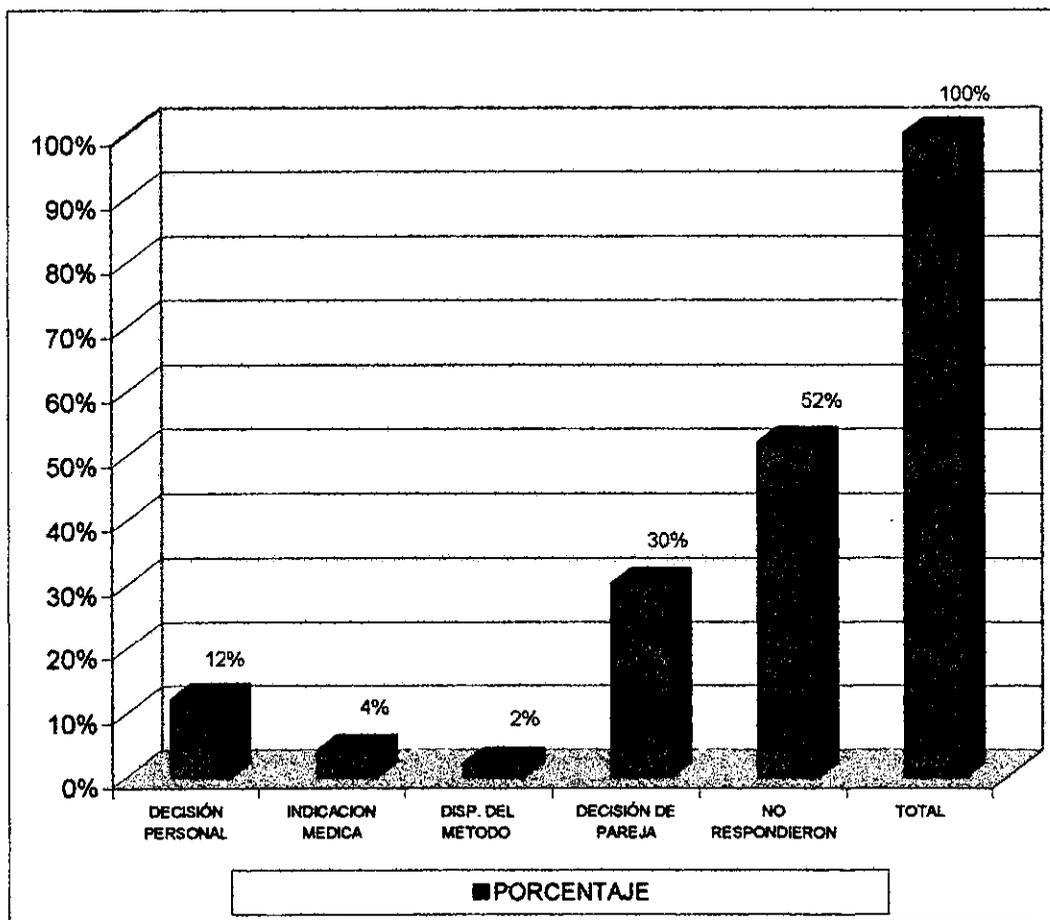
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G.Salamanca, Gto.*



**CUADRO 15**  
**MOTIVOS PARA LA ELECCION DE UN METODO DE P.F. EN LA POBLACION ENCUESTADA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| MOTIVO             | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------------|-----------|------------|
| DECISION PERSONAL  | 18        | 12%        |
| INDICACION MEDICA  | 6         | 4%         |
| DISP. DEL METODO   | 3         | 2%         |
| DECISION DE PAREJA | 45        | 30%        |
| NO RESPONDIERON    | 78        | 52%        |
| TOTAL              | 150       | 100%       |

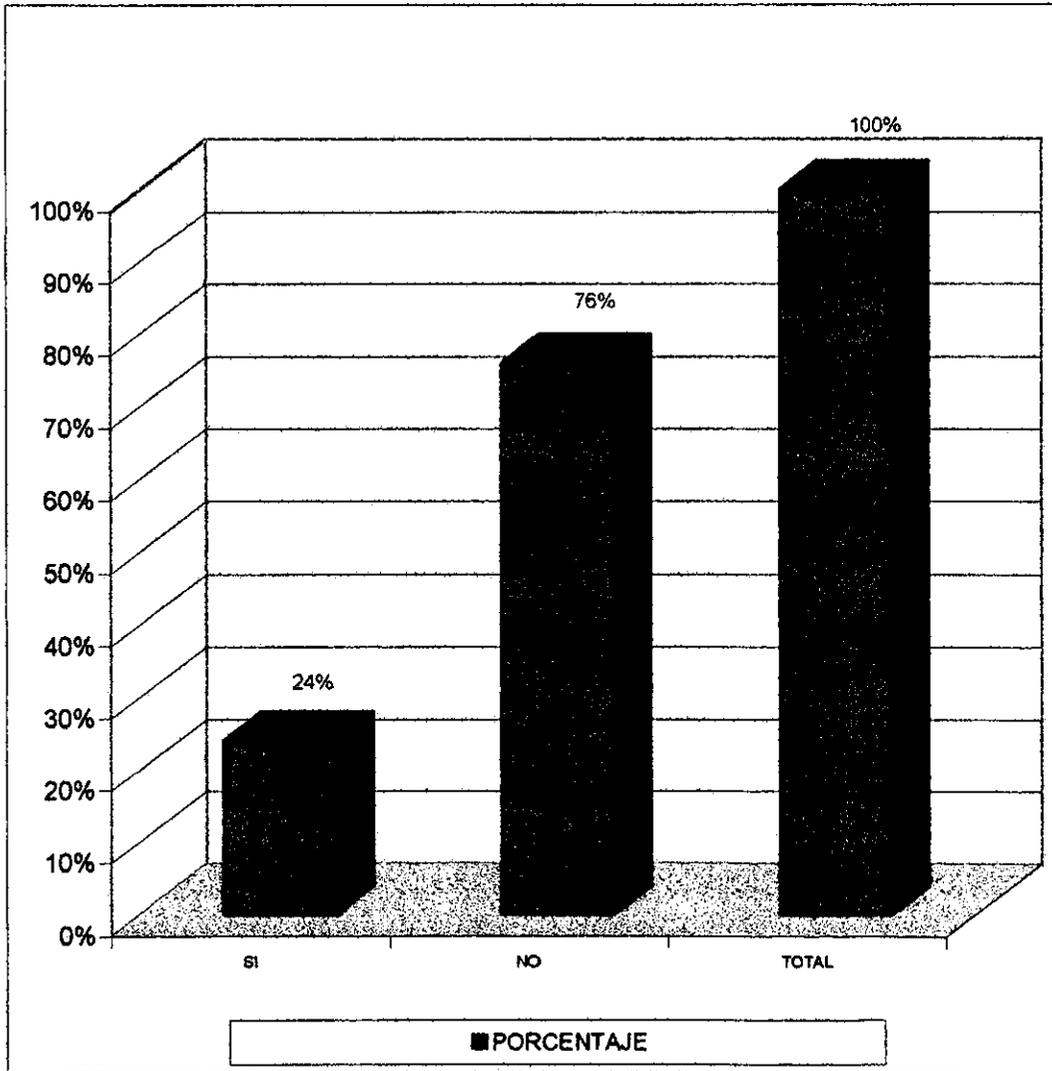
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 16**  
**POBLACION QUE SE LE APLICO ALGUN METODO DE P.F.**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| DOTACION | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------|-----------|------------|
| SI       | 36        | 24%        |
| NO       | 114       | 76%        |
| TOTAL    | 150       | 100%       |

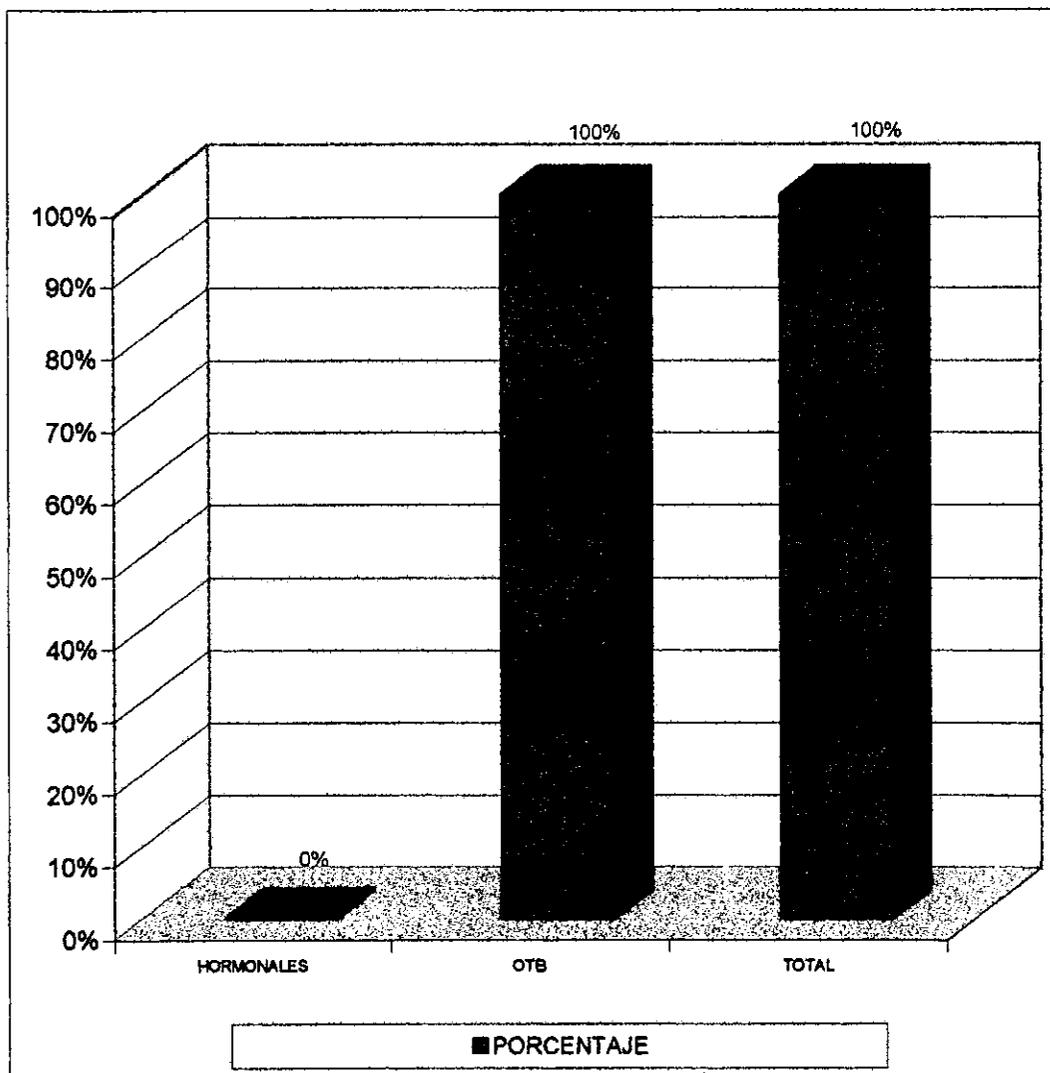
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 17**  
**METODO ELEGIDO POR LAS PACIENTES QUE ACEPTARON**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| METODO     | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| HORMONALES | 0         | 0%         |
| OTB        | 36        | 100%       |
| TOTAL      | 36        | 100%       |

