



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS POSEVENTO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA, MICHOACÁN”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

PRESENTA
MA. MARTHA MARÍN LAREDO

DIRECTOR DE TESIS
LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Enero del 2002
Coordinadora de
Servicio Social

MÉXICO, D.F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS**A DIOS:**

Gracias por haberme regalado el tesoro más grande, la vida y darme la oportunidad de ser una persona de bien. Por ser siempre mi más querido y respetable amigo.

A MI MADRE:

Por su amor y comprensión durante estos largos años, por alentarme en los momentos que quise decaer, por acompañarme siempre y estar siempre conmigo en todos los momentos difíciles y agradables de mi vida personal y profesional.

A MIS HERMANOS:

Luz, Ana, Enrique y Humberto, por su apoyo permanente, comprensión infinita, por su amor y ser unos excelentes hermanos.

A MIS SOBRINOS:

Por su cariño y comprensión, exhortándolos a seguir superándose en su vida personal y profesional, especialmente a mi sobrina AMBRA por su amor y apoyo permanente e incondicional en los momentos no gratos de mi vida, así como en los momentos de felicidad que hemos disfrutado juntas "Gracias hermana Ambra".

A MIS AMIGAS:

Maria Cristina Equihua, Hilda Berenice Madrigal y Alicia Vivanco, gracias por su amistad invaluable ya que con su apoyo y cariño sincero logre dar este paso en mi vida y concluir una parte del camino que aun me queda por recorrer y continuar con mi superación profesional.

A MI DIRECTOR DE TESIS:

Por haberme brindado su apoyo incondicional y un poco de sus grandes conocimientos, así como su valioso tiempo para la elaboración de esta tesis.

CONTENIDO.

I.	INTRODUCCION.	1
II.	JUSTIFICACIÓN.	6
III.	OBJETIVOS.	9
	3.1 GENERAL.	9
	3.2 ESPECIFICOS.	9
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
V.	MARCO TEORICO.	11
	5.1 ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR A NIVEL MUNDIAL.	11
	5.2 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO.	14
	5.3 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.	21
	5.3.1. ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE P.F. AMBITO URBANO.	21

5.3.2. COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTI- CONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO IMSS ÁREA URBANA.	25
5.3.3. COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTI- CONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO IMSS MICHOACÁN.	25
5.3.4. COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTI- CONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO H.G.R. No. 1.	26
5.4 PRINCIPALES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	27
5.4.1 TEMPORALES.	27
5.4.2 DEFINITIVOS.	48
VI. METODOLOGIA.	52
6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	52
6.2. VARIABLES.	52
6.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.	52
6.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.	52
6.2.3. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES.	53
6.2.4. MODELO DE LA RELACIÓN CAUSAL DE LAS VARIABLES.	55

6.3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACION.	56
6.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.	57
6.5. CRITERIOS.	58
6.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	58
6.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	58
6.6. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	59
6.6.1. RECURSOS HUMANOS.	59
6.6.2. TIEMPO.	59
6.6.3. ESPACIO.	59
6.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	60
VII. RESULTADOS.	61
VIII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.	69
IX. CONCLUSIONES.	72
X. SUGERENCIAS.	74
XI. BIBLIOGRAFIA.	77
XII. ANEXOS.	81

I. INTRODUCCION

La experiencia del Sector Salud acerca de la metodología anticonceptiva, a partir del inicio de la prestación de servicios de planificación familiar suma alrededor de tres décadas, en una primera etapa con fines principalmente de regulación de la fecundidad y en la segunda, haciendo más énfasis en la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la prestación de estos servicios, como una acción médico – preventiva en el cuidado de la salud reproductiva de la población, con la finalidad de coadyuvar en la disminución de la morbimortalidad materna e infantil.

La identificación y valoración de factores de riesgo reproductivo es uno de los criterios que sirven de base para la selección del método anticonceptivo más conveniente en cada caso y para la orientación a la usuaria/o para un convencimiento bien informado en la adopción de la anticoncepción, lo cual ha llevado progresivamente a una racionalidad cada vez mayor en la prescripción y el uso de métodos anticonceptivos que va más allá de los parámetros tradicionales de edad y paridad utilizados en la selección anticonceptiva, para sustentarse cada vez con mayor énfasis, en las características y condiciones específicas de la vida de cada persona y en presencia o no de factores reproductivos.¹

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual para el uso de la metodología anticonceptiva, ED. IMSS, México, D.F. 1996 P. 7

El Instituto Mexicano del seguro social a partir de 1984 ha dado prioridad a la protección anticonceptiva posparto, trancesarea y posaborto como indicación médica con la finalidad de proteger la salud de la usuaria, a través de métodos de planificación familiar que le permitan espaciar sus embarazos (métodos temporales) o evitarlos mediante un método definitivo, de acuerdo a su riesgo obstétrico.

Las políticas del IMSS en materia de planificación familiar hacen énfasis en la promoción y prestación de métodos anticonceptivos los cuales se orientaran prioritariamente a la protección anticonceptiva posparto y posaborto; a los grupos de mujeres con riesgo reproductivo y obstétrico elevado; estos métodos deben ser seguros y eficaces, con mejores tasas de continuidad en su uso y con menos efectos indeseables.

Con la finalidad de ayudar a las parejas a tomar decisiones informadas y voluntarias respecto a su fecundidad, el equipo de salud de las unidades medicas utiliza la consejería para que durante o después del evento obstétrico se le proporcione un método anticonceptivo a la usuaria, con consentimiento informado.

El programa de planificación familiar esta considerado como una de las más altas prioridades en la salud materna, por lo que al analizar las coberturas anticonceptivas posevento obstétrico en el Hospital General Regional No. 1 en los últimos años, me llamo la atención que estas fueron a la baja, que a través del tiempo, las usuarias de este hospital aceptaran menos un método anticonceptivo posevento obstétrico, lo que motivó a la autora de esta investigación a realizar el presente trabajo, el cual esta estructurado con el objeto de identificar los factores personales, médicos, socioculturales y las causas atribuibles a la institución que contribuyen a la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos posevento obstétrico.

Para efectuar el análisis integral y sistematizado este trabajo esta estructurado con los siguientes apartados: Introducción, en este se proporciona una información general del contenido de la investigación. Justificación, en donde se presenta el comportamiento de la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico en el H.G.R. No. 1, en los últimos años y se compara con el Nivel Nacional y Delegacional IMSS.

En cuanto al Planteamiento del Problema, surgió la necesidad de identificar las causas o factores que influían en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos.

En el Marco Teórico, se hace una revisión de los antecedentes de la planificación familiar a Nivel Mundial, México e Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel Nacional, Delegacional y H.G.R. No.1.

Dentro de la Metodología utilizada en la investigación, no se plantea hipótesis porque es un estudio que no pretende comprobación de la misma, sino que busca aspectos nuevos del objeto de estudio, retrospectivo y transversal ya que se consideró el periodo del 2 de enero al 28 de febrero de 1999. La recopilación de la información se realizó a través de una encuesta estructurada, la cual incluyo los factores personales, médicos, socioculturales de las usuarias y un apartado en donde se consideran las causas atribuibles a la institución, así como la revisión del expediente clínico de cada cliente.

En la muestra se incluyeron a 390 usuarias posevento obstétrico.

Los Resultados se presentan a través de cuadros y gráficas que se obtuvieron mediante programa de computación.

Discusión y análisis, es este apartado se realiza una contrastación entre las referencias bibliográficas y los resultados obtenidos.

Conclusiones, en este rubro se precisa cual es la (s) causas que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos.

En las Sugerencias, se mencionan algunas recomendaciones para fortalecer el Programa de Salud Reproductiva e incrementar las coberturas anticonceptivas posevento obstétrico.

En la Bibliografía, se hace referencia a los autores consultados que facilitaron la estructuración de esta investigación.

Se espera que la información de este trabajo sirva de base a nuevas investigaciones en donde la práctica profesional de enfermería aporte nuevos conocimientos a la salud reproductiva y planificación familiar y se traduzca en impactos positivos en la salud de la población materno infantil.

II JUSTIFICACION

La normatividad sobre planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, está sustentada entre otras, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Plan Nacional de Desarrollo, Ley General de Salud, Ley General de Población, y en la Norma Oficial Mexicana, en la cual se reconoce como importante el consentimiento informado en el otorgamiento de la metodología anticonceptiva, y precisa que las (os) usuarios deciden de manera voluntaria, suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo. La aceptación del método queda consignado al firmar la hoja del consentimiento informado.

Por lo que respecta a la protección anticonceptiva posevento obstétrico en el Hospital General Regional No 1 de Morelia, Michoacán, los datos estadísticos de los últimos años muestran el siguiente comportamiento:

En 1993 la cobertura anticonceptiva fue del 51.9 por ciento cifra muy inferior al nivel Delegacional y Nacional IMSS de 71.5 y 66.9 por ciento respectivamente .

Para 1994, el comportamiento de la cobertura anticonceptiva en el Hospital se incrementó a un 66.0 por ciento, cifra inferior a la Delegacional de 76.2 por ciento y Nacional de 66.5 por ciento.

En 1995, se observó un incremento en la cobertura anticonceptiva en el Hospital, obteniendo un 91.2 por ciento, cifra superior a la referencia Delegacional y Nacional 82.2 y 68.5 por ciento respectivamente .

A partir de 1996, la tendencia de la cobertura anticonceptiva en el Hospital es a la baja ya que este año fue del 75.7 por ciento ligeramente inferior a la Delegacional de 76.7 y superior a la Nacional 68.9 por ciento.

En 1997 se alcanzo una cobertura del 57.1 por ciento cifra muy inferior a la Delegacional 63.7 y Nacional 66.4 por ciento.

En 1998 la cobertura en el Hospital fue de 56.0 por ciento, cifra inferior a la Delegacional de 58.1 y Nacional de 66.6 por ciento.

Al actualizar esta tesis, observo que aun persisten las coberturas anticonceptivas posevento obstétrico en el Hospital con tendencia a la baja, ya que en 1999 se logro una cobertura del 56.3 por ciento Delegacional de 59.7 por ciento y Nacional de 66.5 por ciento.

Para el 2000 el H.G.R. No. 1, reporto una cobertura del 48.2 por ciento.^{2,3}

2. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Anuarios Estadísticos 1993-2000*, Ed. Jefatura de Salud Reproductiva y Materno-infantil. México, D.F. 1993-2000. P. 52.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Sistema Único de Información*, Ed. IMSS-Delegación Michoacán. Morelia, Mich. 1993-2000.

Las fluctuaciones en el porcentaje de aceptantes de métodos de planificación familiar ha obedecido a cambios en la política nacional de planificación familiar ya que en años anteriores a la usuaria se le aplicaba un método anticonceptivo como una indicación médica, con enfoque de atención integral de salud, sin tomar en cuenta el consentimiento informado y la aceptación de la pareja.

El relativo éxito obtenido en 1995, en el hospital fue revertido una vez que se establece en la Norma Oficial Mexicana el consentimiento informado para la aceptantes de métodos de planificación familiar.

La disminución tan importante de mujeres que egresan del hospital sin protección anticonceptiva posevento obstétrico, fue lo que motivó a investigar los posibles factores y/o causas de tipo personal, médico, sociocultural y atribuible a la institución, que influyen en dicho comportamiento.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Identificar los factores personales, médicos, socioculturales de las usuarias y causas atribuibles a la Institución que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en las usuarias del H.G.R. No 1 de Morelia, Michoacán.

3.2 ESPECIFICOS

- 3.2.1 Reconocer los factores personales , médicos y socioculturales de las usuarias posevento obstétrico que aceptan o rechazan un método anticonceptivo.**

- 3.2.2 Detectar las causas atribuibles a la Institución que influyen en la aceptación o rechazo de un método anticonceptivo posevento obstétrico.**

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento reproductivo de las usuarias posevento obstétrico depende de múltiples factores como: la motivación para regular la fecundidad, socioeconómicos, culturales, médicos, de información, promoción, capacitación y otros. Como se mencionó anteriormente, la aceptación de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en usuarias del Hospital General Regional No 1, en los últimos años tiene tendencia a la baja, por lo que se hace el siguiente planteamiento:

¿ Los factores personales, socioculturales, y médicos de las usuarias, así como las causas atribuibles a la Institución influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos posevento obstétrico?

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR A NIVEL MUNDIAL

Los programas de planificación familiar han sido desarrollados para ofrecerle a la gente un medio que le permita tener el número de hijos que desea y reducir la incidencia de embarazos no deseados, así como mejorar la salud materno infantil y coadyuvar a un crecimiento más lento de la población y a un desarrollo económico más acelerado.

En 1987 el Comité Internacional de Población efectuó una investigación de lo que se conoce sobre los riesgos y los beneficios de los métodos anticonceptivos en relación con la salud, los efectos de los patrones reproductivos (número, calendario y espaciamiento de los nacimientos) sobre la salud materno-infantil, así como las tendencias y diferencias de estos patrones reproductivos en el mundo en desarrollo.

El grupo de trabajo designado para efectuar dicha investigación llegó a la conclusión de que los programas de planificación familiar ayudan a mejorar la salud de las mujeres en países subdesarrollados, al proporcionar medios seguros y eficaces para que éstas reduzcan el número de partos y los embarazos de alto riesgo.

Esta investigación mostró los cambios demográficos que se han registrado en todo el mundo en desarrollo, especialmente lo relacionado con la fecundidad, observándose que entre los factores más importantes que han contribuido a la

disminución de la fecundidad, esta la accesibilidad y uso de anticonceptivos modernos y el incremento de la edad en que las mujeres se casan y tienen su primer hijo. Sin embargo, a pesar de las disminuciones registradas en la fecundidad y en la mortalidad materna e infantil, persisten grandes diferencias en los niveles de fecundidad y de mortalidad en el mundo en desarrollo y los países más desarrollados.

El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer fluctúa en más de una de cada 25 en algunas regiones de África y considerablemente menos de una de cada 1000 en los Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental.