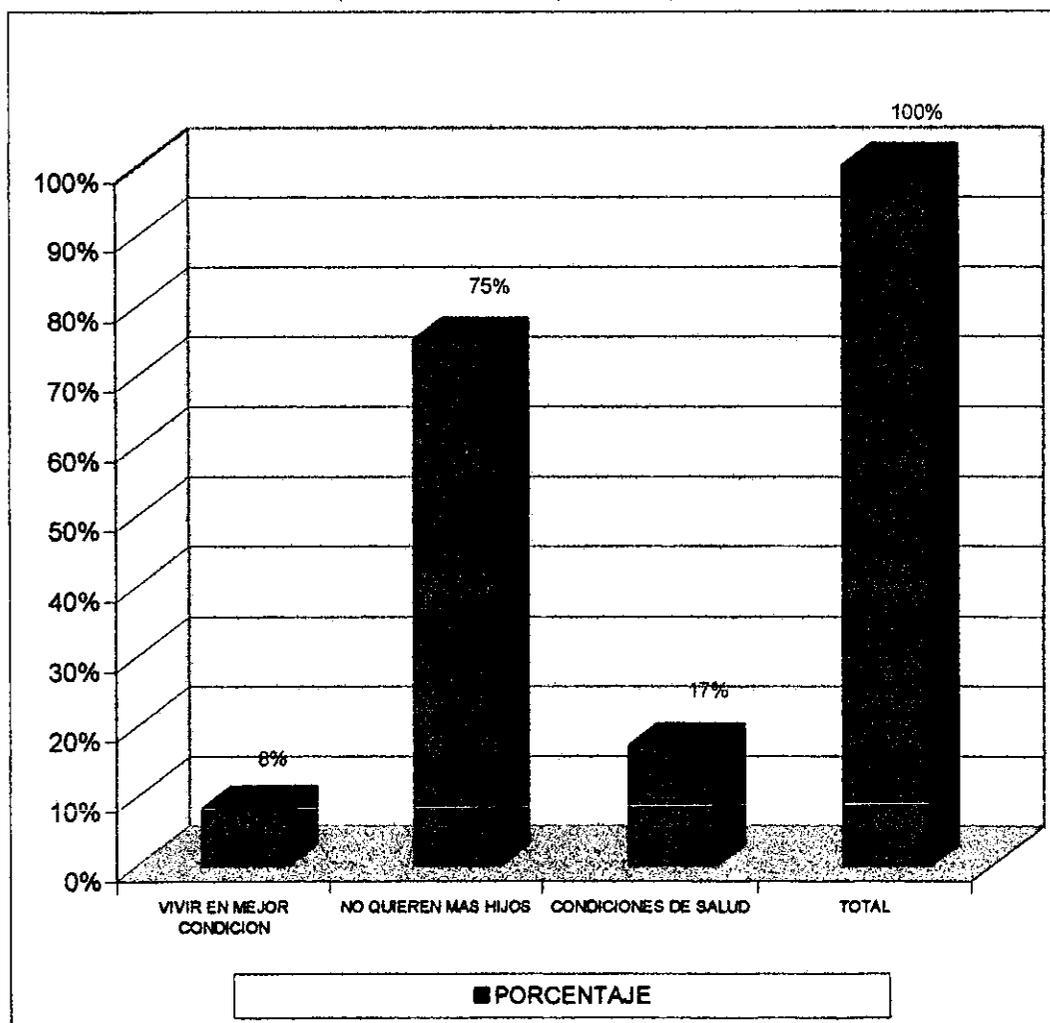
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 18**  
**MOTIVOS POR LO QUE ELIGIO EL METODO DE OTB**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| MOTIVO                   | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------------------|-----------|------------|
| VIVIR EN MEJOR CONDICION | 3         | 8%         |
| NO QUIEREN MAS HIJOS     | 27        | 75%        |
| CONDICIONES DE SALUD     | 6         | 17%        |
| TOTAL                    | 36        | 100%       |

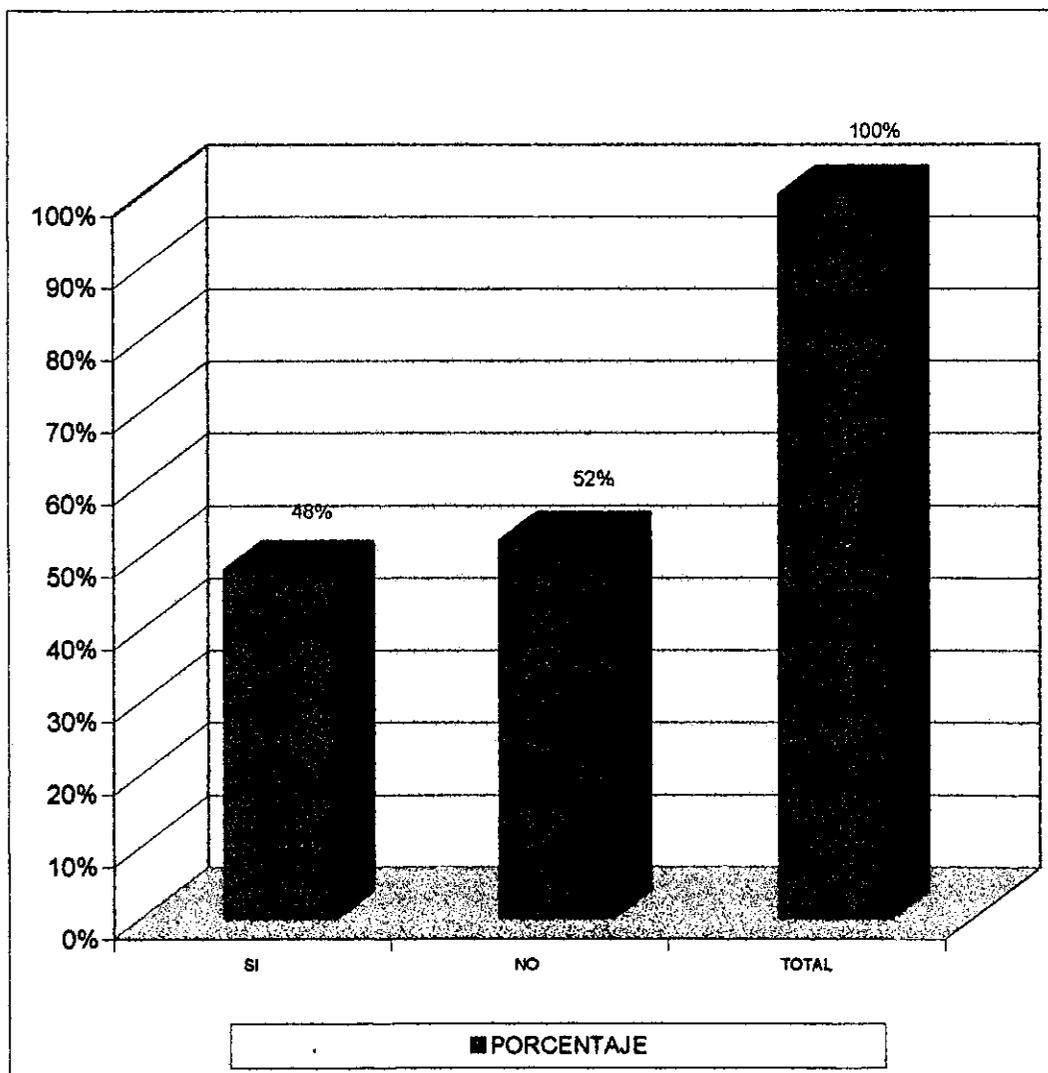
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.  
(Ver análisis correspondiente)*



**CUADRO 19**  
**INFORMACION PROPORCIONADA POR LA INSTITUCION SOBRE EL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| SE RECIBIO | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------|-----------|------------|
| SI         | 72        | 48%        |
| NO         | 78        | 52%        |
| TOTAL      | 150       | 100%       |

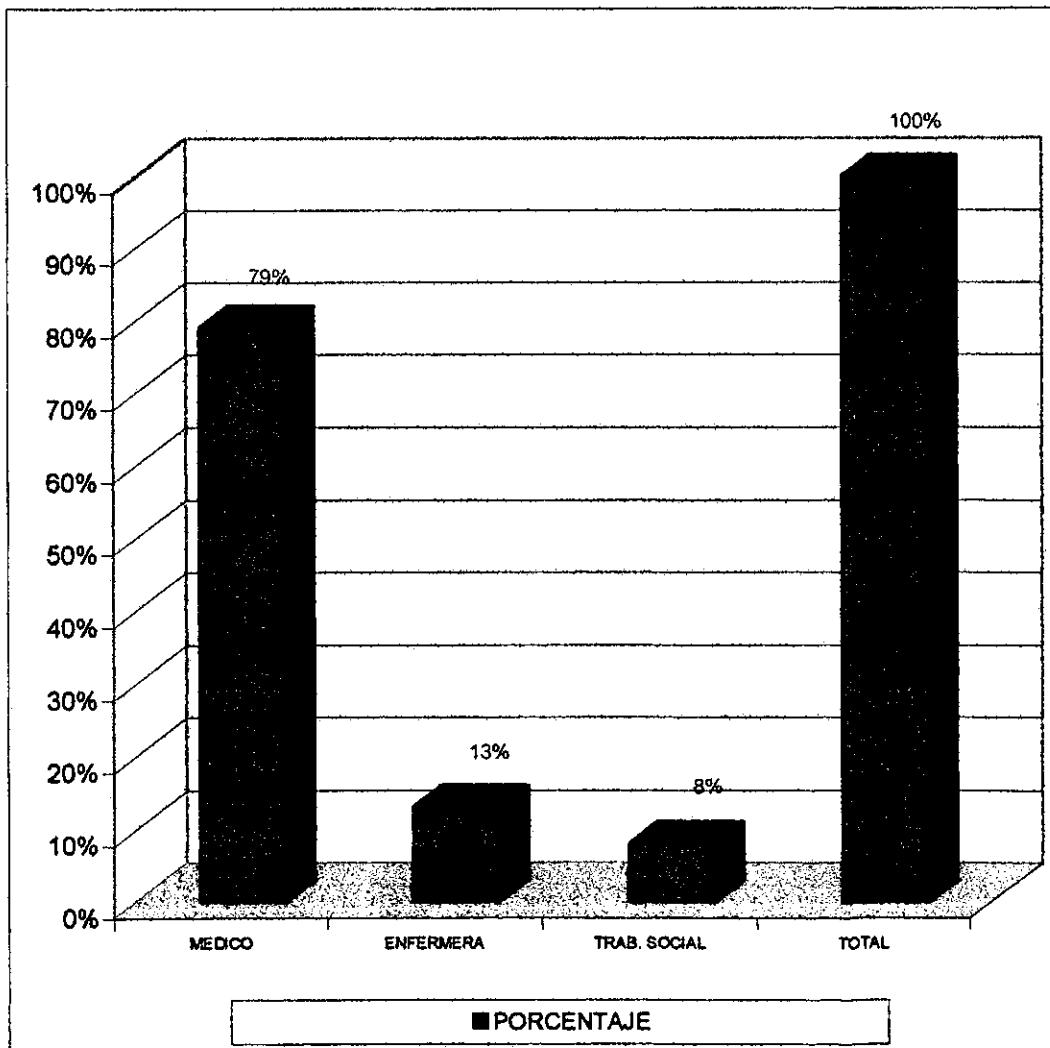
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G. Salamanca, Gto.*



**CUADRO 20**  
**PERSONAL DE LA INSTITUCION QUE PROPORCIONO INFORMACION SOBRE EL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| PERSONAL     | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| MEDICO       | 57        | 79%        |
| ENFERMERA    | 9         | 13%        |
| TRAB. SOCIAL | 6         | 8%         |
| TOTAL        | 72        | 100%       |

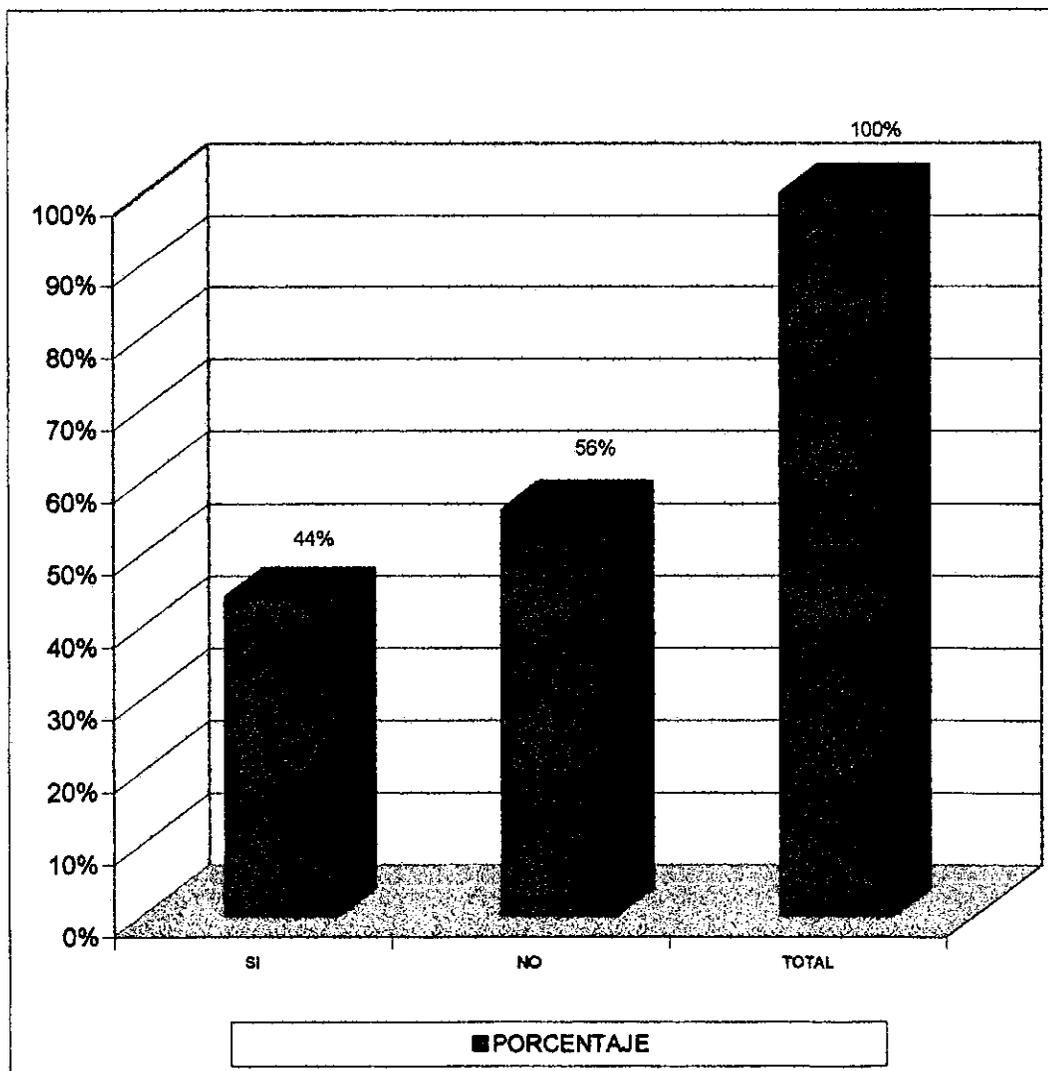
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 21**  
**POBLACION ENCUESTADA QUE CONOCE EL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| CONOCEN | POBLACION | PORCENTAJE |
|---------|-----------|------------|
| SI      | 66        | 44%        |
| NO      | 84        | 56%        |
| TOTAL   | 150       | 100%       |

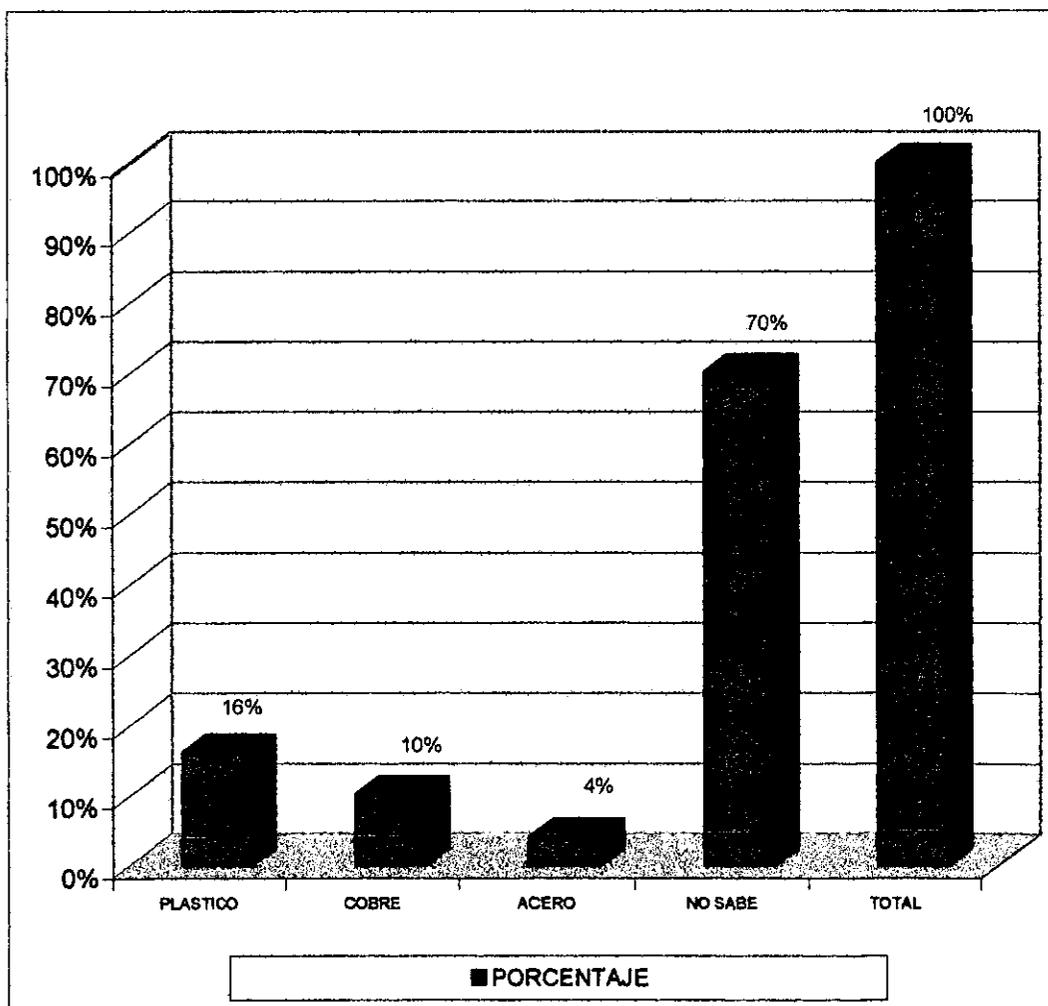
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G.Salamanca, Gto.*



**CUADRO 22**  
**MATERIAL POR EL QUE ES IDENTIFICADO EL DIU POR LA POBLACION ENCUESTADA**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| MATERIAL | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------|-----------|------------|
| PLASTICO | 24        | 16%        |
| COBRE    | 15        | 10%        |
| ACERO    | 6         | 4%         |
| NO SABE  | 105       | 70%        |
| TOTAL    | 150       | 100%       |

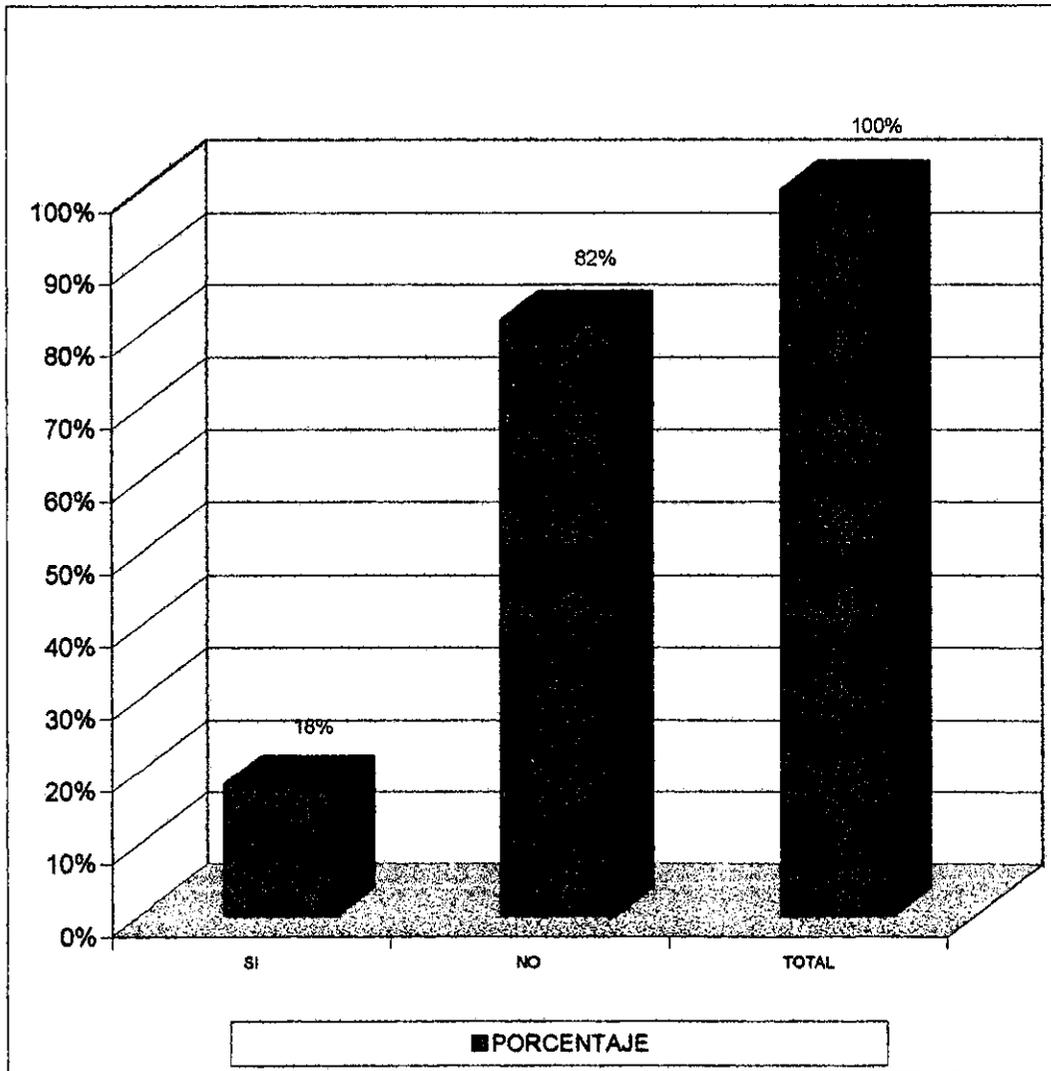
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 23**  
**POBLACION ENCUESTADA QUE CONOCE EL FUNCIONAMIENTO DEL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| CONOCE | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------|-----------|------------|
| SI     | 27        | 18%        |
| NO     | 123       | 82%        |
| TOTAL  | 150       | 100%       |