La mortalidad materna relacionada con la reproducción sigue siendo elevada en la mayoría de los países en desarrollo, sobre todo en el área rural, en comparación con los niveles de las naciones industrializadas. Se ha determinado que la mortalidad materna en los países en desarrollo fluctúa entre 100 a 700 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, correspondiendo los niveles más altos al África subsahariana y Asia del sur. Estas tasas implican un total estimado de 500,000 muertes maternas cada año, registrándose más del 98.0 por ciento de ellas en los países en desarrollo. En las naciones industrializadas la tasa actual de mortalidad materna es menor de 10 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

Con excepción del África subsahariana, la fecundidad disminuye en todas las regiones del mundo en los últimos decenios. En forma concomitante el uso de anticonceptivos se ha incrementado significativamente en las áreas donde los niveles

de prevalencia de anticonceptivos era alto, así como en aquellas regiones donde los niveles iniciales de uso eran bajos. El incremento de uso de anticonceptivos ha sido rápido en algunos países como Tailandia y mucho más lento en otros, como Egipto y Pakistán.

La tendencia de usuarias de métodos anticonceptivos durante el periodo 1970-1990 en algunos países del mundo tuvo el siguiente comportamiento.

En 1970 la Republica de Corea tenía aproximadamente un 35.0 por ciento de usuarias con método anticonceptivo; Tailandia 35.0 por ciento; Egipto 25.0 por ciento; India 18.0 por ciento; Japón 55.0 por ciento; El Salvador 18.0 por ciento y México un 28.0 por ciento.

Para 1990 las cifras fueron: Republica de Corea 70.0 por ciento; Tailandia 70.0; Egipto 30.0; India 35.0; Japón 80.0; El Salvador 50.0; y México 65.0 por ciento.

El incremento del uso de anticonceptivos en las naciones en desarrollo se debe, en parte, al respaldo que le han brindado los gobiernos a los servicios de planificación familiar, lo que ha incrementado la accesibilidad de los anticonceptivos. También se ha otorgado respaldo de carácter público porque cada día se reconoce más plenamente que la capacidad de determinar el número y el espaciamiento de los propios hijos es uno de los derechos humanos básicos.⁴

4. National Research Council. *Anticonception y Reproduccion*, Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1999 p. 1-11.

5.2 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO.

La Planificación Familiar como acción organizada, surgió en la mayoría de los países latinoamericanos principalmente como una respuesta para armonizar el crecimiento de la población, con las posibilidades de desarrollo económico y social; de tal manera que aún cuando llevara implícita también la posibilidad de coadyuvar a la disminución de la morbilidad materna e infantil, predominaron propósitos esencialmente demográficos.

En su evolución, se fue incrementando en forma progresiva el reconocimiento de las interrelaciones e influencia en la conducta reproductiva en la salud de la población y por lo tanto, la necesidad de la integración de los Servicios de Planificación Familiar como parte de los programas de atención a la salud, particularmente del grupo materno infantil.⁵

En nuestro país, la política de población tuvo una orientación pronatalista hasta los primeros años de los setenta, expresada oficialmente en la Ley General de Población decretada en 1947.

Es hasta 1973, cuando se incorpora a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º que dice :

5. Academia Mexicana de Investigación en Demografía A. C. ¿Qué es un Programa de Planificación Familiar? Ed. AMIDEM; IMSS México, D.F. 1987 p. 7.

“El varón y la mujer son iguales ante la ley, esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”.

“ Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos”.

Como consecuencia de este precepto constitucional, en 1974, se decretó la Nueva Ley General de Población y se creó el Consejo Nacional de Población.

Estos cambios permitieron a las instituciones del Sector Salud, iniciar oficialmente las acciones de Planificación Familiar, si bien, con veinte años de retraso.⁶

Es hasta 1977, cuando el Ejecutivo Federal decide darle carácter prioritario a las actividades de planificación familiar, creándose la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar integrada por las instituciones del sector salud, en este mismo año se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar.⁷

Esta decisión política del Ejecutivo Federal, tuvo como base el diagnóstico de la situación demográfica del país y la evaluación de las actividades de planificación familiar realizadas previamente por dependencias oficiales.

Algunos de los objetivos del Plan Nacional de Planificación Familiar fueron:

6. **Ibid. P. 20-21.**

7. **Ibid. P. 22-24.**

- Promover y prestar servicios de planificación familiar, para proporcionar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.
- Disminuir la morbilidad materno-infantil y regular la fecundidad.
- Desarrollar programas de educación en planificación familiar para el sector salud, así como de información y orientación formal e informal para toda la población.

El Plan Nacional de Planificación Familiar partió de un hecho sin precedente, el establecimiento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazo; es decir, reducir la tasa de crecimiento natural de la población de 3.2 por ciento en 1976 al 2.5 por ciento para 1982; al 1.9 por ciento para 1988 y al 1.4 por ciento para 1994, metas que no se lograron, ya que para 1995 se tenía un crecimiento natural de 2.1 por ciento.

Hasta mediados de la década de los sesenta la fecundidad era muy elevada, en promedio las mujeres tenían al final de la vida reproductiva alrededor de siete hijos. En las siguientes décadas, la fecundidad desciende rápidamente con el siguiente comportamiento: En 1975 la tasa global de fecundidad fue de 5.6 por ciento y para 1990 de 3.2 por ciento y en 1995 las mujeres tenían un promedio de 2.9 hijos.⁸

8. Population Council. Resultados de Investigación para mejorar los servicios de Planificación Familiar, Ed. INOPAL III. México, D.F. 1998. P. 15

En 1976 el porcentaje de mujeres en edad fértil que regulaban la fecundidad era del 30.2 por ciento, esta cobertura tuvo un importante incremento de casi tres puntos porcentuales anuales hasta alcanzar un nivel del 47.7 por ciento en 1982; para 1992 el porcentaje fue de 63.1 y en 1995 fue de 66.5 por ciento . Este incremento se ha asociado a la expansión de la oferta de servicios de planificación familiar en el sector público y a la demanda existente entre la población del país.⁹

Las coberturas de uso por grupo de edad son el resultado de la oferta de métodos anticonceptivos y de las intenciones reproductivas de la pareja. En 1976, las coberturas más elevadas se observaron en el grupo de 25 a 39 años de edad con niveles de protección de un 38.0 por ciento.

En 1995 casi el 80.0 por ciento de las mujeres entre 35 y 39 años tenía protección anticonceptiva.

La cobertura de mujeres en edad fértil unidas en el grupo de 20 a 34 años fue del 66.7 por ciento.

En la Republica Mexicana el uso de anticonceptivos en mujeres del área urbana se ha incrementado notablemente en las últimas décadas (1976-1995) con un comportamiento para 1976 del 41.2 por ciento y para 1995 de 71.3 por ciento.

9. Ibid. P 16.

Por lo que respecta por entidad Federativa en 1995 el estado que tenía la más alta cobertura anticonceptiva en mujeres fértiles unidas del área urbana fue Veracruz con 78.0 porciento y el estado con cifras más bajas en este rubro fue Michoacán con un 58.2 porciento.¹⁰

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar efectuada en 1995, mostró los siguientes resultados: El nivel de escolaridad sigue marcando diferencias importantes en el uso de métodos anticonceptivos; a nivel nacional la cobertura entre las mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos en áreas urbanas tiene el siguiente comportamiento: Sin escolaridad el 59.1%; primaria incompleta el 65.9%; primaria completa el 72.7% y secundaria y más el 73.9%.

Por lo que respecta al Estado de Michoacán las mujeres unidas que usan métodos de planificación familiar según nivel de escolaridad fue: Sin escolaridad el 50.7%; primaria incompleta el 55.3%; primaria completa el 58.9% y secundaria y más el 60.3%.

Esta encuesta nacional precisa que las mujeres unidas que no desean un métodos anticonceptivos son por las siguientes razones :

10. Ibid. P. 17-18.

- 14.5 por ciento no conoce los métodos anticonceptivos, no sabe como usarlos y donde obtenerlos.
- 11.5 por ciento esta lactando y prefiere no utilizar un método anticonceptivo.
- 11.1 por ciento no los utiliza por “ausencia temporal de pareja”.
- 11.1 por ciento no está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.
- 9.1 por ciento tiene temor a efectos colaterales.
- 4.0 por ciento tuvo efectos colaterales.
- 3.6 por ciento su pareja se opone a que use métodos.
- 3.3 por ciento tenía alguna enfermedad y prefiere no usar un método.
- 1.6 por ciento esta lactando y cree que le puede afectar el uso de un método anticonceptivo.
- 1.3 por ciento su religión se opone.
- 28.8 por ciento otras causas.

En el Estado de Michoacán los resultados fueron:

- 21.6 por ciento con “ausencia temporal de pareja”.
- 15.4 por ciento está lactando y no lo considera necesario.
- 14.9 por ciento tiene temor a los efectos colaterales.
- 12.9 por ciento su pareja se opone al uso de métodos anticonceptivos.
- 9.5 por ciento no conoce métodos anticonceptivos / no sabe como usarlos / no sabe donde conseguirlos.

- 4.9 por ciento no esta de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.
- 2.7 por ciento esta lactando y cree que le puede afectar el uso de algún método anticonceptivo.
- 1.6 por ciento su religión se opone.
- 1.4 por ciento tiene alguna enfermedad y prefiere no usar un método anticonceptivo.
- 0.4 por ciento tuvo efectos colaterales.
- 14.7 por ciento otras causas.¹¹

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en el capítulo 4.5.1 referente a la salud menciona: “El perfil demográfico del país está sufriendo una transformación radical, debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil y los programas de planificación familiar”.¹²

El 15 de febrero de 1995 en la Ciudad de México se instaló formalmente para el periodo 1995-2000 el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, constituido por Instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población y las organizaciones no gubernamentales que desarrollan actividades de Salud Reproductiva. Este grupo estructuró el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. El cual señala como acción prioritaria mejorar la salud reproductiva del trinomio padre/madre/hijo, con una participación equitativa entre géneros que propicien un cambio en el patrón de comportamiento reproductivo en las parejas”.¹³

11. Pathfinder Internacional México. Indicadores básicos sobre Planificación Familiar en la fase intermedia de la SD ES. México, D.F. 1996 p. 19.

12. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Ed. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. México, D.F. 1995.

13. Cardona Pérez A. La salud reproductiva en la Seguridad social. Ed. IMSS. México, D.F. 1987.

5.3 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

En el instituto Mexicano del Seguro Social, las acciones de protección anticonceptiva se iniciaron en el periodo 1967 a 1969 con carácter de investigación médica sobre la regularización de la fecundidad.

En noviembre de 1977 el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó la transformación del Departamento de Planificación Familiar de la Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva en Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, como dependencia directa de la Subdirección General Médica.

5.3.1 ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AMBITO URBANO.

Por lo que respecta a la organización de los servicios de planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social se identifican tres sistemas:

SISTEMA VERTICAL

El sistema vertical (1972-1976) en donde la prestación de los servicios estuvo a cargo de grupos específicos, incorporados en áreas de consulta externa de las unidades de medicina familiar con mayor número de población adscrita, e integrados por ginecobstetras, trabajadoras sociales, auxiliares de enfermería y en algunos casos por un psicólogo. En áreas de hospitalización, la prestación de los

servicios de planificación familiar se orientó fundamentalmente a la atención de la demanda de métodos quirúrgicos en grandes multíparas o mujeres con antecedentes de abortos repetidos.

SISTEMA MIXTO

En el sistema mixto (1977-1979), la prestación de servicios de planificación familiar, continuó a cargo de equipos específicos de personal, la propia demanda de la población comprometió progresivamente al equipo multidisciplinario de salud de las unidades médicas a participar en la promoción educativa y prestación de estos servicios, pasando de un “sistema vertical” mediante “módulos de planificación familiar”, a uno “mixto” e iniciándose así su integración al sistema médico familiar.

SISTEMA HORIZONTAL

A fines de 1978 se realizó una encuesta interna en el Instituto Mexicano del Seguro Social para conocer la aceptación del programa de planificación familiar con la participación del médico familiar, la cual demostró, entre otros aspectos, la importancia que tiene el consejo médico en la decisión de las mujeres para el uso de métodos anticonceptivos. El resultado de la encuesta permitió a la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar que en 1980 se efectuara la “horizontalización” de los servicios de planificación familiar a fin de integrarlos plenamente a las actividades propias de los equipos de salud y fomentar tanto en la población, como en el prestador de servicios, una dimensión más amplia de la planificación

familiar, pasando de un concepto de simple protección anticonceptiva a la identificación de una de las acciones fundamentales de la promoción y protección de la salud, especialmente materno-infantil, a fin de permitir la procreación en edades más favorables de la vida reproductiva de la mujer, el adecuado espaciamiento de los hijos y evitar los embarazos de alto riesgo. Es importante señalar que esta “horizontalización” de los servicios se integró en los tres niveles de atención.¹⁴

Actualmente los Servicios de Planificación Familiar, como parte del cuidado de la salud reproductiva de la población, se otorgan respetando el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Es así que las actividades de promoción educativa dirigida a la población sobre protección anticonceptiva, se consideran la base fundamental, tanto para la aceptación de la metodología anticonceptiva, como para el logro de una conducta adecuada de su salud.

La promoción y prestación de los servicios de protección anticonceptiva se orientan prioritariamente a la protección anticonceptiva posparto, transcesarea y posaborto y a las mujeres con riesgo reproductivo y embarazo de alto riesgo.

14. Academia Mexicana de Investigación Demográfica A.C. ¿Qué es un programa de planificación familiar?. Ed. AMIDEM. IMSS. México, D.F. p. 33-34.

El programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha caracterizado por un intenso y continuo proceso de evaluación, tanto de los resultados como de sus interrelaciones, efectos y repercusiones desde los puntos de vista demográfico, económico, social y de la salud de la población; la relación salud-planificación familiar evolucionó y se hizo más evidente al analizarla y concretarla en función del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil, entendido como el aumento de la posibilidad que tiene tanto la mujer como el futuro hijo de sufrir enfermedad o muerte, en el caso de ocurrir el embarazo en presencia de ciertos factores.