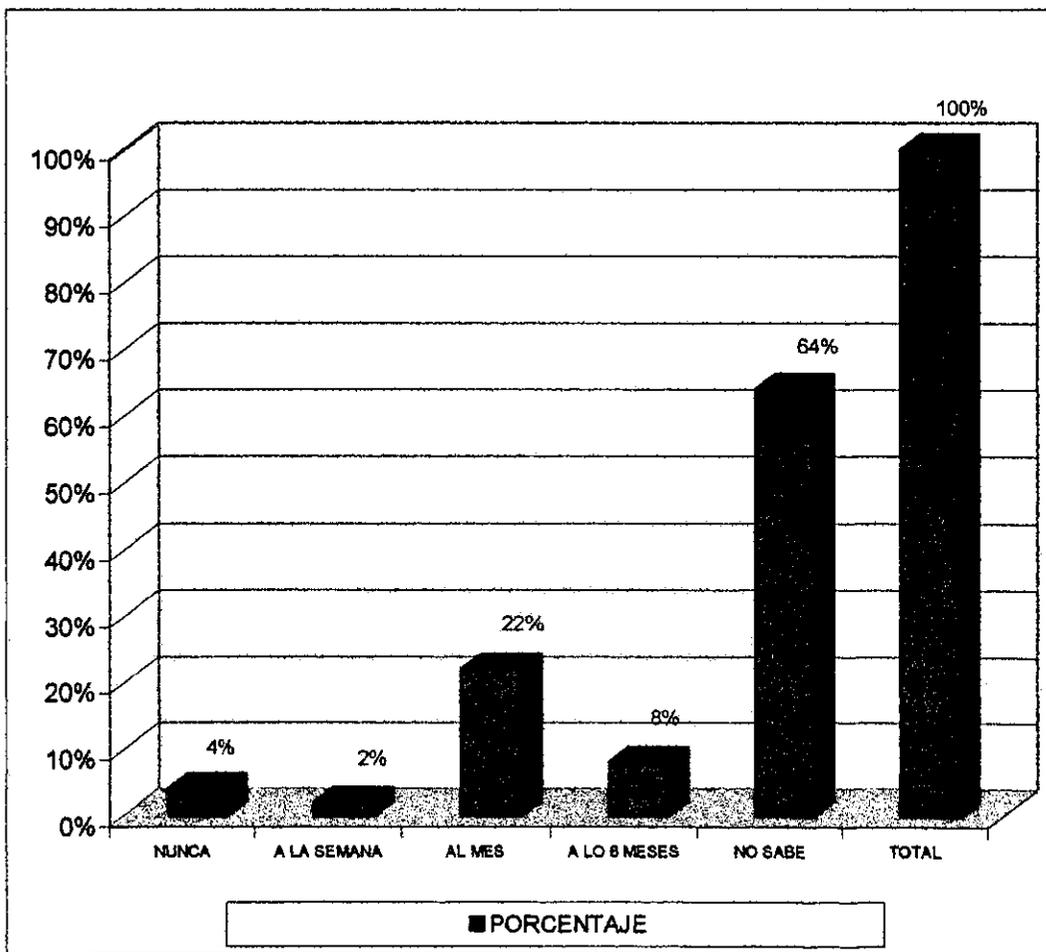
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H:G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 24**  
**POBLACION QUE CONOCE EN QUE MOMENTO DEBE ACUDIR A REVISION DEL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| ASISTIR A REV. | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------------|-----------|------------|
| NUNCA          | 6         | 4%         |
| A LA SEMANA    | 3         | 2%         |
| AL MES         | 33        | 22%        |
| A LO 6 MESES   | 12        | 8%         |
| NO SABE        | 96        | 64%        |
| TOTAL          | 150       | 100%       |

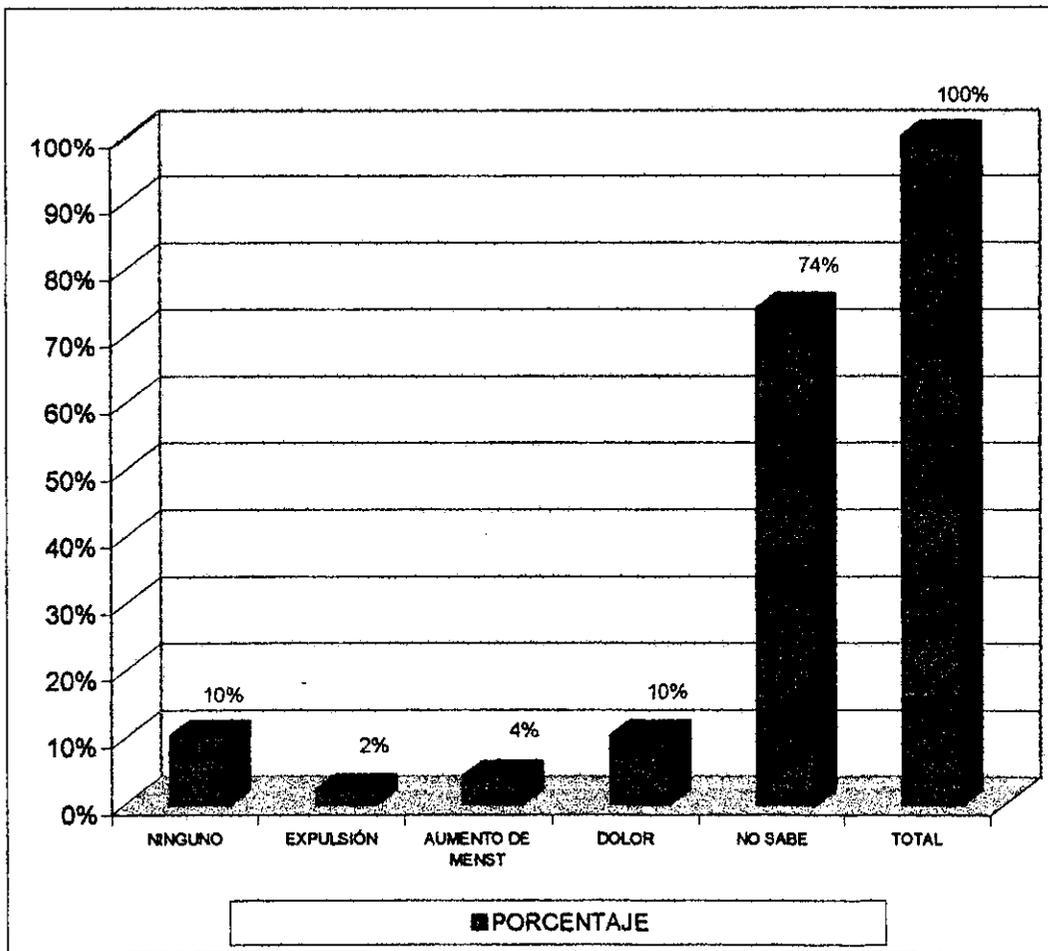
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 25**  
**EFFECTOS SECUNDARIOS QUE CONOCE LA POBLACION ENCUESTADA AL APLICARSE EL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| EFFECTOS         | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------------|-----------|------------|
| NINGUNO          | 15        | 10%        |
| EXPULSIÓN        | 3         | 2%         |
| AUMENTO DE MENST | 6         | 4%         |
| DOLOR            | 15        | 10%        |
| NO SABE          | 111       | 74%        |
| TOTAL            | 150       | 100%       |

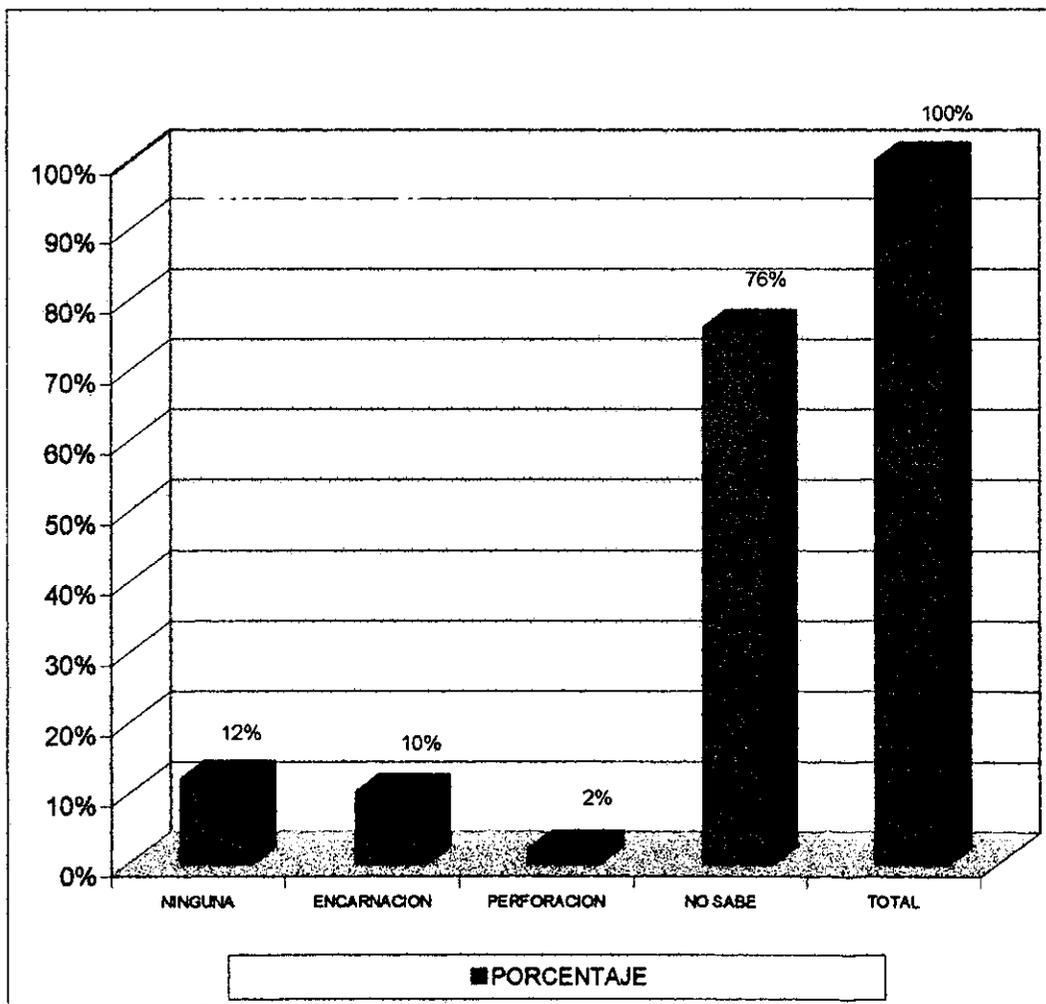
*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*