El enfoque de riesgo reproductivo y obstétrico destaca la importancia y el verdadero valor de la protección anticonceptiva, como una indicación médica de carácter eminentemente preventivo, en la atención de la población materno infantil, al margen de cualquier consideración de índole política, demográfica, económica y religiosa.¹⁵

La calidad del programa de planificación familiar en el IMSS se ha reflejado en la aceptación cada vez mayor de las usuarias con métodos de mayor continuidad, más eficaces y con menos efectos indeseables (dispositivos intrauterinos y métodos quirúrgicos), lo cual a su vez favorece la posibilidad de incrementar la cobertura de usuarias activas y con ello lograr un impacto en la demografía y en la salud de la población.¹⁶

15. Academia Mexicana de Investigación Demográfica A.C. *¿Qué es un programa de planificación familiar?*. Ed. AMIDEM-IMSS. México, D.F. p.7.

16. Academia Mexicana de Investigación Demográfica. *¿Qué es un programa de Planificación Familiar?*. Ed. AMIDEM-IMSS. México, D.F. 1996. p. 64.

5.3.2 COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO IMSS ÁREA URBANA.

Por lo que respecta a el área urbana IMSS la cobertura de protección anticonceptiva (parto y aborto) en 1983 fue de 28.3 por ciento y para 1986 fue de 42.7 por ciento.

En 1993 la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico (parto, aborto y cesarea) fue de 66.9 y para el año 2000 del 66.9 por ciento.

5.3.3 COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO IMSS MICHOACÁN.

En la delegación Michoacán del IMSS la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico (parto, aborto y cesarea) presento el siguiente comportamiento: en 1993 fue de 71.5 por ciento en 1995 del 82.2 por ciento; 1999 del 59.7 por ciento y para el 2000 del 57.0 por ciento.

5.3.4 COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSEVENTO OBSTÉTRICO EN EL H.G.R. No. 1.

En el Hospital General Regional No. 1, la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico (parto, aborto y cesarea) fue de: 1993 del 51.9 porciento; 1995 del 91.2 porciento; 1999 fue de 56.3 porciento y para el 2000 fue del 48.2 porciento.

El indicador nacional IMSS de cobertura posevento obstétrico hasta el 2000 fue del 80.0 porciento y a partir del 2001 la Jefatura de Salud Reproductiva y Materno-Infantil reestructuro este indicador a 63.4 porciento.¹⁷

17. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. ANUARIOS ESTADÍSTICOS 1993-2000, Ed. de salud reproductiva y Materno-infantil. México, DF. 1993-2000. P.52

5.4 PRINCIPALES METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

5.4.1 TEMPORALES.

5.4.1.1 BARRERA

CONDÓN O PRESERVATIVO

CONDÓN MASCULINO: Cubierta plástica que se coloca sobre el pené durante el coito, evitando que los espermatozoides penetren en la vagina.

Contiene un reservorio para el semen y generalmente está lubricado; el material más utilizado para su fabricación es el látex.

Se recomienda el uso del condón como apoyo o sustitución de otros métodos anticonceptivos, así como cuando existe riesgo de exposición a adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Precauciones en su uso: Dejar un espacio muerto (reservorio) y extraerle el aire para recibir el semen; colocarlo cuando el pene esté erecto, y retirarlo posterior a la eyaculación y antes que el pene pierda su erección; usar lubricación adicional sólo si se requiere.

Mecanismos de acción: Impide el depósito de espermatozoides en la vagina.

Ventajas:

1. Proporciona anticoncepción confiable. (Tasa de eficacia del 85%)
2. Es de bajo costo y fácil adquisición.
3. Es pequeño, de peso mínimo y desechable.
4. No requiere supervisión médica, ni vigilancia.
5. El hombre participa y se responsabiliza en la planificación familiar, así como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
6. No tiene efectos colaterales y/o adversos.^{18,19,20}

Desventajas:

1. Su principal falla anticonceptiva se debe a la utilización incorrecta e inconstante.

18. Fundación Mexicana para la Planificación Familiar. Métodos anticonceptivos. México, D.F. p. 4.

19. Universidad Nacional Autónoma de México. Antología. Obstetricia I Ed. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. 1996 p. 228

20. Salazar M. Agustín. Tesis Adolescencia. Educación sexual y Métodos anticonceptivos. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. p. 49.

CONDÓN FEMENINO: Consiste en una funda suave y floja de poliuretano con un anillo flexible en cada extremo. El anillo exterior permanece fuera de la abertura vaginal y proporciona protección adicional contra las enfermedades de transmisión sexual al cubrir los genitales exteriores. El anillo interior protege el canal vaginal y el cérvix, impidiendo el paso de los espermatozoides hacia el útero.

Ventajas:

1. Protección efectiva contra el embarazo y enfermedades de transmisión sexual.
2. Es desechable y de un solo uso.
3. Permite la participación responsable de la mujer en el control de la natalidad y prevención de ETS, sobre todo cuando la pareja sexual se niega a utilizar algún anticonceptivo.
4. No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

1. El costo es cuatro veces mayor que el del condón masculino.
2. Falta de aceptabilidad de la mujer debido a incomodidad física, manipuleo vaginal y apariencia del condón, entre otros.^{21,22}

21. Universidad Nacional Autónoma de México. *Antología. Obstetricia*. I Ed. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. 1996 p. 228
22. Salazar M. Agustín. *Tesis Adolescencia. Educación sexual y Métodos anticonceptivos*. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. p. 49.

DIAFRAGMA: Cúpula de goma curvada rodeada por un anillo metálico flexible, que se aloja en la vagina y cubre el cérvix uterino. (Se ajusta por detrás del pubis y sobre la cérvix, en el fondo de saco posterior).

Existen de varios tamaños, y es necesario que esté ajustado, debiéndose cambiar de tamaño después del embarazo, cirugía ginecológica, o después de una ganancia o pérdida de peso de cinco o más kilogramos.

Actúa como barrera mecánica evitando el depósito directo del semen en el moco cervical, ya que bloquea el orificio cervical y de esta manera los espermatozoides no pueden entrar al canal cervical. Se usa conjuntamente con crema espermaticida para una mayor protección.

Ventajas:

1. Tasa de eficacia hasta de un 85%.
2. Su uso es relativamente sencillo.
3. No interfiere con la función fisiológica ni altera la sensación sexual en la mayoría de las mujeres.
4. No tiene efectos colaterales y/o adversos.

Desventajas:

1. Requiere un gasto relacionado con la consulta médica, y con la adquisición del diafragma y el espermaticida.
2. Requiere supervisión médica.
3. Si no hay suficiente motivación y previsión, puede dar lugar a embarazos fortuitos.
4. Rechazo al diafragma en algunas mujeres porque implica manipuleo vaginal.
5. Fallas frecuentes en su uso: Tamaño incorrecto, error en la inserción.
6. Puede producir infecciones intrapélvicas, tales como cistitis recurrentes (debido a la presión que ejerce el borde hacia arriba contra la uretra).
7. Debe dejarse insertado por más de seis horas.^{23,24}

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): Método anticonceptivo que se inserta en el útero, y se deja en él por periodos que varían de entre un año (Progesteron, con medicamento = progesterona) o hasta ocho años (Para Gard, con cobre).

Aún cuando su forma de acción no se conoce por completo, se cree que el DIU actúa como cuerpo extraño en el útero, creando un ambiente hostil en la implantación. Además, hay una liberación gradual de medicamentos y/o metal en pequeñas cantidades. Existen entre otros, la espiral y la forma T.

23. Ibid p. 227-228.

24. Ibid p. 50-51.

Tipos:

T380 de cobre (es el mas utilizado en el sector salud), Multiload 375, Novat, DIU liberador de LNG, Dispositivo intracervical (DIC), DIU hormonal.

Teorías sobre el modo de acción del DIU:

- a. El DIU es un cuerpo extraño para el útero y origina una respuesta inflamatoria endometrial, lo que a su vez altera el ciclo menstrual. Las células inflamatorias pueden ser espermatocidas y/o además dañar al óvulo, de modo que no se efectúa la fecundación.
- b. Los espermatozoides son inmovilizados a su paso a través de la cavidad uterina.
- c. El moco cervical es alterado en consistencia y ph por la liberación de progesterona.
- d. El cobre puede alterar el metabolismo intracelular endometrial.

Indicación:

Constituye la primera opción en mujeres de 35 años, con antecedentes de gestación, con riesgo reproductivo alto o bajo.

Es la primera opción en mujeres de 20 años, sin antecedentes de gestación, con riesgo reproductivo alto.

Ventajas:

1. Costo mínimo.
2. Tasa de eficacia de un 95%.
3. Permanencia mayor en comparación con otros anticonceptivos.
4. Cuando la mujer desea embarazarse, puede hacerlo al momento de retirar el DIU.
5. Recomendado para mujeres que ya han tenido embarazos y tienen pareja estable.

Desventajas:

1. El proceso inflamatorio originado por el DIU puede aumentar la contractilidad uterina después de la colocación y originar la expulsión del DIU.
2. Aumenta la menstruación en cantidad y duración en días.
3. Puede ocasionar hemorragias intermenstruales.
4. Durante la menstruación, la mujer puede presentar espasmos, hemorragia abundante, inflamación y/o dolor pélvico.
5. Aumenta la frecuencia de embarazo ectópico, sobre todo el DIU Progestasert.
6. El DIU con Progestasert no debe ser utilizado por mujeres con historia clínica de gonorrea o de infecciones por clamidia, por el riesgo del aumento de infecciones concurrentes intrapélvicas.

Contraindicaciones:

- Embarazo
- Cáncer cérvico uterino
- Infección postparto o postaborto
- Miomatosis uterina
- Enfermedad pélvica inflamatoria ^{25,26,27}

25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual para el uso de la metodología anticonceptiva. Ed. IMSS. México, D.F. 1994 p. 20-24.

26. Universidad Nacional Autónoma de México. Antología. Obstetricia I Ed. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. 1996 p. 230-240.

27. Salazar M. Agustín. Tesis Adolescencia. Educación sexual y Métodos anticonceptivos. U.N.A.M. ENEO. SUA. México, D.F. 1997 p. 51-52.

5.4.1.2 QUIMICOS

ESPERMATICIDAS: Las preparaciones que actualmente existen incluyen supositorios, jaleas, cremas, tabletas, esponjas y espumas. Tienen dos ingredientes principales: un agente espermaticida y un material básico inerte en el que se administra; Así, los supositorios tienen una base como gelatina que se derrite con la temperatura corporal; las jaleas y las cremas se encuentran en forma líquida y se introducen dentro de la vagina con un aplicador; las tabletas contienen un material efervescente que reacciona con líquidos vaginales para difundir el espermaticida; la espuma se aplica en aerosol, y la esponja es un pequeño disco de poliuretano de ajuste universal que se adapta al cuello uterino, y está empacado con espermaticida.

Mecanismo de acción:

1. Los espermaticidas colocan una barrera mecánica a través de la porción superior de la vagina y de la entrada al conducto endocervical.
2. Los agentes espermaticidas ejercen un efecto letal directo sobre el espermatozoide.

Ventajas:

1. No requiere de vigilancia médica.
2. Son de precio accesible y de fácil adquisición.
3. Ofrecen un rango elevado de seguridad.
4. Pueden colocarse hasta por 18 horas antes del coito y proporcionan protección hasta por 24 horas.

Desventajas:

1. Para su uso requieren de orientación, participación, motivación y responsabilidad de quienes deciden usar estos métodos.
2. Pueden producir reacciones alérgicas o de irritación de la mucosa vaginal.
3. Algunos espermaticidas absorben gran cantidad de secreciones vaginales, ocasionando resequedad.
4. Para muchas mujeres es incómodo y antihigiénico el manipuleo vaginal.
5. Aumenta la incidencia de infecciones por hongos (candidiasis).
6. Al retirar la esponja, ésta puede llegar a romperse por falta de precaución.
7. Deben mantenerse por lo menos seis horas después del coito, evitando las duchas vaginales^{28,29}.

28. Universidad Nacional Autónoma de México. *Obstetricia*, Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1996 p. 229.

29. Salazar M. Agustín. *Tesis adolescencia, educación sexual y métodos anticonceptivos*, Ed. UNAM. SUA. México, D.F. 1997. p. 52-53.

ANTICONCEPTIVOS ORALES: (Píldoras o pastillas). Contienen compuestos sintéticos similares a las hormonas naturales que se presentan en los ciclos menstrual y gestacional, a dosis que previenen la ovulación interfiriendo en la curva de gonadotropinas a mitad del ciclo. La actividad ocurre a nivel del hipotálamo por inhibición de la hormona liberadora hipotalámica, bloqueando la actividad hipofisiaria de las gonadotropinas, produciéndose supresión ovárica secundaria.

Las píldoras, además de ser anovulatorias, ocasionan cambios en el moco cervical y en el endometrio que se desprende en cada sangrado, evitando el embarazo.

Contienen un estrógeno, una progestina (progesterona sintética) o ambos.

Tipos:

Combinados. Disponibles en tres formas:

- *Píldoras monofásicas.* Tienen estrógenos y progesterona. Se toman diariamente durante 21 a 28 días de cada ciclo menstrual, iniciando al quinto día de la menstruación.

En relación a la de los 21 días, la mujer debe esperar de tres a cinco días (tres en promedio) la aparición de un nuevo sangrado y se repite el ciclo.

Por otro lado, las de 28 días tienen 21 píldoras con medicación y siete píldoras placebo, tal forma que la hemorragia de abstinencia se da durante los siete días.

- **Píldoras bifásicas.** Contienen un determinado nivel de estrógenos en todo el ciclo, y en relación a las progestinas, hay una pequeña cantidad durante 10 días y después una dosis más alta durante 11 días.

- **Píldoras trifásicas.** Modifican los niveles de estrógeno y progesterona en forma continua a lo largo del ciclo. La dosis total de hormonas por ciclo es menor que el de las píldoras bifásicas.

Secuenciales. Se toman sólo estrógenos durante las primeras dos semanas del ciclo y entonces se añade una progestina durante aproximadamente una semana para madurar el endometrio y para producir un tipo más ordenado de sangrado por supresión que el que se obtiene con estrógenos no opuestos. Durante la cuarta semana del mes no se toma ningún medicamento, ni placebo.

Minipíldoras. Contienen exclusivamente progesterona en baja dosificación. Disminuyen la fertilidad. Presentación igual a las del régimen combinado.

Recomendaciones:

1. Poner especial cuidado al recomendarlo a las adolescentes.
2. No recomendar este método a mujeres predispuestas contra la píldora.
3. No autorecetarse, ya que el Especialista es el que determina el tipo de píldora ideal para cada mujer, con base en su cuantificación hormonal, sobre todo el estrogénico.
4. Visitar al médico cada dos ó tres meses, sobre todo después de iniciado el tratamiento.
5. Antes de iniciar la toma de tabletas, la persona deberá esperar el comienzo del próximo sangrado.
6. Si el tratamiento es de 21 días, es necesario esperar hasta el quinto día del sangrado.
7. Si se olvida tomar una píldora, se tomará de inmediato en cuanto se recuerde, y continuar con el esquema normal.
8. No suspender la toma de las píldoras sin haber terminado el ciclo del tratamiento, porque aparecerá sangrado vaginal.
9. Las píldoras postparto o postaborto no se inician inmediatamente, de preferencia a los cuarenta días; pero si hay urgencia de tomarlas es necesario esperar alrededor de los quince días seleccionando un medicamento combinado con 21 días. Si se termina el primer ciclo y a los ocho días no hay sangrado, se repite la toma otro ciclo completo.
10. Cuando la mujer está lactando, se recomiendan las minipíldoras, ya que no interfieren con la lactancia.

Ventajas:

1. Su costo es menor en comparación con otros métodos.
2. Es de uso sencillo, sólo requiere motivación e información.
3. Tasa elevada de eficacia (92%).
4. Protección contra embarazo ectópico. (Riesgo 10 veces menor que las no usuarias).
5. Protección contra cáncer endometrial. (riesgo 3 veces menor de las no usuarias).
6. Protección contra cáncer de ovario. (Riesgo 3 veces menor de las no usuarias).
7. Protección contra mastopatías benignas. (50% menos de las no usuarias).

Desventajas:

- 1.- Requiere de control médico continuo, para efecto de prevenir efectos secundarios.
- 2.- En ocasiones no hay prevención de la ovulación cuando la píldora se toma después de los cinco días o incluso cuando se olvidan dos ó más pastillas en el ciclo.
- 3.- Los anticonceptivos orales no se eliminan por completo del organismo dentro de las primeras 24 horas, y tiene efecto acumulativo por varios días.
- 4.- Los estrógenos irritan la mucosa gástrica, disminuyen la eliminación de sodio por el riñón, producen nauseas, edema generalizado, cefalea, y desarrollo de las mamas.

Efectos colaterales beneficiosos:

- Alivio del dolor menstrual.
- Alivio de la tensión pre-menstrual.
- Regulación del ciclo menstrual.
- Disminución del sangrado menstrual, al aumentar la hemoglobina y los glóbulos rojos.
- Eliminación del dolor ovulatorio.
- Protección contra enfermedades mamarias.
- Disminución de los quistes de ovario.

Efectos colaterales adversos leves:

- Aumento de peso (en promedio 5%).
- Cefalea
- Edema por retención de líquidos.
- Infección urinaria. (cistitis y uretritis).
- Pigmentación en la piel.
- Sangrado intermenstrual.
- Ausencia de la menstruación. (menstruación oculta o silenciosa).
- Nerviosismo.
- Retraso de la menopausia.

Efectos colaterales adversos graves:

- Tromboembolias (principalmente en corazón, pulmones y cerebro).
- Complicaciones hepato-biliares (insuficiencia hepática, ictericia, cálculos biliares); especialmente en mujeres con afección previa.
- Hipertensión arterial.
- Agravamiento de la diabetes (disminuye a la tolerancia de la glucosa; elevación sérica de la insulina).
- Cardiopatía isquémica que incluye infarto.
- Crecimiento de los fibromas uterinos.

Contraindicaciones:

- Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, apoplejía cerebral.
- Trastornos hepáticos importantes.
- Carcinoma de mama conocido o sospechoso.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.
- Embarazo.^{30,31,32}

30. Instituto mexicano del Seguro Social. *Manual para el uso de la metodología anticonceptiva*. Ed. IMSS. México, D.F. 1994. p. 12-17.

31. Universidad Nacional Autónoma de México. *Antología Obstétrica I*. Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1996. p. 241-244.

32. Salazar M. Agustín. *Tesis Adolescencia, Educación Sexual y Métodos Anticonceptivos*. Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1997 p. 53-57.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES: El mecanismo de acción es similar al de los anticonceptivos orales, en donde el efecto reside en la inhibición de la secreción hipofisiaria de ambas gonadotropinas, así como de descarga preovulatoria de hormona luteinizante.

Son preparados inyectables de depósito, que contienen cantidades importantes de estrógeno y progesterona, los cuales se administran por vía intramuscular profunda dentro del 7º. al 10º. día del ciclo. Las sustancias se almacenan en el tejido graso de la mujer, liberándose paulatina y lentamente durante varias semanas, pero con un máximo de acción de un mes.

Medicamentos más utilizados en la elaboración de los inyectables:

- Progesterona: Acetofénido de dehidroxiprogestero.
- Estrógeno: Valerianato de estradiol.

Tipos:

- Inyectables mensuales.
- Inyectables bimestrales.
- Inyectables trimestrales.

Ventajas:

- Similares a las de los anticonceptivos orales, en lo referente a efectos de los esteroides.
- Este método favorece que las visitas al especialista se espacien.
- Facilita el control al no llevar las cuentas diariamente.

Desventajas:

- Similares a las de los anticonceptivos orales, en lo referente a efectos secundarios de los esteroides.
- Alteración de la menstruación. (Por lo general se adelantan hasta llegar a presentarse cada 20 días; duran de ocho a diez días y son más abundantes).
- Dolor y congestión mamarios, aumento de peso, edema, náuseas ocasionales.
- Este método no puede ser prolongado, debido a los efectos colaterales, debiéndose abandonar espontáneamente o por consejo médico en poco tiempo.

Efectos colaterales y/o adversos: Similares a los anticonceptivos orales.

Contraindicaciones: Mismas que para los anticonceptivos orales.^{33,34}

33. Fundación Mexicana para la planeación familiar A.C., Métodos Anticonceptivos, Ed. Mexfam, México, D.F. p. 9

34. Salazar M. Agustín. Tesis Adolescencia, Educación Sexual y Métodos Anticonceptivos, Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1997 p. 58.

IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS: Los implantes representan lo actual en métodos anticonceptivos ya que su mecanismo de acción permite a la pareja disponer de un anticonceptivo que no interfiere con el acto sexual.

Los implantes proporcionan la liberación continua y estable del esteroide, evitando así su administración inadecuada (sobredosificación o dosis insuficientes). Ejercen un efecto inhibitorio de progesterona a nivel de la función gonadotrópica de la porción anterior de la hipófisis, así como modificaciones sobre las características del moco cervical; esto da por resultado la inhibición de la ovulación.

El primer sistema de implante que ha sido aprobado, sobre todo en los Estados Unidos, corresponde al NORPLANT, el cual consiste en seis cápsulas de silástico, de 34 mm. de longitud, 2.4 mm. de diámetro y que contienen 36 mg. de levonorgestrel en forma cristalina, cada una. Tiene una protección anticonceptiva de cinco años, aproximadamente.

Existe además el NORPLANT - 2, que consiste en dos cápsulas, cada una de 4.4 cm. de longitud y que contiene un total de 140 mg. de levonorgestrel. La protección anticonceptiva es de tres años.

Levonorgestrel. Progestina con efectos progestacionales, cuyas funciones son:

Condiciona el aumento en la viscosidad del moco cervical, alterando su estructura y características físico – químicas impidiendo el paso del esperma y el acceso de éste a la cavidad uterina. El implante NORPLANT contiene aproximadamente 220 mg. de levonorgestrel, el cual, una vez colocado debajo de la piel del antebrazo el esteroide en una dosis usual correspondiente a la minipíldora (30 g/día), que van disminuyendo y son efectivas durante cinco años.

Silástico. Material de caucho siliconizado, el cual posee las siguientes propiedades para su uso en anticoncepción: biocompatibilidad, permeabilidad y suavidad.

Ventajas:

- Tasa de eficacia de un 99%.
- La inversión monetaria sólo se realiza cada tres ó cinco años, dependiendo del tipo de implante utilizado.
- No requiere motivación continua por parte de la mujer.
- Disminuyen las alteraciones de tipo ovárico a medida que aumenta el tiempo en el uso del implante.
- fácil de utilizar.
- Reducción de efectos secundarios ocasionados por los esteroides. (Dosis menores).
- Es reversible.
- Las cápsulas pueden extraerse en cualquier momento si se desea suspender el método o un embarazo.

Desventajas:

- Falta de disponibilidad.
- Actualmente en México se encuentra aún en estudio.
- Su costo resulta elevado en relación con los otros métodos.
- Los efectos anticonceptivos, una vez extraído el NORPLANT, disminuyen en 24 horas.

Efectos secundarios:

- Prolongación del sangrado menstrual, sangrados intermenstruales y en algunos casos amenorrea.
- Cefalea, nerviosismo, náusea, mareos, aumento de peso.

Contraindicaciones:

- Embarazo.
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- Enfermedades hepáticas agudas o tumorales.
- En quienes existe sospecha de carcinoma de la mama.^{35,36,37}

35. Instituto mexicano del Seguro Social. Manual para el uso de la metodología anticonceptiva. Ed. IMSS. México, D.F. 1994. p. 17-20.

36. Universidad Nacional Autónoma de México. Antología Obstétrica I. Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1996. p. 242-243.

37. Salazar M. Agustín. Tesis Adolescencia, Educación Sexual y Métodos Anticonceptivos. Ed. UNAM. ENEO. SUA. México, D.F. 1997 p. 59

5.4.2 DEFINITIVOS.

5.4.2.1 QUIRÚRGICOS.

OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL (OTB): La técnica más utilizada en la actualidad es la de Pomeroy ya que es fácil de realizar, es eficaz y económica.

Esta técnica consiste en la ligadura y extirpación de un segmento de la trompa de falopio impidiendo así el fenómeno de la fertilización. Otras técnicas por laparoscopia o minilaparoscopia son la aplicación de anillos de silástico (anillo de Yoon) o grapas mecánicas (grapa de Filshie), las cuales obstruyen mecánicamente la luz de la trompa, impidiendo la fertilización.

La OTB está indicado en mujeres con riesgo reproductivo alto y paridad satisfecha y no deberá realizarse bajo sospecha o certeza de enfermedad inflamatoria pélvica.

Ventajas:

1. Es un método definitivo de anticoncepción.
2. La OTB forma parte de las estrategias que proporciona el sector salud para el control de la fecundidad, y se promueven campañas en donde el procedimiento es gratuito para las usuarias.
3. Tiene una tasa de efectividad mayor al 99%.

Desventajas:

1. Generalmente es un proceso irreversible.
2. Requiere de una capacitación adecuada y del pleno convencimiento de la pareja.
3. Si se desea revertir el proceso, existe una probabilidad de infertilidad tubárica del 40%.
4. La microcirugía de reversión resulta de un costo elevado.
5. Aún cuando la minilaparoscopia es un procedimiento sencillo, implica los riesgos de toda cirugía (infecciones, hemorragia y lesiones internas).

VASECTOMIA: Método permanente para el control de la fertilidad, que consiste en la oclusión quirúrgica de los vasos deferentes, y que junto con el condón representa una de las pocas opciones para el control de la fertilidad en el varón.

Este método está indicado en varones fértiles y con fecundidad satisfecha y no debe realizarse en individuos con criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular.

La técnica más empleada es la Vasectomía sin bisturí, en la que el vaso deferente es expuesto al exterior a través de un orificio pequeño de punción en el escroto. Otra técnica es la inyección percutánea a los vasos deferentes de agentes esclerosantes como el poliuretano o la silicona con la resultante oclusión de los mismos.

Ventajas:

1. Es un método definitivo para el control de la fertilidad.
2. Es económico a largo plazo en relación con otros métodos, e inclusive el sector salud lo proporciona en forma gratuita, a través de campañas para el control de la fertilidad.
3. El procedimiento de la técnica es sencillo y rápido.
4. Representa un procedimiento perfeccionado que reduce al mínimo el sangrado y trauma de los tejidos y por lo tanto las complicaciones del mismo.
5. La oclusión de los vasos deferentes es un procedimiento inocuo a corto y a largo plazo.
6. La tasa de eficacia es mayor al 99%.

Desventajas:

1. Es un procedimiento irreversible.
2. Es necesaria la utilización de un método de barrera durante tres meses después del procedimiento quirúrgico, ya que los espermatozoides que se encuentran almacenados en los diversos conductos pueden ocasionar un embarazo no deseado.
3. Requiere de pruebas de laboratorio (espermatobioscopias), posteriores al procedimiento, lo cual implica un gasto para el usuario.

4. Aunque es un procedimiento relativamente sencillo, existe el riesgo de contraer infección o inflamación de las vías genitourinarias hasta dos años después de la operación.
5. Implica los riesgos de todo procedimiento quirúrgico (infección, hemorragia y lesiones internas).^{38,39,40}

38.- Ibid. P. 26-28

39.- Ibid. P. 244-245.

40.- Ibid. P. 60-61.