**CUADRO 26**  
**COMPLICACIONES QUE ATRIBUYE LA POBLACION ENCUESTADA AL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| COMPLICACIONES | POBLACION | PORCENTAJE |
|----------------|-----------|------------|
| NINGUNA        | 18        | 12%        |
| ENCARNACION    | 15        | 10%        |
| PERFORACION    | 3         | 2%         |
| NO SABE        | 114       | 76%        |
| TOTAL          | 150       | 100%       |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G. Salamanca, Gto.*

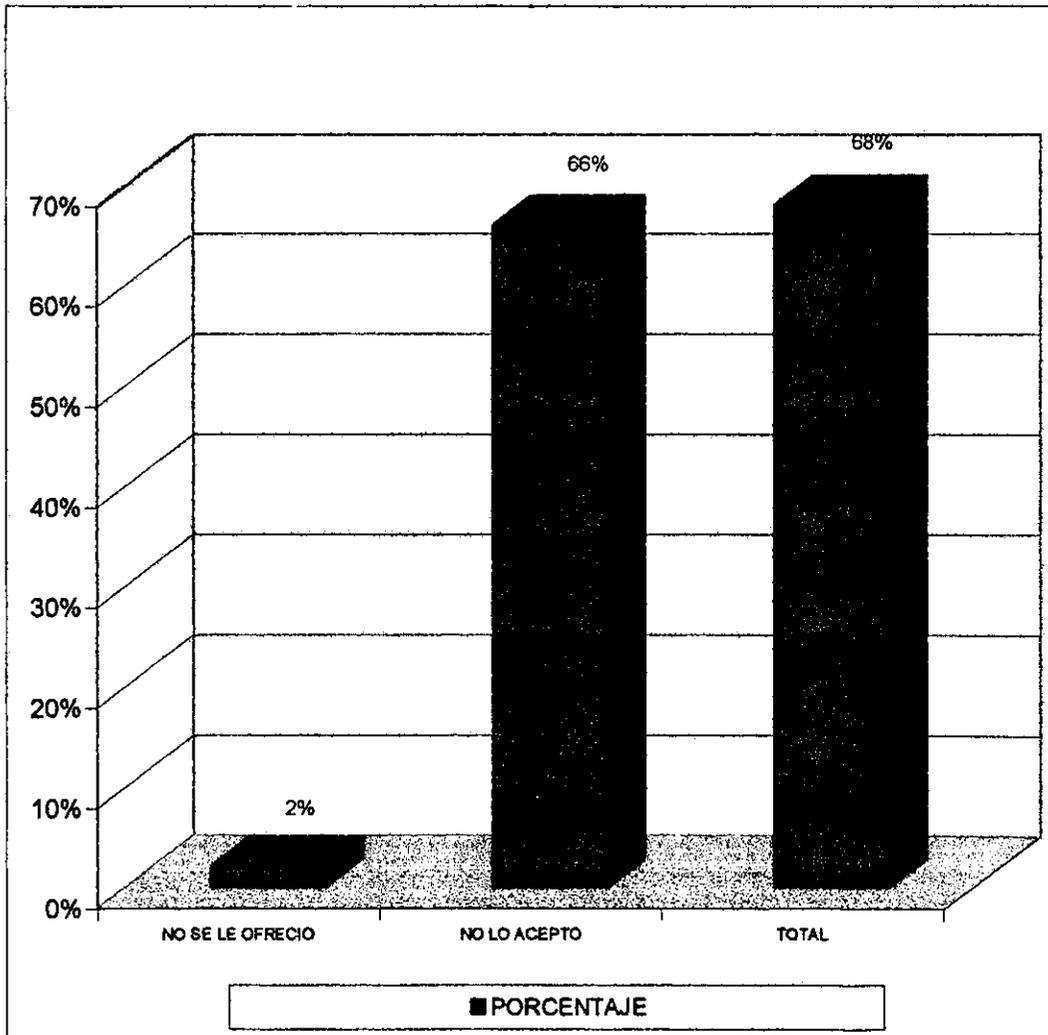


**CUADRO 27**  
**MOTIVOS POR LOS QUE LA PACIENTE EGRESA SIN NINGUN METODO DE P.F.**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| MOTIVO           | POBLACION | PORCENTAJE |
|------------------|-----------|------------|
| NO SE LE OFRECIO | 3         | 2%         |
| NO LO ACEPTO     | 99        | 66%        |
| TOTAL            | 102       | 68%        |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G.Salamanca, Gto.*

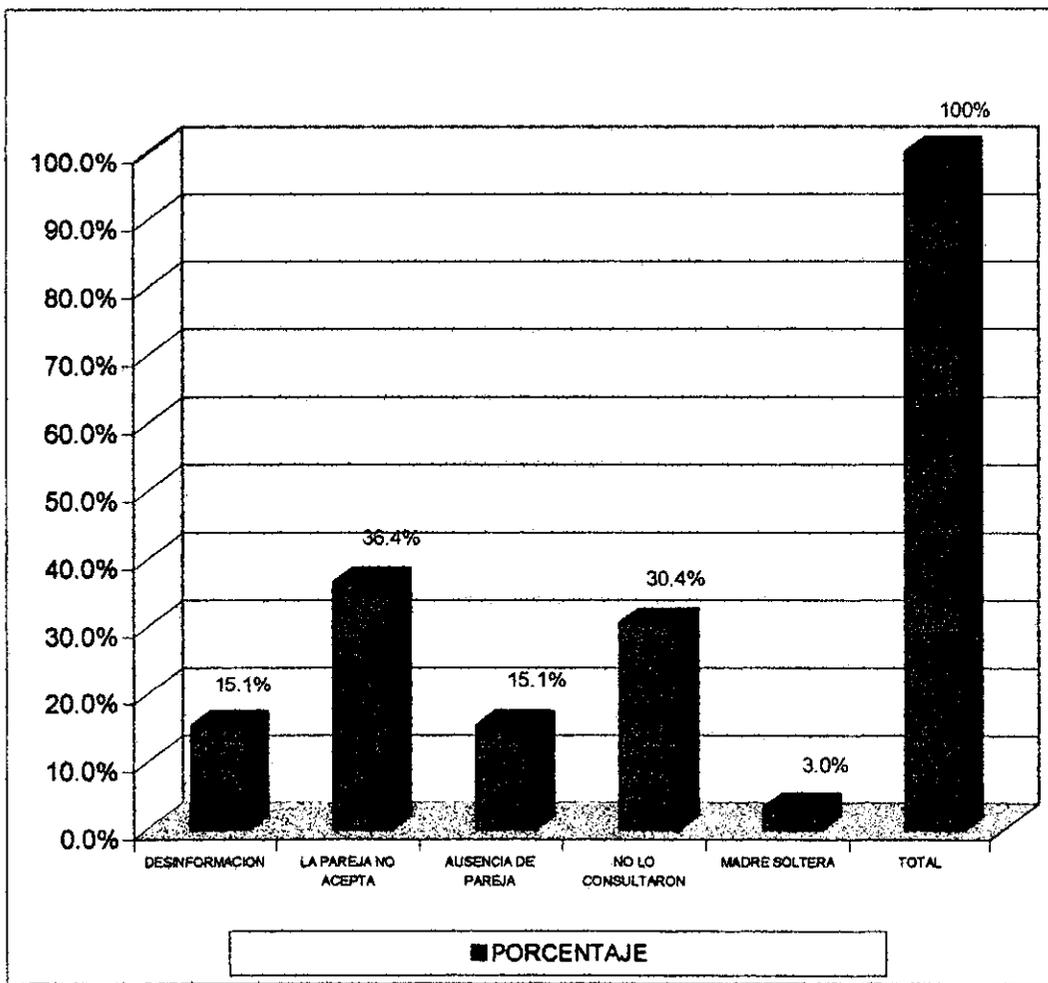
\* Nota: ver análisis correspondiente.



**CUADRO 28**  
**CAUSAS POR LAS QUE LAS PACIENTES ENCUESTADAS NO ACEPTARON EL DIU**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| CAUSAS              | POBLACION | PORCENTAJE  |
|---------------------|-----------|-------------|
| DESINFORMACION      | 15        | 15.1%       |
| LA PAREJA NO ACEPTA | 36        | 36.4%       |
| AUSENCIA DE PAREJA  | 15        | 15.1%       |
| NO LO CONSULTARON   | 30        | 30.4%       |
| MADRE SOLTERA       | 3         | 3.0%        |
| <b>TOTAL</b>        | <b>99</b> | <b>100%</b> |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del  
H.G:Salamanca, Gto.*

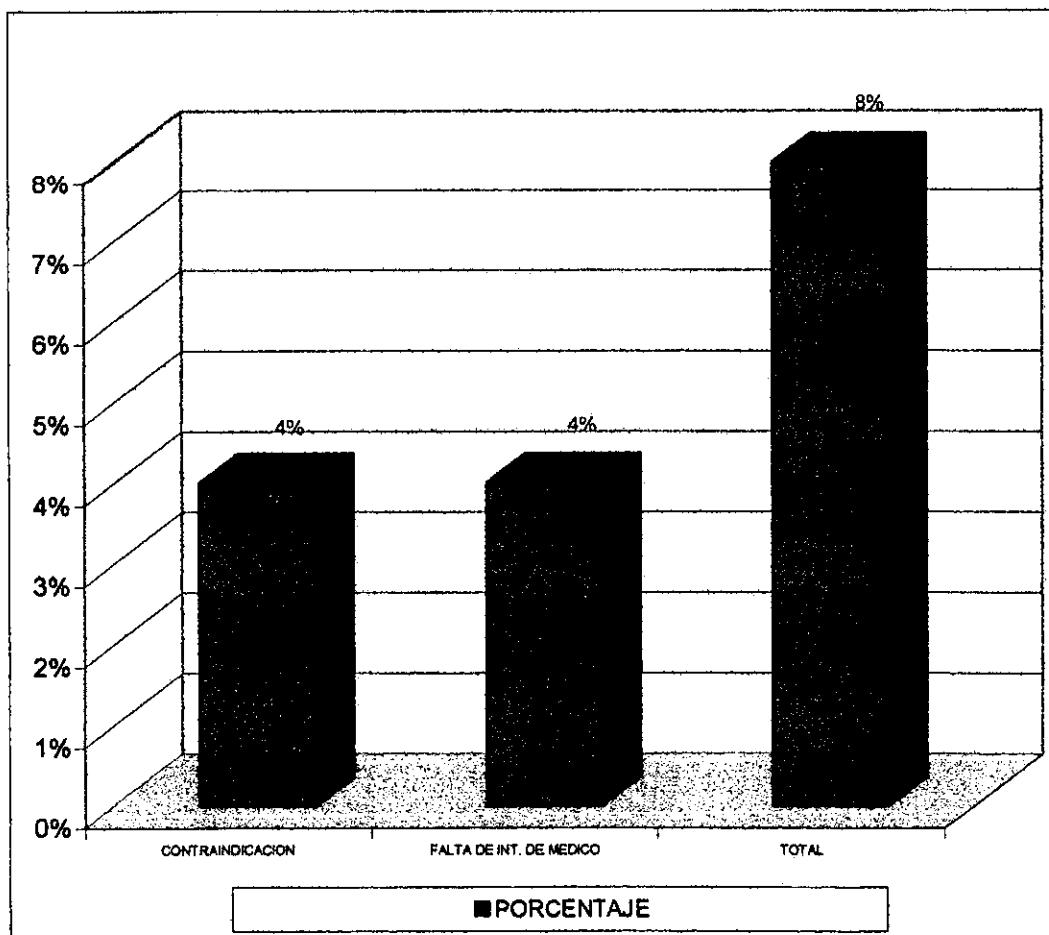


**CUADRO 29**  
**CAUSAS POR LAS QUE NO SE LES APLICO EL DIU A PACIENTES QUE LO SOLICITARON**  
**H.G. SALAMANCA, GTO.**  
**MAYO-JULIO DEL 2000.**

| CAUSA                                | POBLACION | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| CONTRAINDICACIÓN MÉDICA (INFECCIÓN)  | 6         | 4%         |
| FALTA DE INTERÉS DEL PERSONAL MÉDICO | 6         | 4%         |
| TOTAL                                | 12        | 8%         |

*Fuente: entrevista post-evento obstétrico del H:G:Salamanca, Gto.*

*\* Nota: ver análisis del cuadro 27.*



#### **4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.**

De acuerdo al análisis estadístico que se obtuvo por medio de la aplicación de cuestionarios a 150 pacientes de post-evento obstétrico del Hospital General de Salamanca, Guanajuato, de mayo a julio del 2000.