VI. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

6.2 VARIABLES.

6.2.1 INDEPENDIENTE:

- **Factores personales.**
- **Factores médicos.**
- **Factores socioculturales.**
- **Causas atribuibles a la institución.**

6.2.2 DEPENDIENTE:

- **Aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos.**

6.2.3 DEFINICIÓN NOMINAL.

- **Aceptación de Métodos anticonceptivos:**
Es la decisión de la mujer y/o pareja que de manera voluntaria, responsablemente y suficientemente informada, de aceptar un método anticonceptivo posevento obstétrico.
- **Factores Personales:**
Son las características personales de la usuaria que influyen en la aceptación de un método anticonceptivo.
- **Factores Médicos:**
Son los antecedentes médicos que presenta la usuaria a la cual se le propuso un método anticonceptivo posevento obstétrico.
- **Factores Socioculturales:**
Son las creencias, valores patrones culturales, argumentos o interpretaciones que favorecen o limitan la aceptación de métodos anticonceptivos.
- **Causas Atribuibles al Hospital:**

Es la falta relativa o absoluta de información, de técnicas didácticas, de recursos físicos, materiales y humanos que influyen en la no aceptación y/o otorgamiento de métodos anticonceptivos.

Usuaría:

Término usado para designar a las mujeres derechohabientes que demandan atención médica, sin tomar en cuenta en el momento de aplicar la encuesta estuvieran ella(s) o su pareja utilizando un método anticonceptivo.

Cobertura anticonceptiva:

Proporción de usuarias que se cubrieron con un método anticonceptivo en un periodo determinado.

Riesgo obstétrico:

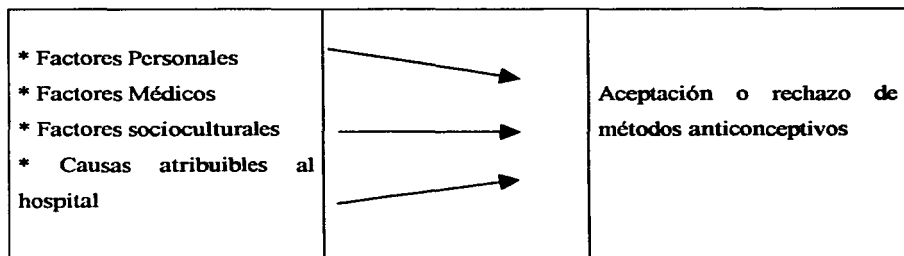
Es la posibilidad que tiene una embarazada de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo, en presencia de ciertos factores.

Consentimiento informado:

Es la toma de decisiones voluntarias, suficientemente informada y responsable sobre la adopción de un método anticonceptivo.

Salud reproductiva:

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

6.2.4 MODELO DE RELACIÓN CAUSAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE

6.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

Usuaris posevento obstetrico del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Regional No. 1. Mediante entrevista personal la investigadora aplico una encuesta dividida en cuatro rubros con un total de 19 preguntas; para complementar la información se consulto el expediente clínico de la usuaria, para el llenado de datos generales, valoración de riesgo obstétrico y contraindicación médica.

Por lo que los datos de la encuesta se registraron en dos fases: Expediente clínico y usuaria.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se observó por medio de muestreo aleatorio simple, aplicando la formula estadística.

$$n = \frac{z^2 P(1-P)}{d^2} \quad M = \frac{n}{1 + ((n-1)/N)}$$

Para obtener el tamaño de la muestra que nos garantizara el 95.0 porciento de confiabilidad. La muestra fue de 390 usuarias posevento obstétrico.

El procesamiento de datos se efectuó en un programa computarizado que fue el EPI INFO 6.4.

6.5 CRITERIOS.

6.5.1. DE INCLUSIÓN.

Usuaris posevento obstétrico atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del H.G.R. No 1 de Morelia, Michoacán, que aceptaron participar en la encuesta y que estuvieron hospitalizadas en el periodo del 2 de enero al 28 de febrero de 1999.

6.5.2. DE EXCLUSIÓN.

Usuaris posevento obstétrico que no fueron atendidas en el H.G.R. No. 1.

Usuaris que no aceptaron participar en la aplicación de la encuesta.

6.6. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

6.6.1. RECURSOS HUMANOS.

Una alumna de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Sistema de Universidad Abierta, Morelia, Michoacán.

6.6.2. TIEMPO.

La investigación se realizó en dos meses, de enero a febrero de 1999.

6.6.3 ESPACIO.

Área de Hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Regional No. 1 de Morelia, Michoacán.

6.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó una encuesta acerca de la aceptación de los métodos anticonceptivos posevento obstétrico la cual se validó a través de dos pruebas piloto, establecidas y aplicadas por la investigadora. Se solicitó permiso al Director del Hospital General Regional No 1, y al Jefe del Departamento Clínico del Servicio de Gineco-obstetricia aplicándose en el periodo de enero a febrero de 1999, con captación diaria de usuarias hasta completar un total de 390 entrevistadas. La información obtenida es estrictamente confidencial. Se consultó el expediente clínico para complementar la información.

VII. RESULTADOS

En el periodo enero-febrero de 1999 se encuestaron a 390 usuarias posevto obstétrico del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General Regional No. 1 de Morelia, observándose los siguientes resultados.

De 389 usuarias encuestadas, 229 aceptaron un método de planificación familiar que representa el 58.9 por ciento y 160 usuarias que equivale al 41.1 por ciento rechazo la planificación familiar (Tabla y gráfico No. 1).

Por lo que respecta a los factores personales de las usuarias precisamos que la edad de estas se ubicó entre 15-49 años de edad y el grupo etareo predominante fue el de 20-24 con un 34.0 por ciento (130). De este grupo el 56.9 por ciento acepto planificarse y un 43.1 por ciento lo rechazo. Se observó que de las mujeres entre 25-29 años que es el 27.7 por ciento (106) el 63.2 por ciento acepto y un 36.8 por ciento decidió no planificarse.

En el grupo de alto riesgo respecto a la edad 35-39; 40-44 y 45-49 años se precisa que aceptaron un método en un 65.4 y 63.6 por ciento respectivamente. Una usuaria de 45-49 años no acepto la planificación familiar (Tabla y gráfico No.2).

En relación a la aceptación de métodos anticonceptivos y el estado civil la encuesta muestra que de 388 usuarias el 93.8 por ciento son casadas y de estas el 58.8

por ciento acepto un método y el 41.2 por ciento lo rechazo; el 4.3 por ciento son solteras y de estas el 47.1 por ciento acepto planificarse y un 52.9 por ciento rechazo la planificación (Tabla y gráfico No. 3).

De las 389 usuarias encuestadas según ocupación de las usuarias, se observa que el 69.4 por ciento (270) son amas de casa y de estas el 59.6 por ciento acepto un método y el 40.4 por ciento no acepto. El 19.3 por ciento (75) son empleadas y el 58.6 por ciento acepto un método y el 41.4 lo rechazo. En el rubro de las profesionistas que representa el 7.5 por ciento observamos que un 48.3 por ciento decidió planificarse y un 51.7 por ciento rechazo la planificación. De las usuarias encuestadas cuatro son trabajadoras domesticas y el 100.0 por ciento acepto un método anticonceptivo. (Tabla y gráfico No. 4)

Con respecto a la escolaridad de las usuarias el 1.8 por ciento (7) no tiene ningún estudio y de estas el 71.4 por ciento (5) acepto un método y el 28.6 por ciento (2) lo rechazo. El 12.9 por ciento (50) tiene primaria incompleta y de estas el 60.0 por ciento (30) aceptó planificarse y el 40.0 por ciento (20) rechazo la planificación familiar.

El 19.3 por ciento (75) tiene primaria completa y de este total el 56.0 por ciento (42) decidió planificarse y el 44.0 por ciento (33) no acepto un método anticonceptivo.

Con secundaria incompleta correspondió el 5.7 por ciento (22) y en este rubro el 63.6 por ciento aceptó un método (14) y el 36.4 por ciento (8) lo rechazo.

Con secundaria completa y más corresponde el 60.0 por ciento y de este el 57.0 por ciento aceptó planificarse y el 43.0 por ciento no aceptó un método anticonceptivo. (Tabla y grafico No. 5).

En los factores médicos se precisa que la aceptación de métodos anticonceptivos según riesgo obstétrico que el 58.9 por ciento (225) de usuarias que aceptó la planificación familiar el 40.0 por ciento (90) son de alto riesgo y el 60.0 por ciento (135) corresponden a bajo riesgo.

Del 41.1 por ciento (157) que no aceptó la planificación familiar el 32.5 por ciento (51) fue de alto riesgo y el 67.5 por ciento (106) de bajo riesgo. (Tabla y gráfico No. 6)

La aceptación de métodos anticonceptivos según evento obstétrico muestra que de 387 usuarias el 58.9 por ciento (228) aceptó un método anticonceptivo y de estas el 42.1 por ciento (96) fue parto; el 53.5 por ciento (122) correspondió a cesarea y el 4.4 por ciento (10) fue aborto. Del total que no aceptó planificarse 41.1 por ciento (159) el 45.3 por ciento (72) fue de parto; el 47.8 por ciento (76) cesarea y el 6.9 por ciento (11) aborto. (Tabla y gráfico No. 7).

En relación de métodos anticonceptivos según numero de embarazos se precisa que de las 389 usuarias el 35.5 por ciento (138) tienen un hijo y de estas el 41.3 por ciento (57) aceptó un método y el 58.7 por ciento (138) lo rechazo; el 27.8 por ciento (108) tienen dos hijos y el 67.6 por ciento (73) aceptaron planificarse y el 32.4 por ciento

(35) no acepto; el 19.2 por ciento (75) tienen tres hijos y el 65.3 por ciento (45) acepto la planificación familiar y el 34.7 por ciento (26) la rechazo; el 8.2 por ciento (32) tienen cuatro hijos y de estas el 68.8 por ciento (22) acepto planificarse y el 31.2 por ciento (10) rechazo la planificación familiar; el 9.3 por ciento tiene más de cinco hijos y de estas el 77.7 por ciento acepto un método y el 22.3 decidió no planificarse. (Tabla y gráfico No. 8).

Las consultas otorgadas según tipo de evento obstétrico muestra que del total de usuarias encuestadas (388) el 5.4 por ciento (21) no recibió ninguna consulta prenatal y de estas el 23.8 por ciento (5) fue parto; y el 38.1 por ciento (8) cesárea y el 38.1 por ciento (8) aborto.

El 2.8 por ciento de usuarias (11) acudió a una consulta prenatal y de estas el 18.2 por ciento (2) el evento obstétrico fue parto; el 36.4 por ciento (4) cesárea y el 45.4 por ciento (5) aborto.

El 4.6 por ciento (18) recibió dos consultas y de este grupo el 50.0 por ciento (9) fue parto; el 27.8 por ciento (5) cesárea y el 22.2 por ciento (4) aborto.

El mayor porcentaje de usuarias que recibió atención prenatal se ubica en cinco y más consultas con un 70.9 por ciento (275) correspondiendo el 44.0 por ciento (121) a parto y el 56.0 por ciento (154) cesárea. (Tabla y gráfico No. 9).

Por lo que respecta a los años previos con métodos anticonceptivos, las usuarias posevento obstétrico manifestaron en un 60.2 por ciento (232) que no utilizaban ningún método; el 7.8 por ciento tenía menos de un año con un método; el 8.0 por ciento tenía un año planificando su familia; el 3.4 por ciento tenía dos años; el 7.3 por ciento con tres años de utilizar los métodos anticonceptivos: el 3.9 por ciento con cuatro años y el 9.4 por ciento con cinco y más años con la planificación familiar. $P=0.0000$ (Tabla y gráfico No. 10).

Referente a los factores socioculturales y la aceptación de métodos anticonceptivos según lugar de residencia de la usuaria se precisa que de las 389 usuarias que participaron en la encuesta el 72.5 por ciento (282) se ubica en el área urbana y de este grupo el 58.2 por ciento (164) aceptaron un método y el 41.8 por ciento (118) lo rechazó; el 10.5 por ciento (41) habita en el área suburbana y de estas el 75.6 aceptó y 24.4 rechazó la planificación familiar; el 17.0 por ciento (66) reside en el área rural y de este grupo el 51.5 por ciento aceptó un método y el 48.5 por ciento lo rechazó. $P=0.0433$ (Tabla y gráfico No. 11).

La aceptación de método anticonceptivo según religión de las usuarias refleja que de 389 encuestadas el 95.6 por ciento (372) son católicas y de estas el 60.0 por ciento aceptó un método y el 40.0 por ciento lo rechazó. (Tabla y gráfico No. 12).

Por lo que respecta a la aceptación de métodos anticonceptivos por la usuaria y su pareja, muestra que del 59.2 por ciento de mujeres que aceptó planificarse el 94.5 por ciento de estas y sus parejas se decidieron por un método y el 5.5 por ciento la

mujer acepto, no así su pareja, del total de usuarias que no aceptaron planificarse que es el 40.8 por ciento (150) el 82.7 por ciento de usuarias menciono que no estaban de acuerdo con planificarse y su pareja si aceptaba. El 17.3 por ciento manifestó que ellas y sus parejas no aceptaban la metodología anticonceptiva. $P= 0.000$ (Tabla No. 13)

Referente a las causas de no aceptación de métodos anticonceptivos en 160 usuarias posevento obstétrico que representa el 41.1 por ciento del total de las usuarias encuestadas, muestra que la principal causa de no aceptación de métodos de planificación familiar en el temor a efectos colaterales con un 51.2 por ciento (82) en segundo término las usuarias comentaron que su pareja no estaba de acuerdo en un 20.6 por ciento (33), en tercer lugar esta la ausencia de pareja con un 8.8 por ciento, seguido de desacuerdo de la usuaria con un 8.2 por ciento (Tabla y gráfico No. 14).