Los cuadros 1, 5, 6, 15 y 28 nos determinan los factores sociales y culturales más importantes, observando una problemática por su edad, procedencia y baja escolaridad originando dependencia de la decisión de la pareja en la aceptación del DIU.

Los cuadros 19 y 23 nos hablan del factor de la experiencia previa, ya que las pacientes que lo han utilizado han referido efectos secundarios, que provocan el rechazo a la utilización del DIU.

Los cuadros del 21 al 26, son factores de falta de orientación, información veraz y completa a la paciente por el personal de salud, así como una escasa participación del mismo, sobre todo del personal de enfermería.

Por todo lo anterior se comprueba la hipótesis de trabajo que dice lo siguiente:

La falta de orientación, los factores culturales, sociales y la experiencia previa, son determinantes, para la decisión de no aceptación del DIU en pacientes post-evento obstétrico, del Hospital General de Salamanca, Guanajuato.

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, que dice lo siguiente:

No existe relación entre la falta de orientación que da el personal de salud, los factores culturales, sociales y la experiencia previa, para la decisión de no aceptación del DIU en pacientes post-evento obstétrico del Hospital General de Salamanca, Guanajuato.

#### **4.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

Se realizaron 150 encuestas en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, durante los siete días de la semana.

Las características más importantes de la población entrevistada fueron las siguientes:

Por grupo de edad, se observa que de las pacientes entrevistadas el 44% se encuentra entre los 16 y 20 años, el 20% entre 21 y 25 años, el 18% entre 26 y 30 años, el 10% entre 31 y 35 años y el 8% entre 36 y 40 años. Por lo tanto, se nota un alto porcentaje de población joven y ausencia de población menor de 15 y mayor de 40 años. Nos muestra una población abierta esencialmente joven; como veremos más adelante, existen varios factores relacionados que nos muestran una falta de madurez en varios aspectos de esta población. (ver cuadro 1, gráfica 1)

Por el estado civil, se observa que un 66% son casadas, el 33% viven en unión libre, 10% son solteras y 2% son divorciadas. Nos muestra este cuadro, una población que cumple en su gran mayoría con las normas del estatus social. (ver cuadro 2, gráfica 2)

De acuerdo a la población encuestada, el 100% profesa la religión católica. La religión predominante en nuestro país, es la católica, pero esto no ha sido determinante en la no aceptación del DIU, en la muestra seleccionada. (ver cuadro 3, gráfica 3)

En relación a la ocupación, el 92% se dedican a labores en el hogar, el 4% son trabajadoras independientes, el 2% son empleadas, y otro 2% son comerciantes, no se encontró ninguna profesionista, ni estudiante. La mayoría se dedican al cuidado de los hijos, esto se debe a que contraen matrimonio demasiado jóvenes. (ver cuadro 4, gráfica 4)

En relación a la escolaridad, el 34% cuenta con la primaria completa, el 32% tiene la primaria incompleta, el 16% cuenta con la secundaria completa, el 8% tiene carrera técnica comercial, el 6% tiene secundaria incompleta, el 2% cuenta con preparatoria completa y otro 2% son analfabetas. En general el nivel educativo es bajo. El nivel educativo en promedio es de primaria, y esto influye en la percepción de la información adquirida por diferentes medios. (ver cuadro 5, gráfica 5)

En lo que se refiere a la residencia, el 52% son del área rural, el 32% pertenece al área urbana y el 12% al área semiurbana. En éste cuadro se observa que la mayor parte de la población atendida es del área rural, son de familias numerosas y que el dan mucha importancia a la fertilidad de la mujer. (ver cuadro 6, gráfica 6)

La principal causa de ingreso al Hospital General de Salamanca, Gto., el 62% fue por parto, el 32% por cesárea y un 6% por aborto. La principal causa de atención obstétrica en el Hospital General de Salamanca, Guanajuato es el parto. (ver cuadro 7, gráfica 7)

De acuerdo a los antecedentes obstétricos el 40% son multigestas, el 34% son primigestas y el 26% son secundigestas. Anteriormente se ha mencionado que se atiende a una población joven, que se ha convertido en multigesta, esto nos señala que de las instituciones de salud, las pacientes no están egresando con algún método anticonceptivo. (ver cuadro 8, gráfica 8)

En cuanto a las opiniones que tiene la población encuestada acerca de lo que es la planificación familiar, las respuestas más frecuentes fueron las siguientes, el 58% opinó que es para no tener tantos hijos, el 28% no sabe, el 8% opinó que es para vivir en mejores condiciones y el 6% que es para cuidarse. Se observa que la población cuenta con un concepto muy limitado sobre la planificación familiar, quizás influenciado por su nivel de preparación y procedencia. (ver cuadro 9, gráfica 9)

Del total de pacientes entrevistadas, el 72% no asistieron o recibieron pláticas de planificación familiar, el 28% sí asistieron o recibieron pláticas. Se detecta falta de interés en la población para informarse de una manera más amplia sobre la planificación familiar, quizás debido a los factores antes mencionados. (ver cuadro 10, gráfica 10)

De la población que sí recibió la información (ver cuadro 10), el 50% acudieron más de dos veces, 37% acudieron una vez y el 13% dos veces. De acuerdo a los datos obtenidos, la población encuestada ha recibido información en más de dos ocasiones, más sin embargo no se ha logrado un cambio de actitud y participación en la planificación familiar. (ver cuadro 11, gráfica 11)

De la población que sí recibió la información (ver cuadro 10), las instituciones donde se proporcionaron la misma fueron el 43% corresponde a los Centros de Salud (rurales), el 36% al IMSS, el 14% en consulta externa del Hospital General de Salamanca, Guanajuato y el 7% en escuelas. El cuadro muestra que la población del área rural, si es informada por sus Centros de salud. (ver cuadro 12, gráfica 12)

De la población encuestada, el 60% refiere conocer más de dos métodos anticonceptivos, el 24% no conoce ninguno y el 16% conoce sólo uno. Se percibe que esta población dice conocer más de dos métodos anticonceptivos, sin embargo, no cuenta con la información suficiente sobre éstos métodos. (ver cuadro 13, gráfica 13)

Del total de la población encuestada, el 52% refiere que nunca ha utilizado algún método anticonceptivo, el 20% ha utilizado el DIU, el 12% el preservativo, el 8% pastillas, el 4% métodos naturales y otro 4% inyecciones. A pesar de que esta población, dice conocer los métodos anticonceptivos no hace uso de ellos, quizás por los factores antes mencionados. (ver cuadro 14, gráfica14)

Del total de la población encuestada menciona que para elegir algún método anticonceptivo el 30% lo eligió con su pareja, el 12% lo decidió por sí misma, el 4% por indicación del médico y el 2% porque era el único que ofrecía la institución y el 52% de la población no dio respuesta. Aunque el porcentaje más alto muestra que la elección de algún método, es decisión en pareja, que es lo ideal, por las características de la población encuestada, no es así, sino que se pide la autorización del esposo. (ver cuadro 15, gráfica 15)

En cuanto a si se le dotó o aplicó algún método anticonceptivo en la institución a las pacientes entrevistadas, al 76% no se le aplicó y al 24% si se le aplicó. Este cuadro se relaciona con el cuadro 8 que nos confirma que la población atendida no egresa e la institución con algún método anticonceptivo. (ver cuadro 16, gráfica 16)

Del 24% de la población que sí se le dotó o aplicó algún método anticonceptivo, el 100% eligió la salpingoclasia. En cuanto a los hormonales éste método no lo proporciona la institución. Cabe señalar que la institución solo ofrece dos alternativas, el DIU y La OTB, por lo que las pacientes que ya no deseaban tener más hijos optan por la OTB, además de ser multigestas. Cabe recordar que la institución lleva el programa de lactancia materna, por lo cual no se proporcionan hormonales. (ver cuadro 17, gráfica 17)

De la población que sí eligió un método anticonceptivo (OTB) el 75% lo eligió porque ya no quería tener más hijos, el 17% por condiciones de salud y el 8% para vivir en mejores condiciones. El presente cuadro apoya el cuadro 9, corroborando el concepto limitado que se tiene sobre la planificación familiar. (ver cuadro18, gráfica 18)

De las 150 pacientes entrevistadas, el 52% no recibió información acerca del DIU dentro de la institución y el 48% sí la recibió. Nos da a conocer que el personal de salud de esta institución no está proporcionando información acerca del DIU. (ver cuadro 19, gráfica 19)

Del personal de salud que proporcionó la información acerca del DIU al 48% de la población encuestada (ver cuadro19), el 79% fue proporcionada por el personal médico, el 13% por el personal de enfermería y el 8% por el personal de trabajo social. Se observa que el personal de enfermería tiene poca participación en la información proporcionada a la población acerca del DIU. (ver cuadro 20, gráfica 20)

Se observa que de las 150 pacientes encuestadas el 56% no conoce el DIU y el 44% dice conocerlo. (ver cuadro 21, gráfica 21)

De las 150 pacientes encuestadas, el 70% no sabe de que material está hecho el DIU, el 16% menciona que es de plástico, el 10% que es de cobre y el 4% que es de acero. (ver cuadro 22, gráfica 22)

De las 150 pacientes encuestadas, el 82% no conoce cómo funciona el DIU y el 18% refiere conocer su funcionamiento. (ver cuadro 23, gráfica 23)

Para acudir a revisión del DIU después de su aplicación el 64% no sabe, el 22% menciona que debe acudir al mes, el 8% a los 6 meses, el 4% menciona que no hay necesidad de revisión y el 2% que debe acudir a la semana. (ver cuadro 24, gráfica 24)

De los efectos secundarios que produce el DIU el 74% no los sabe, el 10% refiere que no hay ningún efecto, otro 10% refiere la presencia de dolor, el 4% aumento de la menstruación y el 2% restante menciona el riesgo de expulsión. (ver cuadro 25, gráfica 25)

De las complicaciones que la población atribuye al DIU el 76% no sabe, el 12% no le atribuye ninguna complicación, el 10% refiere encarnación y el 2% perforación. (ver cuadro 26, gráfica 26)

En apoyo al cuadro 13, los cuadros del 21 al 26, nos muestran que el conocimiento, que tiene la población respecto al DIU, es limitado, influenciado por los factores antes mencionados. En cuanto al personal de salud, se ha identificado que su participación en la información ofrecida, no ha sido oportuna, ni de calidad.