En relación a causas atribuibles a la Institución, referente al número de horas de información sobre métodos anticonceptivos que se proporciona a las usuarias durante su control prenatal observamos que de 389 usuarias encuestadas el 38.6 por ciento (150) no recibió información y de estas el 55.3 por ciento (83) acepto un método y el 44.7 por ciento (67) lo rechazo. El 6.9 por ciento (27) recibió menos de una hora de información y de estas el 66.6 por ciento (18) acepto planificarse y el 33.4 por ciento (9) se negó aceptar; el 49.9 por ciento (194) recibió una hora de información y de estas el 62.4 por ciento (121) acepto y el 37.1 por ciento (72) los rechazo; el 4.6 por ciento (18) recibió dos y más horas de información y el 38.9 por ciento (7) acepto y el 66.6 por ciento (12) rechazo planificarse (Tabla y gráfico No. 15).

La técnica de información utilizadas por el personal de salud para proporcionar información a las usuarias sobre planificación familiar en la consulta externa, fue la entrevista y la platica grupal, observando que de 389 usuarias el 61.0 porciento (229) aceptó un método y la técnica de información fue la entrevista con un 41.9 porciento (96) y la platica grupal con un 58.0 porciento (133).

Del grupo de usuarias que rechazo un método anticonceptivo correspondió a un 39.0 porciento (160) y de este la técnica didáctica fue la entrevista con un 29.4 porciento (47) y la platica grupal con un 70.6 porciento (113). (Tabla y gráfico No. 16).

Por lo que respecta al personal de salud que proporciona la información a las usuarias precisamos que de las 389 usuarias el 58.9 porciento (229) acepto un método y de estas otorgo información el médico en un 26.2 porciento; la enfermera proporciono información en un 25.3 porciento; y la trabajadora social informo en un 48.0 porciento y la asistente medica con un 0.5 porciento. Con respecto a las usuarias que no aceptaron la planificación familiar se observan porcentajes similares en el médico, la enfermera y la trabajadora social con un 27.5, 25.0 y 47.5 porciento respectivamente. (Tabla y gráfico No. 17).

Referente a la aceptación de métodos anticonceptivos de las usuarias cuando reciben información con su pareja observamos que de las 389 usuarias el 29.6 porciento (115) recibieron información con su pareja y de estas el 46.9 porciento (54)

acepto un método y el 53.0 por ciento (61) lo rechazó; el 70.4 por ciento (274) no recibió información con su pareja y de estas el 62.4 por ciento (171) aceptó un método anticonceptivo y el 37.6 por ciento (103) lo rechazó (Tabla No. 18).

En la aceptación de un método anticonceptivo y las causas de no otorgamiento de método anticonceptivo, la revisión de expediente clínico y la encuesta mostraron que a 11 usuarias que representa el 2.82 por ciento del total de la muestra (390) no se les proporcionó el método solicitado, por contraindicación médica. (Tabla No. 19).

VIII. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Al analizar la cobertura anticonceptiva posevento obstétrico 1999, de las usuarias de la muestra seleccionada y comparada con la reportada a nivel Nacional, Estatal y del H.G.R. No. 1, se observa:

La cobertura anticonceptiva de las mujeres que participaron en la investigación fue de 58.9 por ciento; cifra inferior a la reportada a nivel nacional IMSS de 66.5 por ciento; similar a la delegacional de 59.7 por ciento y superior a la que maneja el H.G.R. No. 1 de 56.3 por ciento.

Al contrastar los resultados de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995, de mujeres unidas que utilizan un método anticonceptivo y las mujeres posevento obstétrico del estudio de investigación, que aceptaron la planificación familiar, referente a la escolaridad se precisa que:

Las mujeres sin escolaridad a nivel nacional es del 59.1 por ciento; estatal del 50.7 por ciento; y estudio de investigación 71.4 por ciento. Cabe señalar que el porcentaje de usuarias IMSS corresponde a cinco derechohabientes.

Con primaria incompleta el 65.9 por ciento nacional; el 55.3 por ciento estatal y usuarias IMSS el 60.0 por ciento. Observándose que es menor el porcentaje de usuarias IMSS sin escolaridad en comparación con la cifra nacional y superior a la estatal.

Con primaria completa el 72.7 por ciento nacional; el 58.9 por ciento Michoacán y el 56.0 por ciento mujeres de la muestra seleccionada, estas cifras muestran que un porcentaje menor de derechohabientes IMSS tiene primaria completa en relación a el nivel nacional y estatal.

Con secundaria y más a nivel nacional es el 73.9 por ciento; Michoacán el 60.3 por ciento y usuarias IMSS el 57.0 por ciento cifra inferior a la nacional y estatal.

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995, mostro las principales causas de no aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres unidas que al compararlas con las 160 usuarias que no aceptaron un método anticonceptivo (estudio de investigación) se precisa que:

El 51.2 por ciento de usuarias IMSS tiene temor a los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos; a nivel nacional el 9.1 por ciento y estatal el 14.9 por ciento. Se identifica que un alto porcentaje de las clientes IMSS tiene temor a los efectos colaterales en relación a las mujeres de la Republica Mexicana y Michoacán.

El 20.6 por ciento de las mujeres objeto del estudio manifestaron que su pareja no estaba de acuerdo con la planificación familiar, esta cifra es significativamente alta en relación a la nacional de 3.6 por ciento y ligeramente superior a la estatal de 12.9 por ciento.

El 8.8 por ciento de usuarias IMSS refirieron que no utilizaban métodos anticonceptivos por ausencia de pareja, porcentaje inferior al nacional de 11.1 por ciento y de Michoacán que fue del 21.6 por ciento.

Otra causa de no aceptación de métodos anticonceptivos es que las usuarias IMSS no están de acuerdo en utilizarlos con un 8.2 por ciento, cifra inferior a la nacional de 11.1 por ciento y superior a la de Michoacán de 4.9 por ciento.

El 3.2 por ciento de usuarias IMSS dijeron que no tenían información sobre métodos de planificación familiar, cifra inferior a la nacional de 14.5 por ciento y estatal de 9.5 por ciento.

Con respecto a la religión es importante mencionar que de estas 160 derechohabientes que no aceptaron un método anticonceptivo solamente el 0.6 por ciento manifestó como causa de no aceptación su religión, porcentaje ligeramente inferior a el nacional de 1.3 por ciento y estatal de 1.6 por ciento.

Otro rubro que se investigo fue la lactancia materna en donde las mujeres posevento obstétrico de la muestra seleccionada manifestaron que esta no era causa de rechazo de método anticonceptivo, no así a nivel nacional que fue del 11.5 por ciento y estatal del 15.4 por ciento.

IX. CONCLUSIONES.

Una vez analizados los factores personales, médicos, socioculturales y atribuibles a la institución, se observó que un alto porcentaje de usuarias posevento obstétrico no acepta un método de planificación familiar, **precisando que la causa es atribuible a la Institución debido:**

1. Es insuficiente el número de horas de información que se proporciona a las usuarias sobre planificación familiar cuando acuden a control prenatal. No se capacita a la usuaria para que tome una decisión voluntaria, suficientemente informada y de manera conciente y responsable sobre el método anticonceptivo a utilizar posevento obstétrico.
2. Es inadecuada la técnica de información sobre salud reproductiva y planificación familiar que utiliza el personal de salud, ya que predomina la plática grupal y en menor la comunicación educativa a través de la consejería y con enfoque de riesgo reproductivo, la cual es individualizada y toma en cuenta los factores de riesgo de la usuaria.
3. Existe poca participación del equipo multidisciplinario de salud, con predominio en el médico familiar y/o gineco-obstetra quien es el responsable de la atención integral de la embarazada, sin embargo es mínima su intervención, es nula la intervención de la asistente médica, quien tiene como función sustantiva impartir información y orientación a la población.

4. La información que se proporciona a las usuarias IMSS sobre métodos anticonceptivos, en un alto porcentaje no toma en cuenta a su pareja.
5. Oportunidades perdidas en la consulta prenatal, ya que un alto porcentaje de usuarias acuden a más de cinco consultas prenatales y como ya se menciono anteriormente es insuficiente la información, los métodos didácticos que utiliza el personal de salud son inadecuados, y es poca la participación del equipo multidisciplinario de salud, lo que se refleja en:
 - Mujeres de alto riesgo según la edad que no aceptan la planificación familiar.
 - Mujeres profesionistas que no aceptan un método anticonceptivo.
 - Usuarias de alto riesgo obstétrico sin aceptación de la planificación familiar.
 - Mujeres múltiples que rechazan un método anticonceptivo.
 - Alto porcentaje de usuarias sin utilizar método de planificación familiar, previo evento obstétrico.
 - Temor de las usuarias a efectos colaterales de los métodos anticonceptivos.
 - Desacuerdo de la pareja en aceptar un método anticonceptivo.
6. Lo antes referido nos conduce a que en el posevento obstétrico la usuaria rechace la planificación familiar, ya que no esta informada, orientada o capacitada sobre su salud reproductiva y planificación familiar.

X. SUGERENCIAS

- 1.- Rediseño del método de capacitación del personal de salud adscrito a las unidades de medicina familiar de la ciudad de Morelia, ya que tradicionalmente y en la actualidad los cursos de capacitación se imparten en aula, utilizando técnicas didácticas poco participativas. Es importante señalar que los programas de capacitación y material didáctico que se tiene fueron estructurados por el nivel central, contemplan diversos métodos interactivos, y se cuenta con material didáctico de alta calidad, sin embargo no es utilizado en su totalidad por el equipo de salud.
- 2.- Selección idónea de ponentes que imparten los cursos de capacitación sobre salud reproductiva y planificación familiar, además de proporcionarles herramientas educativas adecuadas para la capacitación de adultos.
- 3.- Selección adecuada de los prestadores de servicios que acuden a los cursos de capacitación, ya que actualmente se les proporciona a el trabajador (a) integrante del equipo de salud que los solicita, sin tomar en cuenta características específicas como: cualidades y aptitudes personales, capacidad para la comunicación, conocimientos sobre planificación familiar, consejería y clientes.
- 4.- Reingeniería o rediseño del proceso de comunicación educativa a la población derechohabiente a través de equipos de proyecto.

5.- Evaluación periódica del impacto de la comunicación educativa por el personal directivo-operativo.

6.- El Hospital General Regional No. 1 tiene enfermeras con licenciatura en enfermería y obstetricia, las cuales se encuentran laborando con categoría de enfermeras jefes de piso, especialistas y generales, ubicadas en los diferentes servicios del hospital, por lo que se sugiere a las autoridades de enfermería del hospital reconducir la asignación de estas enfermeras y ubicarlas en los servicios de consulta externa y gineco-obstetricia ya que su preparación académica les permite realizar entre otras actividades las siguientes:

- Promover actividades de capacitación al equipo multidisciplinario de salud.
- Supervisar la calidad de la promoción educativa y la utilización de técnicas y auxiliares didácticos.
- Evaluar los impactos de la promoción educativa en relación con la prestación de servicios, aceptación de métodos anticonceptivos y disminución de la morbilidad materna e infantil.
- Retroalimentar al personal de salud sobre logros, avances e impactos de la salud reproductiva y planificación familiar.
- Efectuar trabajos de investigación sobre salud reproductiva y planificación familiar.

Con la anterior propuesta se fortalecería al programa de salud reproductiva y planificación familiar, se incrementarían las coberturas anticonceptivas y sobre todo se impactaría en la salud de las usuarias.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Academia Mexicana de Investigación en Demografía A.C. **¿Qué es Un Programa de Planificación Familiar?** Editorial. AMIDEM; IMSS. México D.F. 1987 p. 7-64.
- (2) Andrew A., Fisher y Cols. **Manual para el diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar.** Editorial The Population Council. 2ª. Edición. México, D.F. 1991. P. 95
- (3) Bacna P. Montero Olivares Guillermina. **Tesis en 30 días.** Editorial Editores Mexicanos Unidos. 13ª. Reimpresión. México, D.F. 1996. P. 100
- (4) Bacna P. Guillermina. **Instrumentos de Investigación. Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales.** Editorial Editores Mexicanos Unidos, S.A. 11ª. Reimpresión . México D.F. 1994. P 100.
- (5) Balseiro A. Lasty. **Investigación en Enfermería.** Editorial Librería Acuario, México, D.F. 1991. P. 194
- (6) Bunge, Mario. **La Ciencia su Método y su Filosofía .** Editorial Siglo Veinte. Buenos Aires. 1975. P. 194
- (7) Cañedo D. Luis. **Investigación Clínica. Editorial Interamericana.** México D.F. 1987. P. 271
- (8) Cardona J.A. y Cols. **La Salud Reproductiva en la Seguridad Social.** Un enfoque integral ante la reforma del Sector Salud en México. México D.F. 1987 p. 168.

-
- (9) Gilbert, Norma. Estadística . Editorial Interamericana. México, D.F. 1981 p . 119-123
 - (10)Hernández C., Francisca. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud. Editorial OPS. OMS. México, D.F. 1989. P. 327
 - (11)Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Rural de Planificación Familiar 1981. Editorial IMSS. México, D.F. 1983
 - (12)Instituto Mexicano del Seguro Social . Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva. Editorial IMSS. México, D.F. 1994. P. 7-32.
 - (13)Instituto Mexicano del seguro Social. Manual de Procedimientos de Planificación Familiar. Editorial IMSS. México, D.F. 1995. P. 40
 - (14)Instituto Mexicano del seguro Social. Guía para la indicación de anticoncepción como medida terapéutica para disminuir la mortalidad materna y perinatal. Editorial IMSS. Guadalajara . Jalisco. 1995. P. 20
 - (15)Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para la Obtención del Consentimiento Informado en Planificación Familiar. Editorial IMSS. México, D. F. 1996. P. 15
 - (16)Instituto Mexicano del seguro Social. Bases Generales de las Actividades de Educación para la Salud Reproductiva. Editorial Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. México D.F. 1995 P. 59
 - (17)Instituto Mexicano del Seguro Social. Contenido de apoyo para capacitación sobre consejería en salud reproductiva. Ed. Coordinación de Salud Reproductiva y materno – infantil. México, D.F. 1998 p. 35

-
- (18) Instituto Mexicano del Seguro Social . **Anuarios Estadísticos. 1993-2000.** Editorial Jefatura de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. México D.F. 1993-2000. P. 520
- (19) Martínez M. Jorge . **Comunicación Educativa en Salud Reproductiva y Planificación Familiar.** Editorial Amiden. Primera Edición. México D.F. 1989 p. 208
- (20) Martínez M. Jorge. **¿Qué es un programa de planificación familiar ?** Editorial AMIDEN IMSS. México D.F. 1987 p. 144
- (21) Martínez M, Jorge . **Planificación Familiar y Demografía Médica,** un Enfoque Multidisciplinario. Editorial IMSS, México, D.F. 1985 p. 487
- (22) National Research Council . **Anticoncepción y Reproducción.** Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1990 p. 114
- (23) Pathfinder Internacional. **Indicadores básicos sobre planificación familiar en la fase intermedia de la SDES.** México D.F. 1996. P 19-32
- (24) Poder Ejecutivo Federal. **Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar** 1995-2000 . Editorial Poder Ejecutivo Federal. México, D.F. p 42
- (25) Polit, Denise y Bernardette P. Hungler. **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** Editorial Interamericana. 2ª. Edición. México, D.F. 1994 p 619
- (26) Population Council. **Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar.** Ed. INOPAL III. México, D.F. 1998 p. 15,16,130
- (27) Rojas Soriano Raul . **Guía para realizar investigaciones sociales.** Editorial Plaza y Valdez. 30ª Edición. México, D.F. p. 439
- (28) Tamayo T. Mario. **El Proceso de la Investigación Científica, Fundamentos de Investigación.** Editorial Limusa. México, D.F. p. 231
-

- (29) Teodore, Colton. **Estadística en Medicina**. Editorial Salvat. México, D.F. 1997 p 119-123
- (30) Salazar. M. Agustín. **Tesis Adolescencia, Educación Sexual y Métodos Anticonceptivos**. UNAM/ENEO/. México, D.F. 1997 p. 49-61
- (31) Universidad Nacional Autónoma de México . **Antología Obstetricia**. Editorial Salvat , México, D.F. 1997 p. 215-245
- (32) Universidad Nacional Autónoma de México . **Investigación Clínica en Enfermería**. Editorial UNAM: México, D.F. 1996 p. 155-178

XII. ANEXOS

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE USUARIAS POSEVENTO OBSTÉTRICO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 1

ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<u>Fx</u>	%*
<u>SI</u>	229	58.9
<u>NO</u>	160	41.1
<u>TOTAL</u>	389	100.0

* Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GRUPO DE EDAD

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 2

GRUPO DE EDAD	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
15 - 19	26	53.1	23	46.9	49	12.8
20 - 24	74	56.9	56	43.1	130	34.0
25 - 29	67	63.2	39	36.8	106	27.7
30 - 34	34	57.6	25	42.4	59	15.4
35 - 39	17	65.4	9	34.6	26	6.8
40 - 44	7	63.6	4	36.4	11	2.9
45 - 49	-	-	1	100	1	0.4
TOTAL	225	58.9	157	41.1	382	100.0

* En relación a grupos de edad

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESTADO CIVIL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 3

ESTADO CIVIL	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
CASADA	214	58.8	150	41.2	364	93.8
SOLTERA	8	47.1	9	52.9	17	4.3
UNION LIBRE	5	83.3	1	16.6	6	1.5
OTRA	1	100.0	0	0	1	0.2
TOTAL	228	58.8	160	41.2	388	100.0

* En relación a estado civil

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN OCUPACIÓN DE LA USUARIA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 4

OCUPACIÓN DE LA USUARIA	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
AMA DE CASA	161	59.6	109	40.4	270	69.4
EMPLEADA	44	58.6	31	41.4	75	19.3
PROFESIONISTA	14	48.3	15	51.7	29	7.5
TRABAJADORA DOMESTICA	4	100.0	0	0	4	1.0
OTRA	6	54.5	5	45.5	11	2.8
TOTAL	229	58.9	160	41.1	389	100.0

* En relación a ocupación de la usuaria

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESCOLARIDAD

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 5

ESCOLARIDAD	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
SIN ESCOLARIDAD	5	71.4	2	28.6	7	1.8
PRIM. INCOMPLETA	30	60.0	20	40.0	50	12.9
PRIM. COMPLETA	42	56.0	33	44.0	75	19.3
SEC. INCOMPLETA	14	63.6	8	36.4	22	5.7
SEC. COMPLETA	63	60.5	41	39.5	104	26.8
PREP. INCOMPLETA	8	53.3	7	46.7	15	3.9
PREP. COMPLETA	32	57.1	24	42.9	56	14.4
PROFESIONAL	34	58.6	24	41.4	58	14.9
TOTAL	228	59.0	159	41.0	387	100.0

* En relación a escolaridad
** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevto obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN RIESGO OBSTÉTRICO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 6

ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	RIESGO OBSTÉTRICO					
	ALTO		BAJO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%	Fx	%**
SI	90	40.0	135	60.0	225	58.9
NO	51	32.5	106	67.5	157	41.1
TOTAL	141	36.9	241	63.1	382	100.0

* En relación a riesgo obstétrico

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevto obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EVENTO OBSTÉTRICO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 7

ACEPTACIÓN DE MÉTODO	TIPO DE EVENTO							
	PARTO		CESAREA		ABORTO		TOTAL	
	Fx	% *	Fx	% *	Fx	% *	Fx	% **
SI	96	42.1	122	53.5	10	4.4	228	58.9
NO	72	45.3	76	47.8	11	6.9	159	41.1
TOTAL	168	43.4	198	51.2	21	5.4	387	100.0
* En relación a tipo de evento								
** Total muestra								
FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.								

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EMBARAZOS

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 8

EMBARAZOS	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
1	57	41.3	81	58.7	138	35.5
2	73	67.6	35	32.4	108	27.8
3	45	65.3	26	34.7	75	19.2
4	22	68.8	10	31.2	32	8.2
5 Y MÁS	28	77.7	8	22.3	36	9.3
TOTAL	229	59.0	160	41.1	389	100.0

* En relación a embarazos

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

CONSULTAS PRENATALES OTORGADAS SEGÚN TIPO DE EVENTO OBSTÉTRICO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 9

CONSULTAS PRENATALES	TIPO DE EVENTO							
	PARTO		CESAREA		ABORTO		TOTAL	
	Fx	% *	Fx	% *	Fx	% *	Fx	% **
NINGUNA	5	23.8	8	38.1	8	38.1	21	5.4
1	2	18.2	4	36.4	5	45.4	11	2.8
2	9	50.0	5	27.8	4	22.2	18	4.6
3	15	51.7	12	41.4	2	6.9	29	7.5
4	17	50.0	15	44.1	2	5.9	34	8.8
5 Y MAS	121	44.0	154	56.0	0	0	275	70.9
TOTAL	169	43.6	198	51.0	21	5.4	388	100.0

* Según consultas prenatales

** En relación a total muestra

P= 0.00000000

AÑOS PREVIOS CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE USUARIAS POSEVENTO OBSTÉTRICO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 10

AÑOS CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Fx	%*
NINGUNO	232	60.2
MENOS 1 AÑO	30	7.8
1 AÑOS	31	8.0
2 AÑOS	13	3.4
3 AÑOS	28	7.3
4 AÑOS	15	3.9
5 Y MÁS	36	9.4
TOTAL	385	100.0

* En relación a total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 11

LUGAR DE RESIDENCIA	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
URBANA	164	58.2	118	41.8	282	72.5
SUBURBANA	31	75.6	10	24.4	41	10.5
RURAL	34	51.5	32	48.5	66	17.0
TOTAL	229	58.9	160	41.1	389	100.0

* En relación a lugar de residencia
** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN RELIGIÓN

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 12

RELIGIÓN	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
CATOLICA	222	60.0	150	40.0	372	95.6
EVANGELICA	3	60.0	2	40.0	5	1.3
CRISTIANA	2	50.0	2	50.0	4	1.0
PROTESTANTE	1	50.0	1	50.0	2	0.5
OTRA	1	16.6	5	83.4	6	1.6
TOTAL	229	58.9	160	41.0	389	100.0

* En relación a religión

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LA USUARIA Y SU PAREJA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 13

ACEPTACIÓN DE LA PAREJA MÉTODO	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
SI	206	94.5	124	82.7	330	89.7
NO	12	5.5	26	17.3	38	10.3
TOTAL	218	59.2	150	40.8	368	100.0

* En relación aceptación método usuaria

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN 160 USUARIAS

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 14

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<u>Fx</u>	%*
TEMOR A EFECTOS COLATERALES	82	51.2
DESACUERDO CON SU PAREJA	33	20.6
AUSENCIA DE PAREJA	14	8.8
DESACUERDO DE LA USUARIA	13	8.2
CONTRAINDICACIÓN MEDICA	11	6.8
NO TENIA INFORMACIÓN	5	3.2
RELIGIÓN	1	0.6
SUGERENCIA DEL MÉDICO	1	0.6
LACTANCIA	0	0.0
TOTAL	160	100.0

* 160 usuarias.

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN HORAS DE INFORMACIÓN RECIBIDAS

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 15

HORAS DE INFORMACIÓN	ACEPTACIÓN DE MÉTODO					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
NO RECIBIO	83	55.3	67	44.7	150	38.6
MENOS DE 1 HORA	18	66.6	9	33.4	27	6.9
1 HORA	121	62.4	72	37.1	194	49.9
HORAS O MÁS	7	38.9	12	66.6	18	4.6
TOTAL	229	58.8	160	41.1	389	100.0

* En relación horas de información

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TÉCNICA DE INFORMACIÓN

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 16

ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TÉCNICA DE INFORMACIÓN					
	ENTREVISTA		PLATICA GRUPAL		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
SI	96	41.9	133	58.0	229	61.0
NO	47	29.4	113	70.6	160	39.0
TOTAL	143	36.7	246	63.3	389	100.0
* En relación aceptación método anticonceptivo						
** Total muestra						
FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.						

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 17

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN									
	MÉDICO		ENFERMERA		TRABAJADORA SOCIAL		ASISTENTE MEDICA		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
SI	60	26.2	58	25.3	110	48.0	1	0.5	229	58.9
NO	44	27.5	40	25.0	76	47.5	0	0.0	160	41.1
TOTAL	104	26.7	98	25.1	186	47.8	1	0.4	389	100.0

* Según aceptación métodos anticonceptivos

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN CUANDO RECIBE INFORMACIÓN CON LA PAREJA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 18

ACEPTACIÓN DE MÉTODO	RECIBIO INFORMACIÓN CON LA PAREJA					
	SI		NO		TOTAL	
	Fx	%*	Fx	%*	Fx	%**
SI	54	46.9	171	62.4	225	57.8
NO	61	53.0	103	37.6	164	42.2
TOTAL	115	29.6	274	70.4	389	100.0

* En relación a información con la pareja

** Total muestra

FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

CAUSAS DE NO APLICACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN 390 USUARIAS

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

TABLA No. 19

CAUSAS	Fx	%*
CONTRAINDICACIÓN MÉDICA	11	2.82
CARENCIA DE MATERIAL Y EQUIPO	0	0
INSUFICIENTE ÁREA FÍSICA	0	0
NEGATIVA DEL PERSONAL	0	0
OTRO	0	0
TOTAL	11	2.82

* En relación a total muestra

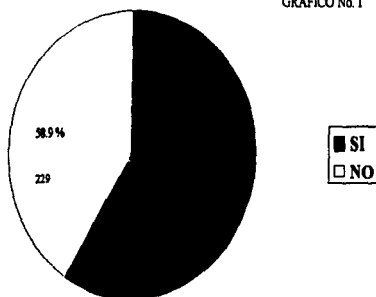
FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevanto obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE USUARIAS POSEVENTO OBSTÉTRICO

H.G.R. No. 1 MORELIA

ENERO-FEBRERO 1999

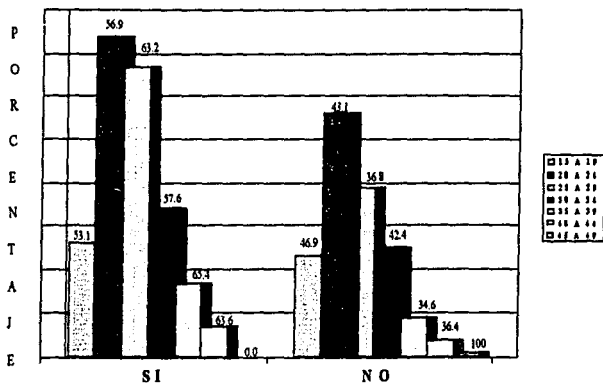
GRAFICO No. 1



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GRUPO DE EDAD
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

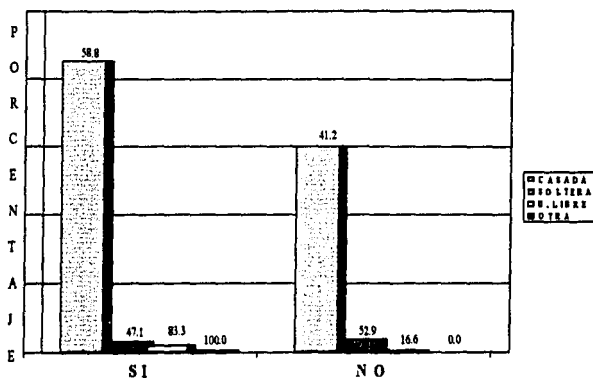
GRAFICO No.2



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico: IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESTADO CIVIL
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999

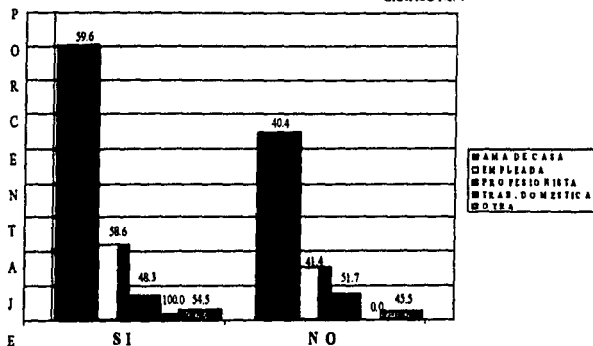
GRAFICO No. 3



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

**ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN OCUPACIÓN DE LA USUARIA
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999**