De las pacientes que egresan sin ningún método anticonceptivo, al 66% se le ofreció y no lo aceptó y al 2% no se le ofreció. En el cuadro se puede ver que el Hospital General de Salamanca, si participa en la promoción del DIU, más sin embargo, un alto porcentaje de la población no lo acepta por diversas causas. (ver cuadro 27, gráfica 27)

**Nota:** en este apartado no se incluye el 24% de las pacientes de OTB, ni el 8% de las pacientes que aceptaron el DIU y no se les aplicó, que haciendo la suma nos da un total del 100% de la población encuestada.

Las causas por las que las pacientes encuestadas no aceptaron el DIU, el 36.4% es porque la pareja no se lo permite, el 30.4% porque no lo han consultado con su pareja, el 15.1% es por desinformación y el otro 15.1% es por ausencia de pareja. Finalmente en este cuadro se relacionan todos los factores que se han estado mencionando y que influyen en la no aceptación del DIU. (ver cuadro 28, gráfica 28)

Las causas por las que no se les aplicó el DIU a las pacientes que lo aceptaron el 4% fue por contraindicación médica (infección) y el otro 4% por causas atribuibles al hospital (falte de interés por parte del personal médico). Se observa un mínimo porcentaje en las causas en que las pacientes no son candidatas para aplicarse el DIU. (ver cuadro 29, gráfica 29)

## **5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

Después de haber elaborado el análisis e interpretación de los datos, se llegó a la siguiente conclusión:

La población que acude al Hospital General de Salamanca, Gto., para su atención obstétrica, específicamente la de post-evento obstétrico, que fue la población encuestada, se detecta que se trata de una población joven y que acuden principalmente para una atención de parto eutócico y a su corta edad ya son multíparas.

Esta población proviene en su gran mayoría del área rural y con un bajo nivel de escolaridad, esto nos da a conocer la situación que está viviendo la mujer del área rural, en donde su papel histórico es la de procreadora de hijos y el criado de éstos; esta situación continúa poniendo en desventaja a la mujer en la oportunidad de obtener un mejor nivel educativo, ya sea por la limitación de la distancia entre la escuela y su hogar, y que culturalmente no se valora la utilidad de la educación de ésta; su bajo nivel de escolaridad se relaciona en la conciencia de su responsabilidad en el número y espaciamiento de sus embarazos y en la baja autoestima en su salud física y emocional.

La situación antes mencionada limita la posibilidad de tener mayor acceso a la información completa y adecuada sobre la planificación familiar, ya que refieren no haber recibido ninguna o escasamente una sola orientación sobre el tema.

La mayoría de la población encuestada refiere haber oído hablar de los anticonceptivos, pero son pocas las que los utilizan o han usado. Las que han utilizado algún método de planificación familiar, específicamente el DIU, desconocen desde la presentación física, hasta sus cuidados, precauciones y efectos secundarios.

Cabe destacar la importancia que tiene la participación del esposo, ya que se involucra en la utilización de un método, pero de manera autoritaria, esto desvaloriza a la mujer y le impide establecer relaciones de igualdad y autonomía, siguiendo sujeta a la autoridad del género masculino.

Se demuestra que un porcentaje muy alto egresó de la institución sin ningún método anticonceptivo (no se incluyen las pacientes que aceptaron el DIU) y de las que egresaron con uno fueron en su totalidad con OTB, ya que en esta institución solo ofrece el método temporal (DIU) y el definitivo (OTB), apoyando el programa de lactancia materna, sin embargo esto ocasiona el riesgo de un nuevo embarazo por falta de orientación hacia la adopción de un método anticonceptivo al inicio de la ablactación.

En lo que se refiere a la información a la población sobre el DIU, cabe señalar que no es completa ni veraz, ya que se ha visto que muy pocas pacientes conocen el completo funcionamiento y todo lo que implica el uso del DIU, tal vez, porque no prestan atención o por su bajo nivel de escolaridad, que puede interferir en la forma de percibir la información, y también influye la calidad de la información que proporciona el personal de salud, así como su escasa participación específicamente de enfermería, situación que es de llamar la

atención, ya que su permanencia y contacto con las pacientes, así como por su género debería orientar más adecuadamente y participar más activamente en la orientación e información que necesita la mujer para que pueda elegir con determinación y conocimiento.

Es necesario que en todas las instituciones de salud se ofrezca una información acerca de la importancia que tiene la participación activa y conciente de la pareja para la elección de algún método de planificación familiar.

### **RECOMENDACIONES.**

Que el personal se involucre en ofrecer información veraz y completa sobre los métodos de planificación familiar; para que de esta manera la paciente pueda entonces decidir y aceptar con plena seguridad sobre la utilización del DIU.

Realizar el seguimiento de las pacientes que egresan de la institución sin ningún método de planificación familiar, con referencia inmediata a su unidad de salud correspondiente, con la finalidad de que se sienta comprometida, para asistir y poderla convencer de la utilización de algún método de planificación familiar.

Es necesario buscar los medios o alternativas para involucrar al hombre en el aspecto de la salud, principalmente en lo que se refiere a planificación familiar.

**6 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA  
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

**QUE PRESENTAN:**

**AURORA CONCEPCIÓN FLORES GARCÍA**

**LIDIA MA. EUGENIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ**

**VIRGINIA SEGOVIANO OROS**

**No. DE CUENTA 0-9761241-2**

**No. DE CUENTA 0-9761247-4**

**No. DE CUENTA 0-9761256-0**

**CON LA ASESORÍA DE:  
LIC. MARÍA MAGDALENA MATA CORTÉS.**

**MÉXICO, D.F.**

**AGOSTO DEL 2000.**

## **INTRODUCCIÓN.**

En base a la investigación realizada en el Hospital General de Salamanca, Guanajuato, se pudo observar que existe una escasa participación de enfermería en cuanto a la promoción e información a la usuaria sobre los métodos anticonceptivos.

Otro de los aspectos encontrados es que la usuaria no recibe información suficiente y adecuada sobre los métodos de planificación familiar específicamente el DIU.

Acorde con las políticas nacionales sobre planificación, desarrollo y cooperación económica, surge la necesidad de la elaboración de un programa de educación continua para el personal de enfermería, en lo que se refiere a métodos anticonceptivos, con la finalidad de realizar cambios y mejorar la calidad de atención a la usuaria.

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

Se considera necesario implementar un programa de educación continua al personal de enfermería, ya que es el personal de salud que se encuentra más tiempo en contacto con la usuaria, desde el momento que ingresa a la institución, además de que por su género, se podría entablar una relación empática, logrando con ello un mayor impacto en la promoción e información sobre los métodos anticonceptivos.

### **3. OBJETIVOS.**

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Involucrar al personal de enfermería en las actividades de promoción e información sobre los métodos anticonceptivos.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Que el personal de enfermería reconozca la importancia que tiene su participación, en la educación a la población sobre métodos anticonceptivos.

Motivar al personal de enfermería a la participación dentro de los programas de educación continua, para su desarrollo profesional.

### **4. METAS.**

Que el 100% del personal de enfermería asista al curso de capacitación.

### **5. ESTRATEGIAS.**

Evaluar el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de los métodos anticonceptivos.

Dar a conocer al personal de enfermería los aspectos relevantes del Programa de Planificación Familiar.

Involucrar al personal de enfermería en la investigación.

Implementar un programa de educación continua.

## **6. METODOLOGÍA.**

La forma de trabajo que se llevará en este programa será, a través de una invitación oficial de todo el personal de enfermería de todos los servicios, de los cuatro turnos.

## **7. CONTENIDO.**

- |            |  |
|------------|--|
| Unidad I   | Aspectos generales de anatomía.  |
| Unidad II  | Aspectos generales de los métodos anticonceptivos.<br>Temporales.<br>Definitivos.  |
| Unidad III | El DIU<br>Indicación de uso.<br>Mecanismo de acción.<br>Efectos colaterales.       |
| Unidad IV  | Información sobre el fundamento jurídico y normativo de la planificación familiar. |
| Unidad V   | Principios básicos de consejería.  |

## **8. LÍMITES.**

**TIEMPO:** 9 a 14hrs por tres días, tres veces al año.

**ESPACIO:** Aula del Hospital General de Salamanca, Gto.

**UNIVERSO:** Personal de enfermería del Hospital General de Salamanca, Gto.

## **9. RECURSOS.**

**R. HUMANOS:** Personal de enfermería, asistentes y ponentes.

**R. MATERIALES:** Acetatos, diapositivas, pizarrón, manuales, bibliografía, folletos y papelería de oficina.

## **10. EVALUACIÓN.**

Se iniciará con una evaluación previa a la capacitación, para identificar el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca de la planificación familiar.

Al término de la capacitación se realizará una segunda evaluación para verificar el nivel de aprovechamiento.

**7 ANEXOS.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN**

**"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ACEPTACIÓN DEL  
DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN PACIENTES POST-EVENTO  
OBSTÉTRICO Y LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE SALAMANCA, GUANAJUATO"**

Nº De cuestionario \_\_\_\_\_

**Elaborado por:**

**Aurora Concepción Flores García  
Lidia Ma. Eugenia Martínez Rodríguez  
Virginia Segoviano Oros**

**Con la asesoría de la  
Lic. María Magdalena Mata Cortés**

El presente cuestionario se ha elaborado en virtud de que es el instrumento con el que se podrá obtener la información. A partir de esta información se podrá obtener el análisis del tema a investigar a través de la elaboración de las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

#### **OBJETIVO.**

Recopilar datos de las fuentes fidedignas, a fin de conformar y recabar la información necesaria para comprobar o disprobar la hipótesis.

## **INSTRUCCIONES:**

El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones.

- Contestar de manera honesta las preguntas que a continuación se le solicitan.
- Marque con una X una opción de respuesta de cada pregunta, ya que si contestan dos opciones quedara invalidada.
- Todo lo recabado es absolutamente confidencial

Nota: De antemano agradecemos su colaboración en las respuestas que se den a este cuestionario, el cual servirá para realizar un trabajo de titulación de la Licenciatura en enfermería y obstetricia.

## CUESTIONARIO

1. ¿ Que edad tiene?

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su estado civil?

Casada \_\_\_\_\_

Soltera \_\_\_\_\_

Viuda \_\_\_\_\_

Unión libre \_\_\_\_\_

Divorciada \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su religión?

Católica \_\_\_\_\_

Protestante \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

4. ¿ A qué se dedica, o cuál es su trabajo?

Estudiante \_\_\_\_\_

Hogar \_\_\_\_\_

Empleada \_\_\_\_\_

Comerciante \_\_\_\_\_

Profesionista \_\_\_\_\_

Trabajador independiente \_\_\_\_\_

5. ¿ Qué estudios tiene?

Nunca fue a la escuela \_\_\_\_\_

Primaria incompleta \_\_\_\_\_

Primaria completa \_\_\_\_\_

Secundaria incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria completa \_\_\_\_\_

Preparatoria incompleta \_\_\_\_\_

Preparatoria completa \_\_\_\_\_

Carrera técnica o comercial \_\_\_\_\_

Licenciatura \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su domicilio?

Área urbana \_\_\_\_\_

Área suburbana \_\_\_\_\_

Área rural \_\_\_\_\_

7. ¿Motivo de internamiento al hospital?  
 Parto \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_
8. Antecedentes obstétricos  
 N° de embarazos \_\_\_\_\_  
 N° de partos \_\_\_\_\_  
 N° de abortos \_\_\_\_\_  
 N° de cesáreas \_\_\_\_\_
9. ¿Qué es para usted la planificación familiar?
10. ¿A recibido o asistido a pláticas de orientación acerca de la planificación familiar?  
 Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_
11. ¿A cuántas pláticas de planificación familiar a asistido o le han proporcionado?  
 Una vez \_\_\_\_\_  
 Dos veces \_\_\_\_\_  
 Más de dos veces \_\_\_\_\_
12. ¿El lugar donde ha recibido información de planificación familiar ha sido:  
 En el hospital antes del parto \_\_\_\_\_  
 En el hospital después del parto \_\_\_\_\_  
 En el hospital en la consulta externa \_\_\_\_\_  
 En la escuela \_\_\_\_\_  
 En otra institución de salud \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 En su casa \_\_\_\_\_
13. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?
14. ¿Cuál de ellos ha utilizado?
15. ¿El método de planificación familiar que ha utilizado, a sido por:  
 Yo lo elegí \_\_\_\_\_  
 El médico decidió el método \_\_\_\_\_  
 Me aconsejó mi pareja \_\_\_\_\_  
 Era el único que aplicaban en el hospital \_\_\_\_\_  
 Lo decidimos entre mi pareja y yo \_\_\_\_\_  
 No hubo respuesta \_\_\_\_\_

16. ¿En esta institución se le aplico o doto de algún método de planificación familiar?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

17. ¿En caso afirmativo ¿Cuál?

Hormonales ( inyecciones, pastillas) \_\_\_\_\_

Cirugía salpingoclasia \_\_\_\_\_

18. ¿Por qué eligió ese método de planificación?

19. ¿ En esta institución recibió usted información acerca del dispositivo intrauterino( DIU)?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

20. ¿ La información que recibió del dispositivo intrauterino fue por parte :

Del médico \_\_\_\_\_

De la enfermera \_\_\_\_\_

De la trabajadora social \_\_\_\_\_

21 Conoce el dispositivo intrauterino?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

22 Conoce como funciona el DIU?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

23 Del material de que esta hecho el dispositivo es :

Plástico \_\_\_\_\_

Cobre \_\_\_\_\_

Acero \_\_\_\_\_

Polietileno \_\_\_\_\_

No sabe \_\_\_\_\_

24 Después de que se le aplica el DIU ¿cuándo debe acudir a revisión?

No hay necesidad \_\_\_\_\_

Acudir a revisión a la semana \_\_\_\_\_

Acudir a revisión al mes \_\_\_\_\_

Acudir a revisión a los 6 meses \_\_\_\_\_

No sabe \_\_\_\_\_

25 ¿Los efectos secundarios del DIU son?

Ninguno \_\_\_\_\_

Expulsión del DIU \_\_\_\_\_

Menstruación con mayor cantidad \_\_\_\_\_  
Dolor \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

26 ¿ Las complicaciones del DIU son?

Ninguna \_\_\_\_\_  
Cáncer \_\_\_\_\_  
Encarnación \_\_\_\_\_  
Perforación \_\_\_\_\_  
No sabe \_\_\_\_\_

27 En esta institución no se le dotó o aplicó algún método de planificación familiar ¿ por qué?

No se le ofreció \_\_\_\_\_  
Se le ofreció y no lo aceptó \_\_\_\_\_

28 Se le ofreció el dispositivo intrauterino y no aceptó ¿por qué?

Desconoce como funciona \_\_\_\_\_  
No sabe dónde y como se coloca \_\_\_\_\_  
Desconoce el material del cual esta hecho \_\_\_\_\_  
Tiene temor a sus efectos \_\_\_\_\_  
Provoca irritaciones vaginales \_\_\_\_\_  
Provoca abortos \_\_\_\_\_  
Provoca cáncer \_\_\_\_\_  
Puede crear niños malformados \_\_\_\_\_  
Se encarna \_\_\_\_\_  
Por consejos familiares \_\_\_\_\_  
Su pareja no lo permite \_\_\_\_\_  
No lo ha consultado con su pareja \_\_\_\_\_  
Su religión no se lo permite \_\_\_\_\_  
Ausencia de su pareja \_\_\_\_\_ ¿por qué? \_\_\_\_\_  
Lo uso anteriormente y no la protegí \_\_\_\_\_  
Ninguna de las anteriores respuestas \_\_\_\_\_ otro motivo \_\_\_\_\_

29. Acepto la aplicación del dispositivo intrauterino y no se le aplico por:  
Contraindicación médica como:

Infección \_\_\_\_\_  
Desgarro post-parto \_\_\_\_\_  
Presencia de miomas \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

Por causas atribuibles al hospital:

Por falta de tiempo \_\_\_\_\_  
Por falta de materia \_\_\_\_\_

Por falta de personal \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

Por causa atribuible a la paciente:

Negación por tiempo en espera prolongado \_\_\_\_\_

Negación por contradicciones en la decisión médica \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

## 8 GLOSARIO.

**ABORTO.-** Expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad durante las primeras 20 semanas de embarazo. El feto pesa 499 gr o menos.

**ANTICONCEPCIÓN.-** Es el uso de un método anticonceptivo por una mujer, por un hombre o por ambos simultáneamente.

**ANTICONCEPCIÓN POSTPARTO.-** Es el empleo de métodos de planificación familiar en el periodo comprendido entre la resolución del evento obstétrico ( parto, cesárea, aborto) y la sexta semana después de la misma.

**ASESORÍA.-** Dar consejo o dictamen a alguien sobre algo.

**CAPACITACIÓN.-** Proceso educativo cuyo propósito es el que el personal se mantenga actualizado y apto para poder desempeñarse conforme a los requerimientos de un puesto específico.

**COERCIÓN.-** Contener, refrenar, sujetar.

**COMUNICACIÓN.-** Es el proceso por el que una persona transmite sus pensamientos, sentimientos ideas a otras. Es un medio que permite al individuo comprender a otra aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir instrucciones, enseñar y aprender.

**CONSEJERÍA.-** Proceso de comunicación personal mediante el cual se ayuda al solicitante a tomar decisiones acerca de su vida reproductiva en forma voluntaria conciente e informada.

**CONTRAINDICACIÓN.-** Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

**CULTURA.-** Es un complejo total que incluye dentro de sí el conocimiento, las creencias el arte, la moral, las leyes costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de una sociedad. ( E. Taylor).

**DERECHO.-** Conjunto de reglas a que están sometidos las relaciones humanas en una sociedad, y a cuya observancia puedan ser compelidos los individuos a la fuerza.

**DISCRIMINACIÓN.-** Dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos etc.

**DIU.-** Artefacto que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos con carácter temporal.

**ESTRATEGIA.-** Plan para llevar a cabo con éxito un proyecto.

**FACTOR DE RIESGO.-** Todo lo que aumenta la posibilidad de que se padezca una enfermedad.

**FERTILIDAD.-** Capaz de originar un nuevo individuo.

**GARANTIZAR.-** Seguridad de que algo se realizará o sucederá.

**GÉNERO.-** Conjunto de seres con caracteres comunes.

**HABITAT.-** Designa el escenario natural de la existencia humana, las condiciones físicas de la región habitada por un grupo de gente, sus recursos naturales, su clima, altura, y otras condiciones geográficas a las que se ha adaptado.

**HIPERMENORREA.-** Aumento de la cantidad de sangrado habitual.

**INFANTICIDIO.-** Muerte dada a un niño sobre todo recién nacido o próximo a nacer.

**INSERCIÓN.-** Introducir algo.

**INDICACIÓN.-** Prescripción, aplicación de un medicamento, práctica de examen ( laboratorio y gabinete) de acuerdo a las necesidades y factores de riesgo para la salud.

**MÉTODO ANTICONCEPTIVO.-** Son los procedimientos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

**ORIENTACIÓN.-** Dirigir una persona, cosa o acción hacia un fin determinado.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR.-** Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre responsable e informada sobre el número de hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, edad, y el estado social o legal de las personas.

**PRECAUCIÓN.-** Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar, bajo criterio clínico la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

**PROGRAMA.-** Exposición general de las intenciones o proyectos de una persona.

**SALUD REPRODUCTIVA.-** Es el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos.

**TRANSGRESIÓN.-** Quebrantar, infringir, un precepto, orden o estatuto.

**VIOLENCIA.-** Acción violenta o contra el natural modo de proceder.

**USUARIO.-** Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

## 9 BIBLIOGRAFÍA.

BURROUGHS Arlene. "Enfermería Maternoinfantil de Bleier". 5ª Edición. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill. México 1988. 542 p.

CANALES de Alvarado y Pineda. "Metodología de la investigación". Manual para el desarrollo del personal de salud. OPS 1989. 327 p.

GONZÁLEZ Bravo Francisco E. "Investigación de Salud". 2ª Edición. Facultad de medicina de León. México, 1997. 13 p.

HERNÁNDEZ Sanpieri. "Metodología de la investigación". 2ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill. México 1998. 501 p.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. "Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología". Subdirección General de Ginecología y Obstetricia, México 1998. 242 p.

LARIOS Ma. Antonieta y Martínez Palau (recopilaron). "Seminario de tesis. Antología". ENEO/UNAM, México, D.F. reimpresión 1998. 248 p.

LAROUSSE. "Diccionario de la lengua española". Editorial Larousse, México 1998. 727 p.

MONDRAGÓN Castro Héctor. "Obstetricia básica ilustrada". 4ª Edición. Ed. Trillas, México 1997. 822 p.

NORMAK Rohweder. "Bases científicas de la enfermería". 2ª Edición. Ed. La prensa mexicana. México, 1979. 712 p.

ORTEGA Gutiérrez Armando. "Metodología anticonceptiva". ENEO/UNAM. México, mayo 1996.

PARKER Anthon y Catherine; Thibodeau. "Anatomía y fisiología". Décima edición. Ed. Interamericana. México, 1983. 724 p.

QUIROZ Gutiérrez Fernando. "Anatomía Humana". Tomo III. Vigésima séptima edición. Ed. Porrúa. México, 1987. 513 p.

QUIRÓZ Gutiérrez Fernando. "Tratado de Anatomía humana". Tomo III. 27ª Edición. Ed. Porrúa. México, 1987. 513 p.

ROSENFELD Allan y Mahumoud F. Fatalla (redactores). "Manual de reproducción humana". Federación Internacional de Gineco-obstetras: Edit the Parthenon Publishing Group. Con la colaboración de la OMS, New York-London, 1995. 519 p.

RUBIO Severino y cols. (compilaron). "Obstetricia I. Antología". Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-200. Poder Ejecutivo Federal, 2ª Edición. ENEO/UNAM. México 1996. 731 p.

SECRETARÍA DE SALUD. "Derecho a la libre decisión". Dirección General de Salud Reproductiva, SSA 1998. 103 p.

SECRETARÍA DE SALUD. "Los métodos anticonceptivos y los procedimientos naturales". Subsecretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. México, 1992. 48 p.

SECRETARÍA DE SALUD. "Norma oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar Mayo 1994". 2ª Edición, México 1994.64 p.

SECRETARÍA DE SALUD. "Dispositivo Intrauterino". Subsecretaría de prevención y control de enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA 1999. 62 p.

[www.reproline.jhu.edu.com](http://www.reproline.jhu.edu.com) Derecho de autor 1995-2000.