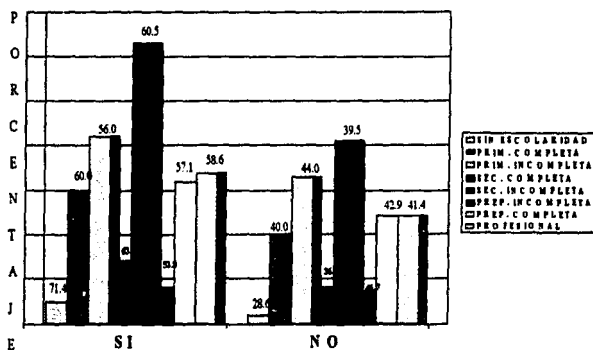
GRAFICO No. 4



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESCOLARIDAD
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999

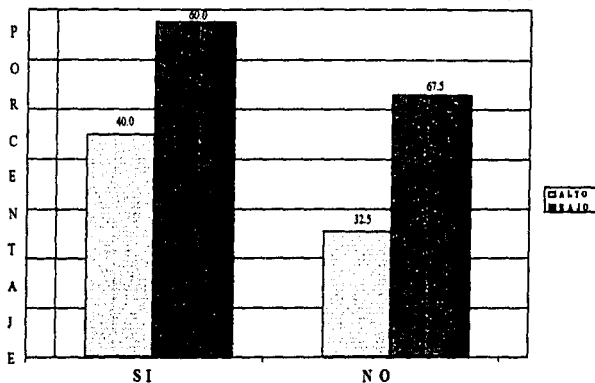
GRAFICO No. 5



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN RIESGO OBSTÉTRICO
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999

GRAFICO No. 6



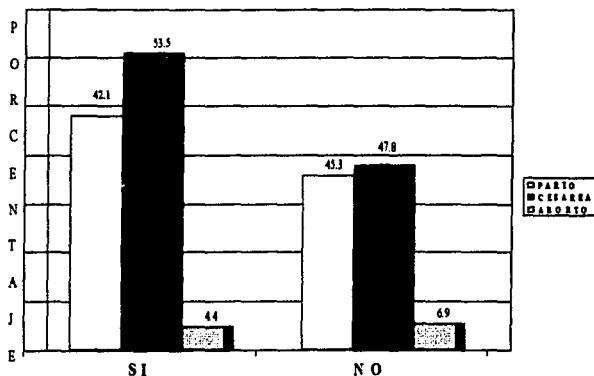
FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EVENTO OBSTÉTRICO

H.G.R. No. 1 MORELIA

ENERO-FEBRERO 1999

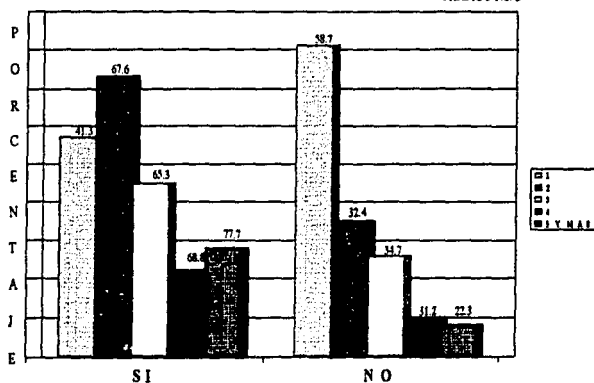
GRAFICO No. 7



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EMBARAZOS
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

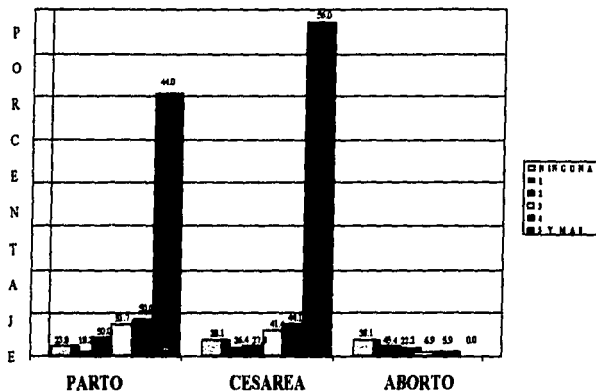
GRAFICO No. 8



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

CONSULTAS PRENATALES OTORGADAS SEGÚN TIPO DE EVENTO OBSTÉTRICO
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999

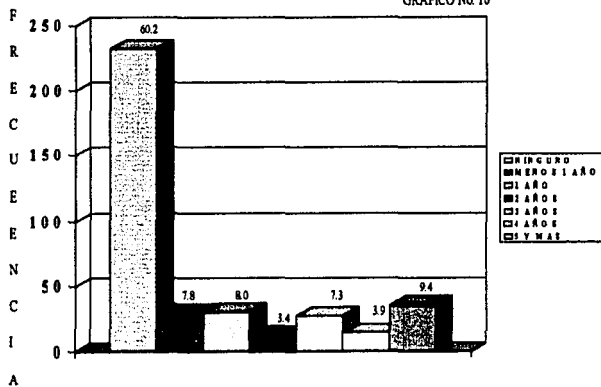
GRAFICO No 9



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

AÑOS PREVIOS CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE USUARIAS POSEVENTO OBSTÉTRICO
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO - FEBRERO 1999

GRAFICO No. 10



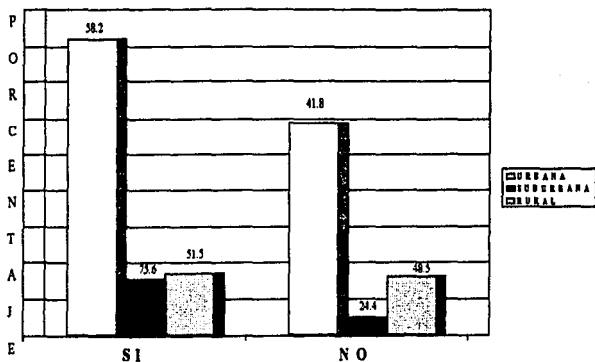
FUENTE: 390 encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

H.G.R. No. 1 MORELIA

ENERO-FEBRERO 1999

GRAFICO No. 11

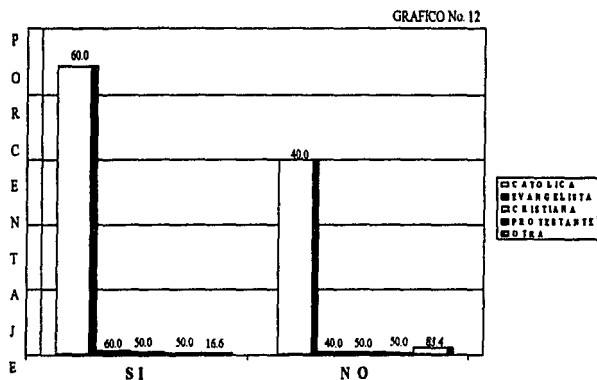


FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN RELIGIÓN

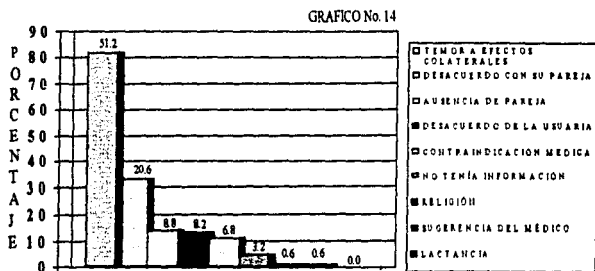
H.G.R. No. 1 MORELIA

ENERO-FEBRERO 1999



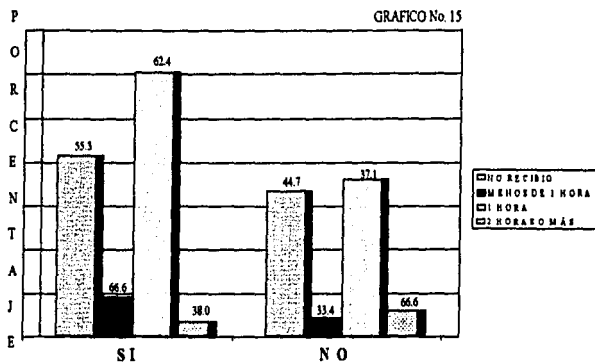
FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

**CAUSAS DE NO ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN 160 USUARIAS
H.G.R. No. 1 MORELIA
ENERO-FEBRERO 1999**



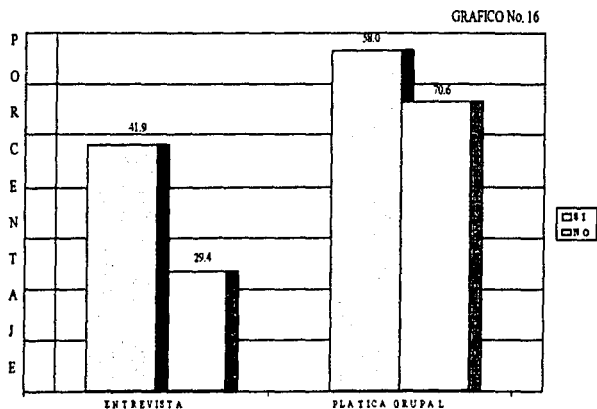
FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias poseverto obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN HORAS DE INFORMACIÓN RECIBIDAS
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999



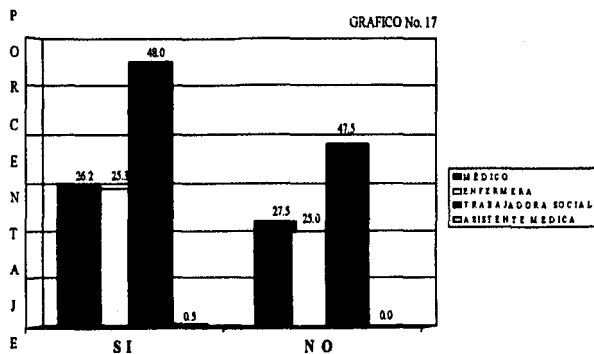
FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO DE INFORMACIÓN
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.

ACEPTACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN PERSONAL DE SALUD QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN
 H.G.R. No. 1 MORELIA
 ENERO-FEBRERO 1999



FUENTE: 390 Encuestas aplicadas a usuarias posevento obstétrico. IMSS Morelia Enero-Febrero 1999.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ENCUESTA

**ACEPTACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
EN USUARIAS POSEVENTO OBSTETRICO EN EL H.G.R. No. 1 DE
MORELIA MICHOACÁN**

ELABORO:

ENF. MA. MARTHA MARÍN LAREDO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

MORELIA, MICH.

ENERO 1999

La presente encuesta tiene como objetivo identificar los factores personales, médicos, socioculturales de la usuaria y las causas atribuibles al hospital, que influyen en la aceptación de un método anticonceptivo posevento obstétrico.

La respuesta a todas las preguntas serán de gran utilidad para el trabajo que se esta realizando. Agradecemos su participación.

I. FACTORES PERSONALES.

Nombre: _____ No. de afiliación _____

1.- ¿Aceptó usted un método de planificación familiar?

Sí _____ No _____

2.- ¿Cuántos años tiene? (cumplidos) _____

3.- ¿Cuál es su estado civil?

Casada _____ Soltera _____ Unión libre _____ Otra _____

4.- ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa _____ Empleada _____ Trabajadora domestica _____
Profesionista _____ Otra _____

5.- ¿Cuál es su escolaridad?

Sin escolaridad _____ Primaria incompleta _____
Primaria completa _____ Secundaria incompleta _____
Secundaria completa _____ Preparatoria incompleta _____
Preparatoria completa _____ profesional _____

II. FACTORES MEDICOS

6.- Calificación de riesgo reproductivo.

Menos de 4 puntos ___ 4 puntos ___ Más de 4 puntos ___

7.- ¿Cuál es el motivo de la hospitalización?

Parto ___ Cesarea ___ Aborto ___

8.- ¿Cuántas veces se ha embarazado?

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 y más ___

9.- ¿A cuantas consultas prenatales acudió durante su embarazo?

Ninguna ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 y más ___

10.- ¿Antes de embarazarse cuantos años tenía con su método anticonceptivo?

Ninguno ___ Menos de 1 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 y más ___

III. FACTORES SOCIOCULTURALES

11.- ¿En donde se encuentra ubicado su domicilio?

Área urbana ___ Área semiurbana ___ Área rural ___

12.- ¿Cuál es su religión?

Católica ___ Protestante ___ Evangélica ___
Cristiana ___ Otra ___

13.- ¿Su esposo acepta la planificación familiar?

Si ___ No ___

14.- ¿Cuáles son las razones por las cuales no acepto un método de planificación familiar?

Religión ___ Lactancia ___ Desacuerdo con su pareja ___
Temor a efectos colaterales (adversos) ___ Ausencia de la pareja ___
Desacuerdo de usted ___ Sugerencia del médico ___
No tenía información ___ Contraindicación médica ___

IV. CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCION

- 15.- ¿Cuántas horas recibió información sobre planificación familiar?
No recibió ____ Menos de 1 hora ____ 1 hora ____
2 horas ____ 3 y más horas ____
- 16.- ¿Cuál fue la forma (técnica) que utilizó el personal de salud para darle la información?
Entrevista ____ Platica grupal ____
- 17.- ¿Quién le proporciono la información sobre planificación familiar?
Médico ____ Enfermera ____ Trabajadora social ____
Asistente médica ____ Otro ____
- 18.- ¿La información que recibió fue con su pareja?
Si ____ No ____
- 19.- ¿Cuáles son las causas de que el método anticonceptivo solicitado por usted no le fue aplicado?
Carencia de material y equipo ____
Contra indicación médica ____
Insuficiente área física ____
Negativa del personal ____
Otro ____

Gracias por su participación.